

**UNIVERSITE ABDRAHMANE MIRA DE BEJAIA**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINE ET SOCIAL**

**Mémoire de fin de cycle**

En vue de l'obtention du diplôme de master en Psychologie Clinique

Thème

**La qualité d'attachement chez les enfants  
trisomiques envers leurs éducateurs**  
**Etude de deux (02) cas réalisée au centre de  
C. P.P.E.I.M d'akbou**

*Réaliser par :*

*M<sup>lle</sup>. AMMOUCHE Lamia*  
*M<sup>lle</sup>. AZZOUZ Sabrina*

*Encadrer par :*

*M<sup>me</sup>. MEHENNI Zahoua*

## **Remerciement :**

*En premier lieu, nous tenons à remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donnés la santé, volonté et patience tout au long de notre travail. On exprime notre gratitude à notre encadreur madame Mehenni qui a contribué à la réalisation de ce mémoire ; ses orientations, ses conseils, sa grande patience et surtout son effort a permis l'aboutissement de cette recherche.*

*On exprime nos sincères remerciements aux personnels du centre C.P.P.E.I.M des enfants inadaptés mentaux d'akbou, d'avoir mis à notre disposition tous les moyens nécessaires et informations importantes, pour rédiger ce modeste travail. Qu'il nous soit permis de remercier aussi la psychologue du centre madame Djadda pour son accueil et sa compréhension.*

*Nous remercions aussi les personnes ayant acceptés de participer à cette recherche.*

*Nous remercions bien entendu les membres du jury. Pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail. Notre profonde reconnaissance et gratitude vont à tous les enseignants de la faculté des sciences humaines et sociales plus précisément monsieur Gaci et monsieur Fergani ainsi que madame Benamsili.*

*Nos reconnaissances pleines d'affection à nos familles et amies pour leurs soutient tout au long de ce travail.*

*Enfin, je tiens à remercier tous ceux ou celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

*Merci à tous*

## Dédicaces

*Je dédie ce travail*

*À ma chère mère, et je lui dis que tous les mots du monde ne seraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être,*

*Et que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez notre flambeau illuminant.*

*À mon père, vous êtes un homme unique vous avez cru en moi, vous m'avez protégée, m'avez grondée, m'avez forgée, vous m'avez aimée inconditionnellement.*

*J'ai suivi vos traces et j'ai appris à marcher comme vous. Vous m'avez donnée la vie et le chemin pour demain, vous êtes mon repère plein de lumière, il y a pas assez de mots pour vous décrire mon roi, merci d'avoir fait ce que vous avez fait pour que je puisse exister.*

*Dieu vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie. Je vous aime tellement.*

*A mes très chers frères, Dada Djamel, Adel, Sofiane et Lamine, qui m'ont toujours soutenu, puisse Dieu tout puissant jouir leurs vies.*

*À ma chère Salima, qui a su me comprendre dans mes moments difficiles et à qui je suis et je serai toujours reconnaissante.*

*À mes chères amies Sabrina qui est en France, Tina, Rania, Rosa, Katia, Sihem, Nounou, Ftuh et Mélissa.*

*À ma très chère amie, binôme et sœur pour son amour et son amitié. Elle était toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter que Dieu la protège et la procure joie et bonheur et que notre amitié reste à jamais.*

*A ma chère grande mère Malika que j'aime trop une longue vie inshallah. A tous mes cousins et cousines, mes oncles et tantes.*

*À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.*

Ammouche Lamia.

## Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail à : Mes parents et mes grands-parents mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur et la source de mes efforts, ceux qui s'est*

*Toujours sacrifiés pour me voir réussir, Que dieu leur procure*

*Bonne santé et longue vie.*

*Aux personnes dont j'ai bien aimé leurs présence à mes coté,*

*A Mon homme brandon, malgré la distance qui nous sépare il a toujours était là pour me soutenir et me donner le courage d'avancer*

*A mes frères yanis et kamel, mes sœurs safia, houda, et fatima, mes oncles et tantes*

*A ma binôme maya qui a partager avec moi chaque instant, et chaque moment dans le but de réaliser ce travail, que dieu durcit notre amitié*

*A mes aimables amies qui ont étaient toujours là pour me soutenir : Tina, lydia, Sihem, Affaf*

*A mon encadreur madame mehenni, qui a essayer de faire un effort malgré l'épreuve qu'elle a vécu que dieu lui donne le courage et la patience à le surmonter*

*Je dédie ce Travail dont le grand plaisir leurs revient en premier*

*Lieu pour Leurs conseils, aides, et encouragements.*

*Azzouz Sabrina.*

## SOMMAIRE

---

Remerciement

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Liste des figures

Liste des annexes

Introduction

### **Cadre générale de la problématique**

1. La problématique.....	5
2. les hypothèses de la recherche .....	8
3. Définition et opérationnalisation des concepts clés .....	8
4. Les raisons du choix de thème .....	9
5. Les objectifs de la recherche .....	9

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : l'attachement : l'enfant et l'éducateur**

<b>Préambule : .....</b>	<b>12</b>
--------------------------	-----------

#### **I. l'attachement**

I.1. Aperçu historique de l'attachement .....	13
I.2. Définition des concepts de base d'attachement.....	14
I.3. Les approches théoriques de l'attachement.....	16
I.4. Les phases de l'attachement.....	22
I.5. Les types d'attachement .....	23
I.6. Le développement de l'attachement chez l'enfant : .....	27
I.7. Facteurs influençant sur la qualité d'attachement .....	27
I.8. Valeur prédictive de l'attachement : .....	28
I.9. Les outils d'évaluations de l'attachement .....	29
I.10. L'attachement chez l'enfant trisomique.....	31
I.11. L'importance de la qualité des liens entre l'éducateur et l'enfant .....	34

#### **II. L'éducation et l'éducateur spécialisé**

II.1. Histoire de l'éducation spécialisée .....	37
II.2. Définition de l'éducation .....	38
II.3. Le rôle de l'éducateur spécialisé.....	38
II.4. Les relations éducatives .....	40
II.5. L'équipe de prise en charge .....	41

II.6. Les centres de prise en charge en Algérie.....	42
II.7. L'éducation spécialisée d'un enfant atteint de déficience mentale, et son accompagnement .....	42
II.8. Les interventions d'un éducateur.....	45

## **Chapitre II : La trisomie 21 chez l'enfant**

Préambule.....	49
1.L'enfance et l'enfant .....	49
2.Définition de la trisomie 21.....	49
3.L'enfant trisomique .....	50
4.Aperçu Historique sur la trisomie 21 .....	51
5.Les caractéristiques de la trisomie 21 .....	52
6.Les formes cliniques de la trisomie 21.....	53
7.Les facteurs de risque de la trisomie 21 .....	54
8. Le développement psychologique des enfants porteurs de la trisomie 21 .....	57
9.La trisomie 21 en Algérie.....	58
10. Le diagnostic de la trisomie 21 .....	59
11. les pathologies associées à la trisomie 21 .....	60
12. Prévention et dépistage de la trisomie 21 .....	61
13. la prise en charge d'un enfant trisomique .....	61
Synthèse .....	64

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

Préambule.....	68
1. La pré-enquête.....	68
2. Présentation de lieu de la recherche .....	69
3. La démarche de la recherche .....	72
4. La méthode de recherche.....	72
5.La population d'étude et les caractéristique de choix .....	73
6. Les outils de la recherche .....	74
7. Déroulement de la recherche.....	82
8. Les difficultés rencontrées .....	83
Synthèse .....	84

### **Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule.....	86
1. Présentation et analyse des cas.....	87

2. Synthèse générale des deux cas.....	112
3. Discussion des hypothèses .....	113
<b>Conclusion.....</b>	<b>115</b>
<b>Liste bibliographique</b>	
<b>Annexes</b>	

## Liste des tableaux

<b>Numéro</b>	<b>Titre du tableau</b>	<b>Page</b>
Tableau N°01	le taux de risque de donner naissance à un enfant atteint du syndrome de Down	
Tableau N°02	les types d'attachement	
Tableau N°03	Infrastructure administrative	
Tableau N°04	Infrastructure pédagogique	
Tableau N°05	La répartition des élèves (selon l'âge)	
Tableau N°06	la répartition des élèves (selon le type de déficience)	
Tableau N°07	La répartition des élèves (selon le degré de déficience)	
Tableau N°08	Les capacités des groupes d'études	
Tableau N°09	L'analyse quantitative du protocole PN du premier cas	
Tableau N°10	L'analyse quantitative du protocole PN du deuxième cas	

## Liste des abréviations

<b>Abréviations</b>	<b>Significations</b>
CPPEIM	Centre psychopédagogique d'enfants inadaptés mentaux
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
DSM IV	Diagnostic and Statistique Manuel) ou (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) 4eme édition

MOI	Modèles internes opérants
OMS	L'organisation mondiale de la santé
PN	Patte noire
QI	Quotient intellectuel
T21	Trisomie 21
WISC	Wechsler intelligence scale for children

### Liste des figures

Numéro	Titre de figure :	Page
Figure N° 01	image représentatif du caryotype d'un trisomique (47 chromosomes dont 03 chromosomes 21).	

### Liste des annexes

Numéro	Titre d'annexe
Annexe N° 01	le guide d'entretien
Annexe N° 02	le test patte noire
Annexe N° 03	les procédées d'élaboration des récits
Annexe N° 04	La grille d'observation

## **Introduction :**

L'enfance est une période de l'évolution de l'homme, qui se situe au début de son existence dont on ne peut pas passer sans connaître ses principales données, si l'on veut apporter au petit enfant des conditions de vie favorables à son développement et à son équilibre. Cette étape elle est très importante pour le futur de l'être humain, c'est le départ de la construction d'un équilibre social, affectif, émotionnel et relationnel etc... ; Pour atteindre un niveau optimal de croissance et de développement, l'enfant a besoin des conditions vitales indispensables telles qu'une bonne alimentation, une bonne protection, et surtout une très bonne attention.

Dans notre recherche on s'est intéressé au sujet d'handicap, plus précisément à l'enfant trisomique de même, une définition de la trisomie 21 semblera nécessaire dans cette introduction afin de comprendre davantage sa spécificité.

La trisomie 21 ou syndrome de Down, n'est pas une maladie mais une malformation congénitale. Elle est due à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>ème</sup> paire de chromosomes, l'enfant dispose de 47 chromosomes au lieu de 46. Cette spécificité scientifique ne rend pas l'enfant trisomique différent par rapport aux autres enfants ils ont tous les mêmes besoins dès leur naissance. Le besoin de recevoir des soins de la part de l'adulte, est nécessaire au développement physique et psychique là où on voit que l'enfant est capable d'interagir et d'échanger avec ses parents dès sa venue au monde, ce qui veut dire que cette anomalie ne change rien dans ce sens au contraire elle renforce plus ce besoin.

La sensibilité et la réactivité de la personne qui s'occupe de l'enfant a une influence sur son sentiment de sécurité et donc sa qualité d'attachement. En répondant aux signaux que l'enfant utilise pour exprimer ses besoins, la mère par exemple, favorise le développement d'une base sécurisante. Au contraire, si elle ne détecte pas ces signaux ou n'y répond pas de façon adaptée, l'enfant peut développer un attachement in-sécure.

Concernant les enfants porteurs d'un handicap éprouvent des difficultés à signifier clairement leurs besoins d'attachement et les retards ou les déficits des modes de communication, vont entraver l'expression des besoins d'attachement de ces enfants. Particulièrement l'enfant trisomique a besoin d'affection comme tout enfant, le développement affectif commence dès la naissance et elle dépend de la relation que l'enfant construit avec ces parents ou n'importe quelle figure d'attachement, ou donneur de soin.

C'est là qu'on voit l'importance de cette figure d'attachement et la qualité de ces liens dans le développement affectif de l'enfant trisomique. A part le coté affectif l'enfant trisomique a besoin d'acquérir tout ce qu'il a comme droit dans sa vie parmi ses droits on a l'éducation.

La nécessité d'accompagnement éducatif d'un enfant porteur de trisomie 21 est indispensable, l'éducateur a une place très importante pour un enfant trisomique, notamment son accompagnement. Vu que l'enfant trisomique présente beaucoup de difficultés à interagir avec son environnement et utilise ses compétences de manière inappropriée, donc Les différents professionnels que cet enfant rencontre dans son milieu éducatif peuvent l'aider à développer ses compétences, afin qu'il interagisse de façon adéquate avec son environnement en l'amenant à entrer en relation avec d'autres personnes.

Le lien affectif le plus important dans le milieu éducatif d'un enfant trisomique c'est le lien qu'il construit avec son éducateur, qui est très important pour son évolution comme pour son développement.

Notre recherche porte sur la thématique intitulée par « la qualité d'attachement chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs », on a effectué notre recherche au sein du « centre CPPEIM d'akbou » au près d'un groupe d'étude composé de (02) enfants de différentes âges (08 ans et 10ans).

Pour atteindre notre objectif qui est d'étudier le coté affectif des enfants trisomiques ainsi que la qualité de leurs liens d'attachement envers leurs éducateurs, nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants : une introduction pour cerner le sujet d'une manière générale, un cadre générale de la problématique, qui comporte une problématique et des hypothèses, une partie théorique qui a un chapitre composée de deux partie :

Le premier chapitre, qui est L'attachement : l'enfant et l'éducateur :

Dans ce point on distingue deux titres

**I. L'attachement :** Ce point inclut les différentes définitions de l'attachement, les fondamentaux de la théorie de l'attachement, les phases et les types de l'attachement, puis on a parlé sur l'attachement chez les enfants trisomiques, et l'importance de la qualité des liens d'attachement entre l'éducateur et l'enfant.

**II. L'éducation et L'éducateur spécialisé** : ici on a porté les différentes définitions de L'éducation spécialisée, le rôle de l'éducateur, la relation éducative, l'éducation spécialisée d'un enfant atteint de déficience mentale et son accompagnement...etc.

Puis le deuxième chapitre, qui est la trisomie 21 chez l'enfant : dans ce chapitre on a donné des généralités sur l'enfance et l'enfant puis on a inclut les différentes définitions de la trisomie 21, ses caractéristiques, ses formes, ses facteurs de risque, le développement psychologique de l'enfant trisomique qui nous paré comme point très important puis le diagnostic et la prise en charge.

Ainsi on a la partie pratique qui comporte aussi deux chapitres :

Le troisième chapitre concerne la méthodologie de recherche qui comprend la pré-enquête, la présentation du lieu de recherche, la méthode utilisée, le groupe d'étude et ses caractéristiques, les outils d'investigations...etc. Enfin le quatrième chapitre Inclut la présentation et l'analyse des deux cas, ainsi que la discussion des hypothèses. Nous avons clôturé notre travail par une liste bibliographique qui contient toute la documentation utilisée dans l'élaboration de notre recherche ainsi que les annexes

## **Cadre générale de la problématique**

1. la problématique
2. les hypothèses de la recherche
3. Définition et opérationnalisation des concepts clés
4. Les raisons du choix du thème
5. Les objectifs de la recherche

## 1. La problématique

L'être humain est fondamentalement un être sociable destiné à vivre sa relation avec les autres ce qui fait donc l'intérêt à la psychologie d'étudier tout ce qui est interne de l'être humain pour qu'elle puisse comprendre et expliquer les côtés affectifs, émotionnels et cognitifs des personnes.

Comme être humain notre besoin relationnel est fondamental, il est au cœur de notre vie et nous suivra jusqu'à la mort, d'un point de vue évolutif c'est le fondement de notre vie nous avons un besoin viscéral et profond de l'autre, nous cherchons à établir des relations étroites avec les autres et à nous attacher à l'autre et cet attachement désigne le lien émotionnel fort et durable qui s'établit entre les êtres humains.

Ces liens affectifs et émotionnels se manifestent généralement au sein d'un milieu familial. La famille est la composante essentielle de la société, Lévi Strauss la définit comme suit : « La famille est l'union plus ou moins durable mais socialement approuvée de deux individus de sexes différents qui fondent un ménage, procréent, élèvent des enfants [...] et vivent dans une communauté de biens » Elle est le premier lieu où évolue l'enfant, cet être pleinement dépendant et revendiquant une grande attention de la personne adulte (Viaux, 2002, P.15).

L'enfant est un être en développement continu qui accède à l'autonomie par le jeu et par ses rapports successifs aux limites de ses capacités qu'elle soit comportementale, physiques ou psychiques. Le développement affectif, social et physique des enfants en bas âge a un impact direct sur leur développement et sur l'adulte qu'ils deviendront. Il est donc important de bien comprendre la nécessité d'investir chez ces enfants afin de maximiser leur bien-être futur.

Les limites que viennent tester l'enfant dans ses expériences ne doivent être ni trop proches ni trop éloignées de ses compétences pour que ses apprentissages soient efficaces. Pour que l'enfant se structure, il est nécessaire qu'il évolue dans un cadre affectif stable et valorisant il est également primordial qu'il vive des expériences multiples et variées.

Pour toute enfant cette période offre une importante opportunité pour préparer les fondations de l'apprentissage et de la participation tout au long de la vie. Tout en évitant les retards potentiels de développement et les déficiences, et cela ne se fait pas sans l'intervention des adultes par des échanges verbaux et par la reconnaissance avec l'enfant ce sont ses retours qui aident l'enfant à se structurer et à mettre du sens sur les expériences qu'il vit tous les jours.

Toute enfant est considérée comme un être spécial (fragile il est en développement), donc un enfant qui représente une trisomie 21 est aussi un enfant spécial, La trisomie 21 est une anomalie chromosomique Habituellement causée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire et caractérisé par la déficience intellectuelle légère ou profonde, de même que certaines anomalies physique (Diane, 2010).

Il est appelé aussi syndrome de down et autrefois « mongolisme » ce terme est aujourd'hui rayé de notre vocabulaire étant donnée sa connotation péjorative (Samuel, 2010, p. 82).

L'enfant trisomique a besoin d'affection comme tout enfant normal, et la base de sa qualité d'attachement se construit avec les relations qu'il aura avec ces figures d'attachement qui peuvent être ses parents, sa nourrisse, son éducateur/éducatrice, et toute autre personne qui prennent soin de lui la qualité de ces relations conditionne le bien être affectif de l'enfant, et favorise l'ouverture de l'enfant au milieu extérieur à travers l'investissement ultérieur de nouvelles relations.

L'enfant n'as pas juste besoin de se laver de se changer ou bien de se nourrir mais aussi il a besoin d'affection, de tendresse, de l'amour, et de la chaleur humaine qui englobe tous ces rites (Guidetti, 2002, p.55).

Selon Bowlby (1969), le bébé a une prédisposition aux interactions sociales et il vient au monde avec des comportements innés d'attachement, tels que sourire, vocaliser, pleurer, regarder, s'agripper. Ces comportements permettent au bébé d'assurer sa sécurité dans des situations où il est vulnérable en favorisant la proximité de l'adulte : ils ont pour effet d'activer les comportements de soin du parent. De ces échanges avec le parent naît un lien d'attachement, dirigé du bébé vers l'adulte. Les adultes à qui l'enfant s'attache sont ceux qui s'engagent régulièrement dans des interactions avec lui et qui répondent à ses comportements d'attachement ce sont les figures d'attachement.

La qualité de l'attachement dépend en grande partie de la capacité de la figure d'attachement à être sensible et réactive aux comportements d'attachement du bébé. Un attachement de qualité permet à l'enfant de se sentir en sécurité et ce sentiment lui permet d'explorer l'environnement physique et social, il pourra ainsi s'adapter à cet environnement et se socialiser.

La famille est considérée comme étant le premier milieu éducatif, elle est caractérisée par le développement constant des liens d'attachement entre ses différents membres dont elle

est composée, plus particulièrement le lien d'attachement qui unit l'enfant avec ses parents, notamment avec sa mère, ce lien est d'une importance majeure, car c'est le facteur de base qui permet d'assurer un bon développement d'un enfant.

Les évènements de vie d'une famille se défaire de l'une à l'autre, comme l'abandon familial, le décès, divorce, etc..., ils peuvent influencés sur les relations interfamiliales, spécifiquement sur l'enfant et son développement de liens d'attachement car ces facteurs mènent ce dernier à fréquenter d'autres figures d'attachement afin d'arriver à compléter la carence causé par ces différents facteurs.

Un enfant porteur de trisomie doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge éducative afin de développer ses capacités, et de trouver sa place dans la société. Les enfants inadaptés mentaux ne sont pas scolarisé dans des écoles ordinaires mais ils leurs faudra une scolarité spéciale, dont on trouve la loi du 30 juin 1975 qui affirme que « les enfants et les adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative » (Champy, 2002, p. 383).

L'éducateur spécialisé est une personne qualifiée de l'écoute et de disponibilité, pour aider des personnes inadaptées (enfants, adolescents, adultes) à devenir autonomes afin de mieux s'insérer dans la société. Donc l'éducateur peut prendre la position de la figure d'attachement. Plusieurs études ont été réalisées sur l'éducation des enfants trisomiques. Pour Lambert et Rondal l'intervention spécialisée est l'ensemble des pratiques éducatives qui doivent être mises en place dès l'annonce du diagnostic. Cuilleret (2008) souligne que cette intervention doit se mettre le plutôt possible. Ils doivent non seulement être consultés pour le choix des méthodes de prise en charge, mais doivent également être acteur de ce processus éducatif. Cuilleret (2008) explique que l'éducation spécialisée de l'enfant porteur de trisomie 21 doit être adapté à l'enfant ce qui veut dire que la présence d'un éducateur pour un enfant trisomique est très importante.

Les liens affectifs qui se tissent entre l'enfant et les adultes de son entourage sont à la basse de la construction de la confiance en soi. Ce lien affectif de qualité, va permettre à l'enfant de se construire et d'acquérir par la suite son indépendance.

Nous nous sommes posés à ce propos la question suivante :

- Quelle est la nature de l'attachement chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs ? et comment se manifeste-elle ?

## **2. les hypothèses de la recherche**

Afin de répondre aux questions de notre recherche nous avons suggéré les hypothèses suivantes :

- La qualité d'attachement présentée chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs est de type Secure, elle se manifeste par :
  - L'échange fréquent d'affection entre l'éducateur et l'enfant.
  - La recherche de réconfort devant les situations de craintes et de frustration.

## **3. Définition et opérationnalisation des concepts clés**

### **-Définition de la Trisomie 21**

La trisomie 21 n'est pas considérée comme une maladie, mais plutôt comme une anomalie génétique. Elle est mise en évidence par Jérôme Lejeune avec l'aide de Marthe Gautier et Raymond Turpin en 1958. Les personnes souffrant de cette anomalie ont trois chromosomes 21 au lieu de deux. Chaque personne est dotée de 46 chromosomes, mais ces personnes-là en ont 47 (Suaudeau, 2017).

### **-Définition opérationnelle de la Trisomie 21**

La trisomie 21 est une mal formation congénitale, elle est due à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>ème</sup> paire de chromosomes c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir au total 46 chromosomes, l'individu trisomique en possède 47.

### **-Définition de l'attachement**

L'attachement est un type particulier de lien affectif qui fait intervenir un sentiment de sécurité. Quand vous êtes attaché à une personne vous éprouvez un sentiment de sécurité et de bien être en sa présence. Cette personne vous sert de base de sécurisé à partir de laquelle il vous est possible d'explorer le monde (Helen, 2003, p. 121).

### **-Définition opérationnelle de l'attachement**

L'attachement est une relation affective réciproque et dynamique qui s'établit entre deux individus et qui a une fonction adaptative pour l'enfant et l'interaction entre ces deux personnes contribue à renforcer et à raffermir ce lien.

### **-Définition de l'éducateur**

L'éducateur, intervient auprès des élèves aux prises avec des déficiences intellectuelles, physiques, visuelles et auditives. Selon sa définition de tâche, il enseigne et guide les enfants qui ont certains problèmes d'apprentissage et de comportement, qui ont une déficience physique ou un retard de développement (Michaud. H, 2008).

### **-Définition opérationnelle de l'éducateur**

L'éducateur est une personne qui est chargée d'accompagner des personnes en difficultés sociales, éducatives, psychiques ou encore matérielles afin de favoriser et améliorer leurs conditions de vie, leurs insertions professionnelles et sociales.

## **4. Les raisons du choix de thème :**

- Avoir plus de connaissances sur la trisomie 21.
- S'approfondir dans le sujet d'affection chez un enfant trisomique.
- Connaître le développement affectif d'un enfant trisomique.
- Savoir plus sur le côté relationnel d'un enfant trisomique avec d'autres figures d'attachement à part ses parents.

## **5. Les objectifs de la recherche :**

Depuis des siècles la psychologie s'est intéressée sur ce qui est interne de l'être humain dans le but de comprendre et expliquer le côté affectifs, émotionnels et cognitifs des personnes et comme toutes recherches en sciences humaines et sociales et d'autres domaines de recherche on a tenté de s'intéresser dans notre thème qui est la qualité d'attachement chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs, aux sujets d'affections et l'importance des liens affectifs ainsi que le développement psychoaffectif harmonieux dans la vie d'un enfant trisomique .

Là où on trouve que les relations qu'un enfant trisomique a avec ses éducateurs jouent un rôle très important qui est l'un des objectifs de notre recherche là où on veut savoir quel est l'impact de cette qualité d'attachement sur les enfants trisomiques dans leur développement affectif et pour réaliser notre recherche on va utiliser la méthode clinique qui comporte plusieurs techniques d'investigations :

- l'observation systémique qui va nous accompagner durant tout le long de notre recherche
- l'entretien semi directif
- le test patte noire
- et la grille d'observation

# Partie théorique

## **Chapitre I : l'attachement : l'enfant et l'éducateur**

-Préambule

### **I. l'attachement**

I.1. Aperçu historique de l'attachement

I.2. Définition des concepts de base d'attachement

I.3. Les approches théoriques de l'attachement

I.4. Les phases de l'attachement

I.5. Les types d'attachement

I.6. Le développement de l'attachement chez l'enfant

I.7. Facteurs influençant sur la qualité d'attachement

I.8. Valeur prédictive de l'attachement

I.9. Les outils d'évaluations de l'attachement

I.10. L'attachement chez l'enfant trisomique

I.11. L'importance de la qualité des liens d'attachement entre l'éducateur et l'enfant

### **II. L'éducation et l'éducateur spécialisé**

II.1. Histoire de l'éducation spécialisée

II.2. Définition de l'éducation

II.3. Le rôle de l'éducateur spécialisé

II.4. Les relations éducatives

II.5. L'équipe de prise en charge

II.6. Les centres de prise en charge en Algérie

II.7. L'éducation spécialisée d'un enfant atteint de déficience mentale, et son accompagnement

II.8. Les interventions d'un éducateur

-Synthèse

**Préambule :**

L'enfant est un être fragile et dépendant qui demande beaucoup de protection et de soins auprès de la personne adulte, plus précisément sur le côté affectif qui est la base d'un développement sain de ce dernier.

Le plus compétent des bébés ne peut réguler tout seul les émotions telles que la peur, le chagrin ou la colère, si elles dépassent une certaine intensité alors il dépend pour sa survie des soins d'une personne adulte avec laquelle il va construire une relation d'attachement.

Concernant les enfants porteurs d'un handicap éprouvent des difficultés à signifier clairement leurs besoins d'attachement et les retards ou les déficits des modes de communication, vont entraver l'expression des besoins d'attachement de ces enfants. Particulièrement l'enfant trisomique a besoin d'affection comme tout enfant, le développement affectif commence dès la naissance et elle dépend de la relation que l'enfant construit avec ces parents ou n'importe quelle figure d'attachement, ou donneur de soin. La qualité de ces relations conditionne le bien être affectif de l'enfant, et favorise l'ouverture de l'enfant au milieu extérieur à travers l'investissement ultérieur de nouvelles relations.

On tend dans ce chapitre à aborder un aperçu historique sur la théorie de l'attachement, on cite ses pionniers les plus connues, Bowlby et Ainsworth, ainsi que les psychologues de l'enfance et notamment des psychanalystes, puis on va présenter les définitions des concepts de base de l'attachement, en mettent l'accent sur le point de cette théorie qui aborde les différentes conditions et besoins matériels et affectifs nécessaires pour le bon développement de l'enfant et distinguer ses types.

Et enfin comprendre et réaliser que les relations de l'enfant avec autrui ainsi que d'autres facteurs peuvent être gênants voire négatifs sur la relation de l'enfant et sur son développement ultérieur. Ce qui laisse à mettre en place des conduites dont les donneurs de soins (tous types de figure d'attachement) sont appelés à en disposer pour réussir à établir un bon lien vital avec l'enfant et un attachement de qualité.

## **I. l'attachement**

Nous allons dans ce qui suit aborder l'attachement chez l'enfant et mettre l'accent sur l'attachement chez l'enfant trisomique

### **I.1. Aperçu historique de l'attachement**

La seconde guerre mondiale laisse un nombre considérable de pertes ; certaines familles et enfants se retrouvent seules, démunis et endeuillés. La problématique de la perte et de la séparation fait alors son apparition et certains chercheurs vont commencer à s'intéresser aux conséquences qu'elle va impliquer. Ce sujet, bien que traité auparavant, notamment par KONRAD Lorenz qui a abordé le lien existant entre les animaux, va devenir la préoccupation sur le développement des enfants. Nous proposons d'évoquer les différentes découvertes qui ont permis l'élaboration du concept d'attachement. En 1945, René Spitz crée la notion d'hospitalisme grâce à son étude sur le développement de l'enfant en institution a peu près 10 ans après, Harlow 1958 met en évidence l'importance du concept maternel chez les animaux. Bowlby s'est vu revenir sur les recherches antérieures faites sur l'espèce animale pour soutenir sa recherche, notamment les travaux des éthologistes Lorenz (1970) et Harlow (1958) ,il développait sa théorie vers la fin des années 60, où il conceptualise la propension des êtres humains à établir des liens affectifs puissants avec des personnes particulières et d'expliquer nombre de formes de détresse émotionnelle et de perturbation de la personnalité dans le cas où ce lien n'est pas favorablement établi. Bowlby « voulait comprendre pourquoi la séparation d'un jeune enfant de ceux qui l'élevaient entraînait une telle détresse » (Guedeney, 2010, p.6).

En 1950, Ainsworth prend connaissance des travaux de Bowlby, elle contribue à la théorie de l'attachement en développant certains concepts, en s'intéressant au développement normal chez l'enfant et en élaborant la procédure de la Situation étrangère évaluant la relation d'attachement parent-enfant, elle décrit en 1978 avec ses collègues trois catégories de relation d'attachement dont chacun se constitue de deux à quatre subdivisions. Les subdivisions au sein des trois catégories d'attachement ont été établies en fonction de différents comportements de l'enfant en interaction avec sa mère et les trois classifications sont le résultat d'une codification de ces comportements (Bouchard, 2007, p. 11).

En 1959 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demandait au pédopsychiatre Bowlby de rédiger une monographie sur les besoins des jeunes enfants en matière de santé mentale. La conclusion de Bowlby fut la suivante : «Nous pensons qu'il est essentiel pour la santé mentale de l'enfant de bénéficier d'une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère (ou mère

substitut – ou mère substitut permanente – une personne qui joue le rôle de mère de façon stable), relation dans laquelle les deux trouvent de la satisfaction et du plaisir” (Jegou, 2014, p. 07).

En 1986 Main et Solomon proposent d'ajouter une quatrième catégorie, et en 1999 Schuengel et Bakermans-Kranenburg identifient différents facteurs associés au développement de la relation d'attachement désorganisée (Bouchard, 2007, p. 03)

## **I.2. Définition des concepts de base d'attachement**

### **- L'attachement**

- Selon le dictionnaire de la psychologie l'attachement c'est l'ensemble des liens qui se sont établis entre un bébé et sa mère à partir des sensations et des perceptions du nourrisson vis-à-vis de cette dernière et réciproquement, de la mère à l'égard de son enfant (Sillamy, 1999, p.180)
- L'attachement est un terme du langage habituel. Il représente un lien émotionnel durable entre deux personnes. L'attachement tel que l'étudie la théorie de l'attachement est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes (Pierre et Olivier, 2012).
- Bowlby, décrit l'attachement comme « le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. En ce sens, il s'éloigne de Freud pour lequel les seuls besoins primaires sont ceux du corps (sexuel), l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture ». Il considère aussi l'attachement comme un besoin « primaire », inné chez le petit d'homme. Celui-ci a la capacité, par des comportements comme les pleurs, les sons, les sourires, de rechercher la proximité de l'adulte ou figure d'attachement (généralement la mère), et d'apporter ainsi une réponse à ses besoins (Bowlby, 1969).
- Ainsworth définit l'attachement comme un lien affectif relativement durable qui accorde de l'importance au partenaire en raison de son caractère unique et irremplaçable. Dans un lien affectif, on désire préserver l'intimité avec le ou la partenaire (Ainsworth, 1989, p. 711).

### - Définition de La figure d'attachement

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, elle signifie un lien très particulier entre le nourrisson et sa mère ou le donneur de soins, qui se manifestent par les mimiques, le sourire, le regard dans les yeux, la voix et le contact physique cette première relation va faire de la mère la première figure d'attachement et une base de sécurité et de confiance. Une figure d'attachement se définit comme « une personne qui apporte à l'enfant une interaction sociale durable : confort, soutien, protection, refuge dans les situations angoissantes et apport des soins nécessaires » (Boukerrou, 2010, p. 24).

L'importance des relations interpersonnelles dans la petite enfance est presque unanimement soulignée par les chercheurs, avec le constat que des relations parents/enfants sécurisantes et harmonieuses apportent un degré de protection contre un risque environnemental ultérieur. Même si la mère joue un rôle déterminant dans la constitution de l'attachement, Mary Ainsworth rappelle que le rôle d'autres figures d'attachement n'est pas négligeable pour autant. D'autres figures d'attachement que celle des parents doivent donc jouer un rôle très conséquent, puisqu'elles permettent à un enfant très jeune de développer malgré tout une autonomie, un sentiment de sécurité et d'individuation capables de promouvoir le développement de sa personnalité (Mareau et Adeline, 2004).

