

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAJIA
Faculté Des Sciences Humaines et Sociales
Département De Psychologie Et d'Orthophonie



Mémoire de fin d'étude

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

Thème

**L'acquisition du comportement adaptatif chez les
enfants atteints de trisomie 21, intégrés dans un
centre psychopédagogique.**

*Etude de 05 cas âgés de (08 à 12 ans) au niveau du centre
psychopédagogiques des enfants inadaptés mentaux d'Akbou.*

Présenté par :

- Iskounen Tassadit.
- Moussioune Zouina.

Encadré par :

-Dr. Amrouche Nassima.

Année universitaire 2023/2024

REMERCIEMENT

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

On tient à adresser nos plus vifs remerciements à notre chère promotrice

Madame Amrouche Nassima

pour son encadrement précieux et sa disponibilité, et pour sa confiance en nos capacités et son aide inestimable tout au long de ce travail.

Nous remercions également les membres du jury de leur implication remarquable et de leur jugement éclairé.

On remercie également centre psychopédagogique des enfants inadaptés mentaux d'Akbou, pour leur collaboration et leur soutien. On est particulièrement reconnaissantes envers la psychologue du centre **Mme Djadda** qui nous a beaucoup aidé et partagé ses connaissances avec nous.

Enfin, nous remercierons nos parents, nos ami(e)s et proches qui ont toujours été là pour nous, leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

A tous ces intervenants, nous présentons nos remerciements, nos respects et gratitude.

Dédicace

J'ai tenu ma promesse, cher Grand-père. Je serai bientôt diplômée Inch'Allah et je sais que tu serais fier de moi. Tu m'as quitté trop tôt, te souviens-tu, Grand-père, quand tu me disais que je pouvais réaliser tout ce que je voulais ? Tes paroles ont toujours résonné en moi, et elles m'ont donné la force de ne jamais abandonner.

Tu étais mon pilier, mon confident, et je sais que tu es là-haut pour partager ma joie.

Et c'est avec une joie immense et le cœur ému que je dédie ce mémoire

A mon père, à ma mère et à mon très cher petit frère **Wassim**,

A mon meilleur ami et confident **Aghiles**, qui m'a toujours soutenu,

A ma chère famille, et mes proches pour leurs affections inépuisables et leurs précieux conseils.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à **Mme Amrouche**, ma promotrice, pour son aide précieuse et son soutien indéfectible.

A ma binôme **Zouina**,

A mes très chers amies **Ounissa**, **Zahra** et **Salima**,

Ce parchemin symbolise des années d'efforts, de sacrifices et de sueur. J'en suis incroyablement fière de moi, j'ai prouvé que tout est possible quand on y croit et qu'on s'en donne les moyens.

Tassadit

Dédicace

Louange à Dieu seul

Ce modeste travail est dédié spécialement

A la lumière de mes jours, la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, ma raison de vivre, en témoignage de ma reconnaissance pour sa patience, son amour et ses sacrifices mon **adorable mère**.

A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, mon précieux offre du dieu mon **Cher papa**.

« A vous, mes parents, je dis merci d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui. Aucune dédicace ne pourra exprimer mes respects, mes considérations et ma grande admiration pour vous. Puisse ce travail vous témoigne mon affection et mon Profond amour »

A ma chère sœur **Siham**, peu importe à quel point je me trompe envers elle, elle reste mon seul refuge et mon seul modèle dans ma vie. Merci de m'avoir encouragé, de m'avoir aidé et vos sacrifices gratuitement, mon bonheur.

À mes chers frères **Slimane** et **Karim**, qui je le sais, ma réussite est très importante à leurs yeux, Que Dieu vous garde pour moi.

A vous, mes princesses et mes princes je souhaite une vie pleine de bonheur, de joie et de réussite.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers **Mme Amrouche** pour son soutien constant, son expertise et ses précieux conseils tout au long de ce projet.

A ma binôme **Tassadit**,

A mes amies, **Chouchou, Nesrine, Sonia, Lina, Imane, Ouiza, Mamin, Massi**, vous êtes les étoiles qui illuminent mon univers, chacun de vous a une place spéciale dans mon cœur, et je suis honoré d'appeler chacun d'entre vous mon ami(e)

A tous ceux qui ont croisé mon chemin et ont laissé une empreinte dans ma vie, je souhaite exprimer ma gratitude et mon amour sincère. Vous êtes des rayons de lumière qui ont illuminé mon existence et m'ont apporté du bonheur et du réconfort.

Zouina

Le Sommaire

Remerciement.....	
Dédicace	
Liste des tableaux.....	
La liste des figures	
Introduction.....	1

La partie théorique

Chapitre I :

Le cadre général de la problématique

1. Problématique.....	6
2. Les concepts opérationnels.....	10
3. Le choix de thème.....	10
4. Les objectifs de la recherche.....	10

Chapitre II :

L'enfant trisomique

Préambule.....	13
1. Définition de l'enfance.....	13
2. Le développement global de l'enfant.....	13
3. Le profil de l'adaptation chez l'enfant.....	14
4. La définition de la trisomie 21.....	15
5. Aperçue historique de la trisomie 21.....	16
6. Les formes de la trisomie 21.....	17
7. Les caractéristiques de l'enfant trisomique.....	20

8. Les facteurs de risque de la trisomie 21.....	22
9. Les problèmes de santé chez les trisomiques.....	25
10. Le diagnostic de la trisomie 21.....	30
11. La prévention de la trisomie 21.....	32
12. La prise en charge de la trisomie 21.....	35
Synthèse.....	39

Chapitre III :

Le comportement adaptatif et les programmes des

Centres psychopédagogiques

Préambule.....	41
1. La définition du comportement adaptatif.....	41
2. Définition des concepts clés.....	42
3. Le trouble de l'adaptation selon le DSM-5.....	42
4. Les critères diagnostiques du trouble de l'adaptation selon le DSM-5.....	43
5. Les conditions de l'adaptation.....	43
6. Les difficultés d'adaptation chez l'enfant trisomique.....	44
7. Les outils de mesure du comportement adaptatif.....	45
8. Définition du centre psychopédagogique.....	48
9. Aperçue historique du centre psychopédagogique.....	48
10. Le rôle des centres psychopédagogiques.....	49
11. La prise en charge des centres psychopédagogiques.....	49
Synthèse.....	54

La partie pratique

Chapitre IV :

La méthodologie de la recherche

Préambule	57
1. La pré-enquête.....	57
2. Présentation du lieu de recherche.....	58
3. La méthode utilisée.....	61
4. Les outils d'investigation.....	61
5. Le groupe d'étude.....	68
6. Déroulement de la pratique.....	69
Synthèse	70

Chapitre V :

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	72
I. La présentation et l'interprétation des résultats	
1. Présentation du premier cas.....	72
2. Présentation du deuxième cas.....	78
3. Présentation du troisième cas.....	84
4. Présentation du quatrième cas.....	90
5. Présentation du cinquième cas.....	96
II. L'analyse et la discussion des résultats	103
La conclusion	108
Liste bibliographique.....	111
Annexes	
Résumé	

Liste des tableaux :

N° du tableau	Titre du tableau	N° de page
1	Le niveau des comportements adaptatif.	64
2	Le niveau des comportements inadéquats.	65
3	Les sphères et dimensions de la première partie de l'échelle de comportements adaptatifs.	65-66
4	Les sphères et dimensions de la deuxième partie de l'échelle de comportements inadéquats.	67
5	Les caractéristiques de la population d'étude.	68
6	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Mohamed.	73
7	Les résultats de La sphère des Habilitéés domestique appliquée sur le cas de Mohamed.	74
8	Les résultats de La sphère de la santé sensori- moteur appliquée sur le cas de Mohamed.	74
9	Les résultats de La sphère de la communication appliquée sur le cas de Mohamed.	75
10	Les résultats de La sphère des Habilitéés scolaire et pré scolaire appliquée sur le cas de Mohamed.	75-76
11	Les résultats de La sphère de socialisation appliquée sur le cas de Mohamed.	76
	Les résultats de La sphère des comportements inadéquats	77

12	appliquée sur le cas de Mohamed.	
13	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Salas.	79-80
14	Les résultats de la sphère des Habiletés domestique appliquée sur le cas de Salas.	80
15	Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice appliquée sur le cas de Salas.	80
16	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Salas.	81
17	Les résultats de la sphère de scolaire et préscolaire appliquée sur le de cas de Salas.	81-82
18	Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas de Salas.	82
19	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Salas.	83
20	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Safa.	85
21	Les résultats de la sphère des habilités domestiques appliquée sur le cas de Safa.	86
22	Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice appliquée sur le cas de Safa.	86
23	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Safa.	87

