

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA  
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES  
DÉPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

**MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE**

**En vue de l'obtention du diplôme de master  
Option : Développement et handicap**

**Thème**

**L'autonomie chez les enfants âgés de 10  
ans à 12 ans, porteurs de la trisomie 21**

Etude de six (06) cas au niveau du centre des handicapes  
mentaux d'Akbou

**Réalisé par :**

**Mme OTMANE Dalila  
Melle OUHENDI Lynda**

**Encadré par :**

**Mme Gueddouche Salima**

**Année universitaire : 2015-2016**

# Remerciements

Nous remercions en tout premier lieu notre encadreur Mme GUEDDOUCHE pour la confiance et pour le soutien, le temps et l'aide qu'elle nous a accordé durant ce travail.

Nous exprimons notre reconnaissance aux directeur du centre pour handicapés mentaux d'Akbou , psychologues, qui nous ont autorisées à conduire ce travail dans leur établissement, aux éducatrices et à tout le personnel.

Un merci tout spécial est adressé à « Abderrzak et Salim pour leur précieuse aide et encouragements.

Merci à nos proches, parents et amies, pour leur patience et leur chaleureux appui.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre soutenu la réalisation de ce modeste travail.

Dalila/ Lynda

# Dédicaces

Je dédie ce travail à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée à donner le meilleur de moi-même.

A mes beau parents, mes beaux frères, mes belles sœurs dont le respect est mutuelle

A ma belle mère « Zouina » qui ne cesse de m'encourager, et me pousse a allez de l'avant

À mon mari , qui me soutiens et reste toujours a mes cotés dans les moment difficiles

À mon encadreur Mme GUEDDOUCHE, qui nous a guidées, encouragées et stimulées.

À ma binôme, dont le contact fut très inspirant.

À toute la promotion Master 2 Développement et handicap de l'année 2015/2016.

*Dalila*

# Dédicaces

Je dédie mon modeste travail à mes très chers et adorables parents, source d'amour, d'affection et de bonne éducation pour leurs sacrifices et engagements.

A mes sœurs Meriem et Fouzia, mes frères Smail et Yanis.

A ma binôme et copine Dalila et son mari

A toute personne que je connais, et qui m'a porté aide et contributions à ma réussite durant mon parcours à l'université.

A tout mes collègues d'encadrement. A tous ceux qui me connaissent dont je n'ai pas cité le nom, et à toute la communauté universitaires

Lynda

## **Table des matières**

<b>Introduction générale</b> .....	1
<b>Problématique</b> .....	2
<b>Hypothèses</b> .....	4
<b>Définition opérationnelles des concepts clés</b> .....	5

## **PARTIE THEORIQUE**

### **Chapitre I : la trisomie 21**

Introduction.....	6
<b>1.1. Définition de la trisomie 21</b> .....	6
<b>1.2. Les différentes formes de la trisomie 21</b> .....	6
<b>1.3. Caractéristiques de la trisomie 21</b> .....	7
<b>1.4. Les causes de la trisomie 21</b> .....	8
<b>1.5. Le développement psychologique et psychomoteur de l'enfant trisomique</b> .....	10
<b>1.5.1. Le développement psychologique de l'enfant trisomique 21</b> .....	11
<b>1.5.2. Le développement psychomoteur de l'enfant trisomique 21</b> .....	11
<b>1.6. Les problèmes majeurs de santé chez l'enfant trisomique 21</b> .....	11
<b>1.7. Le diagnostic de la trisomie 21</b> .....	13
<b>1.8. La prise en charge</b> .....	14
<b>Conclusion</b> .....	16

## **Chapitre II : l'autonomie**

Introduction .....	17
<b>2.1.</b> Définition de l'autonomie .....	17
<b>2.2.</b> Les disciplines explicatives de l'autonomie.....	18
<b>2.3.</b> Les théories explicatives de l'autonomie .....	22
<b>2.4.</b> La prise en charge précoce .....	26
Conclusion.....	28

## **PARTIE PRATIQUE**

### **Chapitre I : La méthodologie de la recherche**

Introduction.....	29
<b>1.</b> La pré-enquête.....	29
<b>2.</b> La méthode de la recherche .....	30
<b>3.</b> Présentation de lieu de recherche.....	30
<b>4.</b> Le groupe de recherche.....	31
<b>5.</b> Les critères de sélection de groupe de recherche.....	32
<b>6.</b> Les outils de la recherche.....	32
<b>7.</b> Le déroulement de la recherche.....	34
Conclusion .....	34

### **Chapitre II : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Introduction.....	35
<b>1.</b> Présentation des résultats de l'entretien et les résultats de la grille d'observation .....	35
<b>2.</b> Discussion des hypothèses.....	44

## Table des matières

---

Conclusion.....	46
Conclusion générale.....	47

### **La liste bibliographique**

### **Les annexes**

### Introduction :

Le handicap est un désavantage résulte d'une déficience ou d'une incapacité. Est qui fréquemment sous entendu comme un symbole de négatif qui limite ou interdite

L'accomplissement d'un rôle normal On distingue des différents types de handicap parmi eux ; handicap moteurs, handicap sensoriel et handicap mentaux

Dans notre sujet de recherche on s'intéresse à une pathologie qui est la plus Fréquent des aberrations chromosomiques à l'origine du retard mental qui est la

Trisomie 21 elle se définit par la présence d'un chromosome surnuméraire, c'est une malformation congénitale résulte d'une anomalie chromosomique, chaque personne porteur d'une trisomie 21 et d'abord singulier avec sa manière unique de se développer, de développer son autonomie. L'enfant trisomique a besoin d'une assistance pour arriver à vivre et s'intègre dans la société plus normalement du monde. Pour Cela, les différentes institutions psychopédagogiques on comme objectif de Développer l'autonomie de ses enfants par les différents moyens humains est Matérielles pédagogique, ainsi que l'utilisation des techniques thérapeutique pour Renforcer leur autonomie et arriver à satisfaire leur besoins personnels et de se Gouverner par leur propre loi.

L'objectif de notre recherche est de décrire les capacités d'autonomie chez les enfants porteur de la trisomie 21 placer dans un centre psychopédagogique pour handicapé mentaux. Pour mener notre recherche on a choisis comme terrain d'étude C.P.P.E .M qui se situe à Akbou.

Notre recherche se divise en deux parties, une partie théorique qui englobe deux chapitre, le premier et consacré à la trisomie 21, et le deuxième chapitre à L'autonomie après avoir présenté notre problématique et nos hypothèse de recherche en suite on va présenter la partie pratique qui se devise a son tour en deux chapitres ; dont le premier chapitre englobe l'ensemble des outils de recherche utilisé dans notre travail. Et le deuxième est consacré à la présentation et l'analyse et la discussion des hypothèses de recherche. En terminera par une conclusion général.une liste bibliographique et les annexes.

## **Problématique et formulation des hypothèses**

---

### **1. La problématique :**

Le terme handicap est relativement récent, c'est un terme qui a connu un grand essor dans le domaine médico-social, le concept désigne la perte ou du moins l'altération des capacités humaines lors d'un accident, d'une maladie prénatal, péri-natal ou post-natal.

Parmi ces maladies péri-natal, la trisomie 21, cette dernière demeure la cause la plus fréquente de la déficience intellectuelle, la trisomie 21 une anomalie chromosomique définie par la présence en trois copies au lieu de deux de tout ou une partie du chromosome 21, dans la majorité des cas dont l'étendue, le seul facteur de risque reconnu est l'augmentation de l'âge maternel. (Rénaud Touraine, 2011)

Selon le DSM, la trisomie fait partie de la catégorie de la déficience mentale qui est caractérisée par un : "fonctionnement intellectuel générale inférieure à la moyenne 70 et dessous qui accompagne par une limitation significative de fonctionnement adaptatif dans au moins deux secteurs d'aptitudes parmi ceux-ci ; la communication, les soins personnels, les compétences domestiques, habilités sociales, mise à profit des ressources de l'environnement, autonomie, santé et sécurité, responsabilités individuelle, loisirs et travail, une utilisation des acquis scolaires qui se manifestent avant l'âge de dix huit(18) ans.( DSM 5)

Les connaissances des psychologues de développement ont montré l'ordre global des séquences de construction des schèmes mentaux est identique à celui des enfants sans arriération mentale. La composition des organisations psychologiques est aussi équivalente à celles des enfants ordinaires, c'est en matière de vitesse de développement et de conditions de stabilisation des acquis que les différences s'avèrent les plus marquées (notamment des difficultés à accéder aux activités de coordinations). ( le grand Dictionnaire de la psychologie,2000)

Selon les services du ministère de l'emploi et de la solidarité nationale, sur les 1000 naissances vivantes en Algérie, on enregistre un cas de trisomie 21, et ce

## Problématique et formulation des hypothèses

---

lors de la journée d'information et de sensibilisation sur la trisomie 21. (Anit , 2015)

Les mêmes sources affirment que 2339 enfants trisomiques sont pris en charges dans 82 centres médico-pédagogiques pour inadaptés mentaux relevant du même ministère, et plus de 900 enfants sont placés dans des centres gérés par des associations.

Lors d'un récent colloque sur la trisomie 21, il a été relevé qu'un large programme sera lancé pour mettre une stratégie de prise en charge de cette tranche de la société en concertation avec des psychopédagogues, orthophonistes, parents d'enfants trisomiques. Dont l'objectif est de contribuer à encouragé et à développer les compétences en matière de prise en charge des sujets trisomiques mise aussi de développer leur autonomie et de diminuer les difficultés de l'accès à une autonomie dans les activités de la vie quotidienne et d'assurer leur intégration dans la société (Santé magazine, revue N°04/03/2015)

L'autonomie est traduite en terme d'assistance nécessaire, mais appeler aussi justement autonomie dépendante à l'encontre d'une autonomie invalidante. (Claud Hamonet, 2012)

L'autonomie est ainsi un facteur déterminant de la qualité de vie, du bien être, et du bonheur de ces enfants en situation de handicap.

Selon Freud, l'accès à l'autonomie prend du temps et nécessite l'aide l'autre .il utilise de « « hibfosigkeit » état de détresse « desaide » selon la nouvelle traduction pour désigner le besoin de l'aide de petit enfant .il faut souligner que cette dépendance concerne aussi bien la survie organique que physique, en effet le psychisme surgit également dans une relation de dépendance à l'autre .selon Winnicott, un bébé seul ça n'existe pas car là ou il ya un bébé Il ya des adultes. (Simons, korff sausse,2005)

Notre recherche pour objet de mesurer et de tester l'autonomie chez les enfants porteurs de la trisomie 21 âgés de 10 à 12, une recherche dans laquelle nous allons tenter de répondre aux questions suivantes :

- Es ce que les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans sont-il autonome ?

## **Problématique et formulation des hypothèses**

---

- Les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans sont-ils aptes et capables d'exécuter les différentes tâches de la vie quotidiennes sans aide ou assistance dans le centre ?

Pour y répondre nous avons émis les hypothèses suivantes :

### **2. Les hypothèses :**

#### **2.1. Hypothèse générale :**

- Les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans sont autonomes.