Bowlby distingue les figures d'attachement principales des figures auxiliaires et insiste sur le fait que la figure d'attachement principale n'est pas toujours la mère.

« La figure d'attachement principale » est celle vers laquelle l'enfant se tourne quand il est fatigué, lorsqu'il a faim, lorsqu'il est malade ou alarmé et dont la proximité est à même de le réconforter. « La figure d'attachement auxiliaire » peut être investie lorsqu'un sentiment de sécurité suffisant émane de la présence et de la disponibilité de la figure d'attachement principale.

### - Le caregiving

Le Caregiving pourrait être traduit par « donner des soins ». L'ontogenèse du système de caregiving est très précoce. Dès son plus jeune âge, l'enfant lorsqu'il joue par exemple la maman, utilise ce système de manière immature et non fonctionnelle et cependant influencée par l'expérience des soins maternels. Ceux-ci provoquent en effet la construction d'un sens du soin. Ce système va se transformer à l'adolescence et se développera surtout durant la période de transition vers la parentalité (Rabouam et Moralès-Huet, 2002).

En 1988, Bowlby définit le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un Plus jeune que soi que ce soit au niveau physique ou affectif. Le *Caregiving* représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit d'un « équilibre dynamique » (Salvard, 2010, p. 12).

Cassidy (1999), propose d'utiliser le terme de caregiving system, introduit au préalable par George et Solomon (1999), afin de donner une description spécifique des comportements parentaux visant à obtenir la proximité et le réconfort à partir du moment où ils ressentent la détresse de l'enfant ou lorsque celui-ci se sent en danger.

### **I.3. Les approches théoriques de l'attachement**

Au cours des trente dernières années, plusieurs recherches tendent à démontrer que le besoin primordial du jeune enfant s'avère d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure maternelle répondant à ses besoins. La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain. Plusieurs psychanalystes et spécialistes en psychologie ont tenté d'expliquer le phénomène de l'attachement.

#### **- Définition de la théorie d'attachement**

La théorie de l'attachement est issue de l'éthologie et de travaux sur des enfants en carence de soins maternels après la seconde guerre mondiale, se développe autour des années 1960. Son fondateur, John Bowlby est le premier à porter un intérêt scientifique à la relation affective mère-enfant. De nos jours, les études sur l'attachement ne s'intéressent plus uniquement à la dyade mère-enfant mais tentent de mesurer l'impact de l'environnement socioculturel et éducatif des parents et de l'entourage familial ainsi que la transmission Trans générationnelle de l'attachement.

La théorie de l'attachement est devenue une référence incontournable pour expliquer le développement affectif, elle le cadre de référence essentiel des développementalistes. Bowlby a été influencé par la pensée psychanalytique, et il accorde une importance majeure aux premières relations entre la mère et son enfant. Selon lui, les enfants naissent avec une propension naturelle à rechercher des liens émotionnels forts avec leurs parents. De telles relations ont une valeur de survie, en fonction de ce qu'elles assurent : la nourriture et le confort du nourrisson. Ce système d'interactions est composé d'un répertoire de comportements

instinctifs qui instaurent et entretiennent une certaine proximité entre les parents et l'enfant ou entre toutes personnes unies par un lien affectif (Bee, 2003).

L'objectif de cette théorie est de contribuer à la survie de l'enfant en assurant sa protection par des adultes. Il joue aussi un rôle majeur dans la régulation de son fonctionnement psychophysiologique et en particulier du système de stress. L'attachement favorise le développement optimal de la mentalisation, capacité humaine essentielle qui favorise les relations sociales. Il s'agit de la capacité de l'être humain à imaginer ce qui se passe dans la tête de l'autre, son état d'esprit et ses émotions, tout en gardant en tête ses propres états d'esprit et émotionnels. L'attachement enfin facilite le développement des compétences personnelles du petit grâce au phénomène de base de sécurité que nous décrirons plus loin (Bowlby, 1969).

### - Les fondements de la théorie d'attachement

Le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby (1969) a travaillé, avant la guerre, sur les séparations, la perte et le deuil. Il va ensuite mettre en évidence les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement en intégrant, en 1969, les apports de la psychanalyse et ceux de l'éthologie dans sa théorisation des liens d'attachement. En effet, la seconde guerre mondiale amène les psychiatres et les éthologues de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les principaux travaux à l'origine de cette théorie sont ceux du médecin et psychanalyste viennois Spitz (1947), et des éthologues Harlow (1958) et Lorenz (1970).

Les études de Spitz (1947), connues sous le nom de « hospitalisme », démontrent l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation. Il y parle pour la première fois de symptômes dépressifs du nourrisson et montre que plus la relation mère-enfant a été chaleureuse et aimante, plus la rupture sera dramatique. Celles de Harlow (1958), réalisées sur des singes macaques, séparés de leur mère, vont révéler que la recherche de contacts (et donc du réconfort que ceux-ci impliquent) est plus importante que la recherche de nourriture.

Enfin, celles de Lorenz (1970), connues sous le nom de « phénomène de l'empreinte », confirment la fonction adaptative du lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut. Du côté français, Myriam David, Geneviève Appel et Jenny Aubry intègrent, en 1959, le groupe de travail organisé par Bowlby sur l'attachement et les effets de séparations précoces. Elles réalisent notamment des observations dans des pouponnières où des nourrissons ont été séparés de leur mère dès la naissance et vont permettre la diffusion en France d'idées pour l'amélioration des conditions d'accueil du jeune enfant.

Dans les années 1960, Ainsworth, psychologue américaine, se demande si la séparation est traumatique en elle-même ou si cela dépend de la qualité relationnelle antérieure. C'est elle qui va opérationnaliser le concept théorique d'attachement par l'intermédiaire de la situation étrange (voir plus loin). Il faudra attendre 1979 pour qu'une confrontation publique éthologues-psychanalystes ait lieu, sous la forme d'un "colloque imaginaire " organisé par le psychologue français René Zazzo. Il s'agit d'un recueil d'articles où les tenants des deux positions acceptent d'exprimer leurs points de vue et de se répondre les uns aux autres.

On y trouve Lorenz, Harlow, Bowlby, Spitz et des éthologues comme Chauvin, mais aussi des psychanalystes comme Anzieu, Lebovici, Widlöcher. L'organisateur René Zazzo prend lui-même position en faveur de la vision éthologique de l'attachement, critiquant au passage la position dogmatique de certains psychanalystes ; ce qui sera à l'origine de diverses polémiques.

Depuis les années 1970, la théorie de l'attachement ne cesse donc d'évoluer et après avoir fait grand débat avec la psychanalyse, elle fait maintenant partie intégrante de la psychologie du développement (Pierre Humbert, 1998) et suscite de plus en plus l'intérêt des professionnels de protection de l'enfance souhaitant se référer à un modèle théorique.

#### - **Les travaux de Bowlby**

Bowlby (1969-1982) propose le terme d'attachement pour désigner le lien particulier unissant l'enfant à la figure maternelle. (Touret, 1995, p 01). S'appuyant sur les travaux d'Harlow (1958) avec des petits primates, Bowlby (1969) développe un point de vue original sur l'attachement, selon lui, l'attachement renvoie à un besoin de contact social inné et primaire. Ce besoin d'autrui est un besoin de protection (sur laquelle repose la survie de l'enfant et de l'espèce) (Clément, 2008, p 92).

Il a insisté sur le fait que la conduite d'attachement est avant tout une fonction biologique vitale, nécessaire à la survie. (Darves, et Borno, 1996, p 27).

En (1969) influence par la pensée psychanalytique, il accorde une importance majeure aux premières relations entre la mère et son enfant. Selon lui, les enfants naissent avec une propension naturelle à rechercher des liens émotionnels forts avec leurs parents. (Bee et all, 2003, p 121).

L'approche bowlbienne adopte l'observation et l'analyse de la relation mère-enfant comme point de départ pour comprendre le développement de la personnalité. Les observations effectuées sur des enfants et leur principal donneur de soins ont amené Bowlby (1969/1982) à affirmer

que l'enfant vient au monde avec un besoin primaire biologique d'établir un lien relationnel privilégié avec l'adulte qui s'occupe le plus souvent de lui. (Laroche, 2011, p 04).

Il décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui (Jegou, 2014, p 07).

Bowlby prônant que l'attachement amène deux fonctions « la protection » et « l'exploration », l'attachement sert donc l'autonomie de l'individu non pas la dépendance et si les besoins de proximité sont satisfaits l'enfant se dirige vers l'exploration, si la relation est de mauvaise qualité l'enfant manifeste un manque d'intérêt pour le monde extérieur, répression des émotions, manque de régulations des émotions et risque de passage à l'acte et si la relation est harmonieuse, elle va favoriser la désactivation des émotions négatives comme la colère, la haine ou l'ambivalence. (Touret, 1998).

Alors ce lien d'attachement en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu. Autrement dit, les expériences précoces entre les jeunes enfants et les donneurs de soins fournissent un modèle pour les relations intimes plus tard dans la vie.

### ➤ **Les modèles internes opérants (MIO)**

J. Bowlby a développé le concept de modèles internes opérants (« Internal working models » en abrégé MIO) en s'inspirant du psychologue britannique K. Craik (1943) pour désigner les modèles mentaux que l'enfant se construit. L'enfant intègre des séquences interactives avec ses figures d'attachement dans sa mémoire procédurale.

Les MIO résultent ainsi des schèmes cognitifs construits à partir de l'intériorisation de ces séquences interactives et en particulier des réponses les plus saillantes et les plus fréquentes de la figure d'attachement. Les modalités de caregiving ont donc une place fondamentale dans la construction des MIO (Morgane, 2018).

Les MIO donnent ensuite lieu à deux modèles : un modèle de soi comme représentation de soi plus ou moins digne d'être aimé et un modèle d'autrui représentant la confiance à l'égard des autres en particulier en situation d'alarme et de détresse. Ces MIO ont une fonction dynamique car ils opèrent dans la vie de l'enfant comme un filtre stable en colorant sa réalité d'une certaine manière. Ils guident l'enfant dans sa manière de se comporter et de comprendre le comportement d'autrui. Ces représentations de soi et des autres, construites à partir de la

relation entre l'enfant et sa figure d'attachement, accompagneront plus tard l'individu et influenceront ses pensées, ses sentiments et ses comportements dans ses relations à l'adolescence et à l'âge adulte. Bowlby (1978) précise à ce sujet que « pour la plupart des individus, le lien avec les parents persiste dans la vie d'adulte et affecte le comportement d'innombrables manières». (Morgane, 2018).

➤ **Les émotions les plus importantes dans la théorie de l'attachement:**

Bowlby note que certaines émotions ont une fonction motivationnelle, d'autocontrôle et de communication pour l'individu dans le contexte d'une relation d'attachement. Les émotions que nous allons décrire sont les sous-titres des volumes d'Attachement et perte (1969 ; 1973 ; 1980). Bowlby les a surtout traitées comme des réactions émotionnelles aux ruptures d'attachement.

- **Angoisse**

Pour Bowlby (1973), l'angoisse a la préséance sur toutes les autres activités lorsque l'accès à la figure d'attachement est menacé. Elle active le système d'attachement et conduit à l'apparition de comportements d'attachement qui, normalement, servent à rétablir cette proximité. Les manifestations de l'angoisse servent de signal de communication pour alerter la figure d'attachement, pour lui faire remarquer la détresse de l'enfant et donner lieu à des réponses réconfortantes.

- **Peur**

La peur est au cœur de la théorie de l'attachement (Lyons-Ruth et Spielman, 2004). Le vécu de peur traduit l'exposition du bébé à une menace pour sa survie physique ou psychologique, que cette menace soit interne ou environnementale. La peur constitue une des menaces maximales pour l'homéostasie physiologique et psychologique du bébé : sa régulation est donc une priorité dans le développement de celui-ci. Cela explique pourquoi l'activation du système d'alarme-vigilance et du système d'attachement est préemptive sur tous les autres systèmes, et la dynamique de l'attachement essentiel dans les premières années de la vie (Liotti, 2004).

- **Colère**

La colère joue également un rôle important dans la réponse à une rupture du lien d'attachement. Bowlby suggère que, lors d'une séparation temporaire, la colère peut servir à motiver un enfant

à surmonter les obstacles à la réunion avec la figure d'attachement. Par sa colère, l'enfant communique ses reproches et cherche à décourager sa figure d'attachement de recommencer.

- **Tristesse**

La tristesse accompagne le fait de réaliser que la figure d'attachement n'est pas disponible et que les efforts pour tenter de rétablir cette accessibilité ont échoué. La tristesse peut conduire au retrait et au désengagement, qui peuvent avoir des effets de réorganisation sur les modèles internes opérants (MIO).

- **Émotions positives**

Les émotions positives les plus spécifiques de la théorie de l'attachement sont le sentiment de sécurité (safety) lié à la proximité de la figure d'attachement: c'est un état de détente, de bien-être et de confort, où tout est sous contrôle. La proximité dans l'attachement est un indice externe spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité, qui est, lui, un état émotionnel subjectif interne. C'est la double notion de proximité et de sécurité qui définit l'objectif externe et interne du système d'attachement (Sroufe et Waters, 1977).

- **Les réalisations d'Ainsworth**

Ainsworth a beaucoup contribué à l'apport des études de l'attachement, notamment en trois domaines, le concept de « base de sécurité », « l'importance du rôle de la figure d'attachement » et la notion de « sensibilité maternelle aux besoins et aux signaux du bébé ». Ainsworth qui en observant les réactions des enfants en milieu naturel a individualisé trois patterns de réactions de l'enfant à la séparation et aux retrouvailles d'avec leur figure d'attachement. Elle a ensuite créé une situation expérimentale (la situation étrange), observable en laboratoire, qui permette de connaître quel est le pattern d'attachement avec chaque figure d'attachement pour les enfants observé (Ainsworth, 1978).

- **La situation étrange**

C'est une situation structurée d'observation en laboratoire d'enfants de 12 mois qui répondent à deux situations de séparation et de réunion avec le parent, ont pennis d'identifier l'existence de trois modes d'attachement sécurisant ou insécurisant, selon le degré de réciprocité, de sensibilité, de rapidité et de proximité à laquelle la figure maternelle répondra aux signaux de détresse de son bébé. Les modèles seront catégorisés en trois réponses possibles de l'enfant pour créer les trois modes d'attachement suivant: sécurisant, in-sécure ambivalent et in-sécure évitant. L'élaboration de ce paradigme vise à créer une tension graduelle chez l'enfant afin

d'activer le système d'attachement et d'étudier l'organisation du comportement vis-à-vis de la figure d'attachement alors que l'enfant est en situation de détresse potentielle. Avec ses collaborateurs elle a poursuivi les études de Bowlby au niveau empirique, développant un protocole d'évaluation innovateur qui a donné lieu à la première classification des types d'attachement. (Ouellet, 2011, p 42)

#### **I.4. Les phases de l'attachement**

Selon Bowlby et Ainsworth l'enfant accède à des phases de l'attachement dès sa naissance jusqu'à l'âge de 4ans, avec différentes caractéristiques.

##### **- Les premiers mois (avant deux 02 mois)**

C'est la phase de pré attachement, ou l'enfant débute dans la vie avec un répertoire de comportements innés qui l'orientent vers les autres et qui signalent ses besoins. Ces comportements (pleurer, regarder dans les yeux, s'agripper, se blottir et réagir) favorisent en premier lieu la proximité. (Bourouais, 2009) Cette phase se nomme l'accordage, c'est une sorte de « communion » affective entre le nourrisson et sa mère. Les conditions préalables qui favorisent une bonne qualité des échanges sont la disponibilité des parents et la sensibilité de ces derniers à repérer les moments d'éveils du bébé (Yvon et al, 2009).

##### **- De 2 à 7 mois**

Le bébé commence à faire preuve de discrimination dans ses comportements de l'attachement, par exemple il sourit aux personnes qui s'occupent régulièrement de lui, et moins spontanément à un étranger. Alors cette phase se caractérise par le fait que les signaux du bébé sont dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées et cela grâce à deux changements importants. Premièrement, l'enfant peut mieux contrôler ses actes donc il cherche plus activement la proximité de sa figure d'attachement. Deuxièmement, il distingue les individus qui lui sont familiers des inconnus (Ainsworth, 1967).

##### **- A partir de 7 mois jusqu'à 3 ans**

C'est l'établissement de la base de sécurité, l'enfant cherche le maintien de la proximité avec une figure discriminée par les signaux et la locomotion. À cet âge, la personne la plus importante pour l'enfant lui sert de base de sécurité, à partir de laquelle il explore le monde. En effet, d'importantes modifications se produisent au niveau des capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant ce qui lui permet d'être plus actif dans la régulation de la distance avec sa figure d'attachement principale. (Bee et al, 2003).

### - Dès l'âge de 3 à 4 ans

L'enfant acquiert de nouvelles compétences relationnelles et peut désormais négocier avec l'adulte. L'enfant de cet âge a beaucoup moins besoin de la réalité d'une proximité que de la conviction de la possibilité de maintenir l'attention de la figure de l'attachement sur lui. Le développement de ses capacités cognitives lui permet de s'être construit une représentation mentale de la séparation et ses capacités de partenariat qui conditionnent celles à négocier les conflits et les désaccords sont à cet âge-là un bon reflet de la qualité de l'attachement. (Marvin et Bitner, 1999).

### **I.5. Les types d'attachement**

Les types d'attachement ont été conceptualisés à partir des observations empiriques Ainsworth. M (1978) de ce qu'elle a nommé la situation étrange, cette situation standardisée en huit épisodes de séparation et de réunion entre l'enfant et sa figure d'attachement permet de mettre en évidence trois types principaux de réaction chez le jeune enfant qui sont : l'attachement sécure, l'attachement in sécure évitant, l'attachement in sécure ambivalent. Quelque année plus tard M .Main ajoute une quatrième catégorie qui est celle de l'attachement désorganisé ou désorienté.

#### - **L'attachement sécure**

L'attachement sécure est celui favorisé par une figure d'attachement réceptive, sensible aux besoins de son enfant et utilisée par celui-ci comme base de sécurité pour explorer son environnement. Les enfants sécures recherchent le réconfort l'assurance et la Tranquillité de leur figure d'attachement au moment de la séparation, voire manifestent de la détresse.

Mais se calment facilement dès son retour, protestent un certain plaisir et sont capables de reprendre des activités exploratoires une fois rassurés, il sera ensuite le plus autonome car il aura acquis une sécurité interne. Les comportements sont ceux prévus par la théorie. Le caractère dominant des enfants sécurisés est la recherche de contact avec la figure d'attachement, surtout lors de la réunion, et ceci sans ambivalence.

Le contact peut être établi à distance. L'enfant de ce groupe n'est pas forcément perturbé par la séparation. S'il l'est, il se laisse réconforter par l'étrangère, qu'il semble toutefois bien différencier de la mère, contrairement aux enfants du groupe A. L'enfant sécurisé se sert de sa mère comme d'une base de sécurité. La mère est disponible et sensible aux signaux de détresse de son enfant (Baudier et Céleste, 2002).

### - **L'attachement in-sécure évitant**

Au moment de la séparation, l'enfant in-sécure évitant ne se tourne pas vers sa figure d'attachement et tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement face à la situation et un accrochage à l'environnement physique, puis au retour de la figure d'attachement, il feint un comportement d'indifférence ou évite le contact avec elle en restant concentré davantage sur ses jouets. Guedeney. A et Guedeney. N (2002) affirment que dans les premières interactions entre le bébé et sa figure d'attachement, celle-ci apparaît comme détachée et peu disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Le jeune enfant ne semble pas pouvoir développer une base de sécurité en relation avec sa figure maternelle et peut donner une impression d'indépendance précoce (Morgane, 2018)

L'enfant ne présente pas beaucoup de réactions. Il est moins actif, il ne compte pas sur la mère pour le sécuriser. On dit que l'enfant est in-sécure évitant ou anxieux-évitant.

Le comportement qui caractérise de façon typique ces enfants est l'évitement du contact avec la figure d'attachement lors de la réunion. S'ils sont pris dans les bras, ces enfants ne résistent pas, toutefois ils ne cherchent pas non plus à conserver ce contact. Ils montrent généralement peu de détresse lors de la séparation. Si l'on est tenté de voir là de l'indifférence, il faut considérer que leur mouvement d'évitement semble trahir en réalité une ignorance active, dénotant une certaine colère (Savard, 2010).

### - **L'attachement in-Secure ambivalent**

L'enfant in-sécure ambivalent proteste au moment de la séparation et ne peut être rassuré, ce qui rend difficile la possibilité d'explorer son environnement. Au retour de la mère, présence de contacts physiques et de rejet de la part de l'enfant, Il exprime de manière exagérée ses émotions. Donc il n'est pas davantage apaisé au retour de sa figure d'attachement et adopte une attitude ambivalente vacillant entre recherche de contact et de résistance. Cette incapacité à se remettre de leur angoisse de séparation et à utiliser leur figure d'attachement comme base sécurisante témoigne d'une hyper activation du système d'attachement et donc d'une capacité exploratoire limitée ainsi qu'une difficulté à accéder à l'autonomie (Baudier et Céleste, 2002).

Le jeune enfant rencontre dans ces relations précoces une figure d'attachement ambivalente où les relations de celle-ci sont imprévisibles et incohérentes c'est-à-dire qu'elle peut se montrer autant ignorante que réceptive aux besoins de son enfant. L'enfant est très malheureux lorsque la mère n'est pas présente mais ne veut pas le contact avec la mère lorsque celle-ci revient. On

dit que l'enfant est in-sécure résistant ou anxieux-résistants ou encore ambivalents. La réaction typique des enfants de ce groupe est l'ambivalence. Il y a bien une recherche active de contact mais, une fois celui-ci établi, l'enfant veut s'en défaire, non sans protester lorsqu'il est effectivement relâché. Le ton est surtout celui de la colère et de la détresse, ou encore celui de la résistance relationnelle. L'enfant peut résister à être pris et en même temps résister à être posé. Lors des retrouvailles avec la mère, certains d'entre eux peuvent aussi manifester une détresse passive (Baudier et Céleste, 2002).

#### - **L'attachement désorganisé**

Ce groupe a été ajouté plus tard par Main, Kaplan et Cassidy (1985). Il s'agit d'enfants qui, typiquement, se figent lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension, la confusion, voire la dépression. La séquence temporelle, chez ces enfants, donne une impression de désorganisation ; des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (s'approcher avec la tête détournée, par exemple) ; les mouvements semblent incomplets et l'expression des affects mal dirigée. On parle d'enfants désorientés-désorganisés. Il s'agit pour beaucoup d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence.

L'attachement mère-enfant est d'après un certain nombre d'études sur des populations de cultures différentes :

- Sécurisé dans environ 65% des cas
- anxieux-évitant dans 20% des cas
- anxieux-résistant ou ambivalent dans 15% des cas ou encore désorganisé-désorienté.

Cependant pour les enfants placés en famille d'accueil on ne retrouve pas exactement cette répartition : 46 % des enfants sont sécurisés, 42 % désorganisés, 8 % résistants et 4 % évitant (Stovall & Dozier, 2000 ; Dozier & al., 2001 ; Bernier & Dozier, 2003 ; Bernier & al., 2004) pour des enfants de moins de trente mois et 69.4 % d'enfants sécurisés, 30.6% d'enfants désactivés pour des enfants de 58 mois en moyenne (Baudier et Céleste, 2002, p. 53).

**Tableau N° 1** : Tableau représentatif des types d'attachement décrit par Mary Ainsworth ou elle a donné des descriptions (exemples) de chaque type d'attachements chez l'enfant :

(BOUROUAÏS, 2009)

Type d'attachement	Description
<p><b><i>Attachement sécurisant</i></b></p> <p><b><i>Attachement insécurisant de type évitant</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'enfant se sépare facilement de sa mère et se met à explorer l'environnement.</i></li> <li>- <i>Lorsqu'il est effrayé ou se sent menacé, il recherche activement le contact et s'avère aisément consolable (il n'évite pas le contact établi par sa mère).</i></li> <li>- <i>Lorsqu'il la retrouve après une absence, il l'accueille de façon positive. Elle est capable de le calmer lorsqu'il est bouleversé, il préfère nettement sa mère à un étranger.</i></li> <li>- <i>L'enfant évite le contact avec sa mère, surtout lorsqu'il la retrouve après une absence.</i></li> <li>- <i>Il ne résiste pas aux efforts de contact de sa mère, lui-même, il n'essaie d'établir le contact.</i></li> <li>- <i>Il traite sa mère de la même façon-à peu près qu'un étranger.</i></li> </ul>
<p><b><i>Attachement insécurisant de type ambivalent</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'enfant explore la pièce, il est prudent face à l'étranger.</i></li> <li>- <i>Il se montre bouleversé lorsqu'on le sépare de sa mère, mais elle ne réussit pas à le reconforter à son retour.</i></li> <li>- <i>L'enfant peut soit rechercher, soit éviter le contact, selon le moment.</i></li> <li>- <i>Il peut manifester de la colère envers sa mère lorsqu'il la retrouve, il résiste aux efforts d'un étranger pour le reconforter et s'approcher de lui.</i></li> </ul>
<p><b><i>Attachement insécurisant de type désorganisé</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'enfant semble sidéré, désorienté ou inquiet.</i></li> <li>- <i>Il peut éviter le contact, puis rechercher un contact très étroit.</i></li> <li>- <i>Il peut présenter des modèles conflictuels, comme se rapprocher de sa mère tout en ayant le regard fuyant.</i></li> <li>- <i>Il peut exprimer des émotions sans relation apparente avec les personnes présentes</i></li> </ul>

### **I.6. Le développement de l'attachement chez l'enfant :**

L'attachement du bébé aux parents apparaît graduellement, Bowlby définit trois étapes de l'attachement de l'enfant :

#### **- 1<sup>ère</sup> étape : le pré attachement (de 0 à 3 mois) :**

Bowlby pense que l'enfant débute dans la vie avec un répertoire de comportements innés qui l'orientent vers les autres et qui signalent ses besoins. Ces comportements (Pleurer, regarder dans les yeux, s'agripper, se blottir et réagir) favorisent en premier lieu la proximité, Ainsworth voit que ces comportements d'attachement sont simplement émis sans être adressés à une personne particulière.

A ce stade, il n'existe pas un véritable attachement, les interactions et les échanges avec la mère renforcent le lien affectif qui unit les parents à l'enfant, et cela constitue le fondement de l'attachement naissant de l'enfant (BOUROUAÏS, 2009).

#### **- 2<sup>ème</sup> étape : l'émergence de l'attachement (de 3 à 6 mois) :**

Le bébé commence à faire preuve de discrimination dans ses comportements d'attachement; par exemple, il sourit aux personnes qui s'occupent régulièrement de lui, et moins spontanément à un étranger. Malgré cette évolution, le bébé n'est pas encore complètement attaché, ses comportements favorisent la proximité vers plusieurs personnes, mais personne n'est encore devenu sa base de sécurité.

A ce stade, les enfants ne font montre d'aucune anxiété particulière quand ils sont séparés de leurs mères (BOUROUAÏS, 2009).

#### **- 3<sup>ème</sup> étape : l'attachement (de 6 à 8 mois) :**

Selon Bowlby, le véritable attachement ne se forme que vers l'âge de six mois. A ce stade, c'est l'enfant qui « recherche la proximité » au contraire des deux premières étapes, car il commence à se déplacer en rampant et en marchant à quatre pattes. A cet âge, la personne la plus importante pour l'enfant lui sert de base de sécurité, à partir de laquelle il explore le monde (Bee et coll, 2003, p. 126).

### **I.7. Facteurs influençant sur la qualité d'attachement**

Le lien d'attachement entre l'enfant et sa figure d'attachement est déterminé par plusieurs variables :

- Les caractéristiques individuelles du bébé ou « le tempérament » selon Sroufe (1985) c'est l'ensemble des caractéristiques motrices et psychologique de l'enfant qui existe dès la naissance, est l'un des facteurs déterminant les modalités des réponses de la mère aux besoins de son enfant (Cartron et al, 2004, p. 14). Le tempérament oriente l'expression émotionnelle de l'attachement, mais celui-ci se construit en fonction des réponses plus ou moins adaptées que l'enfant reçoit, le style éducatif des parents est pris en compte.
- Des parents respectueux de leur activité et de leur indépendance peuvent construire un attachement Secure (Baudier et al, 2002, p 45).
- L'influence des conduites maternelle, Ainsworth a montré qu'il Ya une relation significative entre la sensibilité de la mère aux signaux de son enfant pendant les tout premières années de la vie et la qualité de l'attachement (sécurisé ou non), plus la mère répond aux besoins de son enfant et notamment à ses signaux de détresse, plus elle favorise un attachement sécurisant (Baudier et al, 2002, p. 45).

Srouf a estimé que les caractéristiques maternelles sont à l'origine de sécurité ressenti par l'enfant à l'égard de sa mère. Bowlby montre que la qualité d'attachement entre le bébé et sa mère influencerait de façon décisive les autres systèmes relationnels, tout au long de son développement, les mères des enfants bien adapté fournissent à leurs enfants semble affectif dans le registre socio affectif (Cartron, et al, 2004).

### **I.8. Valeur prédictive de l'attachement :**

Quatre prédictions majeures sont émises par la théorie de l'attachement (Paquette, 2004) :

- Les mères sensibles aux signaux de leurs enfants développeront une relation sécurisante avec celui-ci.
- L'attachement mère-enfant s'avère relativement stable (dans le temps) : sauf évènements majeurs (décès, séparation, maladie), la qualité d'attachement reste la même au fil du temps (Savard, 2010, p. 15).
- La transmission intergénérationnelle se produit dans 68 à 80% des cas : la littérature a en effet mis en évidence un lien de correspondance intergénérationnelle important entre, d'une part, les types d'attachement du bébé à sa mère dans la situation étrange, et d'autre part les catégories de la mère dans l'entretien d'attachement. Les études sur ce sujet ont été rassemblées dans une méta-analyse (Van, 1995), Celle-ci indique, sur 661 dyades mère-bébé étudiées, une

correspondance de 70% entre les catégories d'attachement maternelle et celles de l'enfant (Savard, 2010).

- les enfants qui ont bénéficié, dès leur jeune âge, d'une relation sécurisante, avec leur mère, développent ultérieurement, à l'âge préscolaire et à l'âge scolaire, davantage de compétences sociales que les enfants insécurisés, (Schneider, Atkinson, & Tardif, 2001 ; Easterbrooks & Lamb, 1979 ; Waters), l'influence des modèles d'attachement mère-enfant sur le développement des interactions avec les pairs a été examinée au plan longitudinal entre la période de la petite enfance et l'âge préscolaire (de 2 à 3 ans). Les résultats montrent que les enfants d'âge préscolaire, sécurisés, sont considérés par leurs pairs comme des partenaires plus attractifs et en reçoivent plus de réponses positives. Ils font preuve d'une plus grande curiosité, sont plus dignes de confiance et ont plus de ressources que leurs congénères. (2001) sur 63 études qui trouvent un effet important pour les études sur l'attachement mère-enfant et la relation de ceux-ci avec leurs pairs mais aucun effet concluant pour les études concernant l'attachement père-enfant (Savard, 2010).

Par ailleurs, la stabilité du type d'attachement au père se révèle contradictoire selon les études et enfin la transmission des modèles internes opérants, admise dans la relation mère-enfant, semble absente dans la relation père-enfant (on parle plus de transmission de représentations sémantiques idéalisées et socialement désirables et qui, de surcroît, passeraient par le discours (Pierre Humbert, 2003). D'autres études, examinant les prédictions longitudinales de l'attachement père-enfant sur le développement de la personnalité (Sagi et Lamb, 1988), la compréhension des émotions mixtes à 6 ans (Steele et al, 1999) ou la régulation des émotions avec un frère ou une sœur en situation de stress (Volling, 2001) n'ont pas trouvé de relation significative avec l'attachement père-enfant mesuré avec la Situation Etrange (Savard, 2010).

### **I.9. Les outils d'évaluations de l'attachement**

La théorie de l'attachement a donné lieu au développement d'outils qualitatifs et quantitatifs pour l'évaluation des relations parentales et non-parentales, et a permis de tester des hypothèses qui lient ces relations au développement de l'enfant.

### - La situation étrange

Le déroulement de « situation étrange » se fait dans une salle agréable avec trois acteurs, le bébé, sa mère et un étranger, que l'enfant n'a jamais vus. L'expérience comprend sept séquences (fontaine, 2003, p.50).

Les 7 étapes de l'expérience de la «situation étrange», élaborée par Ainsworth :

- La mère et son bébé sont seuls dans la salle et ce dernier peut l'explorer pendant trois minutes.
- L'étranger rentre, s'assoit pendant une minute, s'adresse à la mère pendant une minute.
- La mère sort de la pièce et l'étranger joue avec le bébé, s'il accepte, pendant 3 minutes.
- La mère revient, l'étranger sort discrètement, puis elle calme le bébé et s'assoit sur le sol pendant 3 minutes.
- La mère sort et le bébé reste seul pendant 3 minutes.
- L'étranger revient, tente de calmer le bébé pendant 3 minutes.
- La mère revient, l'étranger sort discrètement, la mère calme le bébé et s'assoit (fontaine, 2003).

### - Le Q-Sort d'attachement

Waters et Deane (1985) ont développé un instrument, le Q-sort d'attachement qui évalue la qualité de la sécurité et de la dépendance affective de l'enfant envers sa mère et envers son père. Le Q-sort d'attachement comporte 100 énoncés décrivant des comportements de l'enfant. De façon indépendante, chacun des parents doit classer les 100 items en 9 catégories des comportements les plus typiques (score de 9) aux: comportements les moins typiques de leur enfant (score de 1) (Richard, 1999).

Le Q-sort qui comporte trois échelles : une échelle de sécurité, une échelle de sociabilité et une échelle de dépendance. La dépendance a émergé comme un concept plus puissant que la sécurité de l'attachement. Ainsi, les garçons entre 28 et 61 mois possédant une forte dépendance à 33 leur mère démontrent un comportement pro social, un jeu coopératif et une compétence sociale faible avec les pairs à la garderie ainsi qu'une anxiété, une dépendance et un retrait élevé à leur professeur (Richard, 1999, p. 60).