24	Les résultats de la sphère de pré scolaire et scolaire appliquée sur le cas de Safa.	87-88
25	Les résultats de la sphère de la santé de socialisation appliquée sur le cas de Safa.	88
26	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Safa.	88-89
27	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Salim.	91
28	Les résultats de la sphère des habiletés domestique appliquée sur le cas de Salim.	92
29	Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice appliquée sur le cas de Salim.	92
30	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Salim.	93
31	Les résultats de la sphère de préscolaire et scolaire appliquée sur le cas de Salim.	93
32	Les résultats de la sphère de la socialisation appliquée sur le cas de Salim.	94
33	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Salim.	95
34	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas de Mahmoud.	97
35	Les résultats de la sphère des habiletés domestique appliquée sur le cas de Mahmoud.	98
36	Les résultats de la sphère de la santé sensori-motrice	98

	appliquée sur le cas de Mahmoud	
37	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas de Mahmoud.	99
38	Les résultats de la sphère de préscolaire et scolaire appliquée sur le cas de Mahmoud.	99-100
39	Les résultats de la sphère de la socialisation appliquée sur le cas de Mahmoud.	100
40	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas de Mahmoud.	101
41	Illustration des résultats des cinq cas.	102

La liste des figures :

N°	Titre de la figure	Page
01	Le développement global de l'enfant en contexte	14
02	Image représente un enfant atteint de trisomie 21.	16
03	Distribution normale du chromosome 21	18
04	Trisomie par translocation 14/2	19
05	Distribution anormale du chromosome 21	20
06	Représentation des caractéristiques physiques d'un enfant trisomique.	21
07	Arbre décisionnel en vue du diagnostic biologique/génétique (CRMR et CCMR, 2020)	31
08	Arbre décisionnel en vue du diagnostic biologique/génétique (CRMR et CCMR, 2020)	32
09	Schéma de l'amniocentèse	34

Introduction

L'introduction :

L'enfance est le premier jalon de la vie humaine, elle prend son essor dès la naissance et se poursuit jusqu'au seuil de l'adolescence, vers l'âge de 12 ans. Elle représente une étape fondamentale pour le développement cognitif, émotionnel, social et physique qui pose les fondations de la personnalité et des comportements de l'individu.

Durant cette phase, certains enfants évoluent de manière typique dont leur développement suit son cours naturel. Tandis que d'autres, en situation de handicap, présentent des différences dans leur développement.

Le handicap peut s'agir d'une limitation physique, sensorielle, psychique, comme une maladie mentale ou un trouble du développement...etc. Les enfants porteurs d'un handicap font face à des limitations qui les empêchent d'interagir pleinement avec leur entourage, entraînant des difficultés cognitives, relationnelles, intellectuelles et physiques.

Notre recherche s'intéresse sur l'étude de handicap, en mettant l'accent sur la trisomie 21 qui est une source de défis à la fois sociétaux et personnels pour cette catégorie d'enfants, notamment pour leurs parents, comme on vise à étudier l'ensemble de comportements avancés par ces enfants au sein de leur environnement.

Le syndrome de Down est une anomalie chromosomique, causée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire, qui entraîne un déficit intellectuel et des anomalies physiques. (<https://www.msmanuals.com>).

La trisomie 21 est une anomalie génétique qui affecte le développement physique et cognitif des personnes, ces derniers peuvent également développer d'autres troubles et présenter des difficultés d'adaptation en fonction de leur environnement.

Dans le but de réaliser cette recherche, l'étude sera divisée en deux volets théoriques et un volet pratique, comprenant :

∴ **Le premier chapitre :** Le cadre générale de la problématique.

- Ce chapitre contient la problématique, les hypothèses, la définition opérationnelle des concepts clés, le choix du thème, les objectifs de la recherche).

❖ **Le deuxième chapitre** : L'enfant trisomique ce chapitre concerne l'enfance et la trisomie 21, ou nous allons parler sur l'enfant trisomique et son développement et aussi sur le syndrome de Down.

❖ **Le troisième chapitre** : Le comportement adaptatif et les centres psychopédagogiques.

Dans ce chapitre nous allons parler sur le comportement adaptatif (la définition, trouble d'adaptation, critères diagnostic...etc.).

❖ **Le quatrième chapitre** : La méthodologie de la recherche.

Ce chapitre concerne le cadre méthodologique (le terrain de la recherche, la méthode utilisée, les outils d'investigations et le groupe d'étude).

❖ **Le cinquième chapitre** : L'analyse et la présentation et l'interprétation des résultats.

Dans ce dernier chapitre nous allons faire une présentation des cas, analyser et interpréter les résultats de l'échelle québécoise de comportement adaptatif, discussions des hypothèses.

Et nous allons clôturer notre étude avec une conclusion.

La partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de la Problématique

1-Problématique :

Sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières. L'enfant se fait selon un processus de différenciation progressive. (Sillamy, 1999).

La petite enfance est une période fondamentale pour le développement de l'enfant, s'étendant généralement de la naissance à l'âge d'adulte. Cette période est caractérisée par une croissance et un développement rapides, tant sur le plan physique que cognitif, émotionnel et social. Le développement d'un enfant peut être entravé par une multitude de problèmes qui peuvent empêcher le suivi normal de ce développement. Et cela peut être causé par une ou plusieurs pathologies particulières que parmi elle en cite la trisomie.

Selon le dictionnaire de 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 on connaît plusieurs formes de trisomie, notamment celle qui affecte les chromosomes 13, 18, 21, la plus fréquente c'est la trisomie 21. C'est elle qui est responsable du mongolisme. (Sillamy, 1999, p270).

Les premières descriptions de la trisomie 21 remontent au XIXe siècle. En 1866, le médecin anglais John Langdon Down a décrit un syndrome qui, plus tard, portera son nom : le syndrome de down.

Il a fallu attendre 1959 pour que la cause de la trisomie 21 soit découverte. Le Dr Jérôme Lejeune, un généticien français, a découvert que la trisomie 21 était causée par la présence d'un chromosome surnuméraire.

Et en 1960, le caryotype est mis au point, ce qui permet de diagnostiquer la trisomie 21 de manière plus précise.

Chez l'être humain, chaque cellule comporte normalement quarante-six chromosomes ; vingt-deux paires autosomes et une paire de chromosomes sexuels.

Dans le cas de la trisomie 21, la présence d'un chromosome surnuméraire sur la paire 21 explique l'ensemble de la symptomatologie.

La trisomie 21, peut se manifester sous plusieurs formes et de sévérité différente d'une personne à une autre, allant de la forme libre ou homogène qui est la plus fréquente représentant 95% des cas, la forme translucide (trisomie par translocation) où toutes les cellules peuvent être concernées à la forme mosaïque, qui est l'une des formes de trisomie les plus rares et peut documentée. Dans cette anomalie, la personne atteinte est porteuse de cellules saines et d'autres dites trisomiques.

Cette affection est de mieux en mieux connue, ce qui permet une intervention précoce afin d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes. Ce trouble n'est généralement pas héréditaire ; elle ne se transmet pas des parents à leurs enfants mais elle est causée par la présence d'un chromosome supplémentaire sur la 21ème paire.

En 1990, le séquençage du chromosome 21 est achevé, ce qui permet d'identifier les gènes impliqués dans la trisomie 21.

Son incidence croit essentiellement en fonction de l'âge maternel, notamment au-delà de trente-cinq ans. Dans une moindre mesure, l'âge paternel serait lui aussi un facteur de risque dans la conception de fœtus de trisomie 21.

De surcroit, des facteurs héréditaires entraineraient 50% de probabilité de donner naissance à un enfant porteur de trisomie 21 lorsque la mère est elle-même porteuse de cette anomalie.

Les personnes atteintes affichent un éventail de troubles associés qui peuvent entraver le développement typique des individus porteurs de ce syndrome et des altérations aussi complexes les unes que les autres telles que le retard du langage, les troubles de l'apprentissage (lecture, écriture, calcul...), des complications d'ordre médicales (malformations cardiaques, surdité, apnée, convulsions...) et des troubles cognitifs touchant les fonctions mentales. Ces enfants PT21 présentent plusieurs types de compétences adaptatives.

Citant l'adaptation, c'est un ensemble d'action qui permet à l'enfant de s'adapter, et de s'accommoder à son nouveau milieu. En modifiant des

comportements inadéquats maintenu depuis longtemps et développer de nouveaux comportements ; des comportements qui permettent à l'enfant de s'évoluer vers l'autonomie.