#### **2.2. Hypothèse partielle**

- Les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans sont capables d'exécuter ou de réaliser les différentes tâches de la vie quotidiennes sans aide ou assistance dans le centre.

### **3. définition des concepts clés :**

#### **3.1. Définitions théoriques :**

- **La trisomie :** C'est une aberration chromosomique qui consiste en la présence surnuméraire d'un autosome; l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux. Cette aberration sur le plan mental est associée à une apparence physique particulière. (Sillamy, 2003.P273)
- **L'autonomie :** l'autonomie vient du mot grec « autos » (soi-même) et « nomos » (loi) : « le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet, c'est la capacité d'agir selon la loi ou par le respect pour la loi ainsi que de se donner sa propre loi à soi-même ». (le grand dictionnaire de la psychologie, 2011)

#### **3.2. Définitions opérationnelles :**

- **La trisomie 21 :** un handicap qui se manifeste dans la vie de l'enfant trisomique, et qui résulte d'un retard dans le développement postural, et la communication verbale, s'ajoute un retard qui apparaît dans la réalisation des différentes activités de la vie quotidienne.

## **Problématique et formulation des hypothèses**

---

- **L'autonomie** : c'est la faculté dont dispose chaque individu, lui permettant la réalisation des différentes tâches et activités de la vie quotidienne de manière indépendante.

**Introduction :**

La trisomie 21 est la plus fréquente des aberrations chromosomique à l'origine du retard mental, dans ce chapitre en va développer les points essentielles concernant cette pathologie, sa définition, ses différentes formes et ses caractéristiques puis on va aborder les causes de la trisomie 21 et le diagnostic jusqu'à la prise en charge.

**1-Définition de la trisomie 21 :**

Trisomie viens de mot anglais « trisomy », il s'agit d'une aberration chromosomique en la présence sur numéraire d'un autosome, l'un des chromosomes figure en trois exemplaire au lieu de deux, chez l'être humain on connaît plusieurs forme de trisomie notamment trisomie 13, 18,21, la plus fréquent est la trisomie 21. (Dictionnaire encyclopédique de psychologie, 1950)

**Dans le grand dictionnaire de la psychologie**, la trisomie 21 est aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuromatrices, métabiologique, immunologique, et une déficience intellectuelle. (Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011)

**2-les différentes formes de la trisomie 21 :**

Les personnes trisomiques représentent 1,1 des éthologies organique (1/5 déficient profond), la trisomie 21 est la plus fréquente des maladies génétiques (1/160) naissances, il existe 3 forme majeurs et essentielles de la trisomie 21 :

**2-1-la trisomie 21 M (Mosaïque) :**

Accident tardif des divisions cellulaire ou représente chez le même individu des cellules ayant un chromosome supplémentaire et l'autre qui ne sont pas touchées (16%).

**2-2-La trisomie 21 homogène libre :** Ou il existe 3 chromosomes 21 bien individualisées au sein de la même cellule (80% de cas).

**2-3-La trisomie 21T (translocation) :**

Ou seul des chromosomes 21 sont atteints par une charge génique (4% de cas).

Ces variations de la maladie sont importantes pour le chercheur est aussi dans le diagnostic des risques engendrés pour un bébé à venir n'oublions pas de dire qu'il existe d'autres formes de la trisomie comme la trisomie 8, 11, 13, 18, ...etc. (Guillert, 2007.P19)

**3-les caractéristiques de la trisomie 21 :**

Des les premiers mois de la naissance, la mère d'un enfant trisomique, constate que son nourrisson n'est pas tout à fait normale, il est un peu apathique, il manifeste peu de joie, la faim, sa colère, son sourire ressemble d'avantage à une grimace ; il ne fait aucun effort pour attraper un objet bréant par exemple, il est en retard pour savoir, pour marcher, pour parler, le retard de la parole amorce l'arriération mentale, en générale on peut dire que l'ensemble des perceptions sensorielles est perturbé et nécessite une prise en charge très rapide afin de permettre au bébé un développement cognitif harmonieux que possible. (Henry, Bernard, Brisset, 1989.P583)

**3-1-l'apparence physique :**

Les modifications causées par la trisomie concernant essentiellement la tête, elle est petite que la normale, l'arrière de la tête est souvent moins proéminent, les fontanelles peuvent être relativement large et se fermer plus tard que chez l'enfant normale, le nez est petit, le cou court, les mains sont petite avec des doigts courts, elles comportent un seul pli palmaire au lieu de deux.

**3-2-La croissance physique:**

la taille à la naissance est souvent normale, le retard de la croissance est surtout marqué après 4 ans, les sujets trisomiques sont plus petits que la moyenne, une taille relativement réduite, les membres par rapport au tronc, une allure générale relâchée en raison de l'hypotonie qui les caractérise, le développement sexuel de l'adolescent trisomique débute plus tardivement et peut demeurer incomplet les garçons sont en général stériles, mais les filles peuvent se reproduire (50% de chance d'avoir un trisomique).

(Goffinet,2008,p20)

**4- Les causes de la trisomie 21 :**

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.

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

Métaphase de la mitose, l'un des gamètes formés, comportera deux chromosomes de la 21ème paire au lieu d'un seul, ce qui après la fécondation de ce gamète par un autre normal formera une cellule œuf dont la 21ème paire contient 3 chromosomes.

Les facteurs théologique de la trisomie sont variés et peuvent être en interaction, elles peuvent survenir avant ou au moment, ou après la fertilisation de l'ovule, a ce propos il existe :

#### **4.1. Les facteurs intrinsèques :**

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

Les cas de translocation chez le père ou la mère concernent 5% des cas de trisomie, d'autre cas peu nombreux également concernent la transmission des parents a l'enfant ou l'un des parents, phénotypiquement (sur le plan des caractéristique individuelles) normal, présente une structure chromosomique en mosaïque, il y'a enfin les facteurs liés a l'âge maternel, on sait en effet, sans d'ailleurs pouvoir l'expliquer , que la survenue d'un enfant trisomique est plus fréquent après les 35 ans de la mère , la probabilité de donner naissance a un enfants trisomique passe de 1 a 1500 avant 30 ans, a 1 pour 900 entre 30 et 35 ans et 38ans, le risque est de 1 sur 300, a 38-39ans , il est de 1 sur 150et enfin de 1 sur 60 après 40 ans.

Des travaux récent (Jalbert, le monde, 7juillet 1995) portant sur des naissances obtenues après insémination artificielle avec sperme de donneur montrent que le risque de naissance d'enfants trisomique augmente également avec l'âge du père ; l'auteur note que « la courbe de l'augmentation du risque

de naissance trisomique en fonction de l'âge de géniteur et parallèle a celle de l'augmentation du risque en fonction de l'âge de la mère en dehors de la pratique de l'insémination artificiel, et ce avec un écart de 5 a 6 ans ». en d'autre terme le « risque pour l'enfants conçu a partir du sperme d'un homme de 45 ans est identique a celui d'un enfants conçu par une femme a la proche de la quarantaine » ces résultats ne manqueront pas d'avoir des conséquences importantes sur les pratiques concernant les modes de procréation médicalement assisté : le Cecos ( centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain ) ont ainsi déjà pris la décision de ne plus accepter du sperme d'homme d'âge supérieur a 45 ans .

#### **4.2. Les facteurs extrinsèques :**

Sont beaucoup moins fréquentes, elles concernent la radiation (pour des raisons professionnelles, l'habitat, accidentelles, lors d'examens médicaux.etc.), l'effet générique de Verus et divers facteurs immunobiologiques.(Tourrette,Guidetti, 2004 .PP118,119)

### **5. Le développement psychologique et psychomoteur:**

#### **5.1 Le développement psychologiques:**

Presque tous les enfants trisomique sont affectés de déficience mentales, en constate chez eux des niveaux de déficience qui varies de la déficience profonde jusqu'à la déficience relativement légère en observe toute fois, un développent relativement harmonique chez certaines ou de franche désharmonie évolutives

chez d'autre. (Nathalie, 2009)

Le retard est casé présent chez les sujets trisomiques, le rythme de développement des enfants trisomiques est loin d'être linéaire et régulière : on peut assister à des périodes de structurations et d'acquisitions assez rapide avec un rythme proche de la normale alternantes avec des périodes de stagnations voir des moments de régressions. (Meluerg, 1994. P26-33).

## **5.2 Le développement psychomoteur :**

Il se caractérise par une hypotonie, particulièrement marquée dans les premières années, ceci a une incidence sur la disparition tardive des réflexes archaïques, sur le strabisme et sur le retard dans l'apparition de la marche acquise en général vers 2 à 3 ans. (Guidetti, Tournette, 2004.P120)

cette hypotonie a également de conséquences au niveau de développement de la parole(troubles articulatoires),et elle décrites souvent comme généralisée, est en fait sélective, elle porte en particulier sur des muscles de la ceinture scapulaire(région de l'épaule) et aussi cette hypotonie engendre des troubles statiques intestinaux et des accidents vertébraux, et d'une autre part elle porte aussi sur des muscles de pied et de main ; sur des muscles bucco-faciaux,ce qui susceptible de provoquer des troubles de la phonation et des défaut esthétiques, et en fin sur les muscles périnéaux, ce qui peut plus tard engendré la raucité de la voix qui es bien caractéristique. (Ibid.5, PP120-121)

## **6- les problèmes majeurs de la santé chez les trisomiques :**

### **6.1. Les troubles neurocentraux :**

Qui implique les troubles de la perception qui sont associés à des troubles visuelles, qui sont parfaitement connus comme le trouble oculomoteurs qui

engendre des difficultés de mettre en place les points de repérage efficaces du regard, l'enfant atteint de la trisomie 21 a du mal à fixer son regard, déclenché par la non-stabilité des muscles de l'œil.

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

- la mise en place du système phonatoire.
- de la transcription de messages perceptifs.
- de la mise en place des prénormes conversationnelles.

**6.3 troubles de la sensibilité :** elle provoque des difficultés d'appréhension des ressentis, sensibilité superficielles, de toucher, froid, doux, piquant, ce qui engendre des troubles de la perception de la douleur.

**6.4 troubles gustatifs et olfactifs :** chez les enfants atteints de trisomie 21, les papilles gustatives sont situées à la périphérie et la partie centrale médiane de la langue, ce qui exige d'avantage encore de vigilance, lorsque l'on envisage une intervention sur la langue, on peut supprimer toute sensation de goût, ce dernier est difficile à apprécier, donner lieu à des déficits sphinctériens en particulier chez les filles trisomiques.

### **6.5. Les Troubles de développement de la trisomie 21 :**

La présence d'un chromosome surnuméraire est responsable de toute une série de troubles de développement de diverses formes. (Tourrette et Guidetti, 2004, p.121)

## **7-Le diagnostic de la trisomie 21 :**

Le diagnostic ne peut se faire que par la mise en évidence de chromosome 21 supplémentaire.

**7.1. Le diagnostic génétique :** Qui se fait à partir de 11 semaines jusqu'à 14 semaines, il est issu de l'étude de caryotype (la carte de chromosome de l'enfant), il s'agit d'une analyse de cellules contenues à mettre dans le liquide amniotique et qui permet d'établir ce caryotype.