Le Q-sort d'attachement présente quatre scores : un score de sécurité, un score de dépendance, un score de sociabilité et un score de désirabilité. Nous utilisons les deux premiers scores dans la présente étude. Des juges-experts ont coté les 100 items du Q-sort d'attachement en ce qu'ils appellent une sécurité idéale. Le résultat pour chaque enfant s'obtient en calculant la corrélation entre le score des 100 items tels que le parent les a placés pour son enfant et le score des 100 items que les experts ont assignés à la sécurité idéale. Ce score étant une corrélation, il se situe sur un continuum allant de -1 à +1 ; plus celui-ci se rapproche de +1, plus la sécurité de l'enfant à son parent est forte et se rapproche de la sécurité idéale décrite par les experts. Waters et Deane (1985) considèrent qu'un enfant qui obtient un score de sécurité du tiers supérieur sur ce continuum possède un attachement sécurisé (Richard, 1999).

Après avoir terminé avec la question de l'attachement chez l'enfant nous allons maintenant nous consacrer à la présentation de l'attachement chez un enfant trisomique.

#### **I.10. L'attachement chez l'enfant trisomique**

Bowlby (1969) a défini l'attachement d'un bébé comme un besoin primaire et inné d'entrer en relation avec un adulte et de maintenir une proximité avec lui afin de bénéficier d'une protection en cas de détresse. C'est un besoin universel. On peut s'interroger sur la manière dont les bébés porteurs d'une trisomie 21 (T21) expriment ce besoin. Il est possible que l'expression de la déficience intellectuelle retentisse sur la construction du lien d'attachement, au niveau de la capacité de l'enfant à exprimer son besoin et/ou de la capacité de la figure d'attachement à l'identifier. Si l'une de ces capacités est altérée, il sera difficile pour la figure d'attachement de répondre de manière sensible au besoin de l'enfant et donc de favoriser le développement d'un attachement de qualité, c'est-à-dire d'un attachement qui apporte un sentiment de sécurité à l'enfant (Cebula *et al*, 2010).

Or, cette sécurité est importante car elle favorise notamment la disponibilité psychique de l'enfant pour explorer son environnement physique et social ; elle favorise son adaptation et sa socialisation. Dans la trisomie 21, le développement de compétences sociales est caractérisé par une aisance pour s'engager dans les relations aux autres et une capacité à le faire de manière avenante et chaleureuse, mais les enfants porteurs de ce syndrome présentent des déficits au niveau de la régulation et de la perception émotionnelle, ainsi que de l'inhibition comportementale et de la flexibilité mentale, qui limitent leur capacité à ajuster l'utilisation de ces compétences en fonction du contexte (Cebula *et al*, 2010).

Ils auraient en particulier tendance à ne pas tenir compte du fait que la personne avec qui ils engagent une interaction est connue ou étrangère. Ces particularités, caractéristiques de la plupart des enfants porteurs d'une T21, pourraient retentir sur la qualité de leur attachement (Porter et al, 2007).

Selon Bowlby (1969), le bébé a une prédisposition aux interactions sociales et il vient au monde avec des comportements d'attachement, tels que sourire, vocaliser, pleurer, regarder, s'agripper. Ces comportements lui permettent de mobiliser l'attention de l'adulte et en prenant soin du bébé, celui-ci répond à son besoin d'attachement. Ainsi ils permettent au bébé d'assurer sa sécurité dans des situations où il est vulnérable en favorisant la proximité de l'adulte : ils ont pour effet d'activer les comportements de soin du parent. De ces échanges avec le parent naît un lien d'attachement, dirigé du bébé vers l'adulte. Les adultes à qui l'enfant s'attache sont ceux qui s'engagent régulièrement dans des interactions avec lui et qui répondent à ses comportements d'attachement : ce sont les figures d'attachement (Vanwalleghem, 2016).

La qualité de l'attachement dépend en grande partie de la capacité de la figure d'attachement à être sensible et réactive aux comportements d'attachement du bébé. Un attachement de qualité permet à l'enfant de se sentir en sécurité et ce sentiment de sécurité lui permet d'explorer l'environnement physique et social ; l'enfant pourra ainsi s'adapter à cet environnement et se socialiser. En tant que processus central dans le développement social de l'enfant (Vanwalleghem, 2016).

Pour mieux approfondir dans la question d'attachement chez l'enfant trisomique on a choisis de parler un peu plus sur les comportements d'attachement chez ce dernier.

Dans son livre, « Le jeune enfant porteur de trisomie 21 », B. Céleste relève : La première étape constructive recouvre les deux ou trois premières années de vie du bébé ordinaire. Elle correspond au temps nécessaire au bébé pour se distinguer comme individu, c'est-à-dire comme unité vivante, unique et différente des autres. La maîtrise de cette individuation est attestée par l'apparition de certains comportements : crise d'opposition, reconnaissance de soi dans le miroir, utilisation du « je » pour parler de soi-même. Elle est beaucoup plus longue pour l'enfant trisomique qui ne donne généralement les indications de cette maîtrise qu'au cours de sa sixième année. Du fait de son handicap, il est parfois plus difficile de reconnaître dans ses attitudes des étapes normales du développement. Dès lors, chercher à comprendre l'enfant dans ce qu'il manifeste et analyser ses comportements en tenant compte des étapes d'individuation est utile.

- **Le regard** : joue un rôle important dans la construction des liens d'attachement. Chez le bébé trisomique, l'apparition de ce contact œil à œil se situe à l'âge d'environ six à sept semaines. B. Céleste relève les difficultés des enfants ayant une trisomie 21 à « entrer » et « sortir » de ce mode d'échange. Les fixations du regard permettent, semble-t-il, au bébé d'apprendre le visage de sa mère. Du fait de difficultés plus grandes de traitement de l'information chez le bébé trisomique, le temps nécessaire à cet apprentissage serait aussi plus long (Céleste et Lauras, 1997).

- **Pour l'attachement** : les liens affectifs qui se tissent entre le bébé et les adultes de son entourage sont à la base de la constitution de la confiance en soi. Ce lien affectif de qualité, va permettre à l'enfant de se construire et d'acquérir par la suite son indépendance. Selon B. Céleste, quatre comportements interdépendants témoignent de ce lien : la recherche de proximité de la figure d'attachement ; l'évitement des événements suscitant la peur ou des personnes « dangereuses » ; l'interaction sociale dans le jeu ; l'exploration de l'environnement, et bien sur ces comportements apparaissent chez toute enfant (Céleste et Lauras, 1997).

- **les manifestations émotionnelles** : Le bébé manifeste ses émotions par des pleurs, des sourires, des mimiques, des cris. Ces manifestations sont interprétées par son entourage comme des signaux de bien-être ou de malaise. Les réponses données à ces manifestations constituent les premiers éléments de communication entre le bébé et son entourage. Le bébé ayant une trisomie 21 exprime peu et moins fort ses émotions. De ce fait, il incite peu à l'interaction et risque de se trouver plus rarement en situation d'être l'initiateur de la communication. L'entourage de ce bébé devrait porter une attention particulière à ses manifestations émotionnelles même minimales. Répondre à ses signaux pour qu'il comprenne l'efficacité de la communication est important (Céleste et Lauras, 1997).

- **la période d'opposition** : L'enfant exprime son individualité en s'opposant à autrui. Il montre sa volonté d'indépendance en manifestant fortement son désir de faire seul et refuse l'aide des adultes. Cette période d'opposition est une étape importante dans le développement de l'enfant. Pour l'enfant ayant une trisomie 21 et sa famille, cette étape est particulièrement sensible. Elle perturbe et détériore d'une certaine manière l'équilibre familial établi. Face aux modifications du comportement de l'enfant, l'entourage ne sait pas toujours quelle attitude adopter. B. Céleste relève : Il est pourtant important que l'on propose à l'enfant trisomique un cadre bien structuré. Plus qu'un enfant ordinaire, il a besoin de règles éducatives claires. Quant au contenu de ces règles, il n'a rien à voir avec la trisomie. Il s'agit pour la famille d'accompagner l'éclosion d'un

individu qui, trisomique ou non, aura à vivre en société. Il n'est certainement pas facile à trouver le juste équilibre entre le trop peu de règles, qui risque de perturber l'enfant dans cette prise d'autonomie utile à sa construction, et des règles excessives qui alors briseraient tout désir d'autonomie (Céleste et Lauras, 1997).

### **I.11. L'importance de la qualité des liens entre l'éducateur et l'enfant**

Le petit d'homme est avant tout un être de relation. Il est relié d'abord à ses parents et puise là les ressources fondamentales à exister. Dans le lien qu'il noue ensuite avec ceux et celles qui prennent soin de lui, il doit pouvoir conforter sa sécurité psychique. Nous avons vu qu'il était envisageable qu'un enfant puisse avoir plusieurs figures d'attachement et dans ce cadre, l'adulte « référent » de l'enfant au sein de la structure, peut très bien générer ce lien entre une autre accueillante et l'enfant. Cette personne sera un adulte « relais » et deviendra, à son tour une autre figure d'attachement pour l'enfant. Nous pouvons considérer que les accueillants d'une même section vont devenir au fur et à mesure les « référents » de l'enfant. L'essentiel étant que tous les professionnels adoptent les conduites propices à sécuriser l'enfant et à l'accompagner vers l'autonomie (Rosa et Ollivier, 2010)

Le milieu familial est le premier milieu d'apprentissage de l'enfant et, par conséquent, son premier cadre de référence. C'est dans son milieu familial que l'enfant a acquis ses premières connaissances et développé ses premières habiletés. Lorsque l'éducatrice fait appel aux connaissances antérieures et aux habiletés de l'enfant, elle établit un pont entre le milieu familial et le milieu éducatif. La cohérence entre ces deux milieux est très importante. Elle favorise le mieux-être de l'enfant et le développement de son sentiment d'appartenance (Gabel et al, 2000).

Alors, il est important que l'éducateur tienne compte de milieu familial de l'enfant, dans ses dimensions sociales et culturelles, afin de lui permettre de bien comprendre les comportements de ce dernier avec les autres enfants. Pour un enfant, la qualité des soins qu'il reçoit de l'adulte est la chose la plus importante. Si les éducatrices et la direction de la garderie s'assurent d'offrir une réponse rapide et chaleureuse aux besoins des tout-petits, choisir un CPE ou une garderie en milieu familial ne fait pas de différence (Chagnon, 2016).

La qualité des liens que lui fournissent ceux qui l'accueillent tient à la continuité ménagée au petit enfant tout au long des différents environnements qu'il parcourt. Cette continuité doit rendre prévisible, donc rassurer et permettre de se repérer ainsi que de s'attacher. A cet effet, la

stabilité des façons de faire et un petit nombre de personnes différentes sont essentiels (Lecleir et Charleroi, 2014).

La qualité des liens tient aussi à la capacité que développe le professionnel d'être " à l'écoute " de l'enfant, de cet enfant-là à ce moment-là, seule façon d'être véritablement en "accordance" avec lui et prendre ses besoins propres en compte. Une écoute attentive et subtile qui fait aussi reflet à l'enfant de ce qu'il vit, de ce qu'il fait, de ce qu'il manifeste,... bref de qui il est soutient le développement même de sa propre identité. La rencontre de l'enfant dans les moments de soins corporels est particulièrement importante à cet égard (Lecleir et Charleroi, 2014). Il nous semble essentiel que l'accueillante « privilégiée » plus particulièrement certains enfants qu'elle accueille, leur prête une attention plus particulière et personnelle. C'est à cet effet que la notion de « référente » est préconisée dans les structures d'accueil (Picker, 1971).

La personne « référente » doit instaurer une relation privilégiée et des moments privilégiés (le repas, la sieste, le change) avec chaque enfant, de satisfaire les besoins de l'enfant, de respecter son rythme par une observation quotidienne. La personne « référente » permet de meilleurs échanges avec les parents, elle est celle qui les rassure, elle est leur repère (Rosa et al, 2010, p.04).

L'éducateur a une place très importante pour un enfant trisomique, notamment son accompagnement. L'accompagnement d'un enfant porteur de trisomie 21 est toujours discuté avec les parents c'est là qu'on voit que le rôle d'un éducateur n'est pas de prendre la place des parents, mais de les soutenir face aux difficultés que leur enfant peut avoir. De plus, l'accompagnement d'une personne trisomique ne se résume pas aux éducateurs, mais également aux autres professionnels (psychomotriciens, thérapeutes, infirmiers, etc...). Il s'agit d'un accompagnement pluridisciplinaire et en constante évolution. L'enfant trisomique présente beaucoup de difficultés à interagir avec son environnement et utilise ses compétences de manière inappropriée. Les différents professionnels vont donc aider l'enfant à développer ses compétences, afin qu'il interagisse de façon adéquate avec son environnement en l'amenant à entrer en relation avec d'autres personnes. De plus, ils vont lui permettre de connaître son corps, les différents comportements qu'il peut avoir, ses habiletés et son langage verbal, comme son langage corporel. Un enfant n'a pas forcément besoin de parler pour se faire comprendre (Vaginay, 2006).

De plus, les enfants atteints de trisomie 21 peuvent être perçus comme des enfants ayant un mauvais caractère, mais cela peut provenir d'une de leurs difficultés liées à leur déficience.

En effet, ils ont du mal à élaborer des stratégies face à certaines situations. Pour cela l'enfant ayant une trisomie 21 a besoin de repères permanents, il n'aime pas les changements. C'est pourquoi, en tant qu'éducateur, il est important de poser un cadre en se rapprochant du cadre qu'il a en présence des autres professionnels et de sa famille, d'où l'importance de travailler ensemble. L'enfant, quant à lui, va mettre en place des rituels qu'il sera important de prendre en compte pour ne pas le déstabiliser.

Après avoir achevé avec la question d'attachement, nous allons à présent aborder le deuxième point qui inclut le sujet de l'éducateur spécialisé ou on va le définir, et démontrer son rôle et son importance pour un enfant.

## II. L'éducation et l'éducateur spécialisé

### II.1. Histoire de l'éducation spécialisée

L'histoire de l'éducation est un élément très important de l'histoire sociale, économique et politique. L'éducation spécialisée s'inscrit dans une histoire plus large qui est celle de l'éducation apparaît comme un concept universel incontournable de l'espèce humaine, dans le sens qu'aucune société ne peut en faire l'économie autant pour ses enfants et pour elle-même.

En revanche, ses attentes, ses moyens, sa durée, ainsi que ses systèmes sont régit par des valeurs, des règles et objectifs qui s'avancent des circonstances et font de l'éducation à travers le temps une donnée dont le sens évolué constamment (Cambon, 2006).

L'éducation spécialisée paraderait ses racines au-delà du champ domestique de l'éducation. Elle se fonde dans une combativité et une résistance empreinte de créativité contre l'ordre établi.

Au 17ème siècle, l'éducation était habituellement un processus informel ou les compétences et les valeurs se transmettaient d'une génération à l'autre par les parents, par les proches, ainsi que par les sœurs et frères plus âgés.

Dès la fin du 18ème siècle, les enfants sont repérés comme difficultés parce qu'ils émanent du milieu familial défavorisés et gravement perturbés dans leurs capacités d'amour.

La fin de la première guerre mondiale constitue en France un regain de nouveauté et d'innovation sociale politique, éducative. DELIGNY JOUBERT, BERTRAND, apparaît comme les pionniers d'une nouvelle forme d'éducation spéciale. Aujourd'hui, l'éducation spécialisée est une discipline très importante dans la formulation professionnelle (Combon, 2006, P. 47).

Avant les indépendances respectives du Maroc et de l'Algérie, en 1956 et en 1962, des institutions pour jeunes délinquants, jeunes réputés difficiles ou enfants des rues, issues du secteur public ou du secteur associatif, ont été ouvertes. Malgré un léger décalage dans le temps, celles-ci semblent correspondre aux modèles en vigueur dans la métropole : tribunaux pour enfants, services sociaux, centres d'accueil, centres d'observation, foyers de semi-liberté, internats. Les archives nuancent pourtant l'idée d'une simple transposition et témoignent d'une situation plus complexe, ne serait-ce parce que ces deux pays ont connu des statuts et des destins différents. Les acteurs n'ont ainsi cessé de s'interroger sur une « pédagogie de l'enfant

musulman », à partir des spécificités de la culture, de la religion, de la langue, des structures sociales et familiales (BOUSSION, 2009).

## II.2. Définition de l'éducation

- **L'éducation** : Etymologiquement, le terme éducation vient du Latin « ex-ducere », qui signifie guider, conduire hors. L'éducation est l'action de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales, physiques, intellectuelles, scientifiques...considérée comme essentielle pour atteindre le niveau de culture souhaitée.

L'éducation permet de transmettre d'une génération à l'autre la culture nécessaire au développement de la personnalité et à l'intégration sociale de l'individu. (Adrien, 2018).

L'éducation, c'est l'art de former une personne, spécialement un enfant ou un adolescent, en développant ses qualités physiques, intellectuelles et morales, de façon à lui permettre d'affronter sa vie personnelle et sociale avec une personnalité suffisamment épanouie (Gide, 1923, p. 776).

- **L'éducation spécialisée** : L'éducation spécialisée est l'ensemble des mesures qui organisent l'enseignement des jeunes éprouvants des difficultés psychologiques ou sociales, ou des handicapés ; L'éducation spéciale est une éducation destinée aux personnes qui ne réussissent pas ou ne réussiront vraisemblablement pas à atteindre, dans le cadre de l'enseignement ordinaire, les niveaux éducatifs, social et autres qui correspondent à leurs âge. (Larousse, 2003, p. 317).

- **L'éducateur spécialisé** : L'éducateur se distingue de l'éducateur spécialisé, au sens qu'il est professionnel d'une activité universelle, celle de l'éducation, ou d'une activité traditionnellement tournée vers le bénévolat ou l'action religieuse.

Il est spécialisé, c'est-à-dire formé à une éducation particulière. Un éducateur se définit certes par sa formation sanctionnée par un diplôme d'état, mais aussi par la spécificité même du public qu'il accueille (Cambon, 2006, p. 22).

Educateur spécialisé est une personne qualifiée de l'écoute et de disponibilité, pour aider des personnes inadaptées (enfants, adolescents, adultes) à devenir autonomes afin de mieux s'insérer dans la société.

## II.3. Le rôle de l'éducateur spécialisé

- L'éducateur spécialisé intervient auprès d'enfants ou d'adolescents souffrant de problèmes familiaux, scolaires, médicaux et des troubles de comportements.

- Il s'occupe aussi d'adultes qui ont en difficultés sociales ou physiques, ou de personnes en situations d'handicap mental (déficience intellectuelle légère à profond), de handicap psychique (pathologies psychiatriques...), sensoriel (sourds et malentendants, non-voyants et mal voyants) ou moteur (Rouzel, 2012, p160).
- L'éducateur spécialisé ouvre comme agent de transmission des principes mènent de la civilisation.
- Il intervient des ratages de cette transmission, auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes, voire de personnes âgées, que la maladie, l'injustice, les malheurs de la vie ont relégués dans les institutions ou ils exercent ;
- L'éducateur spécialisé, dans le cadre des politiques partenariales de prévention, de protection et d'insertion, aide au développement de la personnalité et à l'épanouissement de la personne, ainsi qu'à la mise en œuvre de pratiques d'action collective en directions des groupes et des territoires ;
- Dans le cadre d'équipe pluri-professionnelle, son intervention s'effectue conformément au projet institutionnel répondant à une commande sociale, éducative exprimée par différents donneurs d'ordre et financeurs, en fonction des champs de compétences qui sont les leurs dans un contexte institutionnel ou un territoire ;
- L'éducateur spécialisé est impliqué dans une relation socio-éducative de proximité inscrite dans une temporalité. Il aide et accompagne des personnes, des groupes ou des familles en difficultés dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion ;
- L'éducateur spécialisé intervient principalement, mais sans exclusive, dans les secteurs du handicap, de la protection de l'enfance, de la santé et de l'insertion sociale. Il est employé par les collectivités territoriales, la fonction publics et des associations et structures privées. (Rouzel, 2012, p 167)

L'objectif de l'éducateur spécialisé reste le même : préserver ou restaurer l'autonomie de ces personnes, en les valorisant par le biais d'un accompagnement collectif et /ou individualisé, un étayage relationnel, par la possibilité d'animer des activités socio-éducative, travail les familles. Les éducateurs spécialisés ont pour mission d'aider les enfants, jeunes et adultes en situation de handicap, en difficulté sociale ou dans le cadre de la prévention et de faciliter leur insertion sociale (Rouzel, 2012, p 167).

#### II.4. Les relations éducatives

La relation éducative n'est pas un processus de répartition ou de normalisation, une thérapie ou une action d'assimilation, une guérison ou une injonction à parler, la fabrication d'un éduqué par un éducateur ou la conformation à la demande d'autrui. La relation éducative en est directement imprégnée : elle consiste un temps et un espace où une personne requise pour ses compétences accompagne une autre personne (enfant ou adulte) à passer du vivre à l'exister. Il s'agit de l'aider à s'accepter telle qu'elle est pour advenir à ce qu'elle veut devenir, de lui apprendre à faire ses propres choix au regard de ses capacités et se transformer en actrice de sa propre vie, de favoriser l'appropriation de soi par soi (Gabera, 2003, p. 15).

La relation éducative ne se joue pas dans le rapport de cause à effet : son efficacité n'est pas quelque chose qui se matérialise et s'offre immédiatement à la mesure. Ce qui compte le plus pour le professionnel n'est pas tant le savoir-faire technique, mais la capacité de dégager l'autre de la dette en inscrivant la relation éducative dans le don (Gabera, 2003, p. 16).

La relation éducative doit avoir quelques critères qui sont :

- **L'attitude éducative :**

C'est un espace orienté et bien limité, à l'intérieur duquel l'éducateur est autorisé à faire des choix, apprendre des initiatives, des responsabilités dans le sens la fonction qu'il a mission de servir.

- **La distance éducative :**

La distance éducative ou distance d'accompagnement. On parle d'une bonne distance lorsqu'elle est juste et mesurée, et théoriquement la distance doit être ni trop près, ni trop loin. Chaque relation mérite un réglage singulier, il se crée alors une situation d'authentique partagée (DREANO, 2003, p. 294).

- **L'identification :**

Processus essentiellement conscient et tendu vers l'avenir, se fait sur des bases de réalités à travers lesquels on peut plus tard s'imaginer.

- **Le transfert :**

Phénomène fondamentalement inconscient, dont l'éducateur est attentif, il peut saisir que tout mouvement vers lui de celui qu'il accompagne qu'il soit agressif ou d'amour.

- **L'observation :**

Elle est l'une des qualités de base de la relation éducative, qui réaffirme le rapport interactif et intersubjectif de toute relation humaine, dont l'éducateur fait partie.

- **La responsabilité :**

Elle est aussi très importante dans la relation éducative, pour que l'éducateur puisse faire face aux différents risques, problèmes et difficultés qui rencontrent dans son travail (DREANO, 2003, p. 294).

## **II.5. L'équipe de prise en charge**

- **Le personnel éducatif**

Le personnel éducatif doit être formé, motivé pour une bonne prise en charge des enfants déficients, leur qualité de vie, ainsi que la joie de vivre et la sécurité de leurs parents. Le personnel éducatif travaille en collaboration avec les techniciens de la relation.

- **Les techniciens de la relation**

Ils sont des spécialistes qui apportent une aide appropriée aux enfants, aux adolescents et aux familles qui font face à des difficultés d'ordre social, d'ordre émotif ou de comportement. Ils sont formés pour intervenir en relation d'aide, ils doivent maîtriser un ensemble d'aptitudes qui leur permettent de jouer des rôles variés :

- **Le pédopsychiatre** : il assure la bonne exécution du projet médico-éducatif tout en soutenant et animant l'ensemble de l'équipe.

- **Le responsable du service éducatif** : secondée par un éducateur chef, éducatrice spécialisée, ayant une longue expérience. Elle est le responsable de l'établissement ; les parents s'adressent à elle.

- **Un ou une psychologue** : Il étudie le comportement humain et les processus mentaux, recommande le traitement des problèmes psychologiques dans les milieux médicaux, industriels et d'enseignement. Il élabore le diagnostic, le traitement et la prévention des désordres émotionnels de la personnalité ainsi que des difficultés dues à la mauvaise adaptation de l'environnement. Le psychologue a une fonction de facilitateur de la communication ; Il assure, sans contrôle, des prises en charge individuelles d'enfants perturbés, ainsi que le soutien d'un certain nombre de familles (Charlotte, 2004).

## **II.6. Les centres de prise en charge en Algérie**

En matière d'éducation, d'enseignement et de formation, Mme Krikou a souligné que le secteur compte un tissu institutionnel composé de 238 centres spécialisés, 15 annexes chargées de l'éducation et de l'enseignement des enfants aux besoins spécifiques, 160 centres psychopédagogiques pour enfants handicapés mentaux, 46 écoles pour enfants sourds-muets, 24 écoles pour jeunes non-voyants et 8 centres psychopédagogiques pour enfants handicapés moteurs. Durant l'année scolaire 2020-2021, le secteur a enregistré près de 28.588 enfants handicapés, dont 22.589 dans les établissements spécialisés et 5999 dans des classes spéciales ouvertes dans les établissements éducatifs relevant du secteur de l'Education nationale (Krikou, 2021).

## **II.7. L'éducation spécialisée d'un enfant atteint de déficience mentale, et son accompagnement**

La plupart des enfants atteints de la déficience intellectuelle, paraissent normaux en bas âge et atteignent dans les délais prévus les étapes de l'acquisition de la motricité fine et globale. Cependant, il présente un certain retard dans la compréhension des concepts verbaux encore une immaturité de comportement, souvent leur état n'est détecté qu'au moment où ils atteignent 4-6 ans, ils semblent alors lents à traiter l'information et moins aptes que leurs pairs à relever les défis de l'apprentissage scolaire. Tous enfants, chez qui l'on soupçonne une déficience intellectuelle devrait faire l'objet de tests psycho-éducatifs qui permettraient de déterminer le cheminement scolaire le plus approprié pour lui. Ainsi l'éducation des enfants qui présentent une déficience intellectuelle nécessite énormément d'engagement, de patience, de soutien affectif et de protection (Kutscher et al, 2009).

Étant donné que notre recherche est basée sur l'enfant trisomique, on va tenter d'aborder un point très important, concernant l'accompagnement d'un enfant porteur de trisomie vingt et un.

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant porteur de trisomie 21 revient à prendre le risque de laisser croire que la survenue d'un enfant handicapé dans une famille rend celle-ci incompétente pour l'éduquer. A l'inverse, il serait tout aussi vain de penser que ces personnes ne peuvent bénéficier utilement d'un accompagnement éducatif. L'accompagnement éducatif des personnes handicapées a historiquement été construit à partir de groupe constitués de personne présentant des caractéristiques communes, c'est l'origine même des institutions. Une modification de la conception du travail éducatif, une meilleure

connaissance des conséquences de la trisomie 21, et une évolution des représentations sociales du handicap permettent maintenant de considérer que c'est la multiplication des interactions, l'appartenance à des groupes divers constitués de personnes ordinaires, ou de personnes en situation de handicap qui favorisent le développement le plus harmonieux des personnes porteuses de trisomie 21 (Freminville et al, 2007).

Tant que l'éducateur joue un rôle très important dans la vie, et par rapport au développement des enfants atteints de déficience mentale, il a aussi un rôle dans d'autres pathologies qu'il prend en charge. Parmi celles-ci on a :

**a) Le retard mental :**

Selon la classification du DSM IV, le retard mental peut être réparti en quatre (4) types :

- **Le retard mental léger :**

Le retard mental léger est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « éduicable ». Ce groupe représente la plus grande partie (environ 85) de la population ayant un retard mental.

En tant que groupes, les sujets atteints d'un retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (0-5ans). Ils ont une altération minimale des fonctions sensori-motrices et ne pouvant souvent être distingués des enfants sans retard mental qui a un âge plus avancé.

- **Le retard mental moyen :**

Le retard mental moyen est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « Dressable ». Ce groupe représente environ 10/100 de la population ayant un retard mental. Les sujets atteints d'un retard mental moyens ne peuvent bénéficier de programme éducatif. La plupart des sujets ayant ce niveau acquièrent des aptitudes à la communication pendant la première enfance. Ils peuvent bénéficier d'un apprentissage professionnel et acquérir une autonomie au pris d'une assistance modérée. Ils peuvent aussi bénéficier d'un apprentissage social et pratique, ils peuvent apprendre à se déplacer seuls dans des endroits connus (DSM IV, p. 49).

- **Le retard mental grave**

Le retard mental grave représente de 3 à 4/100 des sujets atteints du retard mental. Pendant la première enfance, ils ne développent que peu ou pas de communication verbale, à l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler et à prendre soins d'eux même de façon élémentaire.

- **Le retard mental profond :**

Le groupe ayant un retard mental profond représente 1/100 à 2/100 des sujets atteints du retard mental. La plupart des sujets ayant ce diagnostic ont une pathologie neurologique définie, responsable de leur retard mental.

Pendant la première enfance, ils présentent des perturbations considérables de fonctions sensori-motrices. Un développement optimal peut survenir dans un environnement très structuré, le développement moteur, l'autonomie et les capacités de communication peuvent s'améliorer si un apprentissage adéquat est proposé (DSM IV, 1996, p 50).

**b) La psychose**

Le terme « psychose » désigne des états psychiques caractérisés par une altération profonde de la conscience du sujet (trouble grave de l'identité), et de son rapport avec la réalité. On exclut de cette catégorie les sujets chez qui cette double altération paraît due essentiellement à un retard mental, par contre, il peut exister des troubles psychotiques associés à un retard mental (ex : psychoses déficitaires apparaissent chez l'enfant) (Besançon, 2005, p 159).

On peut dire aussi que la psychose est : une maladie mentale grave atteignant globalement la personnalité du patient, et justifiant le plus souvent une prise en charge thérapeutique intensive avec parfois la nécessité d'une hospitalisation. Le terme psychose reste général et s'accompagne le plus souvent d'un qualificatif précisant l'évolution (aigüe ou chronique), l'étiologie (organique, affective..., etc.) ou la nature (schizophrénie, dépressive..., etc.) (Larousse, 2002).

En clinique psychiatrique, le concept de psychose est pris le plus souvent dans une extension extrêmement large de sorte qu'il recouvre toute une gamme de maladies mentales, qu'elles soient manifestement organogénétiques (paralysie générale par exemple) ou, que leur étiologie dernière reste problématique (schizophrénie par exemple) (Laplanche et Pontalis, 1996, p. 356).

**c) Trisomie 21**

C'est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologiques, neuromatrices, métaboliques, immunologiques, et une déficience intellectuelle ; Les personnes

atteintes de trisomie 21, ont cristallisés autour de leurs difficultés un ensemble résistant d'idées fausses et de préjugés qui tiennent pour partie à la terminologie qui décrit le syndrome, pour une autre aux théorisations successives de la déficience intellectuelle.

Le terme « trisomie », « trisomique » se sont substitués à « mongolisme », « mongolien », avancés par le médecin Anglais JOHN HAYDON DOWN (1828-1896), qui s'appuyant sur les caractéristiques « mongoloïdes » du visage d'un groupe particulier d'arriérés mentaux. Les sujets trisomiques 21 ont un retard mental d'importance variable et un ralentissement du développement psychomoteur. Ils ont un visage rond, yeux en amande et obliques, et ont une durée de vie réduite (49 ans) (Larousse 2002, p. 1349).

## **II.8. Les interventions d'un éducateur**

Les interventions et les gestes que pose un éducateur envers l'enfant vont directement influencer la sécurité des liens qui se développent. Parmi les trois grands thèmes qui orientent les interventions des éducateurs on a : La proximité, l'engagement et la sensibilité (Howes et al, 1998).

### **- La proximité entre l'enfant et l'éducateur**

Pour développer une relation sécurisante, l'enfant a besoin que son éducateur pose des gestes tel que de l'embrasser, le tenir dans ses bras, le toucher affectueusement, etc. Le contexte dans lequel évolue l'enfant doit permettre ce type de rapprochement. Avoir une chaise berçante ou un endroit confortable dans le local de l'enfant permettrait, selon les éducatrices, de favoriser cette proximité et de rendre les lieux propices à la mise en œuvre de ces petits moments. Les services de garde en installation accordent-ils de l'importance à ce détail dans l'aménagement des lieux au même titre que d'aménager un coin moteur ou de mettre à la disposition des enfants du matériel d'éveil à la science. Bien que certains gestes de proximité peuvent être simples tels qu'une caresse dans les cheveux de l'enfant, d'autres demandent de prendre le temps de partager ces petits moments de rapprochement. Une réflexion quant à la place qu'accorde chaque centre de la petite enfance à la proximité entre l'enfant et l'éducatrice et à l'organisation de leur environnement dans le but de favoriser cette proximité permettrait certainement de contribuer à la qualité des milieux à cet égard (Howes et Smith, 1995).

### **- L'engagement de l'éducateur envers l'enfant**

Certains auteurs parlent de l'engagement de l'éducatrice en faisant référence au « adulte involvement scale » de Howes et Stewart (1987), des éléments tels que tenir et serrer l'enfant

dans ses bras pour le réconforter et s'engager dans des conversations prolongées ou jouer de manière interactive avec l'enfant démontreraient un niveau élevé d'implication de l'adulte dans la relation. Pour les éducatrices rencontrées en entrevue, s'engager envers l'enfant implique de l'encadrer en lui posant des limites claires lorsque nécessaire, de faire preuve d'initiatives en jouant avec lui, en lui posant des questions et finalement de verbaliser son vécu en soulignant ses réussites ou en le prévenant de ce qui va arriver par exemple. Ce sont des gestes simples qui font partie du quotidien des éducatrices. C'est au travers de ce quotidien et des différents moments qui le composent que cet engagement nous semble prendre place. La présence de l'éducatrice auprès de l'enfant lors des différents moments de la journée serait donc un élément clé de cet engagement (Howes et Stewart, 1987).