Le comportement inadéquat est un concept qui varie en fonction du contexte, de la culture et des normes sociales. Il désigne tout comportement qui s'écarte de ce qui est considéré comme acceptable ou approprié dans une situation donnée.

Et il existe une grande variété de comportements inadéquats, parmi lesquels on peut citer :

- **L'agressivité:** Violence physique ou verbale, intimidation, etc.
- **La dépendance:** Addiction aux drogues, à l'alcool, au jeu, etc.
- **Les troubles du comportement alimentaire:** Anorexie, boulimie, etc.
- **Les comportements antisociaux:** Vol, vandalisme, etc.
- **Les troubles anxieux:** Phobies, troubles obsessionnels compulsifs, etc.
- **Les troubles de l'humeur:** Dépression, bipolarité, etc.

Selon Heber (1959), le comportement adaptatif réfère au degré d'efficacité avec lequel la personne répond aux demandes de son environnement naturel et social. En 1983, Grossman proposa dans le manuel de l'AAMR la première définition formelle du comportement adaptatif : Le comportement adaptatif a trait à la qualité de la performance quotidienne par laquelle on s'adapte aux exigences environnementales. Le comportement adaptatif réfère à ce que les gens font pour prendre soin d'eux-mêmes et interagir avec les autres dans la vie de tous les jours. (Grossman, 1983. P11).

Chez les enfants atteints d'une trisomie 21, le développement du comportement adaptatif peut être influencé par plusieurs facteurs notamment : le soutien familial et social, les interventions éducatives et thérapeutiques... Les centres spécialisés tel que les centres psychopédagogiques, avec leurs équipes pluridisciplinaires, constituent des lieux privilégiés pour la mise en œuvre de ces accompagnements.

Les centres psychopédagogiques (CPP) jouent un rôle important dans la prise en charge des enfants atteints de trisomie 21. Ces centres pluridisciplinaires proposent une évaluation complète des besoins de l'enfant et de sa famille. Ils

peuvent ensuite se mettre en place un programme d'intervention individualisé qui vise à développer les compétences cognitives, langagières, motrices et sociales de cet enfant trisomique, favorise son inclusion scolaire et sociale et accompagne sa famille dans son rôle de parent.

Les interventions proposées par les CPP peuvent être variées, et comprennent notamment par : des séances de psychomotricité, de l'orthophonie, de la kinésithérapie, et avec un soutien psychologique et une aide à l'apprentissage scolaire.

La prise en charge des enfants trisomiques selon le centre psychopédagogique, est centrée sur plusieurs pratiques, comme les jeux symboliques qui sont une étape très importante dans le développement de l'enfant trisomique, ils aiment ces types de jeu car ils aiment être dans l'imitation, ainsi des jeux d'encastrement classiques qui sont faits ou jeunes ayant des difficultés motrices. La musique fait partie aussi de cette prise en charge, car écouter de la musique pour ces enfants en difficulté, les aide à se détendre et à mieux se concentrer dans leur prochaine tâche de classe.

Nos lectures et l'observation naturelle que nous avons effectuée auprès des enfants ayant une trisomie 21 intégrés dans un centre psychopédagogique à Akbou, nous ont amené à poser la question suivante :

- Est-ce que la prise en charge des centres psychopédagogiques, joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants atteints de trisomie 21 ?

Afin de répondre à cette question nous proposons l'hypothèse suivante :

- « La prise en charge des centres psychopédagogiques joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants atteints de trisomie 21 ».

2. La définition des concepts clés :

2.1. La définition théorique des concepts clés :

- La trisomie 21 :

La trisomie 21, ou le syndrome de Down, est une aneuploïdie (anomalie du nombre de chromosome) définie par la présence d'un troisième exemplaire, en totalité ou en partie, du chromosome 21 qui compte environ 225 gènes.

- Dans la CIM-10 (2008), la trisomie 21 est classée dans : Chapitre 17 : malformations congénitales et anomalies chromosomiques. (Jean-Michel. A, Philippe. S, Françoise. G, 2018. P418).

- Le comportement adaptatif :

Le comportement adaptatif concerne « la capacité d'un individu à vivre de façon autonome en assurant la satisfaction de ses besoins et en exerçant la responsabilité sociale qu'on attend de lui sur la base de son âge chronologique. Il met en jeu les comportements suivants : capacités sensori-motrice capacités communicative, socialisation, jugement et raisonnement sur base concrète, activités de groupe et relations interpersonnelles ». (J. A Rondal, 1985. P08).

- Le comportement inadéquat :

Pour Cohen-Mansfield (1996), le caractère inadéquat d'un comportement et le fait qu'il ne découle pas de façon évidente d'un besoin sont des caractéristiques fondamentales de l'agitation. Un comportement peut être inadéquat en raison de sa nature agressive (violence contre soi-même ou les autres), de sa fréquence anormale ou du contexte dans lequel il se produit. (Philippe. C, Philippe. L, Jean. V, 2000. P128).

2.2. La définition opérationnelle des concepts clés :

- L'enfant trisomique :

Ce sont des enfants atteints de trisomie 21, âges de à 12 ans, intégrés dans le centre psychopédagogique des enfants inadapés mentaux d'akbou.

- Le comportement adaptatif :

Se réfère à l'ensemble des attitudes dont ces enfants font preuve pour s'ajuster à leur environnement. Il s'agit des habilités conceptuelles d'autonomie, scolaires et préscolaires, de communication et de socialisation ... etc, qu'ils développent et utilisent dans leur vie quotidienne. Ces comportements

adaptatifs peuvent être mesurés à l'aide de plusieurs outils, on y trouve parmi l'échelle québécoise de comportement adaptatif.

- Le comportement inadéquat :

Ce sont les comportements indésirables que ces enfants faisaient avant, et qu'ils ont maintenant abandonné et réussi à acquérir d'autres nouveaux appropriés.

3. Le choix du thème :

La trisomie 21 est un sujet qui nous tient particulièrement à cœur, et notre amour pour ces enfants trisomiques nous a motivé à nous investir pleinement dans notre recherche.

Nous avons abordé ce thème avec une perspective unique et engagée afin de :

- Comprendre les interactions sociales de ces enfants face à des individus ordinaires.

4. Les objectifs de la recherche :

Toute recherche scientifique comprend des objectifs, des finalités, ainsi notre recherche vise à :

- Confirmer ou infirmer notre hypothèse de recherche.

- Observer le comportement de ces enfants au sein de ce centre psychopédagogique, et analyser les relations qu'ils établissent entre eux et avec l'équipe psychopédagogique.

- Découvrir la qualité de la prise en charge effectuée au sein de ce CPP, et mettre en évidence cette catégorie d'handicap mental.

- Evaluer leur capacité d'adaptation et d'acquiescence de nouveaux comportements, grâce au soutien et à l'accompagnement du centre.

Chapitre II

L'enfant trisomique

Préambule :

Le terme « enfant » vient du mot latin « infans », désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité, celui à la place ou quel Freud parle de la détresse originelle du nourrisson pour désigner la dépendance physique de psychique. **(Fiche d'accompagnement pédagogique, 2006, P.02)**

L'enfant, être innocent et plein d'espoir .Son épanouissement et sont essentiels pour construire un monde meilleur. Parmi les enfants ceux porteurs de trisomie 21 occupent une place particulière, dotés d'une singularité précieuse .L'enfant trisomique grandit et se développe son propre rythme, suivant un chemin unique .Il possède des forces et des talents spécifiques qui méritent d'être encouragés et valorisés. Dans ce chapitre nous allons découvrir le lus sur cette catégorie d'enfant et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur développement physique, psychomoteur et de cognition.