Ce diagnostic donne des indications sur la nature de trouble grâce à ce diagnostic, on peut situer où se trouvent les difficultés particulières qui vont être rencontrées, et nous permet aussi d'évaluer de façon précise un suivi adapté, adéquat au patrimoine génétique de l'enfant à naître, il est actuellement très important pour les parents et pour la fratrie de l'enfant afin de limiter l'éventuelle récurrence d'accidents génétiques. (Tourrette, 2002.P 119)

**7.2 Le diagnostic clinique ou psycho-éducatif :**

Quand est établi à partir de divers éléments, l'âge de l'enfant, modalités d'expression de la trisomie, vie familiale, contexte géographique et social, il est le résultat de séries d'une découverte, d'adaptation d'appropriation de cet enfant trisomique (leurs besoins), et tenant compte de tous les éléments symptomatologiques, psychologiques, effectifs, familiaux et sociaux, afin de permettre les meilleures évolutions, les meilleurs suivis possible individuellement, par ce que chaque cas est un cas différent de l'autre.

Ce diagnostic permet aux parents de mieux connaître leur nouveau enfant, la découverte de l'enfant dans sa famille, dans son environnement, avec ses dimensions plurielles, ses richesses et ses difficultés, ainsi que ses besoins. (Cuillert, 2007.P15)

**8-la prise en charge d'un enfant trisomique :**

La trisomie 21, n'a pas de traitement curatif à l'heure actuelle, seules les prises en charge de différents types ; médicales, paramédicales, orthophoniques, et éducatifs, ont permis d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, elles permettent de dépister, et traiter les pathologies associées à retrouver une relation normale avec lui, ces personnes trisomiques doivent pouvoir bénéficier d'une authentique démarche de soin, adaptée à leur malade. (Passot, 2005.P19)

La prise en charge des enfants trisomiques doit être précoce, adaptée et continue, qui sont primordiales pour le développement de ces enfants.

**8.1. La prise en charge médicale et clinique :**

Elle doit comprendre :

-A la naissance (précoce) ; la réalisation d'un bilan mal formatif en particulier cardiaque, digestif, et d'un bilan endocrinien.

-Chez le nourrisson, et l'enfant, un suivi régulier (continu), doit comporter un bilan annuel ophtalmologique et auditif (parce qu'on a une fréquence augmentée des difficultés sensorielles), et d'un bilan stomatologique.

là le médecin, doit se montrer particulièrement attentif à certaines particularités, liées à la trisomie 21 comme la modification du caractère, l'apparition de troubles de comportement, un syndrome dépressif, plus les interventions chirurgicales.

(Doray, Flory, Carell, 2007 P5)

**8.2. La prise en charge paramédicale :**

elle comprend de manière régulière la kinésithérapie , de l'orthophonie et un travail de psycho motricité, qui est indispensable , et qui permet a l'organisation de la motricité de l'enfants , et l'aide à s'épanouir dans l'harmonie de faire acquérir a l'enfant des équilibre et de l'adresse corporel qui lui facilitent l'utilisation de ses acquis moteurs, et lui assurent un bien être corporel pour l'utiliser , dans les situation les plus divers d'adaptation. (Cuillert, 2007, p11)

**8.3 La prise en charge éducative :**

La prise en charge éducative, par les parents et les professionnelles doit être étroitement adaptées a l'enfant pour qu'il bénéficié des conditions les plus favorables a son développement.

les thérapies proposées, est celle e la thérapie comportementale cognitive, qui s'accompagnent généralement d'un programme éducatif qui concerne autant l'enfant trisomique, que la famille et ses éducateurs.

Le projet éducatif, est élaboré sur la base de l'évaluation psychologique de chaque enfant qui souligne ces compétence acquises et détermine les compétences à acquérir.

**8.4. La prise en charge orthophonique :**

Qui nous permet d'obtenir des progrès considérable concernant le langage, le comportement psychomoteur, et des résultats scolaires. (Le rousseau, 2011.P24)

**8.5. La prise en charge parentale :**

Aussi un point essentiel a rajouter dans la prise en charge des enfants trisomique est celui de l'accompagnement parental, selon deleau (1993), dans un article récent qui parle de l'accompagnement des parents, ou il s'agit de mettre l'accent sur sa manière particulière d'appréhender le monde extérieur, à

l'laquelle les parents devront s'ajuster, il s'agit avant tout d'apprendre aux parents a construire une image nouvelle et positives de leur enfant. (Deleau, 1993.P149)

En fin, l'impact de l'amélioration de l'accueil des enfants ayant une trisomie 21 au cours des dernières décennaires ce manifeste par :

- L'espérance de vie des personnes trisomiques augmente, la mortalités médiane passent de 25 an en 1983 a 29ans en 1997
- le QI, (quotient intellectuel) a augmenter en moyenne de 20 % au cours, de trente dernières années.
- L'intégration en milieu scolaires, puis dans le monde de travail progresse lentement. (le Rousseau, 2011.P 25)

### **Conclusion :**

Dans ce premier chapitre, comme on a déjà vu, la trisomie 21 qui est la plus célèbres des anomalies chromosomique a l'origine de retard mental, elle est reconnu sous différentes formes ; mosaïque, homogène, translocation .Les causes de la trisomie sont multiples elles peuvent être intrinsèques ou extrinsèques, la cause plus fréquente de cette anomalie est l'augmentation de l'âge maternelle. Cette catégorie de personne ont des caractéristiques qui sont généralement d'ordre morphologique ainsi que sont affecter par plusieurs problèmes de sante et ils ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaires ; éducative, orthophonique, médicale et parentale pour la finalité d'intégration dans la société et d'avoir une vie saine et normale.

**Introduction :**

L'autonomie est la capacité d'une personne à tirer le meilleur partie de ce quelle est et de ce qui l'entour pour mieux exister. Dans ce chapitre on va explorer le terme de l'autonomie, sa définition et les disciplines qui ont tenté d'expliquer la notion de l'autonomie, par la suite on va passer a présenter les théories explicatives de l'autonomie et on finira par la prise en charge précoce.

**1. Définition de l'autonomie :**

Etymologiquement, le mot autonomie vient du grec « autos » (soi-même) et « nomos » (loi) celui qui fixe sa propre loi. Ce mot désigne le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet ou le droit. Le fait de de se gouverner par ses propres lois. (Le grand robert de la langue française ,2005)

Selon A. LÖHER-goupil, « être autonome, c'est être en mesure de satisfaire ses besoins personnels, pouvoir de prendre des initiatives. Dans le champ du handicap, ces représentations, sont déjà plus restrictives, se limitant bien souvent à l'acquisition du maximum de capacités physique et fonctionnelle et maximum de possibilités dans l'environnement...etc. l'autonomie est un état d'interdépendance avec les autres ou nous nous trouvons tous, et la vie quotidienne, familiale, relationnelle, professionnelle, ni finalement qu'une suite ininterrompue de négociations de ces interdépendances les moins prégnant possibles. Dans la vie d'une personne handicapée, il est évident que négociations prennent une plus grande place et nécessitent une dépense d'énergie considérable.

L'autonomie peut donc être définie comme : « l'art de gérer ses interdépendances à sa propre initiative ». (A.loher, 2004.P72)

## **2. Les disciplines explicatives de l'autonomie**

### **2.1 L'apport de la sociologie**

Du point de vue de la sociologie, la définition générale de l'autonomie est assez limitée. Elle se définit par la capacité d'une personne à s'intégrer individuellement à la société, elle l'oppose à une logique d'assistance par un tiers ou les pouvoirs publics (concernant les publics âgés, en situation précaire). Cependant, plusieurs sociologues se sont intéressés plus profondément à cette question. On peut citer notamment Jurgèn Habermas, NokolasLuhmam et corneliusCatriadis.

#### **➤ Selon Habermas**

Jurgen Habermas (sociologue allemand connu pour ces travaux en philosophie sociale). Apporte une précision à la philosophie Kant, considère que la loi ne peut être que le fruit d'une réflexion intérieure, Habermas pense que le consensus nécessaire à la mise en place de la loi peut être le fruit d'une décision entre différentes personnes vivant en société, il met une condition à cette théorie. On peut mettre en place une bonne loi. (Morale et dans l'intérêt collectif) que si la discussion est franche imprégnée de la liberté de la parole et dénuée de toute visée stratégique.

#### **➤ D'après Luhmam**

Nikolas Luhmam est un sociologue allemand spécialiste de l'administration et des systèmes sociaux, qui fait partie du courant fonctionnaliste. Ce mouvement sociologique qui considère que les sociétés sont organisées par

institutions (ce qui leur permet de se stabiliser et de structurer les comportements individuels par des rôles et des statuts sociaux) rejette l'idée même que les hommes puissent choisir comment organiser leur propre vie.

Pour lui, les sociétés modernes sont infiniment complexes et seules les institutions de ces sociétés peuvent réagir et mettre de l'ordre, de l'organisation ainsi créée. C'est une approche intéressante car elle définit le contraire de ce que semble être l'autonomie.

L'hétéronomie ou allonomie (lorsque les lois auxquelles nous nous soumettons sont le fruit d'une contrainte extérieure). On peut aisément expliquer la position de Luhmann sur l'importance des institutions par son statut de fonctionnaire et de spécialiste de l'administration.

On voit donc que pour Luhmann, les institutions ne sont pas créatrices d'autonomie pour les individus qui vivent à côté de ces institutions.

➤ **Et selon Castoriadis**

Un autre auteur, Cornelius Castoriadis (philosophe, économiste et psychanalyste Français), à un autre point de vue sur la question. Il est à la base du concept du rapport instituant, institué (ou individu/ société) dans lequel il définit sa vision de l'autonomie. Dans cette théorie, l'instituant est l'individu, le « je », et l'institué est la société. Dans sa vision des choses, Castoriadis voit ce rapport comme un mouvement entre deux, un mouvement qui se répète. Comment l'instituant autonome crée l'institué et comment l'institué doit être assez autonome, c'est-à-dire ouvert à l'altérité, pour se laisser à nouveau transformer par l'instituant... et donc être en mesure de s'altérer soi-même. Il

définit l'autonomie comme la capacité de l'individu et de la société à pouvoir se transformer l'un l'autre afin d'être en mesure de se transformer soi-même. En effet, il inscrit l'autonomie dans un contexte sociale qui fait qu'on ne peut pas atteindre le statut autonome seul mais seulement dans le rapport aux autres, à la société.

On peut résumer ainsi sa pensée :

Premier point : l'autonomie n'est pas le fait de ne suivre que ses propres règles mais plutôt d'élaborer des règles avec les autres personnes vivant autour de nous.

Second point : on ne peut pas parler de l'autonomie de l'individu car elle va de pair avec l'autonomie de la société.

Troisième point : l'autonomie se construit dans le rapport l'individu/société, elle est structurée par des règles qui font que l'individu doit s'adapter à ces règles pour intégrer à la société, en faisant cela, il devient en mesure de transformer à son tour la société afin de faire coller le plus possibles les règles générales aux règles auxquelles il veut se soumettre.

C'est donc comme cela que l'individu parvient à l'autonomie qui est, la capacité à se réagir selon ses propres règles.