#### - **La sensibilité de l'éducateur**

Les recherches démontrent que les comportements sensibles de l'adulte envers l'enfant sont reliés au développement d'un attachement sécurisant (Posada et al, 2002).

Pour développer une relation d'attachement envers l'enfant, les éducatrices croient important d'accueillir l'enfant lorsqu'il veut entrer en relation avec l'adulte et de répondre positivement à ses signaux, tout en respectant le rythme individuel de ce dernier. Dans le contexte d'un service de garde, où l'attention de l'éducatrice est sollicitée de toutes parts par les enfants, être sensible à chacun est un défi constant. L'éducatrice doit être disposée et capable de bien reconnaître les signaux de l'enfant. On peut ainsi penser qu'une bonne connaissance du développement de l'enfant, tel que mentionné par les répondantes au questionnaire, aiderait l'éducatrice à reconnaître les signaux de l'enfant et à mieux comprendre les besoins et les défis de ce dernier.

Enfin, la disponibilité de l'éducateur envers les enfants semble être un enjeu important dans sa capacité à être sensible à ceux-ci. Un nombre restreint d'enfants et d'éducateurs dans un même local ainsi que du soutien accordé pour les tâches autres que la présence auprès du groupe d'enfants pourraient avoir une incidence sur la capacité de ce dernier à démontrer des comportements sensibles (MARTINE, 2008) .

**Synthèse :**

L'attachement d'un enfant c'est un besoin primaire et inné d'entrer en relation avec un adulte et de maintenir une proximité avec lui afin de bénéficier d'une protection en cas de détresse, ce besoin favoriserait la survie et la socialisation de l'enfant. Pendant la petite enfance, les relations d'attachement avec les parents et les donneurs de soins significatifs sont prédominantes, ce sont les relations les plus influentes dans la vie d'un enfant donc ici le donneur de soins ou la figure d'attachement à une très grande importance. Un enfant qui développe un lien d'attachement stable et sécurisant avec ses parents et toute autre figure d'attachement, durant les premières années de sa vie aura plus de chances d'être bien équipé pour gérer les situations difficiles tout au long de sa vie.

L'enfant ayant une trisomie 21 exprime peu et moins fort ses émotions. De ce fait, il incite peu à l'interaction et risque de se trouver rarement en situation d'être l'initiateur de la communication. L'entourage de ce bébé devrait porter une attention particulière à ses manifestations émotionnelles même minimales. Répondre à ses signaux pour qu'il comprenne que l'efficacité de la communication est importante, son besoin d'être aimé et de prendre soin de lui est indispensable.

Donc, Un accompagnement éducatif d'un enfant trisomique doit leur permettre à développer leurs capacités, autonomie et affectivité et de trouver leurs places dans la société

## **Chapitre II : La trisomie 21 chez l'enfant**

-Préambule

1. l'enfance et l'enfant
2. Définition de la trisomie 21
3. l'enfant trisomique
4. Aperçu Historique sur la trisomie 21
5. Les caractéristiques de la trisomie 21
6. Les formes cliniques de la trisomie 21
7. Les facteurs de risque de la trisomie 21
8. Le développement psychologique des enfants porteurs de trisomie 21
9. La trisomie 21 en Algérie
10. Le diagnostic de la trisomie 21
11. les pathologies associées à la trisomie 21
12. Prévention et dépistage de la trisomie 21
13. la prise en charge d'un enfant trisomique

-Synthèse

## Préambule

La trisomie 21 est une anomalie chromosomique congénitale. Elle est la cause la plus fréquente de déficit intellectuel. Les personnes atteintes par cette pathologie présentent un retard développemental (intellectuel, langagier, etc.), des problèmes médicaux spécifiques (malformation, etc.) et des altérations fonctionnelles qui nécessitent un suivi adapté tout au long de la vie. Dans le monde en compte 06 millions de cas trisomiques, ou elle touche un enfant pour 700 naissances vivantes, et près de 80.000 trisomiques sont actuellement comptés en Algérie.

Dans ce chapitre on va essayer de développer quelques points essentiels concernant cette pathologie, sa définition, ses types, ses causes, ses formes puis on va aller vers le diagnostic génétique et clinique, Prévention et dépistage et en fin la prise en charge.

### 1. L'enfance et l'enfant

L'enfance est une période de l'évolution de l'homme, qui se situe au début de son existence dont on ne peut pas passer sans connaître ses principales données, si l'on veut apporter au petit enfant des conditions de vie favorables à son développement et à son équilibre.

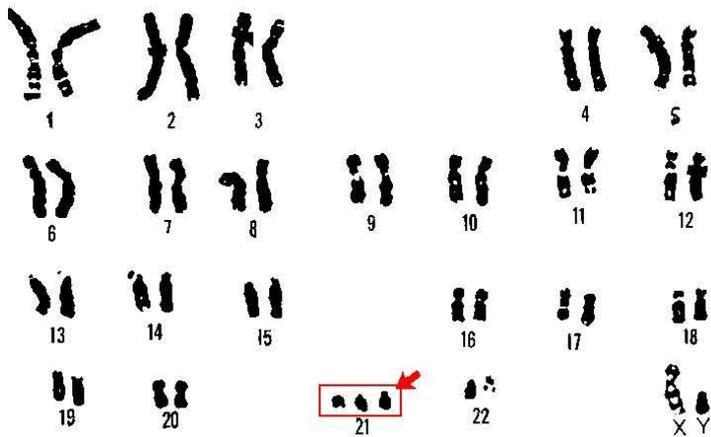
Le terme de l'enfant est défini comme « Être humain, sans différenciation de sexe, dans les premières années de sa vie et avant l'adolescence » Selon l'article 1er de la CDE (Convention relative aux Droits de l'Enfant), « Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plutôt en vertu de la législation qui lui est applicable» (Saidi.Y, 2016, p, 44).

La notion d'enfant porte en elle-même une valeur négative, étymologiquement, l'enfant, infants, c'est celui qui ne « parle pas ». Il est défini par une insuffisance, comme un être privé de quelque chose d'essentiel, mais aujourd'hui, on s'éloigne de ce caractère négatif. Le statut de l'enfant est de plus en plus valorisé par notre société (Saidi.Y, 2016, p, 42).

### 2. Définition de la trisomie 21

#### - Selon le dictionnaire de la psychologie

Selon le dictionnaire de la psychologie, la trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux. Chez l'être humain, notamment celle qui affecte les chromosomes 13, 18 et 21, la plus fréquente est la trisomie 21, celle qui est responsable de mongolisme (SILLAMY, 2003, p. 1202).



(www.futura-sciences.com)

**Figure 1 : cette image représente le caryotype d'un trisomique (47 chromosomes dont 3 chromosomes 21)**

- **Selon (BLOCH, et al)**

La trisomie 21, est une anomalie chromosomique. Il s'agit de la première cause de déficit mental d'origine génétique. Elle résulte d'un défaut de séparation du chromosome 21, c'est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuro-motrice, métaboliques immunologique et une déficience intellectuelle (BLOCH et al, 2002, p. 968).

- **Selon SALBREUX**

Elle appartient à l'ensemble des syndromes relevant des aberrations chromosomiques. Ces aberrations concernant des anomalies du nombre ou de la structure des chromosomes. Ces dernières supposent toutes la survenue de casseur entraînant soit la perte de matériel chromosomique, soit divers remaniement, soit le transfert de matériel chromosomique d'une paire à l'autre (SALBREUX, 1985, p. 787).

### 3. L'enfant trisomique

L'enfant porteur de trisomie 21 montre plus d'importance aux personnes qu'aux objets, contrairement à un enfant « normal » qui s'intéresse d'abord aux objets. Un enfant ayant une trisomie 21 demande plus facilement de l'aide à un adulte lorsqu'il n'arrive pas à résoudre une énigme (puzzle). Mais encore, il montre plus d'empathie à l'égard d'une personne s'étant blessée. Cependant, leur réponse émotionnelle n'est pas adéquate, car il garde une expression positive tout au long de l'interaction. Par exemple, si un adulte se blesse, un enfant trisomique ira vers lui, tout en gardant un grand sourire. Lors d'une tâche qui les frustre, les enfants porteurs

de trisomie 21 montrent un comportement plus négatif que des enfants avec une déficience intellectuelle ou un enfant sans déficience intellectuelle (Nader-Grosbois, 2011)

#### **4. Aperçu Historique sur la trisomie 21**

Le syndrome clinique de la trisomie 21 fut décrit pour la première fois en 1838 par ESQUIROL. En 1866, le docteur JOHN LANGDON DOWN publie une étude dans laquelle il identifie ce syndrome, dont il donne une description très détaillée, comme étant congénitale. Il étudie un groupe d'enfant présentant des caractéristiques communes. Bien distinctes d'autres enfants retardés mentaux. Il observe également que ce groupe d'enfant présente un morphotype semblable à celui des mongols de Mongolie et utilise donc le terme de « mongolisme » pour qualifier cette pathologie. C'est ainsi que le terme fut introduit dans notre vocabulaire.

Ce n'est qu'en 1958 que JEROM LEJEUNE généticien Français, met en évidence l'anomalie responsable de la maladie : l'adjonction d'un troisième chromosome sur la 21ème paire.

En 1959 à Paris, l'équipe du Dr Jérôme Lejeune découvre la présence d'un troisième chromosome sur la 21e paire. Avant cette date, ce qui venait débalancé le système cellulaire. Et c'est pourquoi nous l'appelons aussi trisomie 21. Trisomie pour trois chromosomes et 21 pour la 21ème paire. Suite à cette découverte, Lejeune mettra en place les premières consultations spécialisées pour les parents d'enfants atteints de trisomie 21 qui permettra d'informer et d'accompagner les familles touchées par cette pathologie.

En 1959, une équipe de chercheur français composée de J. Lejeune, Raymonde Turpin et MARTHI Gauthier, établit que le Syndrome de Down est lié à la présence d'un chromosome sur la vingt-et-unième paire. Le terme de trisomie 21 est alors proposé pour désigner l'affection. Il sera adopté petit à petit en France, remplaçant le terme mongolisme, qui n'a à ce jour pas totalement disparu. Cette découverte scientifique, qui rendait enfin compte d'une origine objective de Syndrome de Down a d'abord ouvert des espoirs de traitement de cette affection. La connaissance de cette anomalie génétique, réparable facilement par l'établissement d'un caryotype a ensuite ouvert la voie au diagnostic prénatal, destiné dans un premier temps aux parents déjà éprouvés par la naissance d'un enfant trisomique 21, puis étendu progressivement à une population toujours plus large (GOFFINET, 2008).

## 5. Les caractéristiques de la trisomie 21

Les hommes et les femmes possèdent normalement 23 paires de chromosomes, avec deux chromosomes X chez la femme et un X et un Y chez l'homme. Les anomalies chromosomiques correspondent aux deux situations suivantes :

- A. La présence d'un chromosome supplémentaire sur une paire : la trisomie.
- B. absence d'un chromosome sur une paire : la monosomie.

Ces anomalies surviennent au moment de la formation des gamètes, spermatozoïdes ou ovules.

L'anomalie chromosomique est responsable non seulement de déficience intellectuelle mais aussi, de diverses difficultés et modification qui affectent son développement.

L'enfant trisomique présente certaines caractéristiques morphologiques, cognitives, motrice qui se défaire à un enfant normale. Donc là on peut dire que c'est l'ensemble des caractéristique particulières permettent d'identifier facilement les enfants trisomiques dès la naissance.

### 5.1. Les caractéristiques morphologiques

Un enfant trisomique se caractérise par une morphologie particulière au défèrent niveaux de corps :

- Taille moyenne : La taille à la naissance est souvent normale, le retard de la croissance est surtout marqué après 4ans. Les sujets trisomiques sont plus petits que la moyenne. Ils ont un aspect trapu en raison de la taille relativement réduite des membres par rapport au tronc, une allure générale relâchée en raison de l'hypotonie qui les caractérise. Une obésité légère est courante, on doit surveiller leur alimentation. La taille moyenne des filles trisomique est supérieure à celle des garçons, surtout après 4ans.
- Petite tête avec l'occipital plat : Le niveau crâniaux facial plus le cou il est court et large avec un excès de peau et la nuque plate avec une implantation base de cheveux.
- Le visage est rond et plat, un nez aplati arrêt nasale insuffisante
- Yeux légèrement bridés
- Des oreilles basses
- Dents mal plantées
- Cou fort
- Des mains courtes, auriculaire n'a que 2 phalanges
- Un seul pli palmaire

- Des cheveux fins et peu abondants
- Les membres inférieurs : les pieds courts et larges, les deux premiers orteils sont souvent espacés (Goffinet, 2008, p. 22).

### **5.2. Les caractéristiques cognitives**

La trisomie 21 (T21) ou syndrome de Down est la première cause génétique de retard mental touchant plus de 5 millions de personnes à travers le monde et 500 000 en Europe.

La triplication du chromosome 21 décrite en 1959 comme étant responsable du syndrome de Down. (Lejeune. J. Gautier. M et Turpin. R, 1995). La majorité des porteurs de la T21 présentant un faible quotient intellectuel (Q.I) allant de modérément (70) à sévèrement retardé(30). Contrairement à la population générale ; leur Q.I décroît au cours de leur vie .chez l'adulte, cela peut être dû à un vieillissement accéléré (Julien, 2008, p. 7).

Les enfants trisomiques présentent des capacités normale dans l'accomplissement des tâches simples mais présentent des difficultés dans les tâches qui faisant appel à la mémoire spatiale et la mémoire à long terme, ils présentent également des difficultés dans l'acquisition des nouvelles compétences (Julien, 2008, p. 6).

### **5.3. Caractéristiques motrice**

On observe, à des degrés divers, un retard d'évolution motrice avec une hypotonie + un retard de maturation neurologique qui est particulièrement marquée dans les premières années, ceci a une incidence sur la disparition tardive des réflexes archaïques, sur le stablisme et sur le retard dans l'apparition de la marche acquise en générale vers 2 à 3 ans.

## **6. Les formes cliniques de la trisomie 21**

La trisomie 21 est la plus fréquente des anomalies génétiques (1/600 naissances), Il existe trois formes de trisomie 21 selon leur conception et l'étape de distribution de chromosome 21: trisomie libre, en mosaïque et par translocation.

### **6.1. La trisomie libre**

C'est la forme la plus fréquente de la trisomie 21 où il existe trois chromosomes 21 libres bien individualisés au sein de la cellule. 80% (Cuilleret, 2007, p.12). Elle touche environ 95 % des personnes ayant une trisomie 21. Elle est le résultat d'une erreur de distribution des chromosomes, qui se produit lors de la première division cellulaire. Elle affecte toutes les cellules du corps humain.

## 6.2 La trisomie 21 M (Mosaïque)

Elle représente environ 16% des cas. L'enfant avec la trisomie mosaïque possédera deux catégories de cellules, les unes normales avec 46 chromosomes, les autres avec 47 chromosomes dont trois chromosomes 21, L'erreur de distribution des chromosomes 21 survient lors de la deuxième, voire la troisième division cellulaire.

## 6.3 La trisomie 21 par translocation

La trisomie 21 par translocation C'est l'une des formes les plus rares, ou on ne retrouve que deux chromosomes 21 libres, le troisième étant Trans loqué (transféré) sur un autre chromosome, généralement le chromosome 14. C'est le seul type de trisomie où l'un des deux parents est porteur du chromosome résultant de la translocation sans être lui-même atteint de trisomie. Ou quand l'un des parents est porteur d'une translocation. Cela signifie que l'ensemble ou une partie d'un chromosome est attaché à une partie ou à la totalité d'un autre chromosome, il représente 4% (Jean, 2005, p. 77).

## 7. Les facteurs de risque de la trisomie 21

Les facteurs qui déterminent la trisomie sont variés et peuvent être en Interaction. Ils peuvent survenir avant, au moment où après la fertilisation de L'ovule. On considère habituellement qu'il existe des facteurs génétiques liés à l'âge de la mère et héréditaires. Le facteur de risque le plus reconnu et identifié pour la trisomie 21 est l'âge de la mère. «Une femme de 30 ans a un risque sur 1000 d'avoir un enfant atteint de trisomie 21, indique le Dr Touraine. Dix ans plus tard, ce risque passe à 1 sur 100» (TOURETTE et al, 2004, p. 117).

Dans environ 2,5% des cas, il arrive qu'un facteur génétique entre en jeu. Cela survient lorsque l'un des parents à un chromosome 21 fusionné à un autre chromosome. «Cette anomalie n'entraîne aucun symptôme chez le parent, elle est donc difficilement identifiable», précise le médecin.

Ainsi parmi les facteurs de risques ou les causes qui déterminent la trisomie sont variés On considère qu'il existe :

### 7.1 Les facteurs intrinsèques

De 3 à 5% de cas de trisomie sont d'origine héréditaires, cela concerne les enfants nées des mères trisomique (probabilité de 50%). Dans 90% de cas, l'erreur réside dans la distribution

qui survient avant la fertilisation ou hors de toute première division cellulaire, c'est la forme de la trisomie la plus fréquente, toutes les cellules du corps de l'embryon contiennent 3 chromosomes 21 (TOURETTE et al, 2004, p. 117).

05% de cas représente un mosaïcisme, il s'agit d'une erreur de distribution de chromosomes lors de la deuxième ou troisième division cellulaire dans ce cas l'embryon va se développé avec un mélange, un mosaïque de cellules normale contenant 46 chromosomes et de cellules trisomique. 05% de cas, restant sont porteur d'une translocation. Les chromosomes les plus frappés par cette aberration sont les paires 14.15. 21. 22 dans ce cas les cellules de l'embryon vont comporter une paire de chromosomes 21 et le chromosome de translocation, l'erreur survient aussi lors de la formation de l'ovule ou de spermatozoïde ou encore lors de la première division cellulaire après la fertilisation, après cette dernière les cellules de l'embryon contiennent 03 chromosomes 21 complet sur un total de 46 chromosomes (GUIDETTI et al, 2004).

Enfin, Ya les facteurs qui sont liés à l'âge maternel, la survenue d'un enfant trisomique passe de 01 pour 1500 avant 30 ans. Plus que la mère est âgée, plus le risque de mauvaise distribution des chromosomes lors de la Meise est grande.

Exemple Pour une femme âgée de 31 ans, le risque de donner naissance à un enfant atteint du syndrome de Down est de 1/853. Ce qui signifie qu'il faudrait observer 853 enfants nés de femme de cet âge pour que l'un d'entre eux soit trisomique.

**Tableau 2 :** Le taux de risque de donner naissance à un enfant atteint du syndrome de Down chez une femme âgée de 31 ans :

(Hermann, 2002)

Age de la mère en années :	Risque de naissance d'enfant trisomique :
20	1/1537
21	1/1518
22	1/1495
23	1/1465
24	1/1427
25	1/1379
26	1/1320

27	1/1249
28	1/1165
29	1/1070
30	1/965
31	1/853
32	1/739
33	1/658
34	1/532
35	1/427
36	1/344
37	1/273
38	1/214
39	1/166
40	1/128

Ce tableau présente les Données de Madame Müller Françoise Laboratoire de biochimie, hôpital Ambroise Paré, Boulogne. Risque exprimé en fréquence. Ce tableau représente le taux de risque de donner naissance à un enfant atteint du syndrome de Down chez une femme âgée de 31 ans.

Le vieillissement maternel est le seul facteur étiologique connu à ce jour. Selon J. de GROCHY, dans la population générale, l'âge maternel moyen est de 27-28 ans. Il est de 34-35 ans dans la population de trisomie 21. En moyenne, un tiers des trisomiques 21 naissent des mères âgées de 40 ans, une amniocentèse permettrait le dépistage précoce (AJURIAGURRA, 1970, p. 547).

### 7.2 Les facteurs extrinsèques :

Les facteurs extrinsèques sont beaucoup moins fréquents et peuvent se combiner aux facteurs intrinsèques. Ils concernent les radiations (pour des raisons professionnelles, d'habitat, accidentelle, lors des examens médicaux, rayon X), l'effet génétique des virus (en cas d'hépatite et de la rougeole), des agents chimiques, et certaines mutagènes, divers facteurs immunobiologiques, et certaines carences aux vitamines (TOURETTE et al, 2004, p. 119).

### 7.3 Antécédents

Pour les antécédents, le fait qu'un enfant de la fratrie ou qu'un membre de la famille soit porteur d'une anomalie chromosomique ou de trisomie 21 est un facteur de risque supplémentaire.

## **8. Le développement psychologique des enfants porteurs de la trisomie 21**

### **8.1 Développement psychomoteur :**

Il se caractérise par une hypotonie, particulièrement marquée dans les premières années, Cette dernière a également des conséquences au niveau des développements de la parole (troubles articulatoires), et elle est décrite souvent comme généralisée est en fait sélective, elle porte en particulier sur les 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 les muscles bucco-faciaux, ce qui susceptible de provoquer des troubles de la phonation et des défauts esthétiques, et enfin sur les muscles périnéaux, ce qui peut plus tard engendre la raucité de la voix qui est bien caractéristique (GUIDETTI et al, 2004, p. 120).

### **8.2 Développement cognitif :**

Un retard intellectuel est constant, mais de profondeur variable sur une importante population (MOOR), la courbe des QI semble observer une répartition gaussienne analogue à la population générale, mais avec un décalage de 50 à 60 points environ. On rencontre ainsi de mongoliens « doués » avec des QI de 70, et d'autre dont le quotient est inférieur à 20. La moyenne se situe autour d'un quotient de 40 à 50. Les résultats, dans les échelles verbales que dans celles des performances (WISC). Les acquisitions pédagogiques sont importantes mais resteront réduite : accession aux rudiments de la lecture, ébauche d'opération méthodologique simple (addition). Ce niveau est rarement dépasser, le stade des opérations logiques n'était généralement pas atteint. Ces éléments sont importants car ils situent le cadre évolutif de l'enfant mongolien : apprentissage certes possibles mais qui restera limité. Or ce sont des enfants particulièrement sensibles au conditionnement, surtout lorsqu'il est renforcé par une gratification (affective, alimentaire...etc.). Un tel conditionnement peu consentir d'obtenir d'étonnantes performances pédagogiques, mais qui ne sont pour l'enfant aucune signification ni utilité qui nécessite un perpétuel retardement, souvent au prix de l'équilibre affectif (GUIDETTI, et al, 2002).

### **8.3 Développement affectif**

A partir de 6-7 ans, après la petite enfance le comportement change comme nous l'avons vu. Cependant l'enfant mongolien reste le plus souvent un enfant gai un peu clown, imitant les autres, ayant besoin de contact physique, sociable, aimant les jeux dont il saisit très vite les règles. Il est classique de signaler qu'il aime la musique. Mais il semble s'agir plutôt de la mélodie et de contact maternel régressif qui l'accompagne. Il est gourmand, l'obésité est fréquente. Ils très sensible au rejet et devient alors volontiers opposant, entête, boudeur et coléreux. Avec l'âge à partir de 12-13 ans il semble que ce versant caractériel puisse devenir prévalant, la frustration reste difficilement acceptée et suscite soit un mouvement régressif vers une demande affective ou la recherche d'une compensation orale, soit une réaction coléreuse (AJURIAGUERRA et al, 1984).

#### **8.4 Développement linguistique**

Chez la plus part des enfants trisomique, le développement du langage constitue une des difficultés majeurs à prendre en compte. Lambre et RONDAL(1979), font une synthèse des travaux sur les sujet trisomique, en ce qui concerne la parole, on note des problèmes spécifiques dans l'organisation de l'activité respiratoire, de la production des sens et du discours, qui est relié à l'hypotonie du muscles qui contrôle la fonction respiratoire (AJURIAGUERRA, p 125). Dans tous les cas une éducation précoce est systématique légitimant souvent l'intervention orthophonique, peut améliorer considérablement les conditions de respiration, d'émission et d'articulation. En relation avec la déficience mentale et diversement selon les cas et les conditions éducative, on note souvent un retard dans l'acquisition du langage tant du point de vu syntaxique que du point de vu lexical. Comme chez les autres enfants déficients mentaux l'accès à la pensée symbolique et à l'abstraction sera freiné en fonction du degré et des formes des déficiences (ECHAVIDRE, 1985, p. 96).

### **9. La trisomie 21 en Algérie**

En Algérie, il n'existe pas de données épidémiologiques concernant cette affection en dehors des données hospitalières ou celles rapportées par certaines associations, dont leurs ressources humaines et matérielles demeurent limitées (Lamzouri et all, 2012). Selon un recensement établi par l'association nationale des enfants trisomiques en Algérie (ANIT), le nombre d'enfants atteints de la trisomie 21 est de 80 000. La même source indique que parmi les enfants qui naissent chaque jour, au moins 3 cas présentent les symptômes de trisomie 21 (ANIT, 2012).

Un cas de trisomie sur 1000 naissances vivantes est enregistré en Algérie, a indiqué le ministre de l'emploi et de la solidarité nationale, M. Djamel OULD Abbes. La trisomie 21 (mongolisme dû à une anomalie génétique), aujourd'hui dans aucun réseau de subventions de recherche pourtant il s'agit de la plus fréquente des maladies génétique et ou enregistre un cas de trisomie sur 1000 naissances vivantes en Algérie, a précisé le ministre, lors d'une journée d'information et de sensibilisation sur la trisomie 21.

Monsieur CHIBANI (Article de journal, le carrefour d'Algérie), qui, lors d'une conférence de presse, à l'occasion de la célébration de la journée mondiale des trisomiques, selon les statistiques nationales, une moyenne de deux enfants trisomiques naissent chaque jour en Algérie, avec une incidence de 800 enfants trisomiques par année (CHIBANI, 2013).

## **10. Le diagnostic de la trisomie 21**

### **10.1 Le diagnostic génétique**

Après la naissance, le diagnostic de trisomie 21 est basé sur la réalisation et l'étude du Caryotype (carte des chromosomes d'un individu) à partir d'un prélèvement sanguin (étude des chromosomes des noyaux de certains globules blancs).

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 adaptés, adéquat au patrimoine génétique de l'enfant à naître, il est actuellement très éventuelle récidives d'accidents génétiques (TODRETTE, 2002, p.119).

### **10.2 Le diagnostic clinique psycho-éducatif**

S'établit à partir de divers éléments :

- Age de l'enfant.
- Modalités d'expression de la trisomie.
- Vie familiale. Contexte géographique et social.

Ce diagnostic évolue en fonction de l'âge et des besoins de la personne. Il tient compte de tous les éléments symptomatologiques, psychologiques, affectifs, familiaux et sociaux. Pour que tout soit bien précisé et pour pouvoir adapter les divers protocoles de suivi à chaque cas. Ce diagnostic clinique est donc un outil d'une extrême importance dans l'aide à apporter à chacun. Il doit être posé par des professionnels avertis, spécialisés et reconnus par des diplômés

universitaires qui attesteront de leurs Compétences. Il permet aux parents de mieux connaître leur nouvel 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 (CUILLERET, 2007, p 14).

## 11. les pathologies associées à la trisomie 21

Parents, éducateurs et psychologues, doivent savoir à quelles difficultés l'enfant atteint de trisomie 21 va se heurter ? Et quelles réponses on peut leur donner ? Ainsi, l'enfant trisomique est confronté à différentes pathologies qui sont :

Les cardiopathies congénitales sont les plus fréquentes malformations viscérales (40 des nourrissons trisomiques<sup>21</sup>), en particulier le canal atrio-ventriculaire dont la gravité est souvent à l'origine du décès néonatal, la communication interventriculaire, la communication interauriculaire, la persistance du canal artériel. L'examen clinique néonatal ne permet de dépister que 50 des cardiopathies. Celles-ci sont donc recherchées par une échographie précoce. Les malformations digestives comportent essentiellement l'atrésie duodénale, mais aussi l'atrésie de l'œsophage, l'atrésie anale, la maladie de hirschprung, le pancréas annulaire, et le prolapsus rectal (GOFINET, 2008).

Les malformations osseuses concernent surtout les anomalies du bassin (diminution des angles acétabulaire et iliaques, et l'absence de la douzième cote. Sur le plan sensoriel, les déficits auditifs et visuels sont plus fréquents que dans la population générale. La perte de l'audition est souvent sous-évaluée. Elle est liée à des anomalies de conformation de l'oreille externe, des bouchons de cérumen, l'hypo-motilité de la chaîne des osselets, des troubles fonctionnels et de conformation de l'oreille interne. Sur le plan visuel, la cataracte congénitale est la malformation oculaire la plus fréquente (GOFINET, 2008).

Les apnées du sommeil, les plus obstructives, sont fréquemment observées chez les enfants, et adultes trisomiques. Elle concernerait plus de 50 des enfants trisomiques<sup>21</sup>. L'existence de variation dans le fonctionnement du système immunitaire rend les personnes trisomiques 21 plus fragiles aux infections, et aux maladies auto-immunes. Syndrome de West, épilepsie, leucémies aiguës, pathologies endocriniennes, et auto-immunes (dysthyroïdie, diabète de type 1, maladie cœliaque, alopecie), goutte, démence type maladie d'Alzheimer, sont des problèmes de santé observés avec une plus grande fréquence dans la population 21 que dans la population générale (GOFINET, 2008).

## 12. Prévention et dépistage de la trisomie 21

La trisomie est incurable dans l'état actuel des connaissances. Le seul moyen fiable de dépistage est actuellement l'amniocentèse ; il s'agit d'une analyse des cellules contenues dans le liquide amniotique et qui permet d'établir le caryotype « la carte des chromosomes » de l'enfant à naître. Jusqu'à il y a peu, cette technique, relativement coûteuse et non dénuée de risques, n'était remboursée qu'à partir de l'âge de 38ans de la mère.

Compte tenu du nombre croissant de grossesses tardives et du fait que trois quart des enfants trisomiques naissent de femmes âgées de moins de 38ans, il a été décidé d'étendre à partir du 1/1/1997 la prise en charge du dépistage de la trisomie 21 à toutes les femmes présentant un risque sans limite d'âge amniocentèse est pratiquée entre la quatorzième et la seizième semaine après les dernières règles, elle consiste en une ponction du liquide amniotique sous anesthésie locale et sous contrôle échographique, à partir de laquelle est réalisée une culture des cellules du fœtus permettant d'établir son caryotype. L'amniocentèse pose à la fois des problèmes techniques et éthiques (Guidetti et Tourette, 2004).

En effet, elle n'est pas dénuée de risque, suivant l'expérience des équipes qui pratiquent, les pourcentages de fausses couches succédant à l'amniocentèse ne sont pas négligeables. Par ailleurs, l'amniocentèse permet de décider d'une interruption thérapeutique de grossesses (à indication médicale) en cas de découverte d'un fœtus trisomique. On a remarqué en effet, même si des divergences existent encore à ce sujet, qu'il existe des signes d'appel échographiques évocateurs de trisomie 21 comme le raccourcissement des fémurs, l'augmentation de l'épaisseur de la nuque ou encore un retard de croissance intra-utérin. Par ailleurs, une hormone placentaire, l'hormone gonadotrophine chorionique a deux fois sur trois des valeurs très élevées dans le sang lorsque le fœtus est porteur d'une trisomie 21 (Guidetti, et Tourette, 2004).

## 13. la prise en charge d'un enfant trisomique

La trisomie 21, n'a pas de traitement curatif à l'heure actuelle, seules les prise en charge de différents types ; médicales, paramédicales, orthophoniques, et éducatifs, ont permis d'améliorer la qualité de vie des personnes atteints, 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, P. 19).

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

### 13.1 La prise en charge éducative

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

Les thérapies proposées, est celle de la thérapie comportementale cognitive, qui s'accompagne 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 compétences acquises et détermine les compétences à acquérir (Tourette, 2001, p. 110).

### 13.2 La prise en charge médicale

Elle doit comprendre :

- A la naissance (précoce) ; la réalisation d'un bilan mal formatif en particulier cardiaque, digestif, et d'un bilan endocrine.
- Chez le nourrisson, et l'enfant, un suivi régulier (continu), doit comporter un bilan annuel ophtalmologique et auditif (parce qu'on a une fréquence augmenter des difficultés sensorielles), et d'un bilan de stomatologie.

Là le médecin, doit se montrer particulièrement attentif à certains particularité, liée à la trisomie 21 comme la modification du caractère, l'apparition de trouble de comportement, un syndrome dépressif, plus les interventions chirurgicales (Doray et al, 2007, P. 5).

### 13.3 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 à 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 (Cuilleret, 2007, p. 11).

### 13.4 La prise en charge orthophonique

Si les enfants porteurs de trisomie 21 présentent tous, à des degrés divers et avec des disparités inter individuelles notables, des troubles de l'acquisition du langage dans toutes ses composantes, la prise en charge orthophonique de l'enfant trisomique évolue au fur et à mesure de l'approfondissement des connaissances neurobiologiques de cette situation et des observations cliniques. Ainsi, on a pu constater, concernant l'acquisition de la parole et du langage, qu'il existe une problématique langagière spécifique à la trisomie 21, allant de l'installation des premiers circuits de communication infra verbale aux échanges linguistiques, en passant par la mise en place des organisations pré conversationnelles et des processus articulatoires et phonologiques qu'exige l'utilisation de la langue (Benedicte, et Martine 2007, p. 277).

Donc cette prise en charge nous permet d'obtenir des progrès considérable concernant le langage, le comportement psychomoteur, et des résultats scolaires (Le rousseau, 2011, P. 24).

### 13.5 La prise en charge parentale

Aussi un point essentiel à 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 laquelle les parents devront s'ajuster, il s'agit avant tout d'apprendre aux parents à construire une image nouvelle et positives de leur enfant (Deleau, 1993. P. 149).

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

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

## Synthèse

On peut constater à travers tous ce qui précède que la trisomie 21 est une anomalie congénitale d'origine chromosomique, qui se constitue par la présence de chromosome 21 surnuméraire qui se traduit par un retard mental, et d'un aspect physique propre aux enfants atteints de trisomie 21. Il est important de savoir que chaque enfant présente un profil particulier qui lui est propre et qui varie selon l'étendue de son retard. La manière dont les enfants sont pris en charge contribue à la fois à leur développement, dont laquelle ils existent différentes formes : médicale, paramédicale, psychologique et sociale.