1. Définition de l'enfant selon le dictionnaire de psychologie :

Sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières. L'enfant se fait selon un processus de différenciation progressive. **(Sillamy, 1999).**

2. Développement global de l'enfant :

Le développement global du jeune enfant est un processus progressif et continu de croissance simultanée de toutes les démentions de la personne. Il sous-entend l'acquisition de connaissances, la maîtrise d'habiletés et le développement d'attitudes sur les plans cognitifs, psychomoteur, social, affectif et moral. **(BOUCHARD.C, Nathalie. F, 2010. P06).**

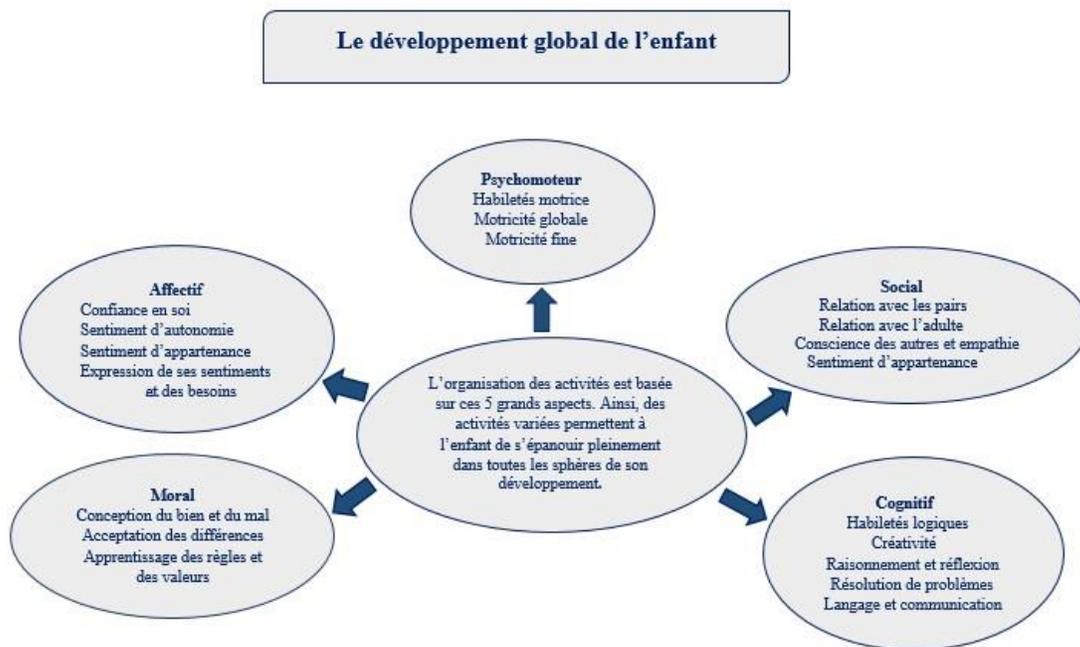


Figure 01 : le développement global de l'enfant en contexte éducatif,
(BOUCHARD. C, presses de l'université de Québec, 2008).

De la naissance à l'âge adulte, l'enfant évolue sur plusieurs plans : physique, émotionnel, social et intellectuel. Ces dimensions sont intimement liées et se développent de manière interdépendante. Chaque étape de croissance marque des avancées significatives dans la maîtrise de son corps, dans la compréhension du monde qui l'entoure et dans ses relations avec autrui.

3. Les profils d'adaptation chez l'enfant :

A partir de l'attitude des enfants dans des situations de compétition et du rapport individuel entre taux d'activités affiliatives et taux d'activités agonistiques, Montagnier (1978) décrit sept profils sociaux chez les enfants de 24 à 36 mois.

- Les enfants leaders, ont un taux de comportements affiliatifs supérieurs aux comportements agnostiques. Ils ont des comportements actifs lors des conflits entre pairs et savent dominer, pour récupérer un objet, par exemple.

- Les enfants dominants agressifs, manifestent de très fréquentes conduites agressives, le rapport des comportements affiliatifs, comportements agressifs est chez eux inversé comparé au groupe précédent.

- Un troisième profil d'enfants regroupe ceux dont le statut varie d'un jour à l'autre, d'un moment ou (d'une situation à l'autre, se comportant tantôt comme des leaders ou comme des dominants agressifs.

- Les enfants dominés craintifs, ont de fréquentes conduites de retrait social. Ils sont souvent dominés dans les compétitions auxquelles ils participent peu.

- Les enfants dominés agressifs, participent peu aux compétitions, car ils manifestent des conduites agressives de façon impulsive.

- Les enfants dominés, ont des conduites affiliatives fréquentes mais, contrairement aux leaders, ils ne s'imposent pas dans les compétitions.

- Les enfants isolés, eux ont très peu de conduites d'interaction avec leurs pairs et restent donc en retrait du groupe d'enfant. (Baudie. A, et Céleste, 2004, P.128).

4. Définition de la trisomie 21 :

La trisomie 21 est une aberration chromosomique génétique qui représente pour un enfant atteint un ensemble d'anomalies physiques et mentales très graves. La triplication de la plus petite région du chromosome 21 est nécessaire pour provoquer le phénotype de cette pathologie. La présence du 21 en trois exemplaires n'est pas indispensable car une seule zone étroite du bras long est responsable du syndrome de Down. (Huret J.L. et coll. 1990).

La trisomie 21 est une anomalie génétique due à la présence totale ou partielle d'un chromosome supplémentaire : cette anomalie vient déséquilibrer le fonctionnement de l'organisme et engendre ainsi des troubles de développement. (Marine. G, 2023, P07). La trisomie 21 est donc une condition génétique relative au chromosome 21, ou une série de gènes triplicés déterminent une surproduction de protéines, particulières dans une série de tissus du corps, laquelle provoque les effets pathologiques de phénotype des personnes porteuses d'un syndrome de Down. (Jean-Adolphe. Rondal, 2013.p19).

-Selon Norbert Sillamy :

La trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence Surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu deux. (Sillamy, 1980. P273).



Figure n°02 : représente un enfant atteint de trisomie 21.

(<http://lecomprime.com>).

5. Aperçu historique de la trisomie 21 :

La trisomie 21 est la première atteinte génétique décrite chez l'homme. Elle a été décrite pour la première en 1838 par Jean-Etienne Dominique Esquirol, un médecin français. Il s'est intéressé à ce qu'on appelait alors l'idiotie et a publié ses observations dans un livre intitulé "Des maladies mentales".

Il a décrit un groupe d'enfant qui présentait des caractéristiques physiques et intellectuelles similaires et les a appelés "idiots mongoliens".

En 1846, le Dr Edouard Séguin a publié un livre intitulé "Traité de l'éducation des idiots et des autres enfants arriérés". Il été le premier à décrire avec art les traits du visage des personnes atteintes de trisomie 21. Il a noté que les personnes trisomiques avaient souvent un visage rond, des yeux bridés, un nez petit et une bouche large.

En 1866, le médecin britannique, John Langdon Haydon Down a ensuite publié un article intitulé : «Observation sur une classification éthique des idiots». Dans cet article il classe les idiots selon les caractéristiques physiques et éthiques, et dans lequel il donne une description clinique sur la maladie qui s'appelle «idiotes mongoloïdes».

Le 12 décembre 1959, publication fondamentale de l'équipe R. Turpin, J. Lejeune, M. Gauthier : la mise en évidence d'un chromosome surnuméraire au sein de la cellule permet d'identifier une maladie. Pour la première fois, une pathologie cliniquement bien reconnue, est rattaché à une anomalie chromosomique. (Monique, C, 2011. P 07).

En 1961, un groupe de scientifique, dont le petit-fils du Dr John Langdon Down, propose de remplacer le terme « mongolisme » par « syndrome de Down ». Cette proposition a été acceptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1965.

En 2000, le séquençage complet du génome humain est achevé. Cette découverte tolère d'identifier les gènes responsables de la trisomie 21. (Hattori, M et al, 2000.p318).

En 2012, pour la toute première fois, la journée mondiale de la trisomie 21 est officiellement reconnue par les Nations Unies, la date étant le 21 mars a été choisie pour signifier le caractère unique de la triplication (trisomie) du 21eme chromosome qui provoque le syndrome de Down.Cette journée est observée afin de sensibiliser sur la trisomie 21. (<https://www.worlddownsyndromeday.org>).

6. Les différentes formes de trisomie 21 :

6.1. La trisomie 21 libre :

Trois types de Trisomie 21 existent (Celeste Lauras, 1997) :

- La forme la plus fréquente (90-95% des cas : Orphanet, 2007) est la **trisomie 21 libre**. Elle résulte d'un accident de méiose. Un gamète à 24 chromosomes (issu du père dans 30% des cas) s'unit à un gamète à 23 chromosomes et forme une cellule à 47 chromosomes, ce qui produit des cellules à 47 chromosomes (au lieu de 46). Le chromosome supplémentaire est le chromosome 21.

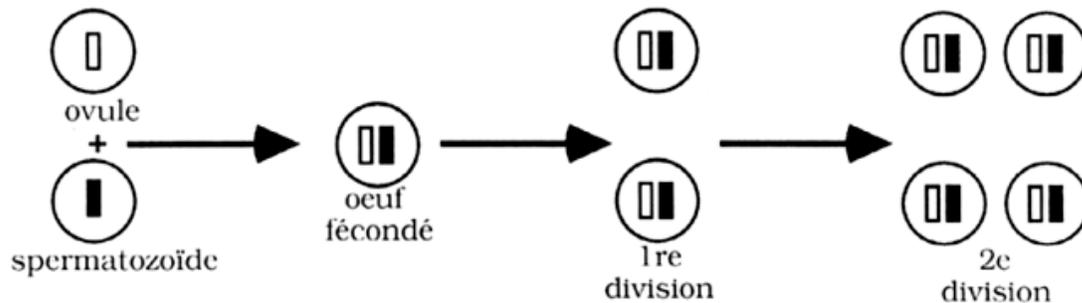


Figure 03 : Distribution normale du chromosome 21.