## **2.2. L'apport de la psychologie**

La psychologie a apporté des théories importantes pour la compréhension de ce que peut être l'autonomie. Elle a notamment grâce aux travaux de Piaget, mis le doigt sur l'importance de l'étude du développement de l'enfant pour cerner les mécanismes qui mènent, ou non à l'existence de l'autonomie chez l'adulte.

Piaget, dans la psychologie de l'enfant (Jean Piaget et Bärbel Inhelder, 1966, pue), décrit les différents stades de développement l'enfant (stade de l'intelligence sensori-motrice stade de l'intelligence préopératoire, stade des opérations concrètes, stade de l'intelligence formelle). Et les grandes structures intellectuelles qui se forme progressivement (conscience de soi, prise de conscience de son unité formelle qui se traduit par le pronom « je » appréhension d'autrui, aptitude à ce voir soi-même à travers le point de vue d'autrui intériorisé (ou le développement des représentations : comment les autres me perçoivent-il ?), le développement d'une personnalité plus complexes liée à l'extension de son activité sociale avec l'acquisition de norme et de rôle culturels.

La psychologie explique qu'on départ, l'enfant obéit à ses pulsions, à ses instincts, c'est la construction de moi. En suit l'enfant est freiné par des contraintes extérieurs (familiale, groupe de pairs, société), et il se bride lui-même peu à peu par crainte d'être abandonné et désir d'être aimé. C'est la construction du soi-même qui rassemble tous les tabous et les interdits. Dès lors le moi n'a plus le contrôle sur ces phénomènes. Pour les psychologues, un sur moi trop chargé conduit à une trop grande méfiance vis-à-vis du monde extérieur, et peut engendrer un blocage dans l'accession à l'autonomie. Piaget n'utilise pas le terme d'autonomie, il développe l'idée d'adaptation, l'adaptation d'un individu à son environnement est le résultat d'un processus de transformation de la personne tendant vers un équilibre. L'équilibre permanent est impossible car ce qui implique une réadaptation continue. Dans vers l'autonomie psychique de la naissance à la mort, Jeanine, Cuindon, édition

Fleurus Paris 1982. J. Cuidon développe la notion de « pensée autonome » qui résulte, selon elle d'un haut degré d'équilibre à l'intérieur du moi. Cet état d'équilibre permet à l'individu d'être mieux armés face aux pressions. Tant intérieurs qu'extérieurs et lui permet une meilleure adaptation à son environnement et donc lui permet de choisir le sens qu'il donne à la vie. On voit donc que les psychologues trouvent aussi des limites à l'autonomie de l'individu. Celle-ci sont instaurées par le fait que ce dernier vit dans une société dont les règles ne lui permettent pas de se comporter tel que ses pulsions le conduiraient à le faire, de plus son degré d'autonomie varie en fonction de sa volonté, de ces capacités, de son histoire de son éducation. Du rôle culturel qu'il tient dans la société ou même du moment auquel on le regarde (les gens connaissant des périodes de fragilité dans leur vie accident, deuil, maladie, chômage, divorce....etc.) qui engendre une baisse de leurs capacités à conduire leur vie sans intervention extérieure. (Catherine Guillaumin, 2009.P, P45, 49)

### **3. Les théories explicatives de l'autonomie**

Nous présenterons ici quelques théories qui nous éclairciront sur le processus d'acquisition de l'autonomie

#### **3.1 Théorie psycho dynamique**

A la naissance d'un enfant, la famille passe une régression psychique importante, indispensable pour l'accueillir, la dépendance totale du nourrisson installe des liens très fusionnels qu'on appelle lien mère bébé, mère enfant pour décrire les premières étapes de la construction psychique de l'enfant. Et c'est parce qu'il y a un vécu fusionnel satisfaisant qu'une séparation du lien.(André Fuster francine,2002,P.P11,24)

Selon la théorie psychanalytique, l'accès à l'autonomie prend du temps et nécessite l'aide de l'autre. Freud utilise le terme de « hilflosigkeit ». État de détresse, « dés aide ». Selon la nouvelle traduction pour désigner le besoin d'aide du petit de l'homme. Il faut souligner que cette dépendance concerne aussi bien la survie organique que psychique. En effet, le psychisme surgit également dans une relation de dépendance à l'autre selon Winnicott le bébé est un être de relation. Un bébé, ça n'existe pas car là où il y a un bébé, il y a des adultes. (Korff –Sausse Simone, 2005.P, P49, 54)

Alors le psychanalyste pense l'autonomie en termes de processus qui accompagne le développement de l'enfant depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, en mettant l'accent sur le rôle de l'environnement sur lequel dépend l'enfant et dans lequel l'enfant constitue son enveloppe psychique en tant qu'être autonome.

Pour Freud, la dépendance tient ses origines dans la dépendance matérielle du petit être humain à l'égard de son entourage aux premiers temps de la vie, là où s'enracinent les expériences primaires de détresse, comme les expériences de satisfaction. Le développement psychique nécessite alors trois conditions :

- Premièrement une prédisposition neurophysiologique qui permette la vie mentale ;
- Deuxièmement un environnement qui possède lui aussi une vie mentale ;
- Les recherches psychanalytiques récentes nous parlent d'une troisième condition, c'est que cet environnement investisse le sujet. C'est-à-dire qu'il accorde à l'enfant des pensées, et le considère comme un être apte et/ou

- capable de penser. Le bébé a besoin que ses parents reconnaissent qu'il a une vie psychique et qu'il est capable d'émettre des messages<sup>1</sup>. En revanche, si l'enfant est porteur d'un handicap les premiers liens avec l'enfant seront entravés et représentant des distorsions dans l'attachement primaire.

L'enfant est désormais incapable d'occuper sa place prédestinée de porteur du discours mythique de la famille. Au lieu d'une séparation psychique, c'est d'un arrachement dont il s'agit ici. Le groupe familiale utilise alors deux mécanismes de défenses pour s'adapter au handicap de l'enfant ;

Le recours à des modalités fusionnelles du lien : le fonctionnement familial renforce le lien fusionnel avec l'enfant, par conséquent, une réelle séparation psychique n'est pas envisageable. C'est ce que est souvent évoqué par les professionnels sous les termes de « surprotection familiale » ;

Une identification du corps malade de l'enfant : pour rester en contact avec l'enfant, les parents vont se concentrer sur son caractère déficitaire qu'ils vont perdre de vue sa vie psychique. (Francine Op cite, 2002. P25)

En effet, avant de voir l'enfant, nous voyons le handicap dont les limites et incapacités empêchent de voir les compétences de ce bébé. Et à titre d'exemple, observons le discours médical qui ne porte que sur la déficience et l'incapacité à comprendre émettre des messages, c'est là que dès la naissance la constitution de l'appareil mental peut être entravée et empêcher l'accès à l'autonomie.

Ainsi on a tendance de le garder petit, car la petite enfance permet de le protéger de la maturation et l'évolution vers l'âge adulte. Les parents évoquent souvent la difficulté d'avoir une image de leur enfant handicapé, c'est pourquoi

les parents surprotège et empêchent ainsi l'accès à l'autonomie et renforcer la dépendance de leur enfant, ils manifestent des craintes qu'il faut tenter de dépasser. (Simone, op cite. P50)

### **3.2. Théorie de la stigmatisation**

La théorie de l'étiquetage, aussi appelée théorie de la réaction sociale. On analyse stigmatique est une théorie essentielle de la psychologie sociale nord-américaines des années 1960. Son fondement de base est que l'acte social d'étiqueter une personne à tendance à modifier l'auto conception de la personne stigmatisée par incorporation de cette identification. En effet, la personne devient effectivement ce qu'on a supposé et dit qu'elle était, cela est sous l'effet de ce qu'on attend d'elle. (Lacaze Lionel ,2008.P183)

C'est dans ses travaux sur les institutions psychiatriques qu'Erwing Goffeman a mis en évidence et d'écrit la stigmatisation. Il la désigne comme un processus qui exclut un individu considéré comme « anormal » en suit l'image de soi et conduit l'individu à considérer les traitements discriminatoires qu'il subit comme normaux. (L.Tibere, 2007.P173)

A la fin des années 1980 apparaît la notion de « stigmatisation liée à la maladie » et ce concept peut être appliqué à toutes les maladies psychiques (chroniques, dégénératives ou contagieuses). (X.Palacios, Espinosa, 2012.P189)

C'est dans ce sens que nous comportons appliquer cette théorie pour comprendre le processus par lequel la personne en situation de handicap est susceptible d'introjecter l'image renvoyé par autrui sur sa propre personne et sur tout sur son autonomie. Nous pensons que cela a une grande influence négative sur la vie psychique et mentale des sujets en situation de handicap. Nous verrons

maintenant les mécanismes impliqués.

En effet, Link et Phelan reprennent les études réalisées, ils recensent cinq notions reliées à celle de stigmaté. Ce sont :

- **L'étiquetage** : (le labelling) et les étiquettes (ou labels) ;
- **Les stéréotypes** : il s'agit de croyances culturelles qui lient les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables ;
- **La distance sociale** : les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes séparées entre « eux » et « nous » ;
- **La perte de statut et la discrimination** : cela implique un traitement basé sur l'inégalité ;
- **Les relations de pouvoir** : certaines personnes possèdent des pouvoirs particuliers sur les autres, notamment, professeurs, travailleurs sociaux, et surtout médecins, jugeront le pouvoir de nommer, de donner des étiquettes qui vont ensuite disqualifier les gens. Ces processus donnent un aperçu sur la complexité du mécanisme de l'étiquetage qui passe inaperçu chez la victime et cela suppose la difficulté de se soustraire à son enlèvement.

En effet, le psychiatre suisse Asmus Finzen, estime que la lutte anti-stigmaté passe par la reconnaissance que le stigmaté est une seconde maladie invisible et qui s'enracine dans les préjugés, les conceptions erronées. (Lionel, op cite, 2008, P185)

#### 4. Prise en charge précoce

Selon Cuileret, la prise en charge n'apporte ni réparation ni transformation à l'enfant. Le plus important c'est la prise en charge globale. En effet, celle-ci doit

reprendre aux besoins de l'enfant, l'accompagner pour lui permettre de vivre mieux ses possibilités et ses choix. (Monique Guillert, 2007, P438)

Selon cet auteur la prise en charge doit être centrée adaptée au cas, toutefois elle doit être globale dans ce dont l'enfant a besoin.