L'accompagnement des enfants porteur de la trisomie 21 est multidisciplinaire (psychologues, éducateurs, médecins, orthophonistes, psychomotriciens). Grace à la prise en charge, de plus en plus l'enfant porteur de trisomie 21 accède à une relative autonomie personnelle, sociale, et à une insertion professionnelle, mais avec une dépendance qui les contraindra cependant toujours à un mode de vie protégé.

# **PARTIE PRATIQUE**

## **Chapitre III**

### **Méthodologie de la recherche**

-Préambule

1. La pré-enquête
2. Présentation du lieu de la recherche
3. Infrastructure de l'établissement
4. Les moyens pédagogiques
5. La répartition des élèves
6. La démarche de la recherche
7. La méthode de recherche
8. Groupe d'étude et ses caractéristiques
9. Les outils de la recherche
10. Le déroulement de la recherche
11. Les difficultés rencontrées

-Synthèse

## Préambule

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche relationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations.

En outre pour réaliser notre étude sur l'exploration de « la qualité d'attachement chez les enfants trisomique envers leurs éducateurs ». On ne peut pas faire une recherche sans un outil méthodologique, et sans suivre une démarche méthodologique appropriée à notre thème de recherche. Dans cette partie intitulée méthodologie de la recherche, on va cerner les démarches entreprises pour obtenir les résultats de notre thème.

Ce chapitre comprend le choix de la démarche, la description du cadre de la recherche et du groupe étudié, vient par la suite la présentation des outils de recherche.

### 1. La pré-enquête

C'est une phase de préparation qui est très importante dans chaque projet de recherche. Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le plus possible d'informations sur notre thème de recherche ou le sujet à étudier et de l'envelopper, et aussi de tester les questions du guide d'entretien élaboré pour l'enquête. Cette phase est une phase de terrain assez précoce, dont les buts essentiels, sont d'aider à construire une problématique plus précise et surtout à formuler les hypothèses qui sont valides, fiables et qui seront argumentées par la suite.

Notre pré-enquête en relation avec notre thème de recherche s'est effectuée comme suit: Au début on s'est renseigné sur les différents lieux de recherche existants à Bejaïa. On s'est présenté au centre CPPEIM de prise en charge d'enfants trisomiques pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude, aussi il s'agissait d'obtenir leur accord et leur confirmation à participer à la présente recherche.

Premièrement, on a sélectionné quatre (04) cas mais malheureusement on était obligé de continuer qu'avec deux (02) avec lesquels nous pouvons travailler, parce que les deux autres cas ne peuvent pas nous répondre vu qu'ils représentent une absence de langage.

A cet effet on a appliqué des questions de notre guide d'entretien qu'on a élaboré selon les indicateurs de l'attachement en langue française.

Après L'entretien semi-directif on a choisi un test projectif qui est « la patte noir » et une grille d'observation qui complète le test (PN), ainsi que l'observation systémique dès le premier jour de notre stage jusqu'au dernier jour.

Enfin on a constaté que ces outils ont été clarifié et facile pour l'application, et après cela, les résultats qu'on a obtenus après les essais, nous a confirmé que ce test et la grille d'observation on était efficace pour effectuer notre recherche.

## 2. Présentation de lieu de la recherche

Le centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux d'akbou, c'est un établissement étatique à caractère socio-éducatif. Il est situé au chef-lieu communal de la ville d'Akbou sur la route nationale n°26 a 70km au sud-ouest de la wilaya de Bejaia. Le «C.P.P.E.I.M» d'Akbou, accueille les enfants et adolescents handicapés âgés de 03 ans à 18 ans présentant une déficience intellectuelle quel que soit le degré de celle-ci.

Le nombre d'enfants pris en charge est de 134 enfants, dont 86 garçons et 48 fille, ils sont répartie comme suit : 127 admis en demi-pension et 07 interne. Il existe une liste d'attente de 32 enfants dont 14 sont autistes.

### 2.1. Infrastructure de l'établissement

**Tableau 3: Infrastructures administratives**

N°	Bureaux
01	Du directeur
02	De l'économe
03	Du personnel
04	De secrétariat
05	D'inventaire
06	Magasin générale

**Tableau 4 : Infrastructures pédagogiques**

Nombre	Bureaux
01	Bureau pour le secrétariat pédagogique
01	Cabinet de consultation pour le médecin
10	Salles pour les activités pédagogiques
07	Ateliers
05	Bureaux de consultations psychologiques
01	Salle de psychomotricité
01	Salle de détente
01	Salle de jeux
01	Bibliothèque

- **Bloc restauration**
  - Cuisine
  - Réfectoire
- **Annexes**
  - Chaudière
  - Atelier d'entretien
  - Logements
  - Air de jeu
- **Parc Auto**
  - Fourgon Hyundai 15 place dotation 2004
  - Véhicule KIA Pegiot 06 place dotation 2004
  - Microbus 07 place dotation 2012

## 2.2. Les moyens pédagogiques

### • Equipement des locaux pédagogiques

- Quatre classes parmi les dix salles sont équipées d'un mobilier adapté récemment acquis.
- La salle de psychomotricité est suffisamment équipée.
- Atelier couture est équipé d'une seule machine à coudre domestique d'une table et d'un fer à repasser.
- Atelier coiffure est équipé d'un mobilier répondant aux normes d'un salon de coiffure
- Atelier culinaire est doté d'un équipement de cuisine : cuisinière, four électrique, micro-onde, élément de cuisine et ustensiles.
- Atelier informatique/ bibliothèque et médiathèque est équipé de huit (08) micro-ordinateurs, d'une photocopieuse, d'une table de réunion et d'éléments bibliothèque et des livres.
- Atelier jardinage est doté d'une petite serre horticole et des outils.
- Atelier élevage est doté de deux aquariums et d'une basse-cour.

## 2.3. La répartition des élèves

Tableau 5 : Selon l'âge

03 à 06 ans	06 à 12 ans	12 à 14 ans	14 à 18 ans	Plus de 18 ans
11	53	18	47	05

Tableau 6 : Selon type de déficience

Trisomie 21	Epileptique	Psychotique	IMC	Autre déficience
46	08	09	08	63

**Tableau 7 : Selon le degré de déficience**

Déficience profonde	Déficience sévère	Déficience moyenne	Déficience légère
06	20	89	19

### 3. La démarche de la recherche

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire que le chercheur ne traite que des faits, à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique (Van, 1996).

La méthode peut se rapporter à une façon d'envisager, et d'organiser la recherche, elle dicte, alors, une manière de concevoir, et planifier son travail sur un objet d'étude en particulière, elle peut intervenir de façon plus ou moins impérieuse, et plus ou moins précise, à toutes les étapes de la recherche l'une ou l'autre ».

Elle désigne : « l'ensemble des méthodes, et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche, et qui guide la démarche scientifique » (Angers, 2009, P. 59).

### 4. La méthode de recherche

On a choisi la méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas.

- **La méthode clinique**

La recherche en psychologie clinique vise à fournir des informations et des connaissances fines, et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, de décrire et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé (Chahraoui et Benony, 2003, p. 105).

La méthode clinique vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la productivité en sont nécessairement réduites, elle suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite (Pedieli, 1999).

- **L'étude de cas**

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret, et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet, et la deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux (Pedieli, 2005, p18).

## 5. La population d'étude et les caractéristique de choix

À la lumière de la définition du thème, la formulation de notre problématique, l'objet de notre recherche, et les critères particuliers, on doit très précisément choisir et délimiter le groupe visé, choisir avec soin la tranche qui va répondre à nôtre thème de recherche. Selon Grawitz, 1988: « le groupe d'étude est un ensemble fini ou infini des éléments définis à l'avance sur lesquels portent nos observations et notre étude » On a sélectionné d'une manière volontaire deux (02) enfants trisomiques entre (08ans et 10 ans), selon les critères d'inclusion suivant:

- ✓ Les enfants atteints de la trisomie 21.
- ✓ Les enfants insérés dans le centre.
- ✓ L'âge de l'enfant entre (08 ans à 10 ans).
- ✓ Les enfants n'atteint pas des difficultés du langage ou physique.

**Tableau 8 : récapitule les caractéristiques de groupe d'étude**

Noms	Sexe	L'âge de l'enfant trisomique
Céline	Féminin	08 ans
Assirem	Masculin	10 ans

**A partir du tableau n°08:**

On a (02) cas d'enfants trisomiques qui sont de sexe masculin et féminin d'âge varié entre huit ans (08 ans) et dix ans (10 ans).

**6. Les outils de la recherche**

Pour réaliser notre étude sur «la qualité d'attachement chez les enfants trisomique envers leurs éducateurs de 8 ans à 10 ans» on a utilisé les outils suivants:

- L'entretien semi-directif.
- Test patte noire.
- L'observation (la grille d'observation).

Qu'on va présenter comme suit :

✓ **L'entretien clinique de la recherche**

Dans notre recherche, les entretiens cliniques permettent de considérer le sujet au-delà de ses réponses au questionnaire et des spécificités psychologiques recherchées. Ils réinscrivent le sujet dans sa singularité, sa globalité et sa complexité. En se situant dans la subjectivité, l'entretien clinique de recherche a pour fonction de donner du sens et de la compréhension aux phénomènes psychologiques étudiés.

C'est un procédé d'investigation pour recueillir des données scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé (Depelteau, 2000, p. 24).

Ce qui définit avant tout l'entretien clinique, c'est sa singularité, qui peut être reprise sous la forme suivante :

- trois concepts (l'intériorité, l'unicité et la totalité)
- deux attitudes (la présence et la compréhension)
- un paradoxe (sur la base d'une rencontre intersubjective, être en lien avec l'autre tout en percevant l'altérité fondamentale de sa différence) (Bernard, Patricia, 2016, p. 17).

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se

centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (Bénony et Chahraoui, 1999, p. 11).

Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. Les différents objectifs de l'entretien clinique sont : la visée diagnostique, la visée de recherche et la visée thérapeutique.

- **L'entretien semi-directif**

Dans cette présente recherche on a décidé d'utiliser l'entretien semi directif qui est le plus courant. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien restructuré (en fonction de ses hypothèses de recherche)

L'entretien semi-directif est une partie de travail accompli a le guide d'entretien qui comprend les axes thématiques à traiter dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent sa population d'étude, il est plus ou moins structuré. Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien (Bènyon et Chahraoui, 1999, p. 16).

Alors, nous avons mis en place un guide d'entretien clinique semi directif destiné aux éducatrices des enfants de notre groupe de recherche, dans le but de répondre à notre question de problématique et de connaître les différentes interactions de l'enfant avec son éducatrices dans -Présentation de guide de l'entretien clinique semi-directif avec l'éducatrice

Nous avons présenté notre guide d'entretien avec l'éducatrice sous quatre grands axes qui sont:

**Axe 1- Données sur l'éducateur**

-Objectif : Premièrement on a procédé au recueil des informations personnelles de l'éducatrice, dans l'objectif de la présenter et l'identifier dans la recherche. Aussi il nous semble important de connaître la nature de diplôme de l'éducatrice et pourquoi elle a choisi ce travail ainsi le degré de sa disponibilité au centre.

**Axe2-Les renseignements sur l'enfant et sa pathologie**

-Objectif : connaître les données de l'enfant et sa pathologie.

**Axe3-Les renseignements sur la qualité d'attachement entre l'enfant et son éducateur**

-Objectif : on trouve que c'est important de connaître l'attitude de l'enfant et la nature de sa relation avec son éducateur et ceux qui l'entoure dans le centre.

**Axe4- le regard vers l'avenir**

-objectif : vue la particularité de la déficience de ces enfants on veut savoir le regard de ces éducateurs concernant leurs avenir.

Voir l'annexe I pour le guide de l'entretien semi directif avec l'éducatrice complet.

✓ **Le Test projectif patte noire**

Dans notre recherche on a pratiqué le test patte noire sur les enfants trisomiques dans le but de proposer un matériel permettant à l'enfant de s'identifier et de projeté sa problématique interne.

• **Fondements théoriques et méthodologiques**

Les aventures de patte noire ont été élaborées entre 1959 et 1961 par L. Corman afin d'explorer « les conflits profonds de l'âme enfantine ». L. Corman s'inspire du « Blacky Pictures test » de G.S Blum (1950) pour présenter l'histoire d'un seul animal et de sa famille. Le test PN s'appuie sur la théorie des stades et des sous stades du développement libidinal. L. Corman préconise la technique originale de libre choix afin de rendre compte de la complexité non linéaire des rythmes individuels.

• **La situation PN :**

Le PN engage un processus narratif à partir d'images statiques, sa passation est comparable à celle d'autre épreuves projectives, mais sa spécificité réside dans le fait que lors de la passation, l'ordre des planches n'est pas imposé pour l'enfant, c'est à lui de choisir à sa guise (Boekholt, 1999, p.118).

• **Analyse du matériel**

Contenus manifestes et sollicitations latentes le matériel est totalement figuratif, tracé en noir sur fond blanc et se compose de 19 planches dont deux planches celle de « frontispice » qui présente PN et sa famille et celle de « fée » qui présente le souhait, conclue l'épreuve.

• **L'analyse de chaque planche comportera**

Contenu manifeste décrit par C. Chabert (CC), il précise les détails fréquents (D) et Secondaires (Dd). Contenu latent, en rappelant les « thèmes » exploré par L. Corman (LC) et

la formulation de C. Chabert (CC), avant d'ouvrir la discussion sur les différents registres de conflictualisations réactivés eu égard, respectivement.

- a- Aux fondements de l'identité.
- b- A l'élaboration de la position dépressive.
- c- A la mise en place de l'axe œdipien.

#### **1-Auge :**

- Contenu manifeste : « la scène se passe à l'intérieur. Au premier plan, PN urine dans la plus grande des deux auges. Au second plan, les deux gros cochons et les deux petits cochons sont couchés, de part, et d'autre d'une barrière »(CC). D : palissade de planches à l'arrière-plan barrière entre les gros et les petits cochons. Dd: litière des cochons couchés-ouverture de la palissade, à gauche.
- Contenu latent: « Thème de sadisme urétral » (LC). « La planche peut renvoyée à l'expression De l'agressivité envers les images parentales ». (CC).

#### **2-Baiser :**

- Contenu manifeste: « au premier plan, rapproché des deux gros cochons. Au deuxième plan, un des petits cochons derrière une murette »(CC). D: mamelles du gros cochon à patte noire. Dd: paysage, herbe, arbres, fleurs au premier plan.
- Contenu latent: « Thème œdipien » (LC). « Peut renvoyer à une problématique de type Œdipien » (cc).

#### **3-Bataille:**

- Contenu manifeste: « PN et un des petits blancs se mordent. Le troisième cochon s'écarte. Au deuxième plan, le couple c'est les gros cochons »(CC). Dd: barrière à l'arrière-plan.
- Contenu latent: « Thème sadique oral de rivalité fraternelle » (LC). « Peut renvoyer à l'agressivité et au sentiment de culpabilité qui y sont liés »(CC).

#### **4-Charrette:**

- Contenu manifeste: « PN allongé dans la paille. Dans la bulle, un homme place un cochon dans la charrette. Deux gros cochons et deux petits cochons regardent la scène» (CC). D: autres cochons dans la charrette. Dd: les contrastes noirs et blanc, couleur noire sous PN, petit cercle dans la bulle.

- Contenu latent: « Thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi. » (LC) « Peut renvoyer à l'agressivité de séparation et/ou à l'agressivité dans les relations familiales » (CC).

#### 5-Chèvre:

- Contenu manifeste: « PN tête une chèvre » (CC). Dd : regard de la chèvre, coloration noire et blanche de sa robe.
- Contenu latent: « Thème de la mère d'adoption ou de remplacement » (LC). « peut renvoyer à la relation à un substitut maternel ». (CC).

#### 6-Départ:

- Contenu manifeste: « un petit cochon sur une route dans la campagne » (CC) D: arbres, montagnes au loin. Dd: fleurs, cailloux au bord de la route, dominante blanches, neige sur le sommet ».
- Contenu latent: « Thème de départ » (LC) « peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation »(CC).

#### 7-Hésitation:

- Contenu manifeste: « à gauche le gros cochon à tache noire allaite un petits blancs. A droite le gros blanc et un petit blanc boivent dans l'auge. PN est au milieu » (CC) D: corps de PN est tourné vers le gros cochon à patte noire tandis que sa tête est tournée vers le gros cochon blanc.
- Contenu latent: « Thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion » (LC) « Peut renvoyer au conflits entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié ». (CC)

#### 8-Jars:

- Contenu manifeste: « à gauche, un jars attrape la queue d'un petit cochon. A droite, un autre petit cochon à demi caché derrière une murette »(CC). D: ailes déployées du jars, larme du cochon attrapé. Dd: barrière à l'arrière-plan, fleurs.
- Contenu latent: « Thème sadique avec retournement punitif contre soi, ou de castration. » (LC) « peut renvoyer à une relation d'agressivité versus castration »(CC).

**9-Jeux sales:**

- Contenu manifeste: « près d'un tas de fumier, deux petits cochons s'ébattent dans de l'eau sale. Un d'eux en projette sur la figure d'un gros cochon. Le troisième petit cochon est en dehors »(CC). D: une petite cochonne patte noire en air. Dd: la couleur noire.
- Contenu latent: « Thème sadique anal » (LC) « peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité » (CC).

**10-Nuit:**

- Contenu manifeste: « scène à l'intérieur: une étable éclairée par la lune, divisée en deux par une cloison de planches. D'un côté, deux gros cochons l'un près de l'autre. De l'autre côté, deux petits cochons couchés et un troisième debout contre la cloison »(CC). D: dessin blanc sur fond noir (seule la silhouette du petit cochon debout est entièrement distincte, on ne voit que le haut du corps des deux gros cochons.). Dd: cadre autour de la lune, cloison ouverture à gauche et à droite.
- Contenu latent: « Thème œdipien, avec voyeurisme de la chambre des parents »(LC) « Peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes »

**11-Portée:**

- Contenu manifeste: « trois nouveau-nés têtent la truie qui elle-même lape le contenu de l'auge remplie par des fermiers. Au fond, un autre fermier tenant de la paille. Au premier plan, derrière une barrière, trois petits cochons, PN au milieu » (CC). Dd : en noir, barrière discontinue ; muret.
- Contenu latent: « Thème de rivalité fraternelle » (LC) « peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle » (CC).

**12 et 13- Rêve mère et rêve père:**

- Contenu manifeste: il s'agit de deux dessins symétriques: « PN est couché; dans la bulle (De rêve mère) le gros cochon à tache noire ». « Dans la bulle (de rêve père) le gros cochon blanc »(CC). D: gros cochon tourné vers PN. Dd: petits cercles de la bulle.
- Contenu latent: « Thème d'idéal du Moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre sexe) » (LC) « renvoie à la relation à l'image maternelle » dans l'un, à « l'image paternelle » dans l'autre. (CC).

**14 et 15- Tétée 1 et Tétée 2:**

- Contenu manifeste: « PN tête le gros cochon à patte noire » dans l'un des dessins. Dans l'autre: même scène et « deux petits cochons au deuxième plan » (CC). D : tête du gros cochon tournée vers PN. Dd : herbe, cailloux au sol, ligne d'horizon.
- Contenu latent: « Thème oral » dans l'un des dessins, « thème oral avec rivalité fraternelle » dans l'autre (LC) « renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée » (Tété 1) « dans un contexte de rivalité fraternelle » (Tété 2) (CC).

#### 16-Trou :

- Contenu manifeste: « dans la nuit, PN dans un trou d'eau » (CC). D : dessin blanc sur fond noir, lune. Dd : herbes hautes et basses, bouche ouverte de patte noire.
- Contenu latent: « Thème de solitude, d'exclusion, de punition » (LC) « peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger » (CC).

#### 17-Courte-échelle:

- Contenu manifeste: « PN debout sur les épaules d'un gros cochon, lui-même debout contre un arbre. Au-dessus, des oisillons dans un nid, sur une branche. D: sur une autre branche, un oiseau, un écureuil. Dd : fleurs au premier plan, rangé d'arbres dans le fond, coloration noire du tronc.
- Contenu latent: Le père et patte noire sont présentés dans une « relation progressive » (LC) « Peut renvoyer à la fonction de holding d'une des images parentales.

#### • Les modalités d'utilisation

**Les indications :** Le test « PN » s'adresse aux enfants de 4 à 10 ans. Il est efficace quand il est utilisé chez un enfant relativement stable sur le plan psychomoteur, en général à l'âge de 6 ans. Comme toutes les épreuves thématiques, le PN permet d'explorer le psychisme conscient et inconscient à travers les mécanismes défensifs révélés par le langage et par la dynamique même de l'épreuve.

#### La passation selon L. Corman :

La passation du test projectif « PN » comporte cinq étapes qui se font sur une durée de soixante à quatre-vingt-dix minutes :

**-Première étape :** présentation du frontispice sur lequel l'enfant est invité à repérer préciser le sexe et l'âge de chacun ainsi que le degré de parenté. Cette planche reste visible tout au long de la passation. **-Deuxième étape :** présentation de toutes les planches sauf (fée), l'enfant est invité

à les regarder et à choisir celle dont il souhaite raconter l'histoire, le clinicien peut lui demander s'il souhaite rajouter des images parmi celles dont il n'a pas choisi.

**-Troisième étape :** toutes les planches sont réunies à nouveau, et cette fois l'enfant est invité à choisir les images aimées des non aimées et de les placer sur deux paquets différents. Cette étape se divise en deux parties, la première pour les images aimées et l'autre pour les non aimées.

**-Quatrième étape :** une sorte d'enquête, un ensemble de questions sont posées pour l'enfant, où il est invité à voir des percepts patents qu'il aurait omis.

**-Cinquième étape :** des questions de synthèse posées pour l'enfant, c'est là que survient la planche «fée», on fait dire à la fée qu'elle autorise trois souhaits, à l'enfant de formuler lesquels.

Malgré la durée, la passation doit s'effectuer en une seule séance afin de rendre compte de la dynamique créée par les choix et par la succession des planches adoptés par l'enfant. (Boekholt, 1993).

#### ✓ **L'observation**

Elle permet de recueillir des informations sur les comportements non-verbaux des sujets « Observer est un processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté par un objectif terminal ou organisateur et dirigé sur un objet pour en recueillir des informations » (Albarello, 1990).

L'utilisation de l'observation comme méthode de recueil et souvent nécessaire en psychologie clinique. Il existe des situations dans lesquelles le recours à l'entretien est impossible : enfance ou situation pathologique, mais le recours à l'observation est essentiel. (Pedenelli, 2005, p. 56)

L'observation clinique est celle « qui se fait au lit du malade » et tente de dégager de tout pré-supposé théorique dans le moment de l'observation. L'observation clinique est une méthode utilisée seule ou en complément, dans l'examen psychologique dont la pratique représente une part importante de l'activité des psychologues (cliniciens, scolaires, conseillers d'orientation) (Pedielli et Fernandez, 2015, p. 07).

#### - **La grille d'observation :**

Dans notre étude, dans le but de mieux structurer nos observations sur la « la qualité de l'attachement chez les enfants trisomique envers leurs éducateur», nous avons construit une

grille d'observation qu'on a répartie selon plusieurs aspect, qui représente l'enfant trisomique et sa structure puis on s'est basé sur son côté relationnel et affectif plus précisément envers son éducateur. On l'a construit sur la base des indicateurs de patte noire et les comportements d'attachement.

Une grille d'observation est une liste préétablie de comportement auxquels l'observateur s'intéresse préférentiellement, voire exclusivement au cours d'une science d'observation. La grille débute par une section d'identification. L'observateur peut alors inscrire le lieu ainsi que le moment et la durée de l'observation.

Nous avons réparti les items de notre grille selon :

- L'aspect physiologique de l'enfant, on a observé son aspect extérieur, son état de santé et ses fonctions sensorielles et motrices
- L'aspect relationnel et affectif, ici on a observé l'aptitude de l'enfant au sein du centre, ses tendances sociales, ses réactions, et son affectivité envers ses camarades et son éducateur.
- Dans le dernier aspect on a abordé des items qui contiennent les comportements observables durant les activités, on a observés toutes les comportements des enfants en générale par exemple son attention, rythme, participation, mémoire, langage, capacités et sens de l'effort. Puis on s'est focalisé sur le point le plus important dans notre recherche qui est l'interaction enfant éducateur.

Voir l'annexe III pour consulter la grille de l'observation complète.

## **7. Déroulement de la recherche**

Notre pratique a duré deux mois, du 28 mars jusqu'au 28 Mai. En premier lieu, On a visité le terrain de la recherche, on s'est présentée autant que stagiaires en Psychologie clinique, et qu'on est dans le cadre d'une recherche pour la réalisation d'un mémoire de master (2) nous avons en premier lieu commencé par nous informer sur le centre et son règlement, on a parlé avec la directrice du centre des enfants inadaptés mentaux «CPPEIM d'akbou » de la wilaya de Bejaïa, dans le but d'obtenir une autorisation de pratique. On a pu travailler avec deux (02) cas, Après on a commencé notre travail dans des conditions favorables. Puis on a informé les éducateurs sur notre démarche, on a obtenu le consentement et l'accord d'effectuer un entretien avec eux, et le test de patte noire avec les enfants trisomiques. Il est signalé que les enfants trisomiques qu'on a comme échantillon dans notre recherche disposent de capacités verbales et

intellectuelles malgré le retard mental léger qu'ils représentent pour effectuer ce test dans un cadre favorable et d'une recherche scientifique.

L'entretien s'est basé sur un consentement libre et clair, sa durée était environ 25 minutes pour chaque cas, et la durée du test environ 52 minutes pour le premier cas (Céline) et 40 minutes pour le deuxième cas (Assirem). L'entretien s'est effectué en langue française avec les éducatrices, par contre le test on l'a effectué en langue « kabyle » la langue maternelle. Enfin, tout au long des entretiens on a insisté à chaque fois sur le secret professionnel.

## 8. Les difficultés rencontrées

Durant le stage qu'on a effectué, et il est à noter qu'il s'est déroulé sans souci majeur, quelques petits imprévus ou inconvénients sont venues importuner ces journées de « labeur ». Les difficultés qu'on a rencontrées tout au long de notre stage sont :

- La difficulté d'avoir l'accès aux lieux qui peuvent répondre à notre recherche vu les précautions prises à cause de la pandémie du covid-19.
- le manque d'échantillonnage vu les nouvelles lois prises par les associations ainsi que les centres d'enfants inadaptés mentaux à cause de la pandémie.
- Autant que des étudiants en psychologie clinique, et notamment pour la première fois une expérience professionnelle dans un centre d'enfants inadaptés mentaux, il est ordinaire qu'on se trouve face à des difficultés théoriques et pratique.
- On a connu quelques soucis, à établir une relation de confiance et amical avec les enfants trisomiques, on n'a pas réalisé une très bonne communication avec eux au départ mais faire a mesuré on a réussis.
- Mis à part de problème d'établir une relation avec les enfants trisomiques, un autre souci un peu plus conséquent est tout de même à relever. Cela concerne l'indisponibilité de savoir pratiqué et analysées les données du test patte noir ce qui nous a perturbés au début.
- D'autres problèmes d'ordre pratique peuvent être soulevés, c'est le manque d'expérience pratique, que les universités algériennes néglige malheureusement, et par connaissance on s'est retrouvé de refaire les travaux plusieurs fois par des erreurs, pour que vers la fin on donnera un bon travail.
- ✓ **Remarque :** le test qu'on a appliqué est réadapté en Algérie, la patte noir est remplacée d'un cochon à un mouton.

Voilà les principaux ennuis auxquels ont été confrontée mais qui n'ont pas eu de graves conséquences sur notre travail, il n'était qu'un léger retard.

## Synthèse

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, Notre travail a été fait dans un cadre clinique et guidé par un ensemble de règles méthodologiques appropriées à notre thème de recherche.

Ce chapitre nous a servi pour une bonne organisation de notre travail de recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail à savoir : la méthode utilisée, le cadre de la recherche, la population d'étude ainsi que les outils et les étapes de la recherche.

On a utilisé pour la collecte des données quatre outils méthodologiques, un entretien clinique semi directif ainsi que l'observation systématique qui nous a permis d'avoir assez d'informations sur notre groupe d'étude, et un test projectif le «PN» et une grille d'observation qui nous a aidé à accéder au fonctionnement psychique des enfants trisomique.

## **Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses**

### **Préambule**

1. Présentation et discussion des résultats des deux cas
2. Synthèse générale des deux cas
3. Discussion des hypothèses

## Préambule

Ce chapitre est une présentation de ce que nous avons fait durant toute la période de notre stage pratique, que nous avons effectué au niveau du centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux d'Akbou.

Nous allons dans ce dernier présenter les quatre (04) cas de notre groupe d'étude pour essayer de définir la qualité d'attachement présentée chez chacun de ces cas à travers l'observation systémique et l'utilisation d'un guide d'entretien semi directif et du test projectif PN de L.Corman et une grille d'observation.

Les résultats que nous obtiendrons dans notre recherche permettront enfin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

## 1. Présentation et analyse des cas

### A. Présentation du cas Céline

Il s'agit de l'enfant Céline âgée de 8ans née à Akbou, admise au niveau du CPPEHM d'Akbou à l'Age de 05 ans. Elle est issue d'un mariage non consanguin et d'une grossesse non désirée elle est la quatrième d'une fratrie de 04 enfants (03filles / 01garçon).

L'accouchement était normal elle est née prématurée par voix basse, avec une souffrance néonatale, l'allaitement était artificielle pendant deux (02) ans. Elle a présenté un léger retard du développement psychomoteur. Les conditions sociaux économique de sa famille sont moyens, le père âgé de 51 ans chef de production, la mère âgée de 48 ans sans emploi.

#### A.1. Analyse de l'entretien :

Après avoir expliqué l'objectif de notre recherche, Mlle « S » l'éducatrice du cas Céline a accepté de collaborer avec nous.

Commençant notre entretien avec Mlle « S », elle nous a donné ses informations personnelles, elle est âgée de 35 ans avec un état civil célibataire, Elle a eu un diplôme en psychologie et orientation scolaire DEUA, et une formation d'éducateur. Elle était gentille, et elle avait l'aire vraiment intéressée, elle nous écoute attentivement et répond spontanément.

Quand on a commencé a posé les questions qui figure dans notre guide d'entretien, on a remarqué que l'éducatrice savait tout à propos les informations de l'enfant et sa pathologie, ou elle nous à informer que Céline est âgée de 8 ans, dans une 4<sup>ème</sup> position fraternelle. Diagnostiquée par un pédiatre dès sa naissance, elle est prise en charge à l'âge de 05 ans par plusieurs professionnelles (psychologue clinicien, orthophoniste, médecin, psychomotricien).

Ensuite elle rajoute que Céline a une cardiopathie sans suivie médical, mais malgré tout ça elle est admise au centre pour apprendre et acquérir beaucoup de chose qui est son droit, cependant on a demandé à Mlle « S » est ce que les autres enfants du groupe de Céline ont-ils le même handicap, elle nous a dit que « Non, y as 3 enfants trisomiques et un enfant atteint d'un retard mental, je ne trouve pas de difficulté concernant ça ».

Cependant, on a demandé à l'éducatrice quelque renseignement qui renvoie à la qualité d'attachement de cet enfant envers elle ou on a posé une question qui concerne les changements dans la relation de cet enfant avec elle dès ca rentrée au centre jusqu'à nos jours, elle nous répond par « Non, y as pas de changement dès le début c'était bien passé entre nous deux ».

A propos de sa relation avec Céline elle nous a dit que « je sens qu'elle est attaché à moi surtout quand je lui fais quelque chose qu'elle aime, ou quand je lui achète un petit cadeau elle vient direct pour me faire un câlin ». Mlle « S » trouve que Céline est calme, sociable, autonome, respectueuse, obéissante et elle n'aime pas qu'on crie sur elle, « elle est trop sensible » et exprime ses besoins spontanément et normalement.

Arrivant aux comportements, on a demandé à l'éducatrice asque les comportements de Céline la dérangent parfois, elle nous a répondu par «non, mais je n'aime pas quand elle est triste et fainéante» en rajoutent concernant l'agressivité que Céline ne représente pas des comportements pareil, elle est stable, calme et vraiment timide envers les personnes étrangère mais par contre elle est fainéante et lente.

L'éducatrice nous déclare bien que Céline préfère la maison et elle se sent contente lorsque elle quitte le centre à la fin de la journée, mais aussi elle aime sa présence dans cet établissement, ce qui confirme ça quand elle nous a répondu que «elle me fait toujours des câlins dès le bon matin ». Parlent sur la confiance de Céline envers son éducatrice Mlle « S » répond par « oui elle me fait confiance, et parfois elle me raconte ses vécu comme secret », puis elle rajoute « elle me manque quand elle est absente, parce qu'elle me gêne jamais ».

Enfin l'éducatrice nous informe concernant son regard vers l'avenir de Céline qu'elle va bien vivre, gâter de la part de ses parents, elle peut réaliser beaucoup de choses et avoir un bel avenir.

### **Synthèse :**

A travers de cet entretien qu'on a établis avec l'éducatrice de Céline, nous constatons que Céline est attachée à son éducatrice et il y'a aucun manque d'affectivité entre elles. Donc elle peut développer normalement son côté affectif.

## **A.2. Dépouillement et analyse de l'épreuve thématique verbale PN:**

### **A.2.1. Le déroulement de l'épreuve : cas Céline**

Le déroulement de l'épreuve s'est caractérisé dans l'ensemble par un grand intérêt de l'enfant pour la passation. Lors de notre travail on n'a pas eu de difficulté avec l'enfant. Son expression n'est pas trop claire et lente, avec un vocabulaire moyen. Son attitude corporelle s'est caractérisée par un grand dynamisme, avec pose et plainte ou elle cherche à chaque réponse que fait-elle son éducatrice.

### A.2.2. Analyse planche par planche du protocole PN

#### Le frontispice

Avant de commencer son récit, Céline prend la planche en la regardant avec sourire, elle dit que PN c'est le fils des deux grands moutons ici elle a commencé l'identification parentale. Celui avec cornes c'est un taureau est le père, et l'autre c'est une vache est la mère sans préciser l'Age.