(Aboulmakarim. R, Boufous. S, 2006).

6.2. La trisomie par translocation :

Dans la Trisomie 21 par translocation (concernant 1 à 2 enfants sur 100 enfants porteurs de Trisomie 21 : Buckley & Bird, 2002), les cellules de la personne comptent bien 46 chromosomes, contrairement aux formes libres ou en mosaïque. Le troisième chromosome 21 est fixé à un autre chromosome (souvent 13, 14 ou 15). Dans 50% des cas, un des deux parents a un de ses chromosomes 21 fixé à un autre chromosome, ce qui constitue une translocation équilibrée parce qu'il n'y a pas de chromosome supplémentaire.

En revanche chez l'enfant c'est une translocation déséquilibrée, car elle donne lieu à du matériel chromosomique supplémentaire : l'enfant possède chromosomes 21. Si la mère est porteuse de l'anomalie chromosomique, il y a un risque sur 10 pour que l'enfant ait une trisomie 21, contre un sur 20 si c'est le père qui est porteur. (Emeline. P, 2017. P39-40).

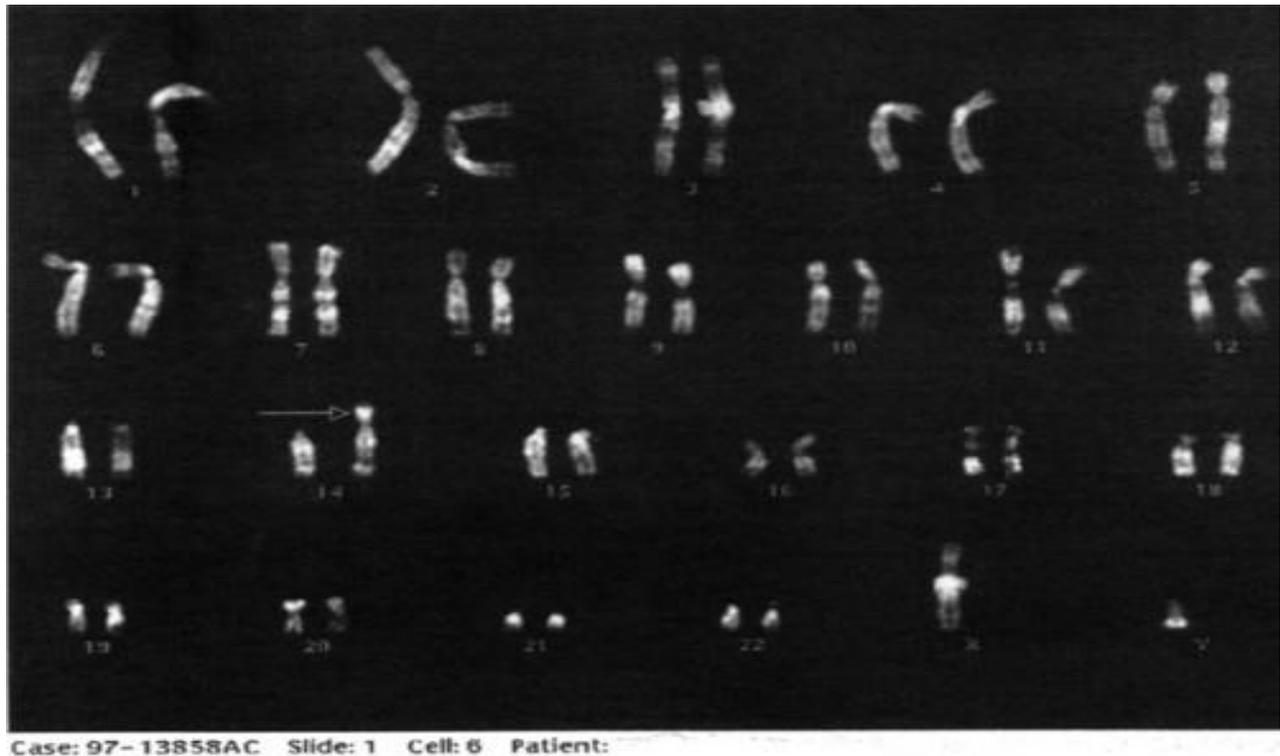


Figure n° 04 : Trisomie par translocation 14/21.

(Aboulmakarim. R, Boufous. S, 2006).

6.3. La trisomie en mosaïque :

Dans les cas de Trisomie 21 en mosaïque (concernant 2 à 3 enfants sur 100 enfants porteurs de Trisomie 21 Buckley & Bird, 2002), les cellules paternelles et maternelles sont normales, à 23 chromosomes. Leur « fusion » aboutit normalement à des cellules à 48 chromosomes. Par contre, au bout d'une ou deux divisions, une cellule se divise en une cellule à 45 chromosomes et une à 47 chromosomes. Celle à 45 meurt et celle à 47 restes en résulte un mélange dans l'organisme de cellules à 46 et à 47 chromosomes, ce qui lui vaut le nom de mosaïque.

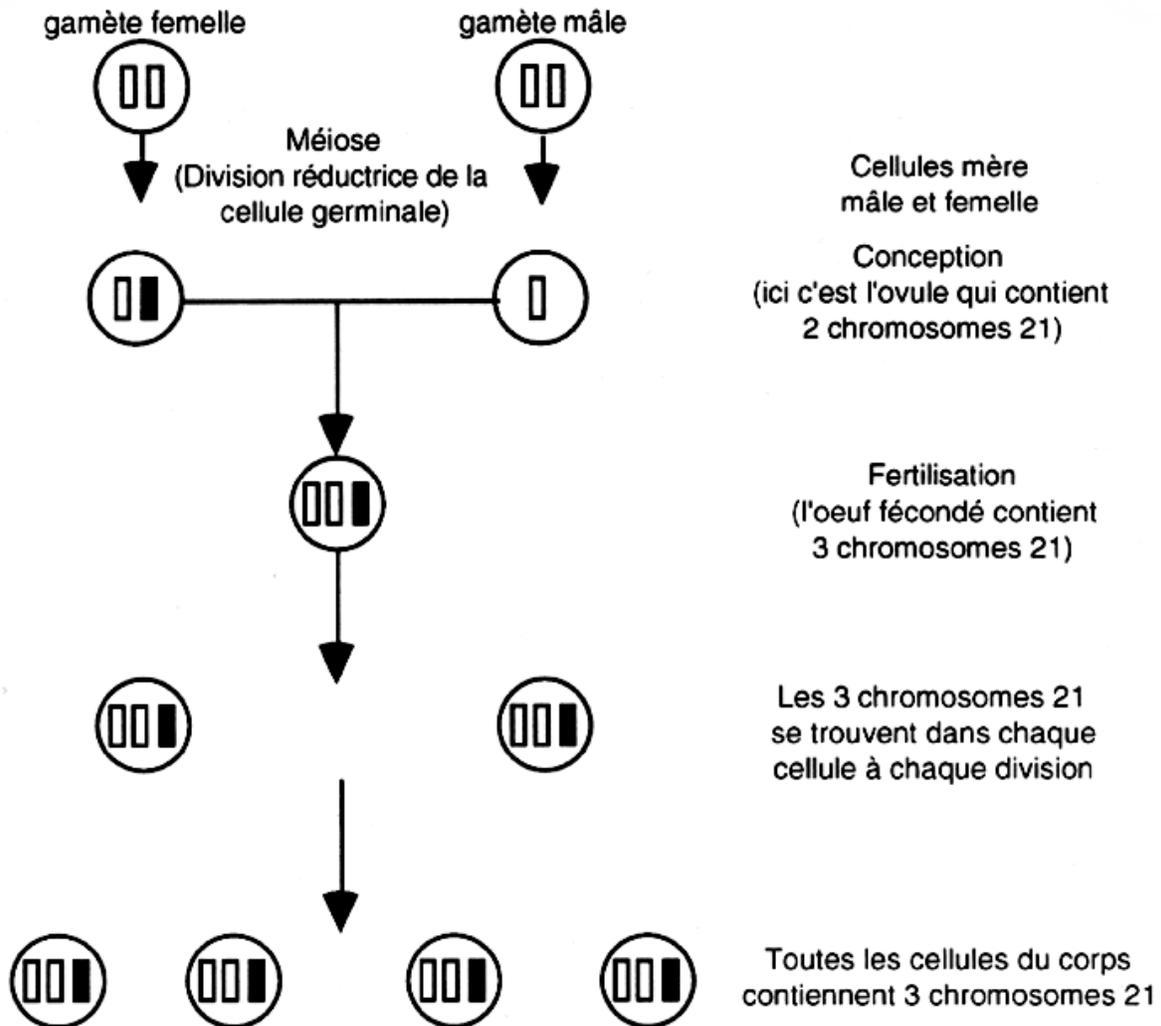


Figure n° 05 : Distribution anormale du chromosome 21.