Déficience mentale précoce et demande d'aide : des études montrent que des enfants trisomiques ou avec déficience intellectuelle, pourraient avoir des connaissances moins précises, sur ce qu'ils savent ou ne savent pas. Par conséquent, parfois ils solliciteraient des aides sans être nécessaires ou impropres, voir inutiles dans certains cas. Les modalités de recherches d'aide doivent être à justes afin de faciliter un fonctionnement autonome de la part des enfants vivant avec une trisomie 21 ainsi, on peut imaginer au moins deux types d'aménagement au cours d'interactions d'apprentissage assisté. (Lemétayer, Fabienne, 2001, P105)

- La première consiste à favoriser un fonctionnement autonome de la part du jeune enfant vivant avec une trisomie 21 en se basant sur le modèle de tutorat élaboré par Labrell. Dans ce modèle, le parent sollicite une résolution par l'enfant, l'enfant devra chercher à résoudre lui-même le problème rencontré, ce n'est qu'après des plusieurs échecs que le parent intervient, en lui fournissant des informations pour le dépassement d'une étape de la résolution ;
- La deuxième consiste à donner accès aux enfants vivant avec une trisomie 21 à une source externe de feed-back. Pour qu'il soit capable de juger des résultats de son entreprise cognitive. Ce feed-back externe lui permet alors de confirmer ou d'informer la justesse de son feed-back interne et d'enrichir ainsi son savoir métacognitif.

### ➤ Les effets de la désinstitutionalisation

- Feinstein souligne que la personne développe d'avantage ses habilités cognitives, sociales, affectives et physiques. Lorsqu'elle réside dans la communauté plus particulièrement au Québec, Arsenault et Al, soulignent que la désinstitutionalisation permet à la personne de vivre une vie utile et productive pour son être générale. En effet, Potenski, observe que le développement comportementale progresse parce que la personne intégrée reçoit un plus grant nombre de stimuli du milieu. Lors de ses rencontres avec les gens « valorisés », la personne vit et apprend les mêmes choses que les autres : les rôles « valorisés » cela lui offre une réelle possibilité d'apprendre, de produire et de généraliser des habilités adaptatives et d'ajustement social. La maitrise de ces habilités est indispensable pour favoriser une véritable intégration sociale et l'autonomie du sujet. (Charles Paré et all, 1994.P135)
- D'une autre manière, cela laisse supposer que l'environnement communautaire ou la personne vit constitue un lieu idéal riche en stimulation et de situation réelles nécessaire pour l'imprégner d'un bagage de connaissances métacognitives qui lui conféra un savoir-faire, savoir être sociale et par conséquent cela lui vaudra une bonne intégration sociale.
- Zeigler et Al, ont entamé des recherches et démontrent que l'institutionnalisation a pour conséquent la déshumanisation dans les soins apportés aux personnes présentant une déficience intellectuelle et perpétue l'image de déviance. En effet, le milieu institutionnel :
  - Dépersonnalise et déshumanise la personne ainsi que sa liberté et sa dignité en sont très restreintes ;

- Provoque une passivité et une diminution des fonctions intellectuelles parce que la stimulation très restreinte, limite la possibilité d'accroître son répertoire comportemental ;
- Peut rendre les personnes présentant une déficience intellectuelle victime de négligence et être stigmatisée dans sa perception de soi-même et celles d'autrui. (Ibid. P136)

### Conclusion

L'autonomie est un terme très complexe car elle recèle de multiples dimension, a savoir l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie psychologique, être autonome ne signifie pas d'être exclu de toute dépendances, car on ne devient autonome que par et a travers ses dépendances.

### **Introduction :**

Dans ce chapitre on a procédé par la définition des méthodes appliquées dans notre recherche qui sont la méthode descriptive et l'étude de cas. Après avoir entamé la pré-enquête, puis la présentation de lieu de recherche ensuite on va présenter le groupe de recherche et les critères de sélection de ce groupe et puis vers la fin en décrira les outils de recherche, qui sont l'observation clinique, l'entretien clinique.

### **1. La pré-enquête :**

Durant notre première visite au centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou, on a observé plusieurs enfants et adolescents présentant une déficience mentale dans toutes ces variétés, que se soit psychotiques, épileptiques, IMOC, ou trisomiques, ces derniers sont le thème de notre recherche.

Notre recherche porte sur les enfants ayant une trisomie 21, qui occupent la grande partie des cas, en comparaison à d'autres déficiences séjournant dans le centre.

Avant d'entamer le travail de terrain, on a essayé de familiariser avec nos sujets, connaître l'état des lieux et visualiser le programme de l'autonomie appliqué chez ces enfants.

Durant notre séjours au centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou , on a été encadré par deux psychologues cliniciennes , ces dernières nous ont orientés vers deux classes préparatoires : la classe préparatoire 1 et la classe préparatoire 3, parce qu'elles comporte des enfants atteints de trisomie 21, âgés de 10 à 12 ans , qui est la tranche d'âge de notre groupe de recherche.

### **2. Méthodes de utilisé :**

Les deux principales qualités recherchées dans une méthode de recherche sont l'efficacité et la reproductibilité, la méthode de recherche sert à orienter le chercheur, à cerner son sujet et d'avoir une bonne détermination de ses résultats, elle fait appel à de nombreuses techniques de recherche: l'observation, entretien clinique, étude de cas dont nous avons utilisé

### 2.1. La méthode descriptive :

Elle se définit comme "une intervenante en milieu naturel et tenter de donner à travers cette approche une image précisée d'un phénomène ou d'une situation particulière"(Chahraoui et Bénony,2003.P.125).

### 2.2. L'étude du cas :

" Qui est une conduite dans la perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être, et d'agir d'un être humain concret et complet aux prise avec cette situation, cherche à établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarche qui tendent à résoudre ces conflits ". (Fernandez, pedinielli, 2005 p. 16).

On a utilisé cette méthode, pour qu'on puisse étudier la particularité de chaque cas. Notre travail à pour objet l'évaluation d'autonomie fonctionnelle des enfants ayant une trisomie 21, cette dernière est évaluer a l'aide d'une grille d'observation et un guide d'entretien destiner aux éducatrices principales qui s'occupe des enfants trisomiques de notre échantillon.

### 3. Présentation du lieu de recherche :

C'est un centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux " C.P.P.E.H.M", situé au chef lieu de communal de la ville d'Akbou, sur la route national N°26 à 70 km au sud de la wilaya de Bejaia, route Chellata à 2 km du oued Soummam.

Il a ouvert ces portes a 1992 pour a accueillir et recevoir des enfants et adolescents âgés de trois (3) ans a dix huit ans (18), présentant une déficience mentale , légère, moyenne et profonde.

#### 3.1. Infrastructures de l'établissement:

Infrastructures pédagogiques:

- Un bureau du Responsable pédagogique.
- Un bureau du Surveillant général.
- Un bureau pour le secrétariat pédagogique.
- Un cabinet de consultation pour le Médecin.
- 04 Bureaux de consultations psychologiques.
- 10 Salles pour les activités pédagogiques.
- Une bibliothèque.
- Une salle de psychomotricité.
- Une salle de détente.
- Une salle de jeux.
- Une salle d'attente des parents.
- 02 Réfectoire.

-Une selle de jeux.

## **Chapitre I**

## **Méthodologie de la recherche**

---

-Un stade Combiné

-Un magasin pédagogique.

### **3.2. Infrastructures administratives :**

-Un bureau de Directeur.

-Un bureau de comptabilité

-Un bureau de personnel.

-Un bureau de secrétariat.

-Un bureau d'inventaire.

-Un magasin d'alimentation.

### **3.3. Effectifs des enfants pris en charge dans ce centre :**

- Masculin : **86**

- Féminin : **52**

- Demi-pension : **126**

- Externat : **12**

### **3.4. Répartition selon l'âge**

De 03 ans à 06 ans : **27**

De 07 ans à 10 ans : **40**

De 11 ans à 15 ans : **52**

De 16 ans à 18 ans : **19**

### **3.5. Répartition selon le type de la déficience**

- Trisomie 21 : **53**

- Epileptiques : **14**

- Psychotiques : **12**

- IMOC : **03**

- Autres type de déficiences : **56**

### **3.6. Répartition selon le degré de la déficience :**

- Déficience profonde : **08**

- Déficience sévère : **16**

- Déficience moyenne : **102**

- Déficience légère : **12**

## **4. Présentation du groupe de recherche:**

La population de notre recherche est porté sur les enfants trisomiques âgés de dix (10) a douze ans (12) pris en charge dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou.

**Le tableau présente les caractéristiques du groupe de recherche :**

<b>Cas</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Degré de déficience</b>	<b>Classe préparatoire</b>
Ghilas	12 ans	Masculin	Moyenne	1
Md Ameziane	11 ans	Masculin	Sévère	1
Rayane	11 ans	Masculin	Moyenne	1
Ouardia	11ans	Féminin	Moyenne	3
Oualid	11ans	Masculin	Moyenne	3
Yanis	11ans	Masculin	Moyenne	3

**Tableau N° 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche**

### **5. Les critères de sélection de groupes de recherche :**

Afin de procéder à la sélection des membres de notre groupe de recherche qui sont du nombre de six(6) cas. On s'est basé sur trois critères essentiels :

- le critère de l'homogénéité : ces enfants âgés de 10 à 12 ans, présentent une déficience intellectuelle de type trisomie 21.
- le critère d'exclusion : dont le sexe et le degré de la déficience ne sont pas retenues
- les enfants sont pris en charge au centre " C.P.P.E.H.M." d'Akbou.

### **6. Les outils de recherche :**

#### **6.1. L'observation clinique :**

"C'est une méthode qui consiste a relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagières, émotionnelles, cognitif, significatif afin de leurs donner un sens, en leur restituant dans la dynamique, l'histoire du sujet dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectifs actualiser"(Pedinielli,et Benony, 1994.P. 13-14)

### 6.1.1. La grille d'observation :

"C'est une technique d'observation où on sait à l'avance ce qu'on cherche à repérer, un moyen de diriger et de maintenir l'attention et le regard, elle permet de voir le degré, la fréquence ou la séquence d'apparition de comportement dans une situation particulière" (Sylvain et Ginette, 2009.P.195).

### 6.1.2. L'application de la grille d'observation :

Notre grille d'observation est inspirée de l'échelle d'autonomie des activités de la vie quotidienne de KATZ.

### 6.2. L'entretien clinique :

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquêtes qui permettent de recueillir des données cliniques, c'est une méthode préliminaire et indispensable dans toute recherche scientifique, notamment dans la recherche en psychologie clinique.

L'entretien peut être défini dans un premier temps, " comme l'action d'échange des paroles avec une plusieurs personnes, entretien est synonyme de conversation discussion ou dialogue «. (Bénony et Chahraoui, 1999. P.11)

"L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ".  
(ibid, 1999.P.11)

### 6.2.1. L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien : « le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ce qui est proposé et avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, le clinicien adopte tout de même une attitude non directive, il n'interrompt pas le sujet, laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé ». (Ibid ,1999. P.16)

L'entretien semi-directif est défini comme: « la situation ou le clinicien pose quelques question simplement pour orienter le discours sur certaines thèmes ». (Chiland, 1983.P.11)

### 6.2.2. Le guide d'entretien :

Il s'agit : « d'un ensembles organisé de fonctions, d'opérations et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance celle-ci sera nécessairement

identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive ». (Bénony et Chahraoui, 2003.P144)

Notre guide d'entretien est adressé aux éducatrices principales qui s'occupent des enfants trisomiques selon la répartition des classes préparatoires (01) et (03), il est basé sur deux grands axes principaux :

**Axe 1 : données anamnestiques :** dans cet axe nous tenterons de collecter quelques informations concernant l'enfant et son environnement familial, conditions socio-économique et sa position dans la fratrie.