#### Les planches choisies

Une fois les planches entre ses mains, Céline a commencé à les regarder attentivement, et sourit à chaque fois qu'elle trouve une qui lui plait:

#### Jars

«Avehri, amchich itfith, uzlagh»

[MC4/EI1/ RA3/OC1/ OC10/EI1]

Procédés: L'enfant fait une participation corporelle ou il nous montre l'oiseau avec son doigt juste après y'avait un silence (MC4-EI1), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect (RA3), description (OC1), bizarreries de la pensée et silence (OC10-EI1)

Problématique: dans son récit Céline a abordé l'agressivité en utilisant le contrôle.

#### Courte-échelle

«Tejra, yetali, itij nni, idich (me fait voir la fleur)»

[OC1/ OC8/EI1]

Procédés: description (OC1), fausses perceptions (OC8), silences (EI1)

Problématique: Peut renvoyer à la fonction de holding d'une des images parentales.

#### Charrette (grimaces)

«Yemmas, yemmuth ikerri agui sufla n tekarusth»

[MC3/OC1/RA1/ EI1]

Procédés: grimaces (MC3), description avec attachement aux détails (OC1), expression verbalisée d'affects (RA1), silences (EI1)

Problématique: Peut renvoyer à l'agressivité de séparation et/ou à l'agressivité dans les relations familiales.

### **Chèvre**

«Igen la3cha, igen, wagui dazgar (en montrent le mouton avec les cornes) »

[MC4/IF6/ RE2/EI1/OC1/ OC7/EI1]

Procédés : participation corporelle gestes (MC4), insistance sur les représentations d'action : faire (IF6), recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), silences (EI1), description (OC1), répétition (OC7), silences (EI1)

Problématique: Peut renvoyer à la relation à un substitut maternel.

### **Baiser**

«Temsalamen, aten kenza (elle montre le petit derrière le mur) throh axxam (Kenza c'est sa sœur) »

[RC1/ IF1/EI1/OC1/ IF6/EI1]

Procédés: recherche de rapproché corporelle (RC1), introduction de personnages non figurant sur l'image (IF1), silence (EI1), description (OC1), insistance sur les représentations d'actions (IF6), silence (EI1)

Problématique: Peut renvoyer à une problématique de type œdipien.

### **Rêve mère**

«Igen, ikerri, ikerri (elle jette la planche) »

[IF6/OC7/EI1/MC4]

Procédés: insistance sur les représentations d'actions (IF6), répétition (OC7), silence (EI1), participations corporelle (MC4)

Problématique: Renvoie à la relation à l'image maternelle.

**Bataille**

«Ikkerri (elle montre le gros mouton avec cornes), yuzel umchich (montre le petit blanc) »

[RE1/ MC4/EI1/IF6/MC4/OC8]

Procédés: accrochage au contenu manifeste (RE1), participations corporelle (MC4), silence (EI1), insistance sur les représentations d'actions (IF6), participations corporelle (MC4), fausses perceptions (OC8)

Problématique: Peut renvoyer à l'agressivité et au sentiment de culpabilité qui est liées.

**Tétée 2**

« Imchach, amchich adhiruh ar ukhamis, adyagh papa ikkerri, il3id athnezlu, a3yigh »

[OC4/OC8/IF6/RE2/EI1/IF1/IF8/EI1/RC3]

Procédés: annulation (OC4), fausses perceptions (OC8) insistance sur les représentations d'actions (IF6), recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), introduction de personnages non figurant sur l'image (IF1), expression crue liée à une thématique agressive (IF8), silence (EI1), plaintes (RC3)

Problématique: Renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de rivalité fraternelle.

**Rêve père**

« Azgar, iruh sayi, amchich (elle montre le petit PN) »

[OC1/EI1/IF6/OC8]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), insistance sur les représentations d'action (IF6), fausses perceptions (OC8)

Problématique: renvoie à la relation à l'image paternelle

**Auge**

« Tavla, akarsi, dayi (elle montre la plus grande des deux auges), azgar (le gros avec patte noire)»

[OC1/MC4/EI1/OC8]

Procédés: description (OC1), participations corporelle (MC4), silence (EI1), fausses perceptions (OC8)

Problématique: la planche peut renvoyer à l'expression de l'agressivité envers les images parentales

### **Trou**

« Le3cha, angen, kenza, azeka aghdagh mama lqech, atedu kenza »

[RE2/IF1/IF6/EI1/OC7/EI1]

Procédés: recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), introduction de personnages non figurant sur l'image (IF1), insistance sur les représentations d'action (IF6), silence (EI1), répétition (OC7), silence (EI1)

Problématique: peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger

### **Nuit**

« Ikerri immuth, iwith uzgar ar tvive »

[OC1/RA2/EI1/OC8]

Procédés: description (OC1), dramatisation (RA2), silence (EI1), fausses perceptions (OC8)

Problématique: Peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive

### **Portée (mimique)**

« Axeddam, thagui d mama (le fermier avec le seau d'eau), waguï papa (le fermier tenant la paille), ifkayas iswa amen, iw azgar ni »

[OC8/IF1/MC4/EI1/IF1/MC4/MC3/IF3/IF6/EI1]

Procédés: fausses perceptions (OC8), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), participation corporelle (MC4), silence (EI1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), participation corporelle (MC4), mimique (MC3) action mis sur les interactions (IF3), insistance sur les représentations d'action (IF6), silence (EI1)

Problématique: Peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle.

### **Tétée 1**

« Azgar, ikerchith umchich ni, ikerchith akka (elle me montre en pincent sa main) »

[OC1/IF1/EI1/IF8/OC7/MC4/EI1]

Procédés: description (OC1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), silence (EI1), expression crue liée à une thématique agressive (IF8), répétition (OC7), participation corporelle (MC4), silence (EI1)

Problématique: renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée.

### **Hésitation**

« Azgar, iswa amen, tata Sabah (elle montre le gros mouton avec patte noire), amchich yusad ar ghores, yusad ar tata Sabah».

[IF6/OC1/EI1/MC4/IF1/IF6/OC8/EI1/OC7]

Procédés: insistance sur les représentations d'action (IF6), description (OC1), silence (EI1), participation corporelle (MC4), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), insistance sur les représentations d'action (IF6), fausses perceptions (OC8), silence (EI1), répétition (OC7)

Problématique: Peut renvoyer au conflit entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié.

### **Jeux sales**

« Yusad ar ghures unmchich ni, imsakh »

[IF6/OC8/EI1/OC3]

Procédés: insistance sur les représentations d'action (IF6), fausses perceptions (OC8), silence (EI1), élément de type formation réactionnelle propre (OC3)

Problématique: peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analyté.

### Départ

« Yechvah itijeni, anuh ar sabah anel3ab les jouets »

[OC1/IF6/EI1/RC2]

Procédés: description (OC1), insistance sur les représentations d'action (IF6), silence (EI1), l'enfant nous adresse (RC2)

Problématique: Peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation.

### Les planches aimées:

#### Tétée 2

«The3ajviyi, thechvah, tel3aben »

[OC1-EI1]

Procédés: description (OC1), silence (EI1)

Problématique: renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de rivalité fraternelle.

#### Courte-Echelle

« Yechvah, itij ni, le3cha »

[OC1/EI1/OC10]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), bizarreries de la pensée (OC10)

Problématique: Peut renvoyer à la fonction de holding d'une des images parentales.

#### Rêve père

« Chavah, igen, yurga »

[OC1-EI1-IF3]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), accent mis sur les interactions (IF3)

Problématique: Renvoie à la relation à l'image maternelle » dans l'un, à l'image paternelle.

### **Tétée 1**

«The3ajviyi, ighezath »

[OC1/EI1/IF8]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), expression crue liée à une thématique agressive (IF8)

Problématique: Renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée.

### **Jars**

« The3ajviyi, itfith g jelhoumtis, thagui neki, tata sabah (le petit blanc) »

[OC1/EI1/IF6/IF5]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), insistance sur les représentations d'action (IF6), instabilité identificatoire (IF5)

Problématique: peut renvoyer à une relation d'agressivité versus castration.

### **Chèvre**

« Ichevh, Azgar ni »

[OC1/MC4/EI1]

Procédés: description (OC1), participation corporelle (MC4), silence (EI1)

Problématique: peut renvoyer à la relation à un substitut maternel.

### **Départ**

« Ichveh yitij, (montre l'herbe) »

[OC1/EI1/MC4]

Procédés: description (OC1), silence(EI1), participation corporelle (MC4)

Problématique: peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation.

### **Hésitation**

« I3ejviyi wagui, ichveh (le gros mouton avec pate noire)

[OC1/MC4/EI1/OC1]

Procédés: description (OC1), participation corporelle (MC4), silence (EI1), description (OC1)

Problématique: Peut renvoyer aux conflits entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié.

### **Jeux sales**

« Ichveh ovladh, papa itedu (le gros mouton), adhrohagh akham ad le3bagh

[OC1/EI1/IF1/IF6/RC2]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), insistance sur les représentations d'action (IF6), l'enfant nous adresse (RC2)

Problématique: peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité.

### **Baiser**

« Ixmas mwah (elle fait un bisou sur sa main), kena wayi (le petit blanc), thagui céline (le petit derrière la murette)

[MC3/OC1/IF1/EI1/IF1]

Procédés: onomatopées (MC3), description (OC1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), silence (EI1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1)

Problématique: Peut renvoyer à une problématique de type Œdipien.

### **Auge**

« Chveh, ivech ar wamen, thagui d neki (le petit blanc qui dort), kenza

[OC1/OC3/IF5]

Procédés: description (OC1), élément de type formation réactionnelle (OC3), instabilité identificatoire (IF5)

Problématique: peut renvoyer à l'expression De l'agressivité envers les images parentales.

### **Charrette**

«Imuth, iruh ar tviv, zayeth, zayeth, i3ejviyi tviv»

[RA2/IF6/OC7/EI1/RA1/IF1]

Procédés: dramatisation (RA2), insistance sur les représentations d'action (IF6), remâchage (OC7), silence (EI1), expression verbalisé d'affects (RA1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1)

Problématique: Peut renvoyer à l'agressivité de séparation et/ou à l'agressivité dans les relations familiales.

### **Trou**

« Thechvah, le3cha, adthroagh akham thoura, a3yigh

[OC1/RC2/IF6/EI1/RC2]

Procédés: description (OC1), l'enfant nous adresse (RC2), insistance sur les représentations d'action (IF6), silence (EI1), l'enfant nous adresse (RC2)

Problématique: peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

### **Les planches non aimées**

#### **Bataille (grimaces)**

«Ouytha3jivara, vghigh sabah, mama»

[OC1/EI1/RC2/MC3/EI1]

Procédés: description (OC1), silence (EI1), l'enfant nous adresse (RC2), grimaces (MC3), silence (EI1)

Problématique: Peut renvoyer à l'agressivité et au sentiment de culpabilité qui est liés.

### Rêve mère

«Ouytha3jivara, uytha3jivara, chmeth »

[OC7/EI1/OC1]

Procédés: Remâchage (OC7), silence (EI1), description (OC1)

Problématique: Renvoie à la relation à l'image maternelle.

### Nuit

« Ichmeth, uzgar ni, (montre le gros mouton à droite)

[OC1/MC4/EI1/IF1]

Procédés: description (OC1), participation corporelle (MC4), silence (EI1), introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1).

Problématique: Peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive.

### Portée

« Papa, mama, iweth, mama thetru, theswa ayefki mama, thenayas arebi, guxxam

[IF1/IF8/EI1/IF6/RA2]

Procédés: introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), expression crues liée à une thématique agressive (IF8), silence (EI1), insistance sur les représentations d'action (IF6), dramatisation (RA2)

Problématique: Peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle.

### Les questions:

1. Qui est le plus heureux? kenza, wayi igfarhen le PN
2. Qui est le moins heureux? Wagui (le gros mouton)
3. Qui est le plus gentil? wagui (veut dire Petit blanc à droite)

4. Qui est le moins gentil? assirem ogahrichen ara (son camarade de classe)
5. Qui préfères-tu le plus dans cette famille? wagui (veut dire le gros mouton avec patte noire).
6. Qui préfères-tu le plus dans cette aventure? ihrech wagui ahmed (le petit blanc à gauche)
7. PN est-il content de sa patte noire ou pas? ogafrih ara migas3a thanqit ni
8. Que deviendra PN? Ozrighara

### La planche fée :

-Premier souhait : adughalegh tamtuth

-Deuxième souhait : vghigh adhrohagh ar mama adechagh, cherba

-Troisième souhait : vghigh as3ugh 10 alaf

### A.2.3. Analyse quantitative du protocole PN :

**Tableau 9 : Représentation des procédés sur le plan quantitatif**

Procédés	Nombre	Totale
MC	04	3%
RC	08	6%
RE	04	3%
EI	29	21%
RA	05	4%
IF	46	33%
OC	47	33%
	$\Sigma$ 143	

Ce tableau quantitatif représente les procédés présents dans le protocole PN du cas Céline, il relève la dominance des procédés qui fait recours à l'objectivité et au contrôle, ainsi que le recours à l'imaginaire et au fantasme avec 33%. Puis les procédés traduisant le recours à l'évitement et à l'inhibition avec 21%, viennent après les procédés traduisant le recours à la relation avec le clinicien à un apport de 6%, les autres procédés sont entre 0 et 4%.

#### **A.2.4. Analyse qualitative du protocole PN et l'analyse des résultats d'observation du cas Céline**

On perçoit à travers les récits de l'enfant « Céline » une relation à l'image parentale dans la planche rêve père et courte échelle. Elle met accent sur la traduction d'une problématique de type œdipienne dans la planche Baiser, ensuite on trouve une manifestation de l'agressivité dans les planches Jars, Charette, Auge, Bataille et jeux sales, puis renvoie à la rivalité fraternelle qui se manifeste sur les planches Tétée 2, Tété 1 et portée, ainsi dans les planches rêve mère, chèvre se manifeste une relation à un substitut maternel.

Plus la relation de dépendance et la problématique de l'angoisse chez « Céline » se présente dans la planche Départ et Trou.

Alors selon notre analyse du protocole PN chez « Céline » dont on a constaté la présence d'une grande partie des procédés de l'objectivité et contrôle avec les procédés qui traduisent l'imaginaire et le fantasme, qui nous laisse définir une relation équilibré entre l'enfant et les autres membres de sa famille (ses parents, ses sœurs plus précisément qu'elle a cité plusieurs fois dans ses récits), ainsi que son éducatrice à qui elle a donné beaucoup d'importance pendant la passation du test, qui considère toujours selon ses réponses comme donneur de soin et personne idéale par rapport à la relation de dépendance qui est entre elles.

Enfin, selon l'analyse de ce test on confirme qu'il y'a un équilibre au niveau affectif chez Céline. Après avoir terminé avec l'analyse qualitative du (PN) nous allons entamer avec l'analyse des résultats d'observation du cas Céline.

##### **➤ L'aspect physiologique**

Durant notre première observation on a remarqué que Céline représente toutes les caractéristiques morphologique d'un enfant trisomique, elle nous parait qu'elle est en bon état de santé sans suivie médicale, elle a un manque dans perception visuelle (elle porte des lunettes), avec une bonne perception auditif. Dans les fonctions motrices elle a une motricité globale sans aucune impulsivité, excitation et instabilité, avec une fatigabilité extrême.

Durant la deuxième observation, on a observé que notre cas a une cardiopathie vu la chirurgie qu'elle a fait dès sa naissance, avec un suivie médicale.

➤ **Aspect relationnel et affectif**

Durant notre première observation, on a remarqué que Céline n'est pas expansive, elle se replie sur soi-même, elle est sympathique, respectueuse, polie, obéissante et aime qu'on s'occupe d'elle. Elle est oisif (inactif) et elle cherche de la sympathie auprès de son éducatrice.

Céline elle est généreuse, elle n'a pas de sens de responsabilité, égoïste, n'as pas de pitié envers ses camarades, honnête, connaît pas son devoir mais elle a l'esprit de service. Concernant les réactions antisociales, on a conçu qu'elle est calme sans aucune propension à faire de bruit, et sans calomnie (elle accuse jamais ses camarades), ment pas et ne raconte pas des histoires imaginaire, ne représente pas de trait de méchanceté et ne triche jamais.

Dans le coté affective Céline a de l'affection envers son éducatrice et ses camarades, sans aucun conflit au saint du groupe. Parlons de son caractère on voit qu'elle a confiance en soi, accepte la discipline du groupe, s'intéresse à ce qu'ils font, elle a l'air heureuses non plus malheureuse sans aucune variation d'humeur.

Pendant la deuxième observation on a vu qu'elle est expansive (chaleureuse, franche, communicatif) ces changements étaient d'une cause d'adaptation de notre présence ensuite Céline a commencé de présenté des comportements de brutalité envers ses camarades et parfois elle a des propensions à faire du bruit elle accuse ses camardes, parmi les changements de comportement qu'elle représente Céline est devenue un peu violente avec ses camardes ce qui intègre les conflits au saint du groupe.

➤ **Comportements observables durant les activités**

Pendant la première observation on remarque notre cas n'as pas une bonne attention, elle ne résiste pas aux sollicitations et représente un manque de concentration. Le rythme de Céline est lent, mais malgré ça sa participation est lente et sur. Concernant sa mémoire on voit qu'elle retient facilement et intelligemment, pour son langage elle parle normalement malgré qu'elle ait un peu de difficulté dans la prononciation elle s'exprime spontanément et sans encouragement. Par rapport aux capacités son attitude aux connaissances pratique est présente, ainsi que son autonomie. Pour le sens de l'effort elle a pas une bonne volonté et n'est pas persévérante.

Parlons du point interaction enfant éducatrice on a conçu que Céline remarque l'arrivée de son éducatrice là où elle manifeste de la joie envers elle lors de son arrivée au centre elle lui fait des

câlin elle a l'air très contente de la voir. Elle cherche la proximité de l'éducatrice et son contact, avec la présence de l'échange visuelle entre les deux sans aucun refus ou de rejet de contact. Elle ne refuse pas de partager l'attention de l'éducatrice avec ses camarades (sentiment de jalousie). Céline se console facilement quand l'éducatrice la réconforte quand elle pleure ou quand elle lui arrive quelque chose là où elle exprime facilement ses émotions.

Enfin on remarque que Céline n'accepte pas l'absence de l'éducatrice on a vu ça pendant les moments de récupération du goûter etc... .

Dans la deuxième observation toutes les items étaient pareils à part le refus de partage d'attention de l'éducatrice avec ses camarades quand l'éducatrice câline l'un de ses camarades Céline change de mine devient triste et parfois elle s'isole jusqu'à où l'éducatrice la réconforte.

## **B. Présentation du cas : Assirem**

Il s'agit de L'enfant ASSIREM âgé de 9ans et 8 mois, issue d'un mariage consanguin de 1er degré. Admis au niveau du centre à l'âge de 5ans. Assirem est un enfant d'une grossesse désiré, il est le 2ème d'une fratrie de 4 enfants (3garçons et une fille). L'accouchement était par voix basse à terme, l'allaitement au sein pendant 15 mois, l'enfant a présenté un retard important au développement psychomoteur. Les conditions socioéconomiques de sa famille sont moyens, le père âgé de 52 ans enseignant de physique au lycée, la mère âgée de 48 ans sans emplois, les parents sont rendue compte que leur enfant est atteint de la trisomie 21 à sa naissance par le pédiatre de l'hôpital.

### **B.1. Analyse de l'entretien :**

Quand on a commencé a posé les questions qui figure dans notre guide d'entretien, on a remarqué que l'éducatrice savait tout à propos les informations de l'enfant et sa pathologie, ou elle nous à informer que Assirem est âgée de 9ans, dans une 2<sup>ème</sup> position fraternelle. Diagnostiquée par un pédiatre dès sa naissance. Il est pris en charge à l'âge de 05 ans par plusieurs professionnelles (psychologue clinicien, orthophoniste, médecin, psychomotricien). Ensuite elle rajoute que Assirem a une cardiopathie avec suivie médical, mais malgré tout ça il est admis au centre pour apprendre et acquérir ce qui a de droit.

Cependant, on a demandé à l'éducatrice quelque renseignement qui renvoie à la qualité d'attachement de cet enfant envers elle, ou on a posé une question qui concerne les

changements dans la relation de cet enfant avec elle dès sa rentrée au centre jusqu'à nos jours, elle nous répond par « oui, il y'a un changement dès le début c'était bien passé entre nous deux, mais maintenant il me manque du respect, juste après il revient envers moi pour s'excuser et me câliner ».

A propos de sa relation avec Assirem, elle nous a dit que « il est trop attaché envers moi, il dépend de moi, malgré ses comportements je sais bien qu'il m'aime ». Mlle « S » trouve que Assirem, il aime trop découvrir les choses, il aime les jeux et la TV, sociable, autonome « il est adorable malgré tout » et exprime ses besoins spontanément.

Arrivant aux comportements, on a demandé à l'éducatrice si les comportements d'Assirem la dérangent parfois, elle nous a répondu par « oui, des fois il m'énerve surtout quand il me manque du respect », en rajoutant concernant l'agressivité que Assirem, utilise un peu de violence avec ses camarades. Concernant les personnes étrangères Mlle « S » nous informe que Assirem « n'aime pas être entouré, par contre il aime qu'on reste entre nous ».

L'éducatrice nous déclare bien que Assirem préfère de rester au centre, et pendant son arrivé le matin il est toujours bien souriant et heureux.

Parlant sur la confiance d'Assirem envers son éducatrice Mlle « S » répond par « oui il me fait confiance, et il me raconte tout », puis elle rajoute « il me manque quand il s'absente, il laisse beaucoup de vide malgré le changement de ses comportements » et à propos des moments où Assirem est heureux elle nous a dit que « il adore les moments déjeuner et la détente ».

Enfin l'éducatrice nous informe concernant son regard vers l'avenir d'Assirem qu'il va bien vivre, gâter de la part de ses parents, elle peut réaliser beaucoup de choses et avoir un bel avenir.

### **Synthèse :**

A travers de cet entretien qu'on a établi avec l'éducatrice d'Assirem, nous constatons qu'il est attaché à son éducatrice, malgré ses comportements agressifs parfois, et il y'a aucun manque d'affectivité entre eux, ce qui fait que Assirem peut développer normalement son côté affectif.

## **B.2. Dépouillement et analyse de l'épreuve thématique verbale: le PN**

### **B.2.1. Le déroulement de l'épreuve: cas Assirem**

Pendant le déroulement de l'épreuve, Assirem avait un visage neutre, au début il a accepté de répondre à nos questions, mais lors de notre travail on a eu des difficultés de contact avec lui qui n'as pas pu s'adaptée à la situation. Son expression n'était pas trop claire, son attitude corporelle s'est caractérisée par un dynamisme avec plainte et pause.

### **B.2.2. Analyse planche par planche du protocole PN**

#### **Le frontispice**

Avant de commencer son récit, Assirem prend la planche en la regardant attentivement, avec un visage neutre, il dit que le gros mouton avec patte noir c'est la maman et que PN c'est son fils. Sans poursuivre sa réponse. Où il nous a adressé on disant : « je veux voir Sabah », qui est son éducatrice.

#### **Les planches choisies**

Une fois les planches entre ses mains, Assirem a commencé à les regarder attentivement.

#### **Tétée 1**

« maa33, wagui d ba3a »

[MC3/MC4/EI1]

Procédés: onomatopée [MC3], geste [MC3], silence [EI1]

Problématique: renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée.

#### **Jeux sales**

«Wagui dawthoul, itl3ab »

[MC4/OC1/OC8/EI1/IF6]

Procédés: geste [MC4], description [OC1], fausse perception [OC8], silence [EI1], insistance sur les représentations d'action [IF6]

Problématique: peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analyté.

### **Portée**

« Waw, baa3a itcha, awthoul »

[MC3/OC1/EI1/OC8]

Procédés: onomatopée [MC3], description [OC1], silence [EI1] fausse perception [OC8]

Problématique: peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle.

### **Courte-échelle (rire)**

« La photo, ba3a, ba3a, youli, wagui dawthoul (PN) »

[OC1/OC7/IF6/EI1/MC4/OC8]

Procédés: description [OC1], remâchage [OC7], insistance sur les représentations d'action [IF6], silence [EI1], geste [MC4], fausse perception [OC8]

Problématique: Peut renvoyer à la fonction de holding d'une des images parentales.

### **Baiser**

« la3ben, dayen »

[OC1/IF6/EI1/RC2/EI1]

Procédés: description [OC1], insistance sur les représentations d'action [IF6], silence [EI1], l'enfant nous adresse [RC2], silence [EI1]

Problématique: Peut renvoyer à une problématique de type œdipien.

### **Auge (rire)**

« Qimen, wagui d nki (PN) »

[OC1/MC4/RC2/OC10/MC3/EI1]

Procédés: description [OC1], geste [MC4], l'enfant nous adresse [RC2], bizarrerie de la pensée [OC10], rire [MC3], silence [EI1].

Problématique: la planche peut renvoyer à l'expression de l'agressivité envers les images parentales.

### **Hésitation**

« Yetcha, ba3a, waguei dawthoul itehchouchoudh wahdes, waguei d assirem » (le gros avec PN)

[OC1/IF6/MC4/OC8/EI1/IF6/MC4/OC10/EI1]

Procédés: description [OC1], insistance sur les représentations d'action [IF6], geste [MC4], fausse perception [OC8], silence [EI1], insistance sur les représentations d'action [IF6], geste [MC4], bizarrerie de la pensée [OC10], silence [EI1]

Problématique: Peut renvoyer au conflit entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié.

### **Départ**

« Awthoul ikhedem mah, maa3 »

[OC8/OC1/IF6/MC3/EI1/MC3]

Procédés: fausse perception [OC8], description [OC1], insistance sur les représentations d'action [IF6], onomatopée [MC3], silence [EI1]

Problématique: Peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation.

### **Les planches aimées :**

#### **Jeux sales**

« I3jviyi waguei, tejra yaguei »

[MC4/RA1/EI1/MC4]

Procédés: geste [MC4], expression verbalisé d'affect [RA1], silence [EI1], geste [MC4]

Problématique: peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité.

### **Chèvre**

« i3jviyi ba3a ni »

[RA1/EI1]

Procédés: expression verbalisé d'affect [RA1], silence [EI1]

Problématique: Peut renvoyer à la relation à un substitut maternel.

### **Jars**

« Awthoul, afrokh, 3ajvniyi »

[OC8/RE1/EI1/RA1]

Procédés: fausse perception [OC8], accrochage au contenu manifeste [RE1], silence [EI1], expression verbalisé d'affect [RA1]

Problématique: Peut renvoyer à une relation d'agressivité versus castration

### **Tétée 2**

« Ichevath, ba3a iqim »

[OC1/EI1/IF6]

Procédés: description [OC1], silence [EI1], insistance sur les représentations d'action [IF6]

Problématique: Renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de rivalité fraternelle

### **Trou**

« Tellam, avehri »

[OC1/RE1/EI1]

Procédés: description [OC1], accrochage au contenu manifeste [RE1], silence [EI1]

Problématique: peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

### **Nuit**

« Ikhem aka (câlin), axater zéro ouy9imara tranquille »

[MC4/OC1/EI1/OC10/RA2]

Procédés: geste [MC4], description [OC1], silence [EI1], bizarrerie de la pensée [OC10], dramatisation [RA2]

Problématique: Peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive.

### **Courte-échelle**

« Ba3a ichevah, youlli tajra »

[OC1/IF6/EI1/RE1]

Procédés: description [OC1], insistance sur les représentations d'action [IF6], silence [EI1], accrochage au contenu manifeste [RE1]

Problématique: Peut renvoyer à la fonction de holding d'une des images parentales.

### **Bataille**

« Youzel ar tatas » (le petit blanc)

[IF6/EI1/IF1/OC8]

Procédés: insistance sur les représentations d'action [IF6], silence [EI1], introduction de personnage non figurant dans l'image [IF1], fausse perception [OC8]

Problématique: Peut renvoyer à l'agressivité et au sentiment de culpabilité qui sont liées.

### **Baiser**

« Isoudnith, ikhedmas aka » (câlin)

[OC1/MC4/IF6/EI1]

Procédés: description [OC1], geste [MC4], insistance sur les représentations d'action [IF6], silence [EI1]

Problématique: Peut renvoyer à une problématique de type Œdipien.

### Les planches non aimées [EI1] (évitement et inhibition):

L'enfant a choisi les planches : **Portée, Départ, Auge, Hésitation, Nuit, Trou** sans dire pourquoi et il ne veut plus continuer l'épreuve.

### B.2.3. Analyse quantitative du protocole PN :

**Tableau 10 : Représentation des procédés sur le plan quantitatif**

Procédés	Nombre	Totale
MC	15	19.2%
RC	02	2.5%
RE	03	3.8%
EI	20	25.6%
RA	04	5.12%
IF	11	14.10%
OC	23	30%
	$\Sigma$ 78	

Ce tableau quantitatif représente les procédés présents dans le protocole PN du cas Assirem, il relève la dominance des procédés qui fait recours à l'objectivité et au contrôle avec 30%, les procédés traduisant le recours à l'évitement et à l'inhibition avec 25.6%, ainsi que le recours à la sphère motrice et corporelle avec 19.2%, puis le recours à l'imaginaire et au fantasme avec 14.10%. Viennent après les procédés traduisant le recours à l'affect avec 5.12% et les autres procédés entre 2% et 3%.

### B.2.4. Analyse qualitative du protocole PN et l'analyse des résultats d'observation du cas Assirem:

Assirem, dans la première étape de l'épreuve n'essaye pas de faire un récit continu et lié. On a presque fait passer toutes les étapes sauf celle des planches non aimées, l'étape de

questions de synthèse ainsi que la planche fée, Assirem choisi mais ne raconte rien dans l'étape de planche non aimées puis il a décidé de ne plus continuer l'épreuve, il était inhibée.

On perçoit à travers les récits de l'enfant «Assirem» une relation à l'image parentale dans la planche courte échelle, il met l'accent sur la traduction d'une problématique de type œdipienne dans la planche Baiser, ensuite on trouve une manifestation de l'agressivité dans les planches Jars, Auge, Bataille et jeux sales, puis renvoie à la rivalité fraternelle qui se manifeste sur les planches Tétée 2, Tété 1, portée et chèvre, ainsi dans les planches départ et Trou l'expression de l'enfant renvoie à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation. Ensuite les conflits entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié se voient dans la planche Hésitation, enfin la curiosité sexuelle et fantasmes de scènes primitive se manifeste dans la planche Nuit.

Enfin, selon l'analyse de ce test on constate qu'il y'a un équilibre au niveau affectif ainsi qu'un développement affectif sain chez Assirem vu toutes les indicateurs d'un attachement sain qu'il représente envers son éducatrice.

Après avoir terminé avec l'analyse qualitative du (PN) nous allons entamer avec l'analyse des résultats d'observation du cas Assirem.

#### ➤ **L'aspect physiologique**

Durant notre première observation on a remarqué que Assirem représente toutes les caractéristiques morphologique d'un enfant trisomique, il est en bon état de santé mais il a une cardiopathie avec un suivi médicale, il a une bonne perception visuelle et auditif. Dans les fonctions motrices il a une mauvaise motricité globale, il est impulsif, souvent excité et instable, sans fatigabilité.

Durant la deuxième observation, on a observé que tous les items de cet aspect sont présents.

#### ➤ **Aspect relationnel et affectif**

Durant notre première observation, on a remarqué que Assirem il est expansif, il se replie pas sur soi-même, sympathique, respectueux, polie, obéissant et aime qu'on s'occupe de lui. Il est actif et cherche de la sympathie auprès de son éducatrice.

Il est généreux, il a le sens de responsabilité, n'est pas égoïste, il a de la pitié envers ses camarades, il n'est pas honnête, connaît pas son devoir mais il a l'esprit de service. Concernant

les réactions antisociales, on a conçu qu'il est brutal il fait trop de bruit au sein du groupe, avec une calomnie et mensonge (il accuse ses camarades). Assirem n'a pas de fabrication ne raconte pas des histoires imaginaires, représente des traits de méchanceté mais il ne triche jamais.

Dans le côté affectif Assirem a de l'affection envers son éducatrice et ses camarades, mais il crie des conflits au sein du groupe. Parlons de son caractère on voit qu'il a confiance en soi, n'accepte pas la discipline du groupe, s'intéresse à ce qu'ils font, il a l'air malheureux avec une variation d'humeur.

Pendant la deuxième observation on remarque que Assirem, est devenu irrespectueux envers son éducatrice ainsi que ses camarades il a acquis des comportements et des expressions impolies.

#### ➤ **Comportements observables durant les activités**

Pendant la première observation on remarque que notre cas n'a pas une bonne attention, il ne résiste pas aux sollicitations et représente un manque de concentration. Le rythme de Assirem est lent, mais malgré ça sa participation est lente et sur.

Concernant sa mémoire on voit qu'elle retient facilement et intelligemment, pour son langage elle parle normalement malgré qu'il ait un peu de difficulté dans la prononciation. Il s'exprime spontanément et sans encouragement. Par rapport aux capacités son attitude aux connaissances pratiques est présente, ainsi que son autonomie. Pour le sens de l'effort il a une bonne volonté et n'est pas persévérant.

Parlons du point interactions enfant éducatrice on a conçu que Assirem remarque l'arrivée de son éducatrice là où il manifeste de la joie envers elle lors de son arrivée au centre en lui faisant des câlins, il a l'air très content de la voir. Il cherche la proximité de l'éducatrice et son contact, avec la présence de l'échange visuelle entre les deux sans aucun refus ou de rejet de contact. Assirem refuse de partager l'attention de l'éducatrice avec ses camarades (sentiment et crise de jalousie) parfois il crie sur ses camarades quand l'éducatrice prend soin d'eux. Assirem se console facilement quand l'éducatrice le réconforte quand il pleure ou quand il pique des crises de jalousie, il n'exprime pas ses émotions vu ses variations d'humeurs parfois il pleure sans aucune raison.