(Aboulmakarim. R, Boufous. S, 2006).

7. Les caractéristiques des enfants trisomiques 21 :

L'enfant trisomique présente certaines caractéristiques morphologiques, cognitives, motrices qui se diffèrent d'un enfant normal.

7.1. Caractéristiques morphologiques :

Il se caractérise par une morphologie particulière au différents niveaux de corps : le niveau crânio-facial le cou est court et large avec un excès de peau et la nuque plate avec une implantation basse de cheveux, le crâne est petit. Le visage est rond

et plat. Le ciel sont rares et court, la racine de nez est plat avec une ensellure nasale large en raison d'un retards d'apparition des os de nez, ce dernier et court avec des narines antéversés, la bouche est petite, souvent par hypotonie, est des oreilles sont petite et ronds, au niveau de membres supérieure les doigts sont courts et trapus et avec un seul pli palmaires. Les membres inférieures : les pieds courts et larges, les deux premiers orteils sont souvent t espacés.

Autres caractéristiques sur le développement : la puberté et normale chez les filles trisomiques mais les garçons resteront stériles.

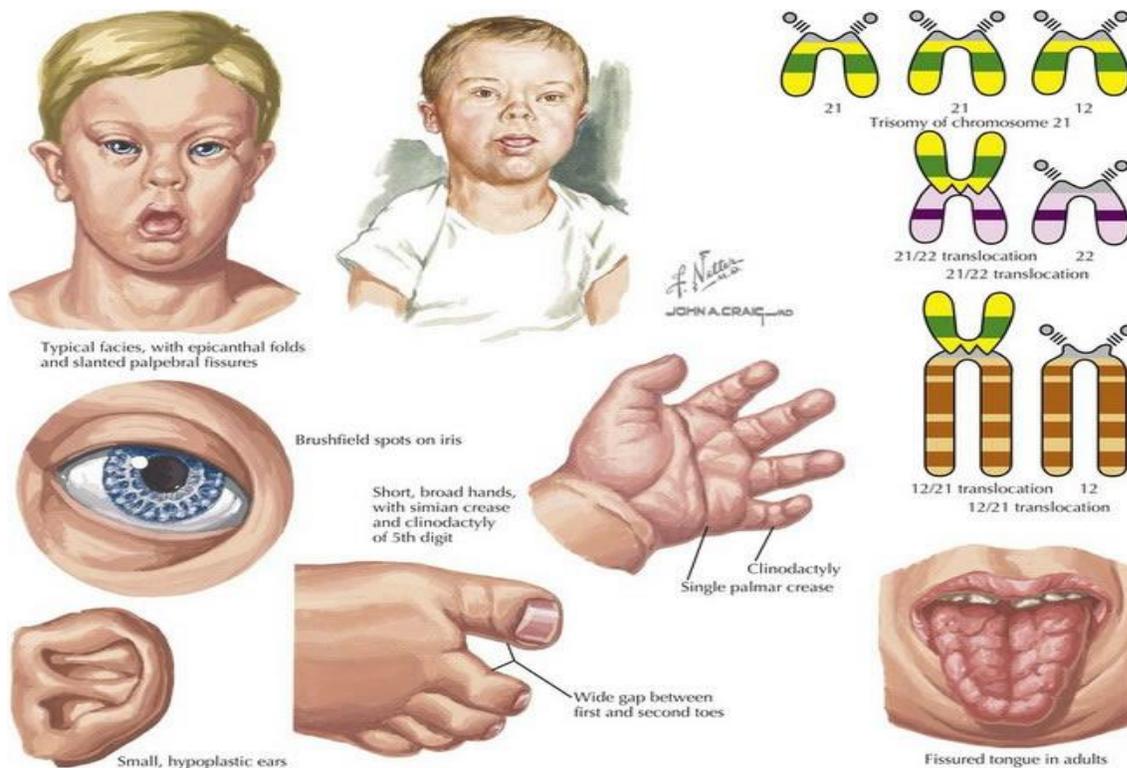


Figure n° 06 : représente les caractéristiques physiques d'un enfant trisomique.

7.2. Caractéristique cognitif :

La majorité présentent un faible quotient intellectuel (Q.I) allant de modérément (70) a sévèrement retarde (30) vicari2004, 2006 contrairement à la population générale ; leur Q.I décroît.

Les enfants trisomiques présentent des capacités normales dans

l'accomplissement des tâches simples mais présentent des difficultés dans des tâches qui faussent à la mémoire spatiale et la mémoire à long terme, ils présentent également des difficultés dans l'acquisition des nouvelles compétences.

7.3. Caractéristique motrice :

Des observations sur le développement sensori-motrices de 0-3ans à l'aide de l'échelle, urgerais et Hunt montre un écart progressif entre l'âge chronologique et le développement dans tous les domaines et pour les trisomiques 21 prend plus de temps pour passer d'un stade à un autre.

Les enfants porteurs de trisomie 21 présentent un léger retard au cours de premières stades de l'apprentissage de la motricité (rouler, s'asseoir) ces retards s'accroissent au cours de développement : les enfants porteuses de trisomie 21 ne maîtrisant la marche qu'entre 15 et 74 mois contre 18 mois maximum par rapport à l'enfant normale. (Goffinet, 2008. P22).

On peut résumer que : la trisomie 21 se traduit principalement par une déficience intellectuelle généralement légère à modérée, des troubles de la croissance et une insuffisance de la tonicité musculaire associée à une hyper laxité ligamentaire. L'importance du retard du développement psychomoteur dépend de chaque personne avec un rôle prépondérant joué par l'environnement, l'accompagnement et l'apprentissage dans le développement des capacités, puis de leur maintien.

8. Facteurs de risques de la trisomie 21 :

8.1. Facteurs intrinsèques :

➤ Facteurs héréditaires :

Le rôle des facteurs héréditaires est attesté ou très probable dans les cas suivants :

- Les enfants mongoliens nés de mères mongoliennes. La probabilité qu'une mère mongolienne donne naissance à un enfant mongolien est d'environ 50 %.
- Les cas où il y a plusieurs enfants mongoliens dans la famille immédiate ou dans la parenté. Ce sont des cas peu fréquents. Les causes exactes ne sont pas

connues. Ces cas deviendront encore moins fréquents dans le futur avec le développement et la diffusion des moyens de détection prénatale du mongolisme et l'extension du conseil génétique.

- Les cas de translocation. Dans 1 à 2 % des cas de mongolisme, on peut mettre en évidence une situation de translocation dans le caryotype du père ou de la mère. Cette situation détermine une trisomie 21 partielle chez l'enfant. Il est exceptionnel que les situations de translocation se retrouvent au long d'une lignée familiale. La plupart des translocations semblent apparaître sporadiquement.

- On a signalé également la possibilité que le mongolisme soit transmis de père ou de mère à l'enfant, ou au moins soit favorisé lorsque l'un des parents, bien que phénotypiquement normal (c'est-à-dire normal à tous points de vue : physique, intellectuel, organique).

➤ **Les autres facteurs intrinsèques :**

Les autres facteurs étiologiques intrinsèques connus ou soupçonnés à ce jour sont liés à l'âge maternel. On a remarqué depuis longtemps que la survenue d'un enfant mongolien est plus fréquente à mesure que l'âge maternel augmente, et tout particulièrement après 35 ans. Toutes les données épidémiologiques dans les différents pays confirment qu'environ deux tiers des enfants mongoliens naissent de mères âgées de plus de trente ans. La probabilité d'avoir un enfant mongolien s'accroît jusqu'à environ 1/50 après 40 ans. Il semble par contre que l'incidence du mongolisme n'entretient aucun rapport avec l'âge du père.