**Axe 2 : Autonomie de l'enfant trisomique :** cet axe contient des questions à la fois sur la capacité, l'habileté de l'enfant trisomique, sa continence, son alimentation, sa toilette, son habillement, sa mobilité et son hygiène corporelle (voir annexe A)

### 7. Le déroulement de la recherche :

Notre recherche a été menée dans un centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou pour une durée de deux(02) mois, du 15/02/2016 jusqu'au 15/04/2016. On a été appelé à se présenter une (01) fois par semaine, durant les premiers jours on a effectué des observations naturelles sur l'autonomie de notre échantillon (le matin, à midi, avant la sortie des enfants), tout en s'appuyant sur le programme de l'autonomie établi par le groupe pédagogique au niveau du centre, et en fonction du temps accordé pour chaque activité : 30 minutes pour la toilette et hygiène corporelle, 20 minutes pour le petit déjeuner, une (1) heure pour le déjeuner. Et on a effectué des entretiens avec les éducatrices principales qui sont chargées de notre groupe de recherche sur leur capacité quand à la réalisation des différentes tâches de la vie quotidienne. Et on a fini par remplir notre guide d'entretien et notre grille d'observation.

### Synthèse :

Ce chapitre est très important, il nous permet d'ordonner et d'organiser notre démarche scientifique, il nous a servi dans la limitation de notre recherche, ainsi d'éclairer et de faciliter l'application de nos outils d'investigation.

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

### **Introduction :**

Dans ce chapitre, on commencera par la présentation des cas ainsi que l'analyse de l'entretien puis l'analyse de la grille d'observation, et en fin en terminera par la discussion et analyse des hypothèses.

### **Présentation et analyse des résultats**

#### **1. Présentation du premier cas (GHILAS) :**

Ghilas est un enfant ayant une trisomie 21, né le 03/01/2004, âgé de 12 ans, il a été intégré au centre le 11/01/2010, issu d'un deuxième mariage consanguin, le père âgé de 64 ans, retraité, la mère âgée 34 ans, femme au foyer. Il est le dernier d'une fratrie de 18 enfants. Ghilas est un enfant qui présente une déficience mentale moyenne (d'après le bilan clinique du centre), il vit au sein de la famille, c'est un enfant sociable.

Il est un enfant non désiré, sa mère été sans traitement médical pendant sa grossesse, grossesse à terme avec un accouchement normal, allaitement au sein pendant 15 jours, puis artificiel.

Sur le plan du développement psychomoteur, son premier sourire été à 2 mois, tenu de sa tête à 4 mois et son premier mot à 2 ans.

##### **1.1. Analyse de l'entretien :**

D'après son éducatrice Ghilas est un enfant capable de réaliser toutes les activités de la vie quotidienne seul, il aime s'entretenir, quant à la continence GHILAS est un enfant qui a acquis les deux contrôles anal et vésical, il est totalement continant, il arrive à faire sa toilette seul, s'assoit, et s'essuyé lui-même et revenis sans aucune assistance, il est capable de s'habiller et de se déshabiller sans aucune difficultés c'est lui-même qui retire ses vêtements du casier "il reconnais ses propres vêtements" et en ce qui concerne l'hygiène corporelle GHILAS arrive à se laver son visage, ses mains et il brosse ses dents, parfois il ne laisse mouché le nez. En ce qui est en rapport avec la mobilité GHILAS parviens à se déplacer de façon indépendante dans les différents lieux du centre et pour ce qui est de l'alimentation GHILAS n'éprouve aucune difficulté pour demander à manger lorsqu'il a faim ni même quand il mange. Ghilas mange proprement

## Chapitre II Présentation, analyse et discussion des résultats

---

### 1.2. Analyse des résultats de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a constaté pour le cas de Ghilas, par rapport à l'hygiène corporel, Ghilas est un enfant propre, capable d'ouvrir et de fermer le robinet, Ghilas se lave tout seul et les mains et le visage, et il arrive même à se laver complètement le corps sans aucune assistance (se douché), se brosse les dents après les repas, Concernant l'habillement, Ghilas ne trouve pas de difficultés à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seul et sans aucune assistance quelconque, enfile et enlève son manteau, boutonne et déboutonne ses vêtements, met et lace ses chaussures, range ses vêtements, Ghilas arrive même à choisir ses propres habits.

Quant à la mobilité, Ghilas n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différents endroits du centre, tout en respectant les différentes règles et consignes appropriées au centre. Et pour ce qui est des continences et la toilette, Ghilas est un enfant continent, il a le contrôle anal et vésical, se rend à la toilette seul en cas de besoin, s'essuie et se rhabille après usage.

Et pour ce qui est de l'alimentation, Ghilas se tient correctement devant la table, se sert des aliments, de la cuillère, de la fourchette, et de la serviette, plie cette dernière. Ghilas boit au verre, et mange tout seul sans aucune difficulté, Est mangé proprement.

**Synthèse :** D'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation, on constate que Ghilas est un enfant capable de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne sans aucune assistance, c'est un enfant propre ; continent, capable de se déplacer de manière indépendante, un enfant apte de manger seul et sans aucune aide quelconque

### 2. Présentation de deuxième cas (RAYANE):

RAYANE est un enfant ayant une trisomie 21, né le 26/10/2005, âgé de 11 ans il a été intégré au centre le 11/09/2011, issu d'un mariage consanguin et d'une famille ayant des antécédents pathologiques, le père âgé de 39 ans, juriste, la mère âgée de 37 ans, femme au foyer. Il est le dernier d'une de trois enfants (un garçon et une fille). RAYANE est un enfant qui présente une déficience mentale

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

moyenne (d'après le bilan clinique du centre) vit au sein de la famille, il est un enfant sociable.

RAYANE est un enfant désiré, né à terme, son accouchement été normal.

Sur le plan du développement psychomoteur : son premier sourire à 3 mois, station assise à 9 mois, ses premier pas à 12 mois, son premier mot à 9 mois et ses premiers phrase à 1 an et demi.

### **2.1. Analyse de l'entretien :**

D'après son éducatrice Rabane est un enfant qui est capable de réaliser toutes les activités de la vie quotidienne seul, seulement après incitation de son éducatrice (il est fainéant, s'entretiens mal) mais il parvient à effectuer les différentes tache de la vie quotidiennes sans la sollicitation de l'autre. Quand a la continence Rayane est enfant qui a acquis les deux contrôles anal et vésical, il totalement continent, il arrive à faire sa toilette seul, se rend a la toilette s'assoit, se relève, s'essuye lui-même après usage, et reviens sans aucune assistance.

Et pour ce qui est de l'habillement Rayane est capable de s'habiller et de se déshabiller, c'est lui-même qui retire ses vêtements de l'armoire de la classe. Quand a l'hygiène corporelle Rayane arrive à se laver, le visage, les mains et brosser ses dents, parfois il moche le nez, mais il utilise un mouchoir pour s'essuyer. Pour se qui en rapport a la mobilité Rayane n'éprouve aucune difficulté à se déplacer dans les différentes lieux du centre. Pour l'alimentation Rayane n'a aucune difficulté que se soit pour demander a mangé lorsqu'il a faim ou même quand il mange, seulement il mange avec les deux mains dit son éducatrice.

### **2.2. Analyse de la grille d'observation :**

D'après les résultats de la grille d'observation on constate ; pour ce qui est de l'hygiène corporel, Rayane est un enfant propre, se lave tout seul et les mais et le visage, capable d'ouvrir et de fermer le robinet, il arrive même a brosser ses dents, se lave complètement le corps, prépare et range les objets de sa toilette. Concernant l'habillement Rayane est un enfant qui s'habille et se déshabille tout seul et sans aucune assistance, reconnais, boutonne et déboutonne ses vêtements, enfle son manteau, met ses chaussures et les lacent, il lui arrive même de

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

choisir ses propre vêtements, Pour ce qui est de la mobilité Rayane n'éprouve aucune difficulté à se déplace dans les différents lieux du centre tout en respectant certain règles et consignes associées au centre. Pour la continence et la toilette Rayane est continent il a acquis les deux contrôles anal et vésical, il se rend a la toilette seul en cas du besoin, enlève et remet son pantalon et s'essuyé après usage. Pour ce qui est de l'alimentation Rayane n'éprouve aucune difficulté pour mangé, a commencer par ce tenir correctement a table, se sert des aliments, de la cuillère et de la fourchette, se sert de la serviette, et bois au verre. Rayane mange proprement.

**Synthèse :** D'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation on constate que Rayane est un enfant propre, cantinant, capable de se déplacer seul, un enfant apte de s'habille et de se déshabiller, voir même la capacité de s'alimenter seul sans aucune difficulté,

### **3. Présentation du troisième cas (Md AMEZIENE) :**

Md Ameziane est un enfant ayant une trisomie 21, né le 09/07/2005, âgé de 11 ans, intégré au centre le 27/09/2010, issu d'un mariage non consanguin, le père âgé de 42 ans , fonctionnaire dans le corps militaire, la mère âgée de 35 ans, femme au foyer , il est le cinquième d'une fratrie de six enfants (quatre garçon et une fille). Md Ameziane présente une déficience mentale sévère (d'après le bilan clinique du centre), il vit au sein de la famille, il est plus au moins sociable.

C'est un enfant non désiré, né à terme, son accouchement été normal. Allaitement est au sein pendant 02 mois, puis artificiel.

Sur le plan du développement psychomoteur, il à acquit la position debout à 18 mois, la marche à 2 ans, il présente un retard de langage et de la parole.

#### **3.1. Analyse de l'entretien :**

D'après son éducatrice Md Ameziane est un enfant qui réalise toutes les activités de la vie quotidienne seul, mais avec une légère difficulté et une légère assistance, « Il trouve des difficultés lorsqu'il met ses vêtements ou même enfiler ses lassés ; voir son poids », il est généralement long dans l'exécution de ces tâches. Quand a la continence Md Ameziane est continent sur les deux

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

niveaux anal et vésical, il arrive à faire sa toilette seul, mais seulement avec incitation de son éducatrice, il utilise la toilette, s'assoit, se relève et s'essuyé lui-même après usage sans aucune assistance. Il est capable de s'habiller et de se déshabiller seul, mais il éprouve une difficulté à mettre les lasses ou enlever son t-shirt. Md Ameziane arrive à retirer ses vêtements de l'armoire de la classe « il reconnaît sa serviette, son manteau, et toutes ses affaires ». En ce qui concerne l'hygiène corporelle Md Ameziane, arrive à se laver et ses mains et son visage, il brosse ses dents seul, sans aucune assistance, il laisse moche son nez.

Et ce qui est en rapport a la mobilité Md Ameziane parviens à se déplacer de façon indépendante dans les différentes lieux du centre.

Et pour ce qui est de l'alimentation, Md Ameziane n'éprouve aucune difficulté pour manger, seulement, lorsque il a faim il ne demande pas de la nourriture, il mange proprement.

### **3.2. Analyse des résultats de la grille d'observation :**

D'après les résultats de la grille d'observation, on a constaté, pour ce qui est de l'hygiène corporelle, que Md Ameziane est un enfant propre, il se lave tout seul et les mains et le visage, ouvre et ferme le robinet, se lave complètement le corps il arrive même a brosser ses dents.