Enfin on remarque que Assirem n'accepte pas l'absence de l'éducatrice on a vu ça pendant les moments de récupération du goûter et pendant la passation du test (PN).

Dans la deuxième observation toutes les items était présent à part la concentration ou on a remarqué que assirem malgré son instabilité il se concentre quand il veut, et concernant son langage vu que dans la première observation il se communique pas avec nous par ce que il s'est pas encore habitué de notre présence on a constaté que il parle avec difficulté.

## 2. Synthèse générale des deux cas

On constate après avoir analysé les épreuves de nos cas, une grande manifestation de l'angoisse et de crainte de séparation qui est exprimé chez les deux cas à des degrés différents, et par de différentes façons, que ce soit par des récits reflétant le fonctionnement de chacun ou par le recours à la relation avec le clinicien, ou ils s'adressent à nous en introduisant leur investissement émotionnel (quand ils demandent la présence de leurs éducatrice, et exprimé leurs curiosité envers leurs éducatrice). L'agressivité, était exprimée chez les deux cas que ce soit envers la fratrie, envers l'image parentale (les relations familiales), ou dans l'agressivité de séparation.

L'un des deux cas a manifesté un évitement et une inhibition apparente à l'égard des planches non aimés et tout ce qui suit cette étape ou l'enfant a décidé de ce retiré, et là on a respecté son choix vu que c'est l'un des droits du patient.

Malgré les différences manifestées de la part des deux cas mais les indicateurs qui renvoient à leurs type d'attachement sont pareils. Donc suivant ce qu'on a vu, on peut intervenir pour dire que la qualité de l'attachement chez les deux cas s'inscrit dans le type B (sécure), et sa en s'appuyant sur les données qu'on a présenté dans le premier point du premier chapitre théorique ainsi que le contenu de notre grille d'observation qui a était faite sur la base de détecter la nature de l'attachement présenté chez nos cas et les indicateurs d'attachement souligné dans le test patte noire.

Les caractéristiques de ce type après notre analyse sont :

- La présence des tendances sociales positives comme : l'obéissance, la sympathie, l'empathie...etc.
- L'échange fréquent d'affection entre l'enfant et son éducatrice

- La recherche de réconfort devant des situations de crainte et de frustration, et la recherche de proximité de l'éducatrice et son contact
- La facilité de réconfort
- La relation fusionnelle entre les deux cas avec leur éducatrice.

### 3. Discussion des hypothèses

Après avoir analysé notre population d'étude, on a abouti enfin dans notre recherche a Confirmé nos hypothèses qui consiste « La qualité d'attachement présenté chez les enfants trisomique envers leurs éducateurs est de type Secure, qui se manifeste par : L'échange fréquent d'affection entre l'éducateur et l'enfant, La recherche de réconfort devant les situations de craintes et de frustration, qui peuvent renvoyer à la construction d'un lien affectif sain et une relation fusionnelle, entre l'enfant et son éducateur, et ce qui peut mener à avoir un développement affectif saint, et enfin avoir un type d'attachement sécuritaire

Parmi les chercheurs qui confirme le résultat qu'on as obtenue on trouve Bowlby (1907-1990) et Ainsworth (1913-1999) sont les auteurs à l'origine de la théorie de l'attachement qui stipule que la présence d'un attachement sécurisant chez l'enfant se manifeste par l'échange fréquent d'affection entre le parent et l'enfant comme il peut être une autre figure d'attachement , la recherche de réconfort devant des craintes ou des frustrations, l'assurance de trouver de l'aide auprès d'une figure d'attachement ( parent, éducateurs...etc.), la référence à une figure d'attachement au niveau de l'exploration visant l'approbation ou l'autorisation et enfin la qualité de la relation au cours d'une séparation ou après celle-ci. Selon Bowlby, les bases relationnelles de tout individu se forgent et sont déterminées par les relations vécues dans la toute petite enfance. Pour qu'un jeune enfant puisse connaître un développement social et émotionnel équilibré, il doit pouvoir construire une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui, de façon cohérente et continue (ce que Bowlby nomme le «caregiver»). Ce lien d'attachement s'élabore dans la durée, la disponibilité et la qualité des soins.

# **Conclusion**

## Conclusion

Pour conclure notre travail, nous affirmons que l'enfant trisomique peut avoir un attachement sécure envers son éducateur et un développement affectif sain, malgré sa déficience, et sa capacité restreinte sur le plan intellectuel et affectif.

L'enfant porteur de trisomie 21 dispose l'incapacité de développement moteur et intellectuel, il se caractérise par un retard dans différents domaines et une limitation dans le fonctionnement adaptatif. Aujourd'hui, on trouve des centres et des associations pour la prise en charge de ces enfants, et cela grâce à la déférente moyenne et support pédagogique, ce qui paraît très important dans la vie d'un enfant trisomique. L'enfant est influencé, par tout ce qui se passe autour de lui, il construit sa propre personnalité à travers les stimuli qui lui parviennent soit du milieu familial soit de l'environnement extra familial.

Ce point nous a mené à baser sur les indicateurs de la théorie d'attachement qui pose comme postulat une relation causale entre l'expérience d'un enfant avec ses parents ou avec les figures d'attachement qui peuvent l'entourer et la capacité à tisser des liens affectifs plus tard, alors il semble que la relation d'attachement de l'enfant envers son éducateur subisse l'influence lors d'une éducation.

Dans cette recherche on s'est focalisé davantage sur la qualité de l'attachement présentée chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs, et notre pratique s'est déroulée au niveau du centre C.P.P.E.I.M d'akbou, et cela a duré deux mois (60 jours). Notre travail est réalisé avec un groupe d'enfants sélectionné en rapport avec des critères permettant d'utiliser avec eux la méthode que nous avons choisie (l'entretien semi directif et le test projectif PN, et une grille d'observation qui complète le manque du test PN vu les difficultés de passation du test avec des enfants porteurs de trisomie 21).

Dans notre méthode et à fin de vérifier nos hypothèses de recherche, on a opté l'observation systématique qui nous a accompagné durant tout au long de notre étude, la grille d'observation dont l'objectif d'une étude qualitative et pour recueillir des données verbales et surtout non verbal, afin d'expliquer nos deux cas à travers la description de comportement, de situation et de faits. Le guide d'entretien qui nous a permis en premier lieu d'établir une connaissance avec les éducatrices de notre groupe d'étude et de collecter un ensemble d'informations sur l'enfant et tout ce qui concerne son aspect relationnel, ainsi que des connaissances sur la trisomie 21, et le teste Patte Noir qui nous a permis de comprendre les

émotions et le coté affectif de notre groupe d'étude et aussi la manifestation de l'attachement chez chaque cas.

D'après les résultats qu'on a obtenue, on est arrivé a confirmé nos hypothèses qui consiste « La qualité d'attachement présenté chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs qui est de type Secure, et elle se manifeste par : l'échange fréquent d'affection entre l'éducateur et l'enfant, la recherche de réconfort devant les situations de craintes et de frustration, qui peuvent renvoyer à la construction d'un lien affectif saint et une relation fusionnelle, entre l'enfant et son éducateur, et ce qui peut mener à avoir un développement affectif saint, et enfin avoir un type d'attachement sécure.

Enfin, ce travail nous a permis d'acquérir plus de connaissances sur le plan méthodologique ainsi que sur le plan scientifique et pratique, de même on est arrivé à réaliser nos objectifs tracés au début de notre étude.

**Liste**  
**Bibliographique**

## Liste bibliographique :

### Ouvrage :

1. AINSWORTH. M, BLEHAR. M, WATERS. E, WALL. S, (1978): « Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation », Erlbaum, Hillsdale.
2. Angers. I, (2012) « la théorie de l'attachement et le lien : la théorie aux pratiques en protection de l'enfance » Pays de la Loire et Bretagne.
3. BEE. H, BOYD. F, (2007), « Les âges de la vie, Psychologie du développement humain ». 3eme édition, ERPI.
4. BLANCHET. A, (1989), L'entretien : la Co-construction du sens. In: La démarche clinique en sciences humaines, Dunod, Paris.
5. Boekholt. M, (1999), Epreuves thématiques en clinique infantiles, approche psychanalytique, Dunod, Paris.
6. Bowlby. J, (1978), « L'attachement », éd PUF, Paris.
7. BOWLBY. J, (1984), « Attachement et perte / sadness and depression », New York, Basic Books, La perte: Tristesse et dépression, traduction française de D.E. Weil, Paris, PUF.
8. Bowlby. J, (2002), « Attachement et père », vol 03, éd PUF, paris.
9. Cartron. A, Winnykamon. F, (1999) « Les relations sociales chez les enfants : genèse, développement, fonctions » Paris, Armond colin, 2ème édition.
10. CHAHRAOUI. k, BENONY. H, (2003) : « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », Dunod, Paris
11. De Broca, Alain, « Le développement de l'enfant : aspect neuro-psycho-sensoriels ». 2ème édition. Paris : Masson, 2002.
12. DSM IV. Mini DSM IV (1996) critères diagnostiques, Masson, Paris.
13. Guedeney. N, et Alger (F), (2006), « L'attachement : concepts et applications », 2em éd, Masson, Paris.
14. Guidetti, M(2002) « Les étapes de développement psychologique » Paris, Armond Colin, éditions ESF.
15. Perrault. C, (2015), « annonce de trisomie 21 a la naissance : formulation, conséquences, et accompagnement », université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines.
16. SROUFE. A, (1989), « Relationships, self and individual adaptation », New York.

## **Dictionnaires :**

1. Norbert. S, (2003), « Dictionnaire de la psychologie », éd Larousse, paris.
2. Pédenielli, j. l, (1999), « introduction à la psychologie clinique », 2ème édition, France.

## **Mémoire et Thèses :**

1. Merzouki. H, (2004) ; Etude de la relation familiale chez l'enfant victime de maltraitance parentale ; Mémoire de magister en psychologie clinique, psychologie traumatique ; Université des frères Mentouri, Constantine.
2. VANWALLEGHEM.S, (2016), « l'enfant porteur d'une trisomie 21 et ses relations aux autres : liens entre les représentations d'attachement, le comportement social et l'attribution d'intentions chez les enfants âgés de 8 à 12 ans », université Paris 8.

## **Journaux et revues :**

- 1- PANISSIE.L, (2014), « Le jeune enfant porteur de trisomie 21, effets sur les interactions mère-enfant et sur l'émergence du langage », université Lille.
- 2- Perrault. C, (2015), « Annonce de trisomie 21 à la naissance : formulation, conséquences, et accompagnement », université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines.
- 3- Savard. N, (2010), « la théorie d'attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance » France.
- 4- Tereno.S et all (2007), « la théorie d'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique ». (Vol.19).
- 5- Vanwalleghe. S, Miljkovitch. R, (2017), « Le développement de l'attachement chez les enfants porteurs d'une trisomie 21 » revue de la littérature (vol.117).

## **Site internet :**

- 1- <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/sante/pathologies/la-trisomie-21-origines-et-quelques-chiffres>.
- 2- <https://trisomie.qc.ca/a-propos/quest-ce-que-la-trisomie-21/>
- 3- <https://www.santemagazine.fr/sante/fiche-maladie/trisomie-21-177673#D%C3%A9finition>
- 4- <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/genetique/trisomie-21.php/>
- 5- <https://www.sante-sur-le-net.com/sante-enfant/trisomies/trisomie-21/>

- 6- <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/11/P.1543-1558.pdf>  
consulté le 26/02/21 à 21h26
- 7- [http://acces.enslyon.fr/acces/thematiques/sante/epidemiologie/depistage\\_trisomie21/Donnees-Illustrations/donnees\\_risque\\_age/](http://acces.enslyon.fr/acces/thematiques/sante/epidemiologie/depistage_trisomie21/Donnees-Illustrations/donnees_risque_age/)
- 8- <https://www.educatout.com/edu-conseils/enfants-besoins-particuliers/chroniques/accompagner-les-enfants-atteints-de-trisomie-21.htm/>
- 9- [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu\\_besoins\\_de\\_lenfant.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf)
- 10- [https://www.memoireonline.com/11/13/7928/m\\_Contribution--l-amelioration-de-la-gestion-financiere-des-projets-du-fonds-mondial-pour-la-nat35.html](https://www.memoireonline.com/11/13/7928/m_Contribution--l-amelioration-de-la-gestion-financiere-des-projets-du-fonds-mondial-pour-la-nat35.html)
- 10- <https://www.aps.dz/societe/119031-krikou-associer-les-personnes-handicapees-a-l-elaboration-des-politiques-qui-les-concernent>
- 11- [www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)

# **Annexes**

## **Annexe 1 : Le guide d'entretien :**

### **Entretien semi directif avec l'éducateur :**

#### **Axe 01 : Données sur l'éducateur :**

1. Vous avez quel âge ?
2. Quel est votre statut civil ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Vous avez fait quoi comme formation ?
5. Quel est le nombre d'années d'expérience possédez-vous ?
6. Combien d'enfants avez-vous en classe ?

#### **Axe 02 : les renseignements sur l'enfant et sa pathologie :**

7. Quel âge a-t-il ?
8. Quel est sa position dans sa fratrie ?
9. La trisomie de cet enfant est-elle diagnostiquée ? par qui ?
10. Quel âge avait-il lors du diagnostic ?
11. Est-ce que les enfants de votre groupe ont tous le même handicap ?
12. Cet enfant est-il pris en charge ? depuis quand ?
13. A part vous quels professionnels prennent en charge cet enfant (Psychiatres, psychologues cliniciens, psychomotriciens, orthophonistes) ?

#### **Axe 03 : Les renseignements sur la qualité d'attachement entre l'enfant et son éducateur :**

14. Y a-t-il des changements dans votre relation avec cet enfant depuis son admission au centre ? Pouvez-vous nous raconter sur ces changements ?
15. Pouvez-vous nous décrire votre relation avec cet enfant ?
16. Est-ce que c'est un enfant qui aime découvrir les choses ou il préfère garder son calme ?
17. Est-ce qu'il est sociable au sein de votre établissement ?
18. Comment il exprime ses besoins ?

19. Est-ce qu'il arrive à être autonome ou il dépend toujours de vous ?
20. Pouvez-vous nous décrire les comportements de cet enfant en classe ?
21. Vous trouvez que cet enfant présente des comportements agressifs ?
22. Est-ce que les comportements de cet enfant vous dérangent parfois ? Si oui pourquoi ?
23. Comment il réagit face à une personne étrangère ?
24. Est-ce que vous trouvez que cet enfant aime bien être au centre ?
25. Comment il réagit le matin envers vous quand il arrive ?
26. Comment il réagit quand il quitte le centre à la fin de la journée ?
27. Vous sentiez quoi quand il est absent ?
28. Quels sont les moments où vous trouvez que cet enfant est heureux ?
29. Est-ce que cet enfant vous raconte ses vécus quotidiens ?
30. Est-ce que vous trouvez que cet enfant vous fait confiance ?

**Axe 04 : le regard vers l'avenir de l'enfant :**

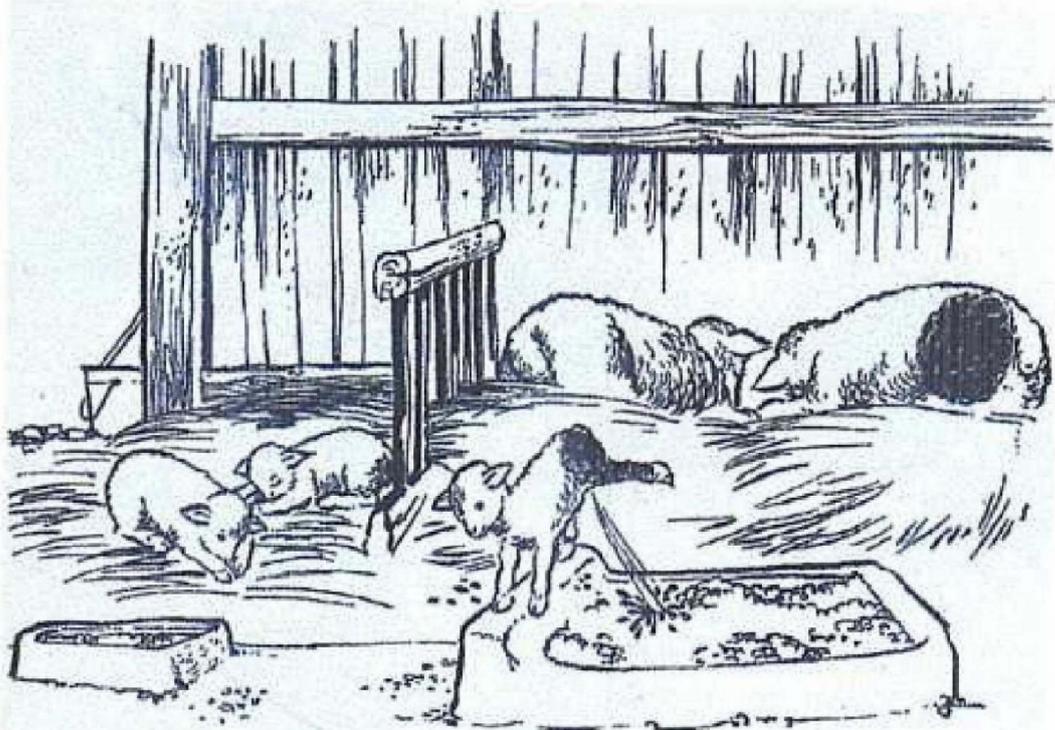
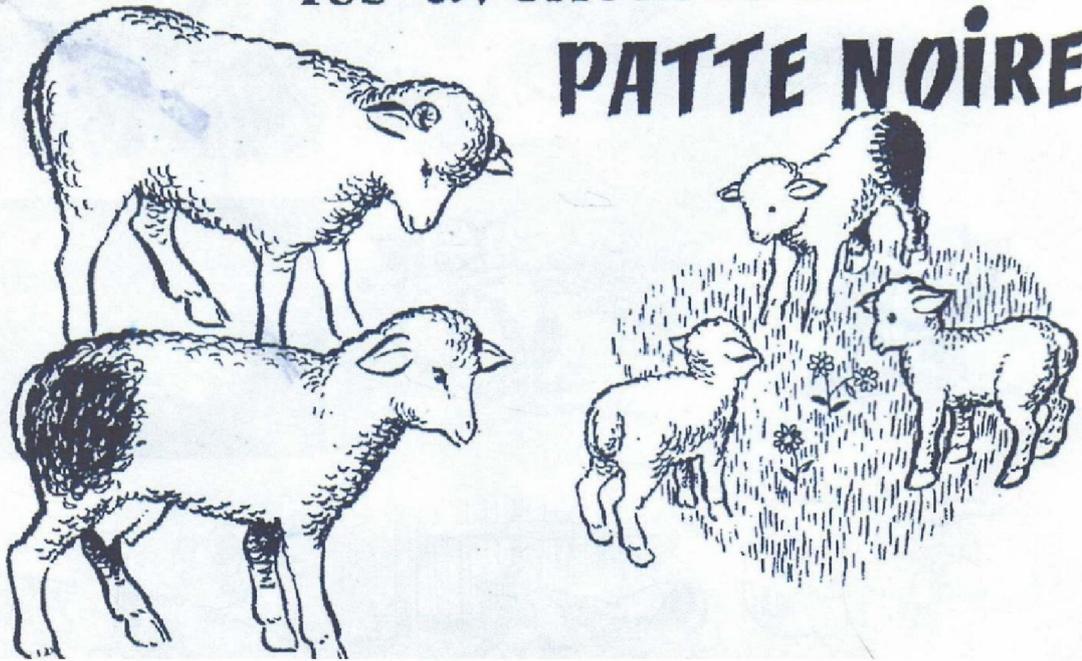
31. Comment imaginez-vous l'avenir de cet enfant ?

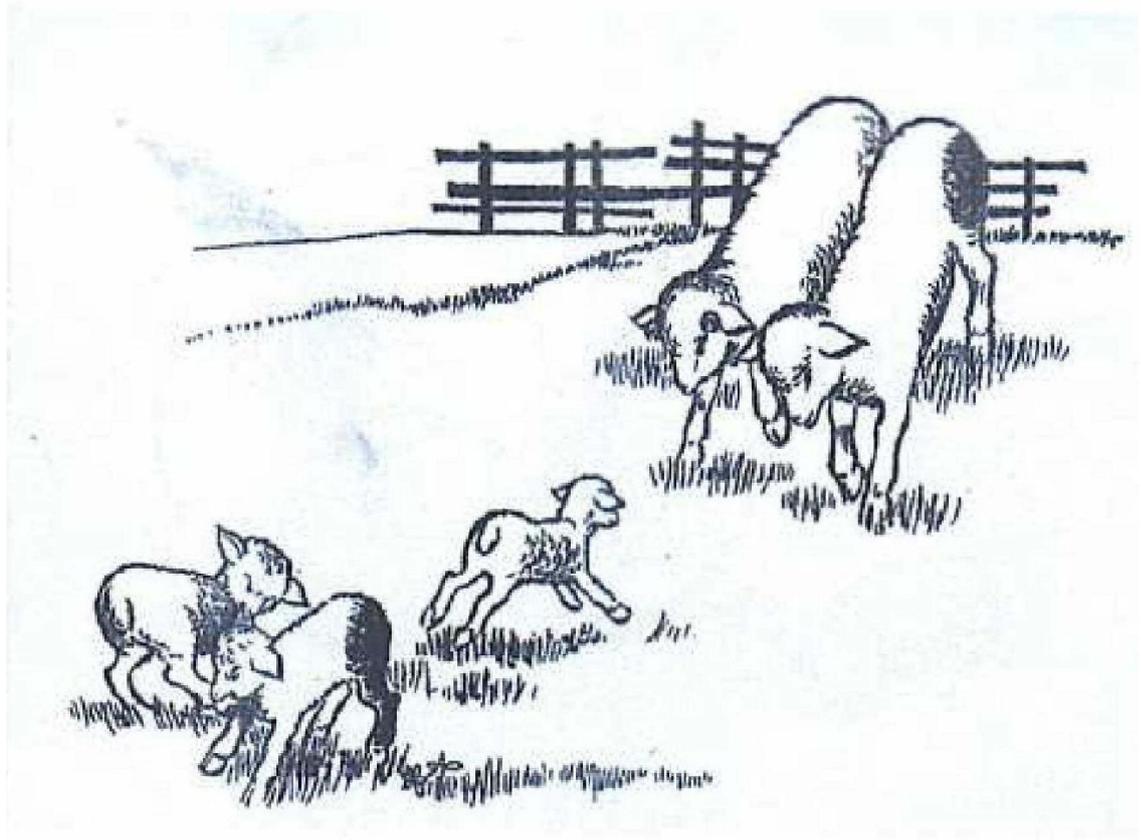
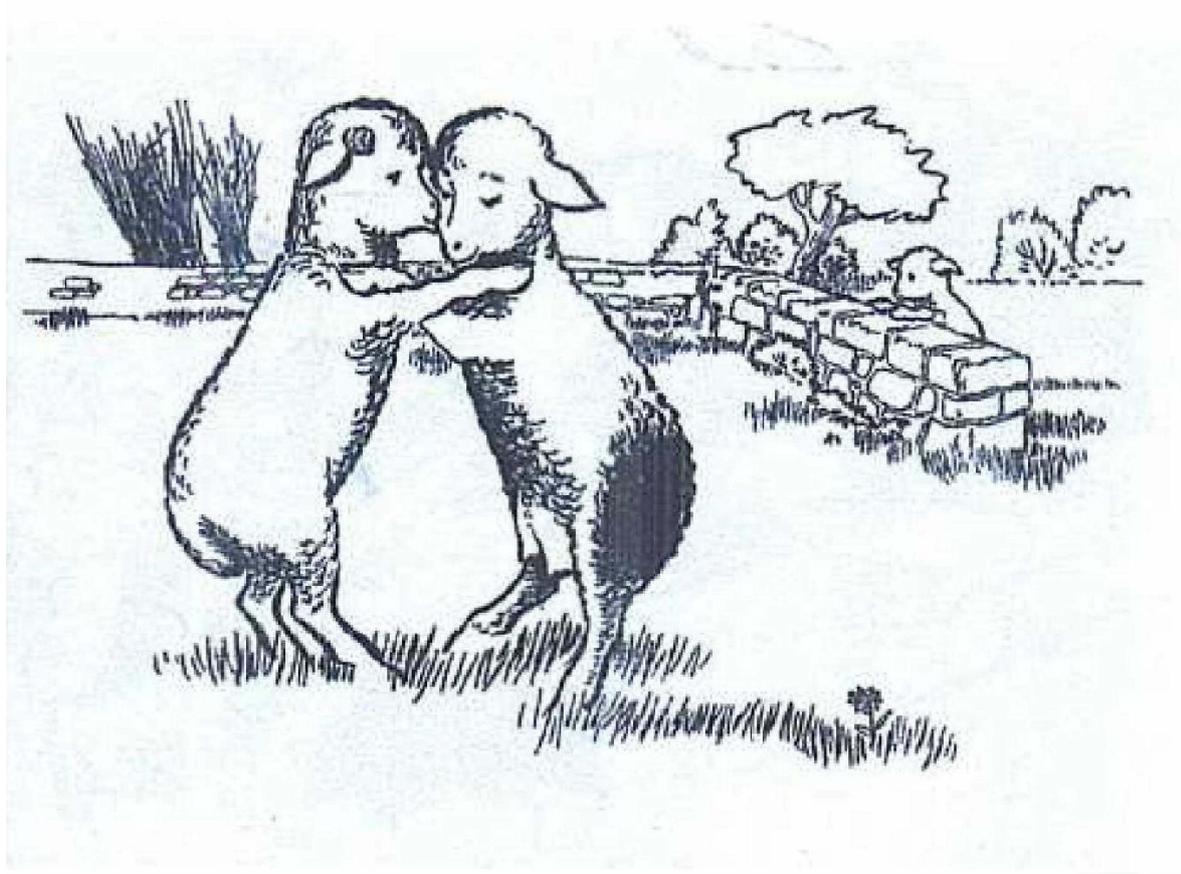
## **Annexes 2 : Test Patte Noire**

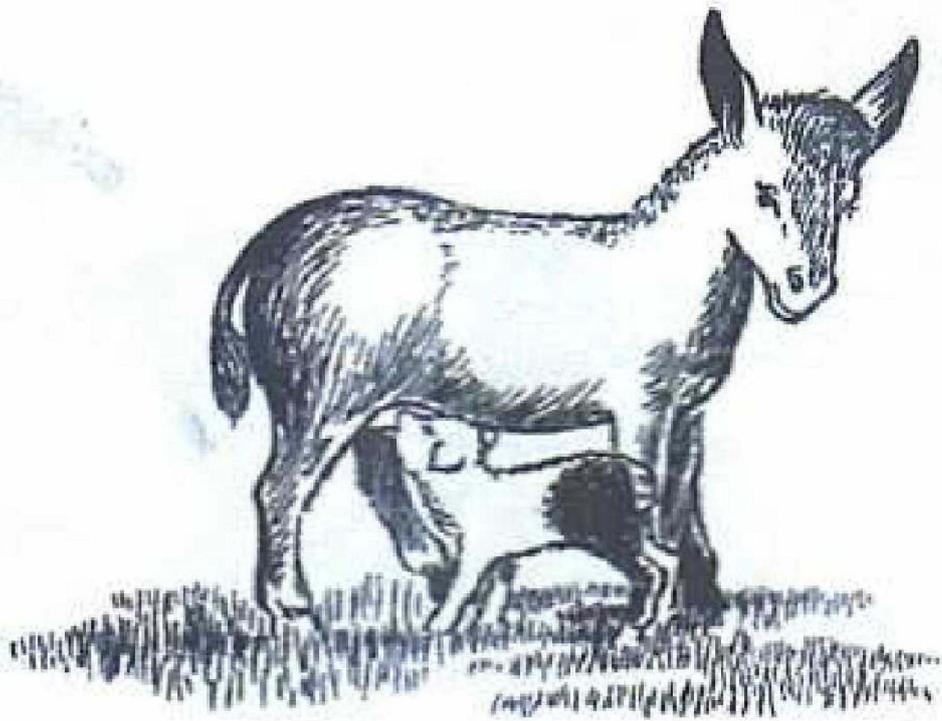
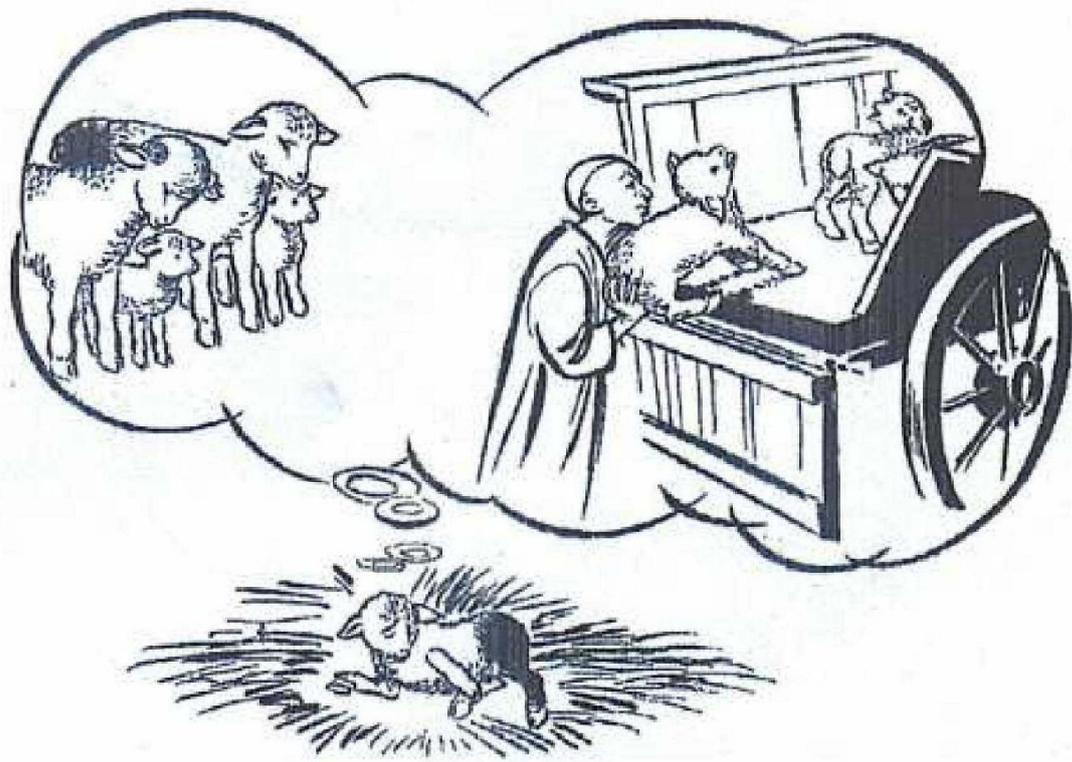
1. Auge
2. Baiser
3. Bataille
4. Charrette
5. Chèvre
6. Départ
7. Hésitation
8. Jars
9. Jeux sales
10. Nuit
11. Portée
- 12 et 13. Rêve mère et rêve père
- 14 et 15. Tétée 1 et Tétée 2
16. Trou
17. Courte-échelle