Wunderlich (1977) a suggéré la possibilité que dans les cas des enfants mongoliens nés de mères jeunes, l'action massive des facteurs extrinsèques (par exemple, l'exposition à des radiations) est nécessaire, tandis qu'à mesure que la mère gagne en âge, l'effet des mêmes facteurs peut être moins massif mais interagir avec le processus de vieillissement biologique dans la détermination du mongolisme. Il n'est pas exclu que certains facteurs psychiques (la dépression, par exemple) chez les mères puisse faciliter l'apparition des manifestations biologiques qui déterminent le mongolisme. Mais aucune indication claire ne permet à ce jour de dépasser le stade de l'hypothèse préliminaire. (**Jean-Luc.L, 1997, P21.22**).

8.2. Facteurs extrinsèques :

La liste des facteurs extrinsèques potentiels inclut les radiations (rayons X et autres), l'effet génétique des virus, les agents chimiques mutagènes, divers facteurs immunobiologiques, et peut-être certaines déficiences en vitamines.

Il existe une relation certaine entre l'effet des radiations et le processus génétique. Plus le degré ou l'accumulation des expositions aux radiations est importante, plus les effets sur les processus génétiques sont marqués. Une relation causale de ce type a été postulée pour expliquer l'étiologie du phénomène de non-disjonction dans les cas de mongolisme. Une telle relation, cependant, est très difficile à prouver, particulièrement dans la mesure où les radiations en question peuvent être intervenues des années avant la conception de l'enfant mongolien.

Sigler et collaborateurs (1961) et Uchida, Ho-lunga et Lawler (1968) ont rapporté les données corrélatives basées sur des indications anamnestiques et prospectives qui semblent indiquer, chez les parents des enfants mongoliens par comparaison avec des groupes contrôles de parents d'enfants normaux, la possibilité d'une plus grande fréquence d'exposition aux radiations sur un intervalle de temps variable. Parfois, cette période peut aller jusqu'à plusieurs années dans le passé ou, au contraire, se situer plus avant la conception (exposition aux radiations pour des raisons professionnelles, d'habitat, accidentelles, ou d'examens et de traitements médicaux).

L'effet de certains virus sur le développement de diverses tumeurs malignes par l'intermédiaire d'une perturbation génétique est considéré comme hautement vraisemblable. On suggère également une relation du même type entre le mongolisme et certaines infections virales. Parmi les agents viraux suspects aux yeux de certains chercheurs figurent le virus de l'hépatite et le virus de la rougeole.

Certains agents chimiques susceptibles de déterminer des mutations génétiques sont également suspects en ce qui concerne la détermination du mongolisme. Il s'agit surtout des agents chimiques connus ou soupçonnés d'être impliqués dans l'étiologie de certaines formes de tumeurs malignes.

On signale également une relation possible entre le mongolisme et les désordres thyroïdiens chez la mère (Benda, 1960), notamment dans les cas de

goitres thyroïdiens.

D'autres hypothèses ont été avancées, comme celle d'une relation entre le mongolisme et un taux anormalement élevé d'immunoglobuline et de thyroglobuline dans le sang des mères. Il est possible qu'une élévation du taux des anticorps thyroglobuline soit associée à l'accroissement en âge chez les mères.

Enfin, on suspecte certaines déficiences vitaminiques, notamment en vitamine A, déficiences connues pour leurs effets nocifs sur le système nerveux. Elles contribueraient à favoriser les dérèglements génétiques et notamment ceux qui aboutissent à déterminer le mongolisme. Une telle relation est loin d'être établie cependant. Mais il est possible que les déficiences vitaminiques préparent le terrain pour le dérèglement génétique dans la mesure où elles perturbent le fonctionnement de l'organisme en général. (Jean-Luc.L, 1997, P22.23).

9. Les problèmes de sante chez les trisomiques :

9.1. Troubles neurocentraux :

Les troubles neurocentraux sont souvent méconnus. Pourtant, leurs impacts sont d'importance dans le quotidien de la personne concernée. Ils impliquent des troubles perceptifs et des troubles neuromoteurs spécifiques. (Monique C, 2011. P23).

9.2. Troubles des perceptifs :

Les troubles sensoriels chez l'enfant trisomique sont constants. Tous les organes des sens sont atteints non dans leur périphérie mais dans la perception que l'enfant peut avoir au niveau central, cérébral, des messages reçus. Les cinq sens étant touchés. Cela entraîne en particulier le dysfonctionnement de la mise en place du système cognitif chez le bébé atteint de trisomie. Cet aspect, à lui seul, explique et exige la prise en charge précoce, dès les premiers jours ou moins qui suivent la naissance. (Monique C, 2011. P24).

9.3. Trouble visuels :

Les troubles visuels sont parfaitement connus. Il s'agit de troubles oculomoteurs qui engendrent des difficultés à mettre en place les points de repérage efficaces du regard. L'équipe de John Miller a placé les points de repérage efficaces n'étaient pas stables chez l'enfant atteint de trisomie 21 et que de plus

lorsqu'un point de repérage est sur l'axe droit si l'enfant tourne la tête 90°, le point de repérage correspondant est à une distance divisée par deux du point acquis. Cela explique que, hors éducation précoce. L'enfant perçoit des images aberrantes, distordues qui le gênent tout à la fois dans la mise en place de l'exploration de son environnement, dans acquisition de l'exploration temporospatiale et dans ses interactions déictiques, bases de la communication.

De plus pour les raisons d'hypotonie des muscles de l'œil, le balayage droit /gauche se fait plus lentement que chez l'enfant ordinaire. L'enfant atteint de trisomie 21 a du mal à fixer son regard. Il est souvent porteur de nystagmus mais rares sont les nystagmus neurologiquement vrais. Il s'agit souvent de nystagmus temporaires, déclenchés par la non-stabilité des muscles de l'œil, donc parfaitement accessibles à une prise en charge éducative incluse dans l'ensemble d'éducation précoce. (Monique C, 2011. P24).

9.4. Troubles auditifs :

Les troubles auditifs peuvent être des surdités de perception, dont la gravité est variable selon les cas. Ces surdités de perception sont relativement rares mais plus d'un enfant sur deux sera porteur. Dans son enfance, d'un trouble auditif mineur, conséquence des épisodes rhino-pharyngés multiples.

Ce trouble, non dépisté et non soigné, a de nombreuses conséquences négatives pour l'enfant, dont notamment les difficultés dans l'élaboration du langage et cela en dehors des dysfonctions liées à la présence de troubles ORL. Cependant, c'est le trouble des écoutes, toujours présente qui est le plus invalidant pour tous. En effet, il a été démontré que les perceptions sont mal « traduites » au niveau neurocentral. L'enfant la personne atteinte de trisomie 21, non éduqué particulièrement ne perçoit pas les sons de la même façon que nous : un rétrécissement du champ auditif portant particulièrement sur les sons aigus, au-delà du 4000 dB, transforme très rapidement le son en une sensation douloureuse. Cela explique le comportement de certains morceaux de musique de trop forte intensité, des bruits explosifs tels des faux d'artifice, ou encore la difficulté à jouer dans un préau trop sonore etc. De plus la perception des rythmes (rythmes de la parole par exemple) est difficilement comprise et interprétée ce qui amène en outre des difficultés d'écoute de paramètre durée.

Les difficultés d'écoute entraînent fatalement des difficultés

- De mise en place de système phonatoire
- De transcription des messages perceptifs
- De la mise en place des phonèmes conversationnels

En outre, il ne faut pas confondre troubles des écoutes et troubles de compréhension : l'enfant qui entend mal ne peut pas bien comprendre hors d'aides adaptées. (Monique C, 2011. p24-25).

9.5. Troubles de la sensibilité :

Les troubles de la sensibilité sont eux aussi constants, ils provoquant des difficultés d'appréhension des ressentis :

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

-Sensibilité proprioceptive consciente et inconsciente leur rendent difficile la maîtrise des mouvements de leur corps :

- Troubles de la perception de la douleur. La douleur est perçue plus tardivement et de façon différente, elle est « atténuée ». Cette difficulté est un réel souci dans la mesure où l'enfant se plaint souvent beaucoup trop tard. Aux urgences de l'hôpital Debrousse, à Lyon, on s'est aperçu par exemple que sur une année. Les deux tiers des péritonites opérées l'étaient chez des enfants atteints de trisomie 21, ce qui montre bien les difficultés engendrées par ces troubles de non-perception ou de mauvaise perception de la douleur.

Cela n'empêche pas et au contraire aggrave les comportements « imitatifs » face à la douleur et déroutent souvent parents et éducateurs. L'enfant en grandissant, prend des comportements « imitatifs ». Il comprend l'intérêt général que l'on apporte à la douleur et sait exploiter cet intérêt ; il sait se plaindre pour des troubles apparents visuellement qui sont de faible intensité, rassurant ainsi son entourage. C'est un piège difficile à maîtriser mais qu'il faut connaître de façon à le traiter chaque fois que nécessaire le plus vite possible. (Monique C, 2011. P25).