Concernant l'habillement Md Ameziane est un enfant qui s'habille et se déshabille seul ,mais en éprouvant une légère difficulté a par exemple : enfiler son tee-shirt , a boutonner ses vetements, ou a mettre et lacer ses souliers, il lui arrive même de choisir ses propre vêtements , Md Ameziane range ses vetements , en ce qui est en rapport a la mobilité Md Ameziane n'épreuve aucune difficulté à ce déplacer dans les différentes endroits du centre tout en respectant les règles appropriés au centre. Et pour ce qui est de la continence et la toilette Md Ameziane est un enfant continant, il a acquis les deux contrôles annal et vésicale, il se rendre seul au toilette en cas de besoin, enlève et remet son pantalon, et s'essuyé âpres usage.

Et pour l'alimentation Md Ameziane épreuve une difficulté à demander de l'alimentation quand il a faim mais il parvient come me à manger de manière

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

indépendante et d'une façon propre, se tiens correctement a table, se sert des aliments, de la fourchette, de la cuillère, de la serviette et il boit au verre.

**Synthèse :** D'après l'analyse de l'entretien et la grille d'observation on constat que, MD Ameziane est un enfant propre, il est capable de réaliser les différentes taches de la vie quotidienne seul mail il besoin d'une légers assistance pour demander de manger et pour s'habiller et de se déshabiller correctement.

### **4. Présentation de cas de Oualid :**

Oualid est un enfant ayant une trisomie21 ,né le 15 /10/2005,âgée de 11ans, il été intégré au centre le 11 /09 /2011, issu d'un mariage non consanguin et d'une famille ayant des antécédents pathologique le père âgé de 42ans ,fonctionnaire ,la mère âgé de 37ans fonctionnaire, il est le dernier d'une fratrie de quatre enfant , Oualid présente une déficience intellectuelle moyen (d'après le bilan clinique de centre) il vit au sein de la famille, c'est un enfant sociable , Oualid est un enfant désiré ,né a terme, son accouchement été normale .sur le plan de développement psychomoteur, son premier sourire a 2 mois ,station assise a 6 mois ,ses premiers pas a 13 mois ,son premier mot a 10 mois et ses premiers phrases a 4ans.

#### **4.1. Analyse de l'entretien :**

D'après son éducatrice Oualid est un enfant capable d'effectue les déférents taches de la vie quotidienne seul ,il réalise ses dernier sans assistance de l'autre de ce qui de la continence Oualid est un enfant qui acquis les deux contrôle anal et vésical, il est totalement continent, il peut faire sa toilette seule s'assoit, et s'essuyé lui mémé et revenir sans aide ,il est capable de s'habiller sans difficultés ,c'est lui mémé qui retire ses vêtement de son casier et en ce qui concerne l'hygiène corporelle , Oualid arrive a se laver ,son vissage et ses mains et il brosse ses dents ,il prend le mouchoir pour s'essuyer le nez ,en ce qui en rapport avec la mobilité Oualid st capable de se déplacer dans les différente s lieux le centre et pour ce qui est de l'alimentation Oualid na pas de difficulté il demande a manger ainsi que il mange correctement.

### 4.2. Analyse de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a remarqué que Oualid, par rapport à l'hygiène corporelle ; est un enfant propre, capable de ouvrir et de fermer le robinet Oualid se lave tout seul et les mains et le visage, et il arrive même à se laver complètement le corps, se brosse les dents après les repas , concernant l'habillement, Oualid ne trouve pas de problème à reconnaître ses vêtements, s'habille et se déshabille seul enfile et enlève son manteau, boutonne et déboutonne ses vêtements, met et lace ses chaussures, range ses vêtements , Oualid arrive à choisir ses propres vêtements, quant à la mobilité , Oualid a aucune difficulté à se déplacer dans les lieux de centre ,tout en respectant les règles de centre ,et pour ce qui est de la continence et la toilette Oualid est un enfant continent ,il a le contrôle anal et vésicale, se rend à la toilette seul en cas de besoin s'essuie et s'habille après usage .et pour ce qui est de l'alimentation , Oualid se tient correctement devant la table ,se sert des aliments , de la cuillère ,du fourchette ,et de la serviette ,plier cette dernière . Oualid boit au verre, il mange tout seul sans aucune difficulté, il mange proprement.

### Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien ainsi que la grille d'observation on a constaté que Oualid est un enfant capable de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne sans aucune sollicitation c'est un enfant propre, continent, capable de se déplacer de manière indépendante, apte à manger seul et sans aucune assistance.

### 5. Présentation de cas de Yanis :

Yanis est enfant ayant une trisomie 21,né le 26 /10/2005 âgé de 11ans, il été intégré au centre le 11/09/2011 issu d'un mariage consanguin et d'une famille ayant des antécédents pathologiques ,le père âgé de 39ans ,fonctionnaire ,la mère âgé de 37ans ,femme au foyer ,il est le dernier d'une fratrie de trois enfant ,Yanis présente une déficience intellectuelle moyen (d'après le bilan clinique de centre) il vit au sein de la famille ,Yanis est un enfant désiré, né à terme ,son

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

accouchement été normal .sur le plan du développement psychomoteur ,son premier sourire été a 3mois, station assis a 12mois, son premier mot a 9 mois et ses premier phrases a 2 ans et demi.

### **5.1. Analyse de l'entretien :**

D'après son éducatrice Yanis est un enfant capable de réaliser toute les activités de la vie quotidienne seul, il parviens a effectuer les différents taches de la vie quotidienne sans assistance de l'autre, quand a la continence Yanis est enfant qui acquis les deux contrôle anal et vésical ,il est totalement continent ,il arrive a faire sa toilette seul ,s'assoit et s'essuyé lui même et revenir sans aucune difficultés c'est lui même qui retire ses vêtements de son casier . En ce qui concerne l'hygiène corporelle yanis arrive à laver son visage et ses mains, et il brosse ses dents, il prend un mouchoir pour s'essuyer le nez, en ce qui en rapport avec la mobilité Yanis se déplace de façons indépendante dans les endroits du centre et pour ce qui de l'alimentation Yanis demande a manger et a boire quand il veut.

### **5.2. Analyse de la grille d'observation :**

D'après la grille d'observation ,on remarquer que Yanis est un enfant propre il peut seul ouvrir et fermé le robinet , se lave seul les mains et le visage ,et il arrive même a ce laver complètement le corps sans assistance ,se brosse les dents après les repas pour ce qui est de l'hygiène corporelle .et pour l'habillement Yanis n'a pas trouver de difficulté a reconnaître ses propre vêtements ,s'habille et se déshabille seul sans aucune assistance enfile et enlève son menteau, boutonne et déboutonne ses vêtements ,met et lace ses chausseurs , range et met ses vêtements .et pour la mobilité , Yanis n'a aucune difficulté a ce déplacer dans les différentes lieux de centre ,et pour ce qui est de la continence et la toilette Yanis est un enfant continent il a le contrôle anale et vésicale, se rend au toilette seul en cas du besoin s'essuyé et rhabille après usage. Pour ce qui est de l'alimentation, Yanis se tiens correctement devant la table, se sert des aliments, de la cuillère, de la fourchette, et de la serviette, plie cette dernière. Yanis boit au verre, mange tout seul sans aucune difficultés, il mange proprement.

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

### **Synthèse :**

D'après l'analyse de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation on constate que Yanis est un enfant qui est capable de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne sans assistance, un enfant propre, cantinant, capable de se déplacer de manière indépendante, un enfant apte de manger seul et sans aucune assistance.

### **6. Présentation de cas de Ouardia :**

Ouardia est une fille ayant une trisomie 21, née le 11/03/2005 âgée de 11 ans, elle a été intégrée au centre le 09/09/2012 issu d'un mariage non consanguin, le père âgé de 71 ans retiré, sa mère âgée de 43 ans femme au foyer, elle est la dernière d'une fratrie de trois enfants, Ouardia présente une déficience intellectuelle moyenne (d'après le bilan clinique de centre) elle vit au sein de la famille c'est une fille sociable, Ouardia est une fille désirée née à terme et d'accouchement normale. Sur le plan de développement psychomoteur son premier sourire à 2 mois, station assise à 6 mois, ses premiers pas à 13 mois son premier mot à 10 mois et ses premières phrases à 4 ans.

#### **6.1. Analyse de l'entretien :**

D'après son éducatrice Ouardia est une fille capable d'effectuer les différentes activités de la vie quotidienne seule, elle les réalise sans sollicitation de l'autre quand a la continence Ouardia est une fille qui a acquis les deux contrôles anal et vésical, elle est totalement continent, elle fait sa toilette seule s'assoit, et s'essuie elle-même et revient sans aucune aide, elle s'habille sans difficulté, elle retire ses vêtements dans son casier, et en ce qui concerne l'hygiène corporelle Ouardia arrive à se laver son visage et ses mains et elle brosse ses dents, elle prend un mouchoir pour s'essuyer le nez, et en ce qui est en rapport avec sa mobilité Ouardia parvient à se déplacer dans les différents lieux de centre, quand a l'alimentation, elle ne présente pas de difficulté ni pour demander à manger ni lorsque elle a faim et elle mange correctement.

### 6.2. Analyse de la grille d'observation :

D'après la grille d'observation, on a observé pour le cas de Ouardia que : une fille très propre elle utilise le robinet elle l'ouvert et le ferme seule Ouardia se lave toute seule les mains et le visage, elle arrive même a prendre sa douche seule, elle brousse ses dents après les repas, sa pour ce qui est de l'hygiène corporelle. concernant l'habillement , Ouardia ne trouve pas de problème a reconnaître ses propre vêtements ,s'habille et déshabille seule sans aucune sollicitation ,enfile et enlève son manteau, boutonne et déboutonne ses vêtements, met et lace ses chaussures , met ses vêtements et les range et elle peut choisir ses propre vêtements ,et pour la mobilité , Ouardia a aucune difficulté à ce déplacer dans les

différents lieux de centre ,tout en respectant les règles de centre, et pour ce qui est de la continence et la toilette Ouardia est une fille continente ,elle a le contrôle anal et vésicale, se rende au toilette seule en cas du besoin s'essuyer et rhabille après usage .quand a l'alimentation , Ouardia se tienne correctement devant la table ,se sert des aliments ,de la cuillère, de la fourchette, et de la serviette, plie cette dernière ,elle boit au verre, et mange tout seule, elle mange proprement.

### Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien et la grille d'observation on a constaté que Ouardia est une fille capable de réaliser les différents tache de la vie quotidienne sans aucune sollicitation, une fille propre, continente, capable de se déplacer de manière indépendante, apte de manger seule et sans aucune assistance.

### Discussion des hypothèses :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et l'analyse de la grille d'observation nous pouvons procéder à la discussion de notre hypothèse :

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

### **Discussion de la premier 1<sup>er</sup> hypothèse (générale) :**

**« Les enfants trisomiques âgés de dix (10) a douze ans 12 ans son autonomes ».**

D'après l'analyse des résultats de l'entretien et les données de la grille d'observation de chaque cas, on a pu constater que les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans sont autonome, du fait qu'ils ont une silhouette propre , et qu'il sont capable de se laver les mains , le visage et complètement le corps (se doucher)sans aucune assistance.