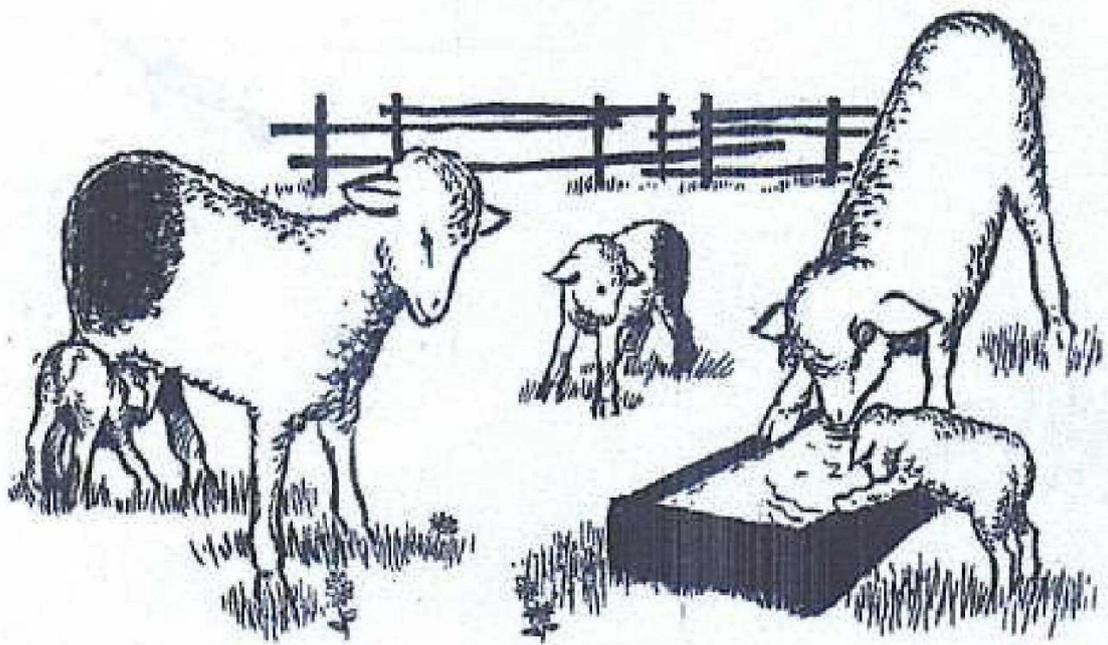
les aventures de

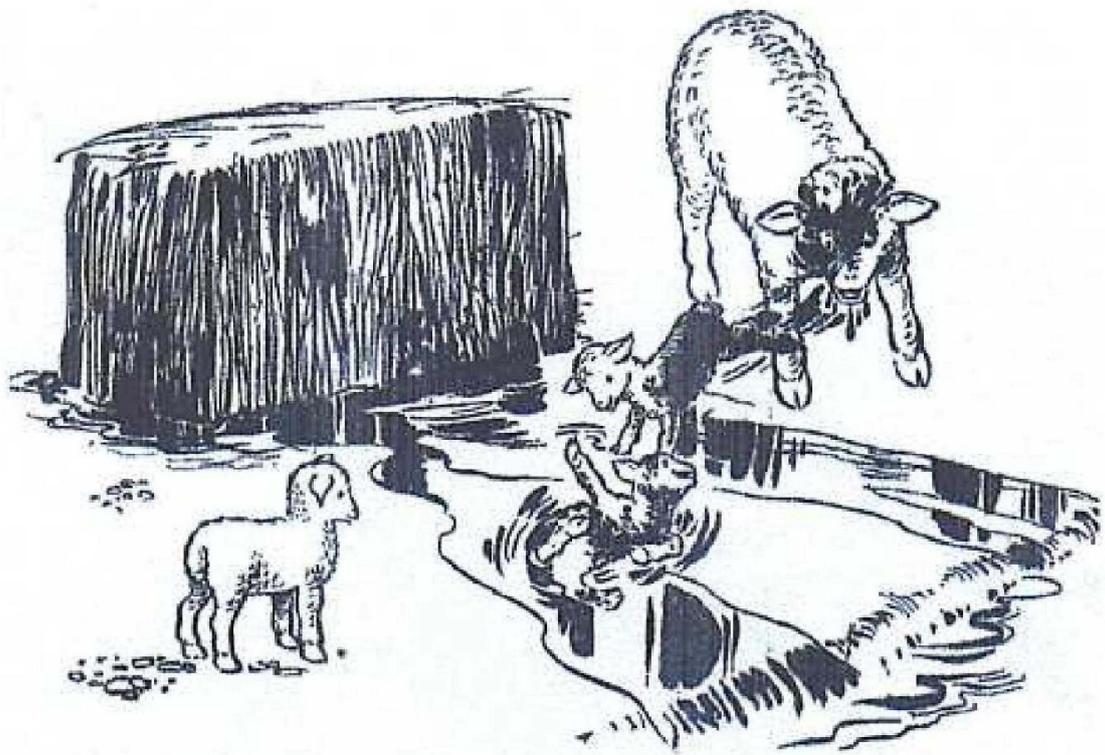
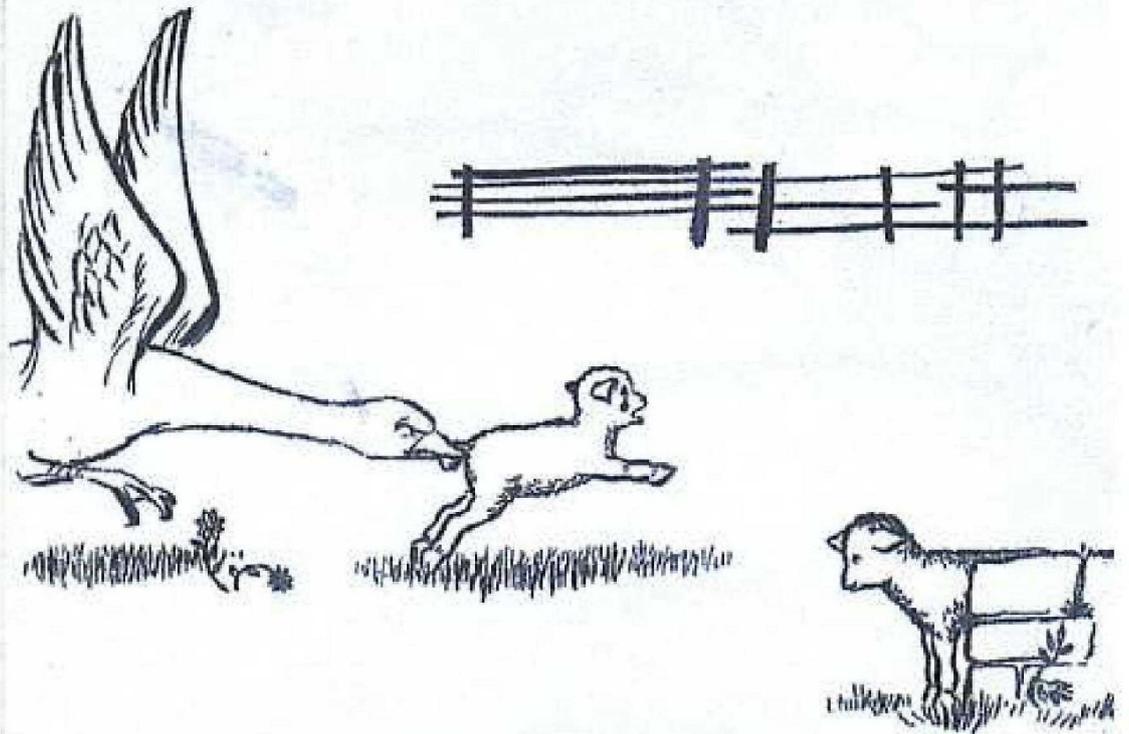
# PATTE NOIRE

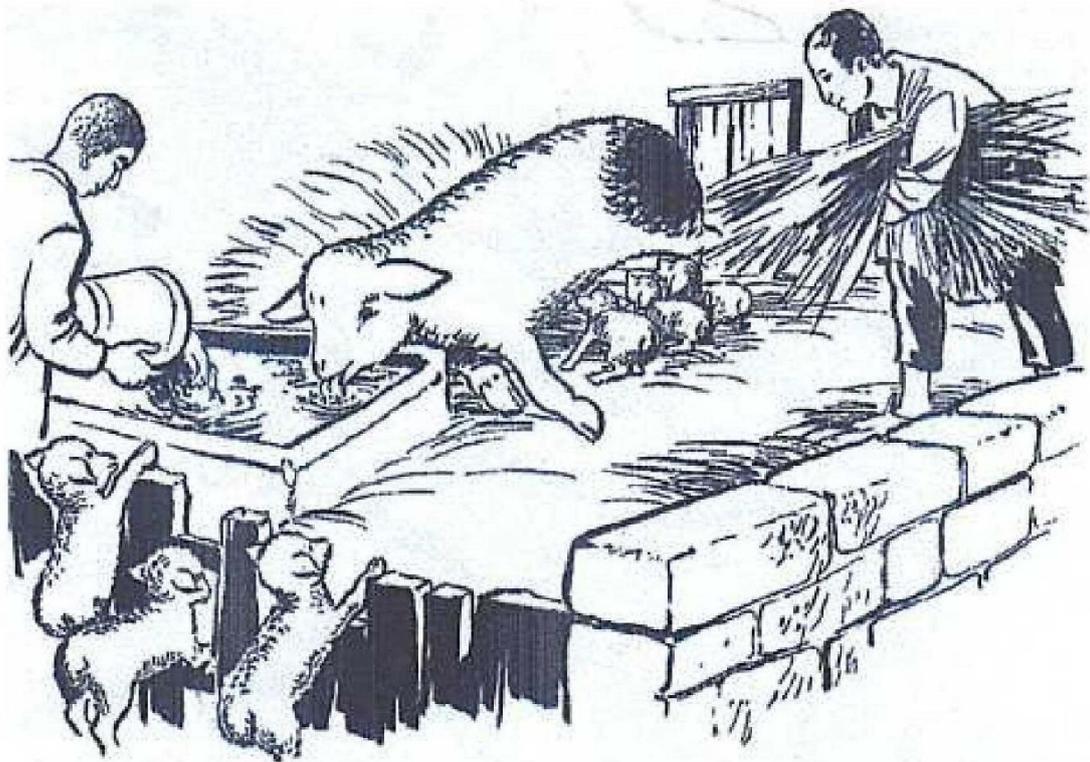
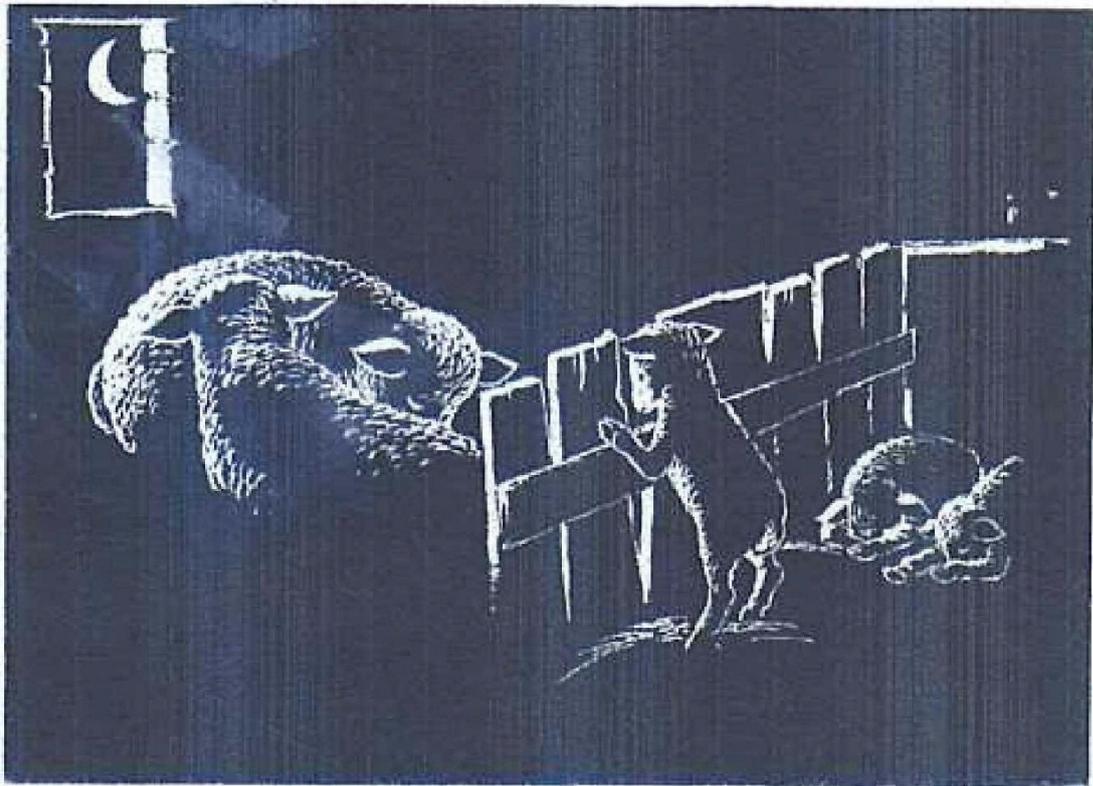


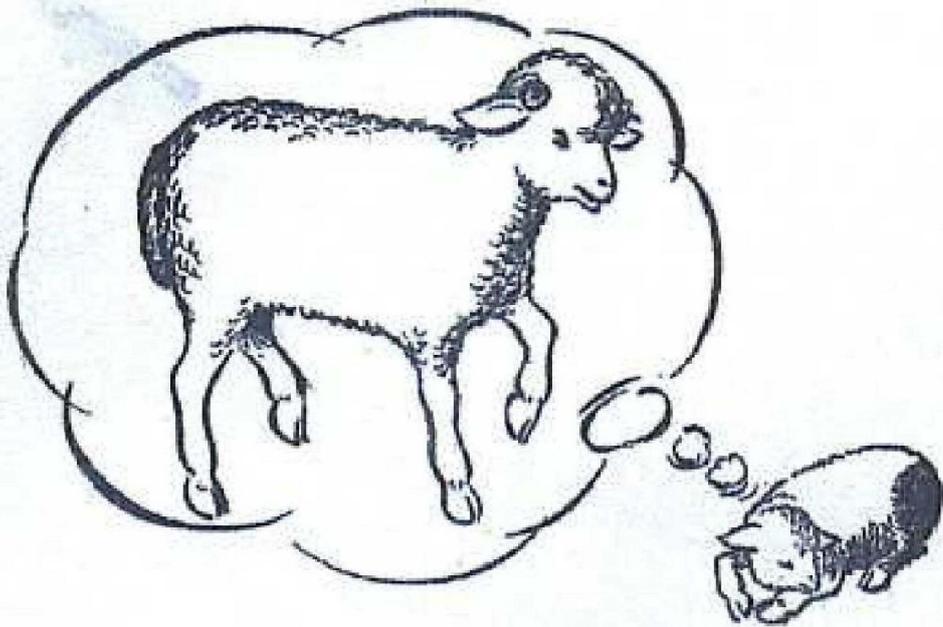
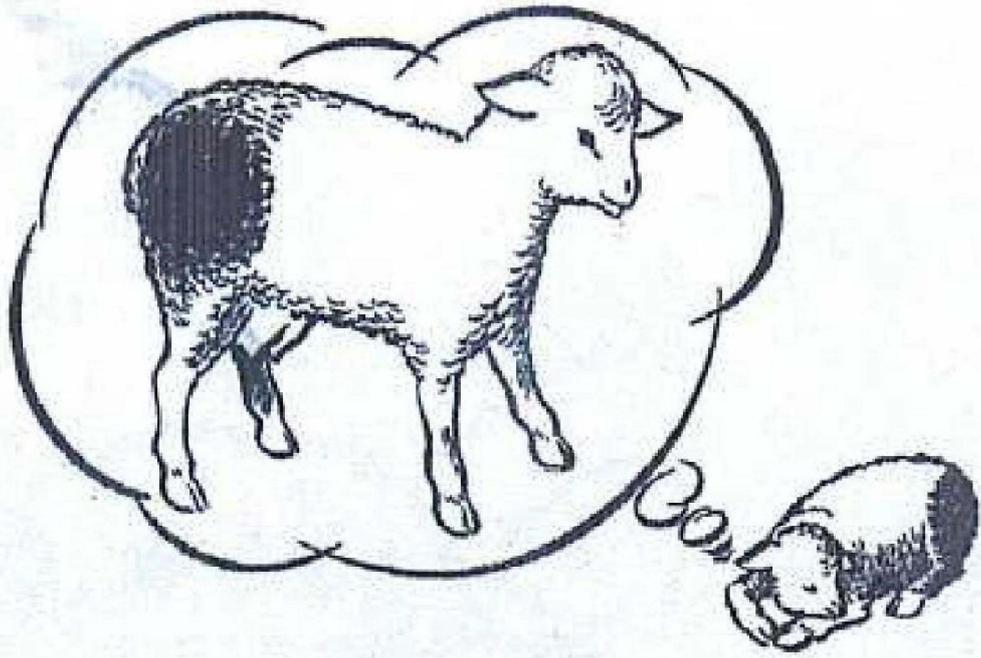


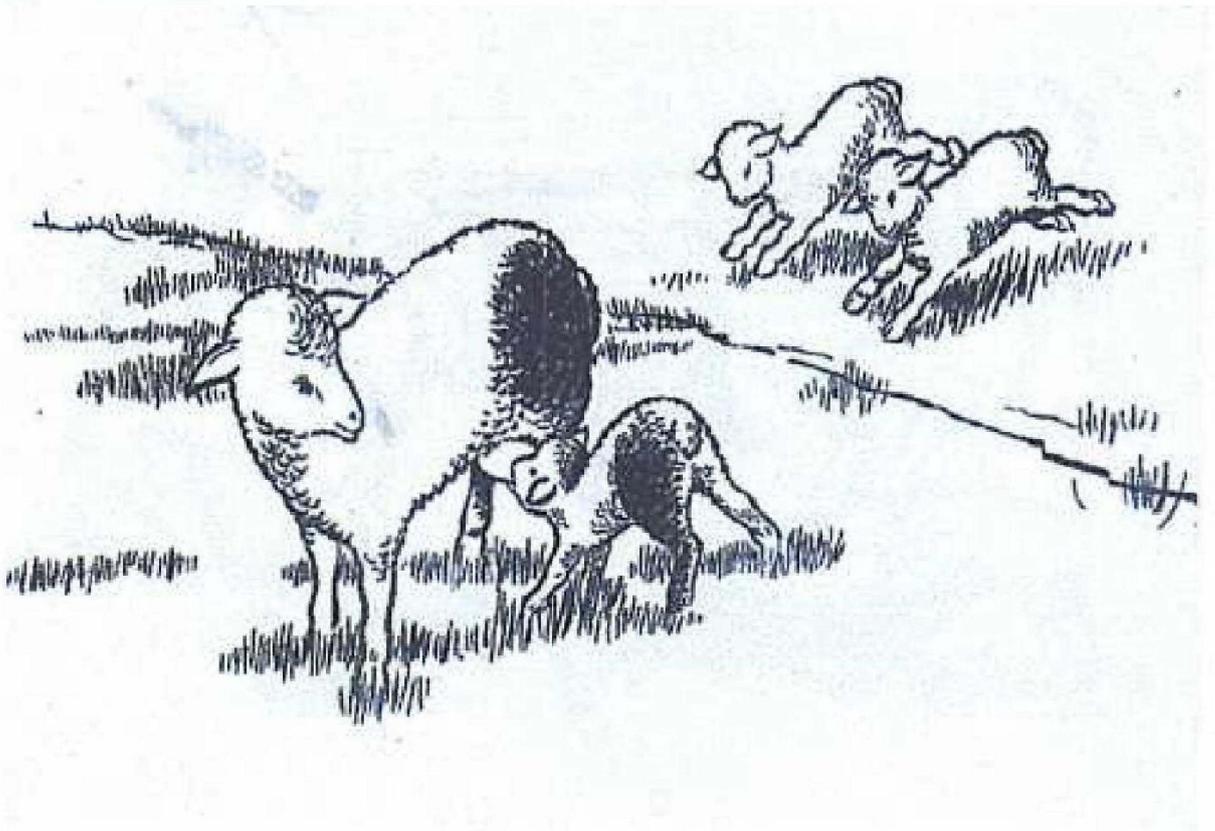
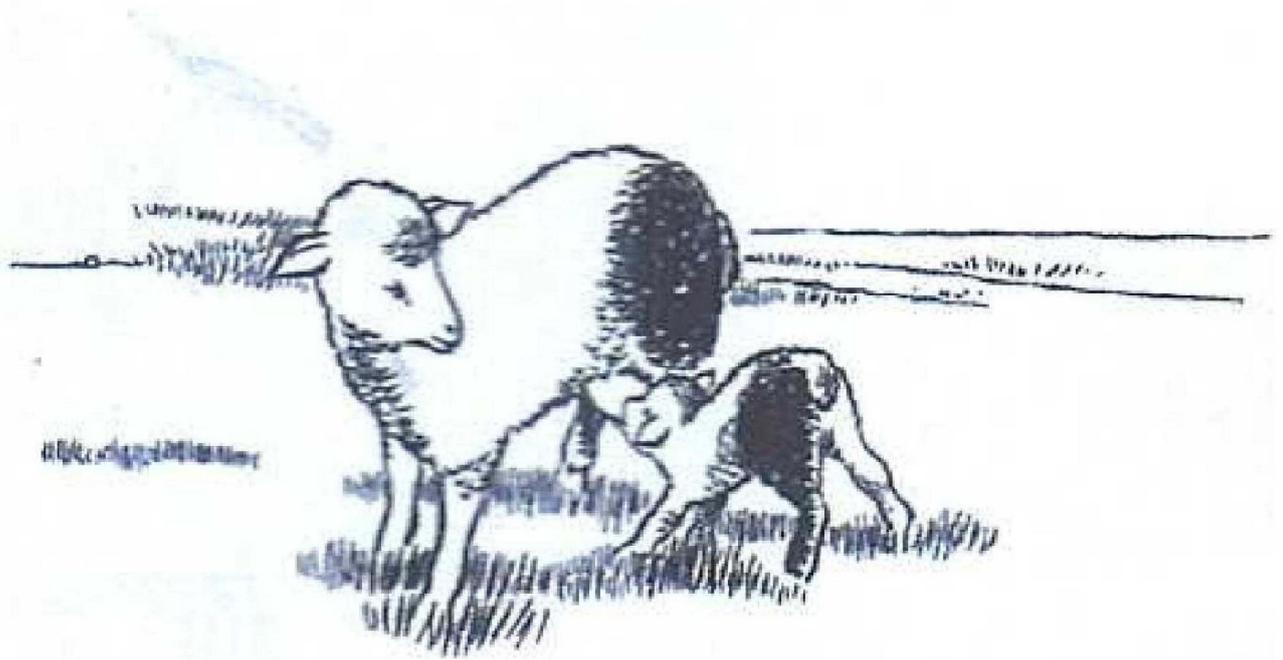


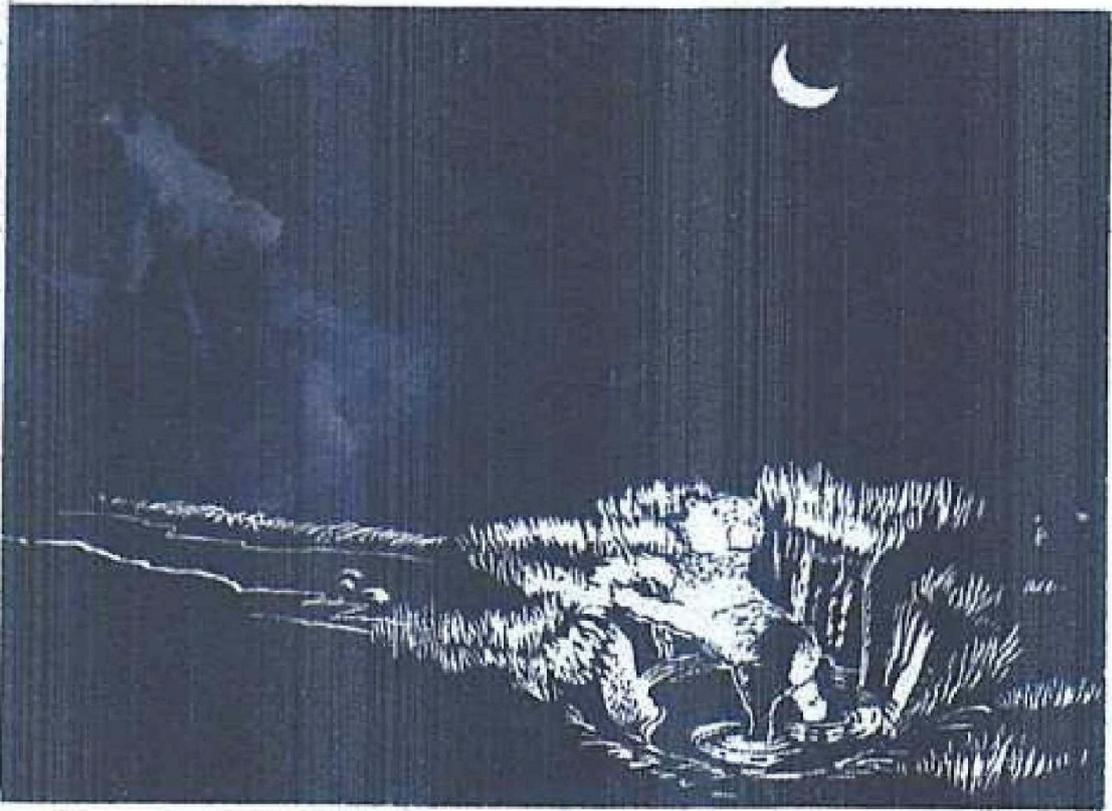














## Annexe 03 :

### ÉPREUVES THÉMATIQUES EN CLINIQUE INFANTILE

#### Les procédés d'élaboration des récits : récapitulation

##### Procédés traduisant le recours à la sphère motrice et corporelle (MC)

- MC 1 : Retrait, inhibition motrice, manifestations auto-érotiques.
- MC 2 : Instabilité psychomotrice, agitation motrice et/ou verbale, interruptions par l'agir.
- MC 3 : Rires, mimiques, grimaces, bruitages, onomatopées.
- MC 4 : Participation corporelle : déplacements, gestes.

##### Procédés traduisant le recours à la relation avec le clinicien (RC)

- RC 1 : Recherche de rapproché corporel.
- RC 2 : Questions, remarques adressées au clinicien, appels, apostrophes.
- RC 3 : Critiques du matériel et/ou de la situation, plaintes, demandes de gratifications annexes.
- RC 4 : Auto-dépréciation, auto-valorisation.

##### Procédés traduisant le recours à la réalité externe (RE)

- RE 1 : Recours à l'évidence, accrochage au contenu manifeste.
- RE 2 : Recours aux clichés de la vie quotidienne, accent porté sur le concret, sur le faire, sur le conformisme, références à la réalité environnementale.
- RE 3 : Insistance sur le cadrage, les délimitations et les supports (présents ou manquants).
- RE 4 : Insistance sur les qualités sensorielles du matériel.
- RE 5 : Surinvestissement de la qualité de l'objet ; attachement aux Dd narcissiques (valence positive ou négative).

##### Procédés traduisant le recours à l'évitement et à l'inhibition (EI)

- EI 1 : Restriction, silences, refus, tendances refus, nécessité poser questions.
- EI 2 : Anonymat, motifs des conflits non précisés, placages, banalisation.
- EI 3 : Évitements spécifiques, évocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours.

##### Procédés traduisant le recours à l'affect (RA)

- RA 1 : Expression verbalisée d'affects.
- RA 2 : Dramatisation, exagération, théâtralisme, affects contrastés, labilité émotionnelle.
- RA 3 : Accent mis sur la traduction corporelle de l'affect.
- RA 4 : Affects inadéquats, affects massifs.

##### Procédés traduisant le recours à l'imaginaire et au fantasme (IF)

- IF 1 : Introduction de "personnages" non figurant sur l'image.
- IF 2 : Appel à l'imaginaire enfantin des contes.
- IF 3 : Mises en scènes, dialogues, accent mis sur les interactions, digressions ; transparence des messages symboliques.
- IF 4 : Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.
- IF 5 : Instabilité identificatoire, hésitations, confusions sur sexe "personnages".
- IF 6 : Insistance sur les représentations d'action (aller, courir, dire, fuir, faire).
- IF 7 : Fabulation loin des planches, inadéquation du thème au stimulus.
- IF 8 : Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive ; expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à n'importe quelle problématique.
- IF 9 : Confusion identitaire, télescopage des rôles, instabilité des objets.

##### Procédés traduisant le recours à l'objectivité et au contrôle (OC)

- OC 1 : Description avec attachement aux détails.
- OC 2 : Insistance sur le fictif, éloignement temporo-spatial (avec ou sans précision chiffrée).
- OC 3 : Éléments de type formation réactionnelle (obéissance, gentillesse, propriété, aide, devoir, argent).
- OC 4 : Annulation.
- OC 5 : Isolement d'éléments, de personnages ou des séquences du récit.
- OC 6 : (Dé)négaration, déni.
- OC 7 : Répétition, remâchage, persévération.
- OC 8 : Fausses perceptions, scotomes, bizarreries perceptives.
- OC 9 : Troubles de la syntaxe, troubles de l'organisation temporelle.
- OC 10 : Liaisons arbitraires, associations courtes, bizarreries de la pensée.

### Annexe 04 : la Grille d'observation

**Score : OUI pour les items présents**

**NON pour les items absents**

Prénom de l'enfant :

L'aspect physiologique	La première observation		La deuxième observation	
	NON	OUI	NON	OUI
<b>a. Aspect extérieur</b>				
1- Présences des caractéristiques morphologiques d'un trisomique (visage, silhouette)				
<b>b. État de santé</b>				
2- Bon état de santé				
3- Malade (avec suivie médicale)				
<b>c. Fonctions sensorielles</b>				
4- Perception visuelle				
5- Perception auditif				
<b>d. Fonctions motrices</b>				
6- Bonne motricité global				
7- Mauvaise motricité globale				
8- Impulsivité				
9- Excitation				
10- Fatigabilités				
11- Instabilité				
<b>Aspect relationnel et affectif</b>				
<b>a. Tendances sociales simples</b>				
12- Expansive (franc, chaleureux, communicatif)				

13- Repliement				
14- Sympathique				
15- Respectueux, polie, obéissant				
16- Aime que l'on s'occupe de lui				
17- Oisif				
18- Il/Elle recherche de la sympathie				
<b>b. Tendances sociales supérieurs</b>				
19- Il/Elle est généreux/se				
20- Sens de responsabilité				
21- Il/Elle est égoïste				
22- Il/Elle a de la pitié				
23- Honnête				
24- Connait son devoir				
25- Il/Elle a l'esprit de service				
<b>c. Réactions antisociales</b>				
26- Brutalité				
27- Propension à faire du bruit				
28- Calomnie				
29- Mensonge				
30- Fabulation				
31- Méchanceté				
32- Tricherie				

<b>d. Affectivement proprement dite</b>				
33- Il/elle a de l'affection pour son éducateur				
34- Il/elle a de l'affection pour ses camarades				
35- Conflit au sein du groupe				
<b>e. Caractère</b>				
36- A confiance en soi				
37- Accepte la discipline du groupe				
38- Intérêt				
39- Tempérament heureux				
40- Tempérament malheureux				
41- Variation d'humeur				
<b>Comportements observables durant les activités</b>				
<b>a. Attention</b>				
42- Très bonne attention				
43- Résistance aux sollicitations				
44- Concentration				
<b>b. Rythme</b>				
45- Rapide				
46- Normal				
47- Lent				
<b>c. participation</b>				
48- rapide et sure				
49- lente et sure				
50- difficile et peut sure				
51- difficile				

<b>d. mémoire</b>				
52- Retient facilement et intelligemment				
53- Retient facilement mais mécaniquement				
54- Retient mal				
55- Ne retient rien presque				
<b>e. Langage</b>				
56- Parle normalement				
57- Parle avec difficulté				
58- S'exprime spontanément				
59- S'exprime seulement après encouragement				
60- Ne s'exprime pas				
<b>f. Capacités</b>				
61- Attitude aux connaissances pratiques				
62- autonome				
<b>g. Sens de l'effort</b>				
63- Bonne volonté				
64- persévérance				
<b>h. Interaction enfant éducatrice</b>				
65- Remarque l'arrivée de l'éducatrice				
66- Manifestation de joie envers l'éducatrice lors de son arrivée au centre (sourire, câlin etc...)				
67- Un visage neutre lors de l'arrivée de l'éducatrice				
68- Cherche la proximité de l'éducatrice et son contact				

69- Echange visuelle entre l'éducatrice et l'enfant					
70- Rejet et refus de contact de l'enfant avec l'éducatrice					
71- Refus de partagé l'attention de l'éducatrice avec ses camarades (sentiment de jalousie)					
72- Se console facilement quand l'éducatrice le/la reconforte					
73- Exprime facilement et spontanément ses émotions					
74- N'accepte pas l'absence de l'éducatrice (les moments de récupération du goûter etc...)					

## Résumé

L'enfant porteur de trisomie 21 dispose l'incapacité de développement moteur et intellectuel,

Il se caractérise par un retard dans différents domaines et une limitation dans le fonctionnement adaptatif. Aujourd'hui, on trouve des centres et des associations pour la prise en charge de ces enfants, et cela grâce à la déférente moyenne et support pédagogique, ce qui paraît très important dans la vie d'un enfant trisomique. L'enfant est influencé, par tout ce qui se passe autour de lui, il construit sa propre personnalité à travers les stimuli qui lui parviennent soit du milieu familial soit de l'environnement extra familial.

Dans cette recherche on s'est focalisé davantage sur la qualité de l'attachement présentée chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs. Notre travail est réalisé avec un groupe d'enfants sélectionné en rapport avec des critères permettant d'utiliser avec eux la méthode adéquate telle que l'entretien semi directif et le test projectif PN, et une grille d'observation qui complète le manque du test PN. On est arrivé à confirmer que La qualité d'attachement présentée chez les enfants trisomiques envers leurs éducateurs qui est de type Secure, et elle se manifeste par : l'échange fréquent d'affection entre l'éducateur et l'enfant, la recherche de réconfort devant les situations de craintes et de frustration, qui peuvent renvoyer à la construction d'un lien affectif sain et une relation fusionnelle, entre l'enfant et son éducateur, et ce qui peut mener à avoir un développement affectif sain, et enfin avoir un type d'attachement Secure.

## Mots clés

**L'enfant trisomique, développement moteur et intellectuel, la qualité de l'attachement, la relation fusionnelle,**

## ملخص

يعاني الأطفال المصابون بمتلازمة داون من عدم القدرة على تنمية المهارات الحركية والفكرية ، يتميزون بالتأخير في مجالات معينة تعيق الأداء الحركي و الفكري تكيفه مع المحيط المعاش .

مع التطور وزيادة الاهتمام باهته الفئة ، ازدادت المراكز و الجمعيات المتخصصة لرعاية هؤلاء الأطفال ، وذلك بفضل متوسط الدعم التربوي والتعليمي الذي يبدو مهمًا جدًا في حياة الطفل المصاب بمتلازمة داون. يتأثر الطفل بكل ما يحدث من حوله، يبني شخصيته من خلال المنبهات التي تصل إليه إما من بيئة عائلية أو بيئة خارجية للعائلة.

ركزنا في هذا البحث بشكل أكبر على جودة التعلق الذي يقدمه الأطفال المصابون بمتلازمة داون لمعلمهم، وقد تمت الدراسة مع مجموعة من الأطفال الذين تم اختيارهم على أساس معايير تسمح باستخدام الطريقة المنهجية المناسبة لحالتهم

وخصائص المفروضة من أهداف الدراسة، على سبيل المثال المقابلة نصف موجهة و الاختبار الإسقاطي و شبكة الملاحظة المكتملة لعدم وجود مقياس خاص .

لقد توصلنا من خلال النتائج أن نوعية الارتباط العاطفي الذي يقدمه الأطفال المصابون بمتلازمة داون تجاه معلمهم من النوع الآمن ، ويتجلى ذلك من خلال: التبادل المتكرر للعاطفة بين المربي والطفل ، والبحث عن الراحة في مواقف الخوف. والإحباط ، والتي يمكن أن تشير إلى بناء رابطة عاطفية مقدسة وعلاقة اندماجية بين الطفل ومعلمه ، والتي يمكن أن تؤدي إلى تطور عاطفي مقدس ، وأخيراً إلى نوع من الارتباط الآمن.

## الكلمات المفتاحية:

متلازمة داون، تنمية المهارات الحركية و الفكرية ، نوعية الارتباط العاطفي ، التعليم المتخصص، وعلاقة اندماجية .