Sur le plan de la continence, ces enfants sont continents du fait qu'ils ont acquis les deux contrôles anal et vésical, et peuvent se rendre à la toilette seule au cas du besoin. Ces enfants n'éprouvent pas de difficultés à se déplacer dans les différents lieux du centre.

Ils arrivent à s'habiller et a se déshabiller de manière indépendante, ils sont capable aussi de s'alimenter seul et correctement en se procurent les différentes outils, tels que cuillère, fourchette, verre ...etc.

Notons que sur les six (06) cas étudiés, seul le cas de Md Ameziane éprouve une difficulté pour réaliser l'activité de l'habillement, et pour la réaliser Md Ameziane nécessite une légère assistance.

De ce fait on peut dire que notre hypothèse est relativement confirmée.

### **Discussion de la deuxième (02) hypothèse (secondaire):**

**« Les enfants trisomiques âgés de 10 a 12 ans sont aptes et capable d'exécuter et de réaliser les différentes taches de la vie quotidienne sans aucune aide ou assistance ».**

D'après le compte-rendu de l'entretien de l'analyse et l'analyse des données de la grille d'observation de chaque cas, nous constatons que les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans, capable de réaliser les différentes taches de la vie quotidienne sans assistance, a l'exception du cas de Md AMeziane qui nécessite une légère assistance pour la réalisation de l'axe habillement.

## **Chapitre II      Présentation, analyse et discussion des résultats**

---

### **Synthèse :**

A partir de l'analyse faite pour chaque cas, on peut conclure, que les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans sont autonomes car ils sont capables de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne sans assistance même s'il y a des fois des contraintes qui peuvent empêcher la réalisation complète de la tâche.

### Conclusion générale :

En guise de conclusion de notre travail, ce dernier a été pour nous d'une part, l'occasion de se rapprocher de cette catégories d'enfants, et sur l'état de leur autonomie, et d'autre part d'approfondir nos connaissances acquise sur le plan théorique, et de comprendre la trisomie 21, son diagnostic et sa prise en charge, notamment dans les institutions.

Pour l'exploration du sujet des enfants trisomique âgés de 10 à 12 ans dans l'évaluation de leur autonomie dans la réalisation des activités et taches de la vie quotidienne, nous avons opté à des outils d'investigation à savoir : l'entretien et l'observation clinique. En s'appuyant sur une grille d'observation

Notre étude donne lieu à une représentation quantitative et qualitative de l'autonomie des enfants ayant une trisomie 21, celle-ci confirme relativement notre hypothèse de départ selon laquelle les enfants trisomiques âgés de 10 à 12 ans, sont autonomes et ils sont capable et aptes a réaliser les différentes tache de la vie quotidienne, a l'exception du cas de Md Ameziane qui est relativement long, et nécessite une légère assistance quant a la réalisation de l'activité d'habillage, mais il arrive au final a réaliser la dite tache.

A partir de la grille d'observation nous avons constaté que l'ensemble des enfants de notre échantillons ont acquis une autonomie leur permettant une intégration plus au moins approprie

Ce thème de recherche mérite d'être étudié d'une manière plus approfondie, avec une population assez importante. Ainsi on peut lancer des perspectives de recherche concernant l'autonomie des enfants trisomiques qu'ils soient placés dans des institutions ou en dehors et ce pour comprendre la réalité clinique de l'autonomie des enfants trisomiques.

### La liste bibliographie :

#### Ouvrages :

- 1- Benony H, Chahraoui K, l'entretien clinique, Dunod, Paris, 1999
- 2- Claude H., les personnes en situations de handicap, 7<sup>e</sup> ed., Puf, Paris, 2012
- 3- Pedinielli J., Fernandez L., l'observation clinique et l'étude de cas, Armand colin, Espagne, 2005
- 4- Sylvain G., Ginette T, méthodologie en sciences humaines, 3<sup>e</sup> éd., pearson, canada, 2009
- 5- Tourette C., Guidetti M. introduction a la psychologie du développement, Paris, Armand colin, 2002
- 6- Henry Ey., Renard P., Brisset, Ch., manuel de psychiatrie de l'enfant, 6<sup>e</sup> éd., Masson, Paris, 1989
- 7- Cuilleret, Monique. Trisomie et handicaps génétiques associés, potentialités, compétences, devenir. Masson. 5ème edition. 2007
- 8- DSM 4

#### Les articles :

- 1- Francine. André – fustier, Les adaptation familiales défensives face aux handicaps, dans le divan familiale, volume 1. N° 8 (2002),
- 2- Lemétayer fabienne, le recours a l'aide d'autrui chez les jeunes enfants trisomique 21, dans : revue francophone dela déficience intellectuelle volume 12 n°1 2001
- 3- Lionnel Laraze, La théorie de l'étiquetage modifier, dans nouvelle revue de psychosociologie volume 1 N°5 2008
- 4- Placios Espinosa et all. La stigmatisation de la maladie psychique, le cas du cancer, dans psycho-oncologie n°6, 2012
- 5- Simon corff-sauce, la notion de responsabilité dans le demain de l'handicap : Autonomie, réciprocité et sexualité dans reliance, volume4 n°18, 2005

### **Les thèses :**

- 1- Goffnet M., 2008. le vécu des parents des personnes trisomiques 21 et atteintes vis-à-vis du médecin traitant, thèse de doctorat d'état en médecine ; université de Claude Bernard, Lyon 1.
- 2- Guillaumin C., 2009. de l'accompagnement à l'autonomie chez l'enfant handicapé intellectuel, mémoire master 1 mention professionnel et l'ingénierie de formation, université François Rebelais.
- 3- Le rousseau A.L., 2011. Dépistage prénatal de la trisomie 21, état des lieux chez un échantillon de médecin généralistes du lois et char en 2010, thèse de doctorat d'état en médecine, université de François rebelais.
- 4- Passot , C. 2005.élaboration d'un document d'information pour les femmes enceinte, a propos des marqueurs sérique maternelle de trisomie 21, thèse de doctorat en médecine , université de Joseph Fourier.

### **Les dictionnaires :**

- 1- Le grand Robert de la langue française. Version numérique PC CD-ROM. 2005
- 2- Encyclopédie Universalis. Version numérique PC DVD-ROM. 2011
- 3- Le grand dictionnaire de la psychologie

### **Autres :**

- 1- [http : //www.algerie-focus .com.cour/2015/03/journée-mondiale-de-la-trisomie](http://www.algerie-focus.com.cour/2015/03/journée-mondiale-de-la-trisomie)
- 2- Santé magazine, revue n°4/03/2015

**Annexe 1 :**

**Guide d'entretien. (Semi-directif) :**

**I. Données anamnestiques :**

**A-Identité de l'enfant :**

Nom:

Prénom :

Age :

Sexe :

**B- Situation familiale de l'enfant :**

**C- Les conditions socio économique de l'enfant :**

**D- Position de l'enfant dans la fratrie :**

**II. Autonomie de l'enfant trisomique (le degré de l'autonomie fonctionnelle) :**

**Capacité et habilité de l'enfant :**

- Dans le centre, quelles sont les activités que l'enfant trisomique effectue-il seul et lesquelles sont les préférées pour lui ?
- Est ce que l'enfant trisomique parvient-il seul à effectuer les différentes tâches de la vie quotidienne où il sollicite l'aide d'autrui?
- Dans quelles activités l'enfant trisomique trouve- il des difficultés ?

**Axe A : Continence :**

- Est ce que l'enfant trisomique parvient-il à aller seul à la toilette ?
- Est ce que l'enfant trisomique a le contrôle sphinctérien anal ou vésical ou n'a aucun contrôle ?

- Est ce que l'enfant trisomique arrive a assure sa continence tant au niveau urinaire que fécal ?

### **Axe B : Alimentation :**

- Est-ce que l'enfant trisomique demande a manger et a boire lorsqu'il a faim ou il a soif ?
- Est-ce que l'enfant trisomique parvient-il à se nourrir seul ? ou est ce qu'il est totalement dépendant pour manger et boire ?

### **Axe C : Habillement :**

- Est ce que l'enfant trisomique retire lui-même les vêtements de l'armoire ou du tiroir, s'habille et peut mettre des vêtements lâches sans problèmes ?
- Est ce que votre enfant choisi seul ses vêtement, les mets seul et se déshabilles sans aucune aide?

### **Axe D : Soins personnels :** (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)

- Est ce que l'enfant trisomique se soigne convenablement, ou il a besoin d'assistance pour se maintenir propre ?
- Est ce que l'enfant trisomique se lave seul et s'essuye le visage, et s'essuye les mains, laisser mouché le nez, prend un mouchoir pour s'essuyer le nez, se brosse les dents ?

### **Axe E : Mobilité :**

- Est ce que l'enfant trisomique se déplace de façon indépendante ou il dépend des autres ?

### **Axe F : Toilette :**

- Est ce que l'enfant trisomique peut se rendre aux toilettes ou en revenir sans aide, s'asseoir et se relever des toilettes et s'essuyer lui-même ?
- Est ce que l'enfant trisomique est continent à l'urine ou aux selles ou bien les deux ?
- Est-ce que l'enfant trisomique est capable de se faire la douche tout seul ou il a besoin d'une assistance ?

**Annexe 2 :**

**Grille d'observation :**

Nom : Prénom :

Age : Groupe :

L'activité	Taches	Acquis	Acquis avec aide	En apprentissage	Non acquis
<b>Hygiène corporelle</b>	Ouvre le robinet Ferme le robinet Se lave les mains Se lave le visage Se lave complètement le corps Se brosse les dents Prépare et range les objets de la toilette				
	Reconnaît ses vêtements boutonne ses vêtements				

<b>Habillement</b>	<p>enfile son manteau</p> <p>Met ses chaussures correctement</p> <p>lace ses souliers</p> <p>S'habille seul</p> <p>Choisi ses vêtements</p> <p>Range ses vêtements</p> <p>Se déshabille seul</p> <p>Déboutonne son manteau</p> <p>Enlève une chemise</p> <p>Enlève ses souliers</p>			
<b>Mobilité</b>	<p>Se déplace dans les différents endroits du centre</p> <p>Se promène dans le voisinage du centre tout en respectant certaines règles appropriées au centre</p>			
<b>Contenance</b>	<p>Continent pour les urines</p> <p>Continent pour les selles</p> <p>Continent pour les urines et selles</p>			
	<p>Se rend seul à la toilette</p>			

<b>Toilette</b>	<p>Enlève son pantalon</p> <p>S'essuye après usage</p> <p>Remet son pantalon</p>			
<b>Alimentation</b>	<p>Se tiens correctement devant la table</p> <p>Se sert les aliments</p> <p>Se sert d'une cuillère</p> <p>Se sert d'une fourchette</p> <p>Se sert de la serviette</p> <p>Plier sa serviette</p> <p>Boit au verre</p> <p>Mange tout seul</p> <p>Mange proprement</p>			