9.6. Troubles gustatifs et olfactifs :

Les troubles gustatifs et olfactifs furent étudiés en premier par l'équipe du professeur Martin Gittelman à New York. Il semble que les papilles gustatives chez l'enfant atteint de trisomie 21 soient différemment réparties sur la langue par rapport à celles des autres enfants. Elles sont situées à la périphérie et à la partie centrale médiane de la langue, ce qui exige davantage encore de vigilance lorsque l'on envisage une intervention sur la langue, puisque très rapidement, on peut supprimer toute sensation de goût. Il est certain que l'appréciation des goûts leur est difficile, toutefois après les traitements oro-praxiques, la majorité des jeunes traités disent qu'ils perçoivent le goût de ce qu'ils mangent (« le bifteck est devenu bon depuis » me disait l'un d'eux).

Depuis les travaux de la même équipe on sait que l'odorat est atténué et doit donc être éduqué au moins :

-Pour mettre en place les signes prédictifs du danger (odeur de brûlé, odeur âcre, piquante

-Pour adapter le comportement sociologiques : ce qui sent bon, mauvais ... après une intervention oropraxique, un adolescent remarquait : « ah c'est bien, maintenant » ; puis en détaillant : « ah, c'est bon le bifteck » ou « je sens le parfum ma mère, mais je sens aussi l'odeur du désherbant et ce n'est pas pareil ! ».

En tout cas, il faut retenir que l'ensemble des perceptions sensorielles est perturbé et nécessite une prise en charge très rapide chez le bébé afin de lui permettre un développement cognitif aussi harmonieux que possible. (Monique C, 2011. p26).

9.7. Le développement psychologique :

➤ Le développement psychomoteur :

Il se caractérise par une hypotonie particulièrement marquée dans les premières années. Ceci a une incidence sur la disparition tardive des réflexes archaïques, sur la stabilité et sur le retard dans l'apparition de la marche acquise en générale vers 2 à 3ans mais qui peut l'être avant grâce à une éducation précoce.

Cette hypotonie a également des conséquences au niveau du développement

de la parole, avec une fréquence particulièrement marquée de troubles articulatoires. En contrepartie, elle rejaillit aussi sur le caractère des enfants trisomiques qui sont plutôt des bébés calmes, passifs, plutôt faciles vis-à-vis de leur entourage. Cette hypotonie décrite souvent comme généralisée est en fait sélective ; elle porte en particulier sur les muscles de la ceinture scapulaire, ce qui a pour conséquence, quand l'enfant grandit, de provoquer des déficits de croissance de la cage thoracique avec des retentissements possibles sur le plan respiratoire. (Guidetti, M.Tourrette, C, 2002. p121).

➤Le développement intellectuel :

Le QI est la donnée quantitative la plus aisément obtenue. Cette évaluation pose les mêmes problèmes que chez les autres déficients mentaux. Le niveau intellectuel des enfants trisomiques est distribué, comme chez les enfants tout-venant, selon une courbe de Gauss mais dont le QI moyen se situe autour de 40 - 45 pouvant atteindre un maximum situé entre 65 et 79 donc assez proche du seuil inférieur de l'intelligence dite « normale ». On considère que 86,5% des trisomiques ont un QI compris entre 30 et 65 ce qui correspond à la déficience mentale moyenne, tandis que 8 % relèveraient de la déficience mentale profonde et 5.5% du retard mental léger. La corrélation entre le QI des parents normaux et celui de leurs enfants trisomiques est la même Que celle que l'on retrouve entre parents et enfants tout venant.

En d'autres termes, cela signifie Que les parents à QI élevé auront tendance à avoir les enfants trisomiques à QI élevé. Le niveau intellectuel des enfants trisomiques avec exceptionnellement des QI normaux ou proches de la normale, mais ceci a été contesté. (Guidetti, M.Tourrette, C, 2002. p122).

➤Le développement communicatif et linguistique :

Lambert et Rondal (1979) font une synthèse des travaux sur le sujet. En ce qui concerne la parole, on note des problèmes spécifiques dans l'organisation de l'activité respiratoire de la production des sons et du discours qui est à relier à l'hypotonie des muscles qui contrôlent la fonction respiratoire. On constate également des problèmes au niveau de la voix qui est plutôt grave, à timbre monotone, parfois gutturale, mais il existe une grande variabilité d'un enfant à l'autre.

Les capacités auditives, souvent inférieures à la normale, vont rejaillir sur l'acquisition du langage, c'est pourquoi une évaluation précoce peut permettre une intervention thérapeutique efficace. Les difficultés articulatoires sont très fréquentes et concernent environ 75% des sujets. Ces troubles portent essentiellement sur les consonnes et surtout sur les consonnes, constrictives «f, v, j, ch, s, z, l, r » qui apparaissent plus tardivement dans le développement normal. La fréquence du bégaiement est également importante, de 30 à 45% selon les études.

10. Diagnostic de la trisomie 21 :

De nos jours, le diagnostic est fait le plus souvent en période prénatale. Le dépistage prénatal est proposé aux parents, et qui sont libre de choisir de faire ou non le test.

10.1. En période prénatale :

Le diagnostic prénatal fait référence à l'ensemble des méthodes qui permettent l'approfondissement des connaissances sur l'état génétique et métabolique du fœtus, sa constitution chromosomique (y compris le sexe) et ce, à un stade de plus en plus précoce de la grossesse.

Il permet des interventions précoces dans le respect des choix individuels. Les méthodes utilisées pour détecter la trisomie 21 sont l'amniocentèse, la biopsie chorale et la fœtoscopie. L'amniocentèse est pratiquée non pas de façon systématique mais sous ordonnance médicale, en présence immédiate du médecin pathologiste. (Durand S, Goulet C, 1992. p15-25).

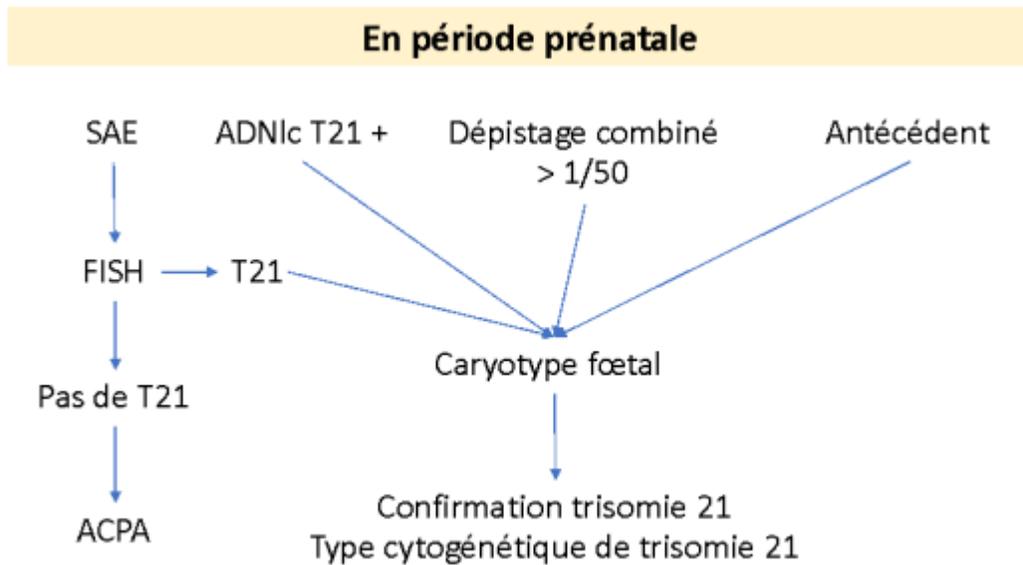


Figure n° 07 : Arbre décisionnel en vue du diagnostic biologique/génétique.
(CRMR et CCMR, 2020).

10.2. En période post-natale :

Généralement le diagnostic est évoqué dès la naissance devant l'association : morphotype facial évocateur, hypotonie axiale et souffle systolique à l'auscultation évoquant une cardiopathie (en cas de cardiopathie associée). Et en cas de suspicion diagnostique, il conviendra d'adopter une attitude adaptée envers les parents et de toujours évoquer le diagnostic avec tact, sans hésiter à solliciter l'aide d'un spécialiste (généticien, pédiatre...).

La suspicion diagnostique doit être confirmée par la réalisation d'un caryotype constitutionnel après information et signature du consentement éclairé. En effet, outre la confirmation du diagnostic, le caryotype permet de faire un conseil génétique adapté. (CRMR et CCMR, 2020. P8.9).

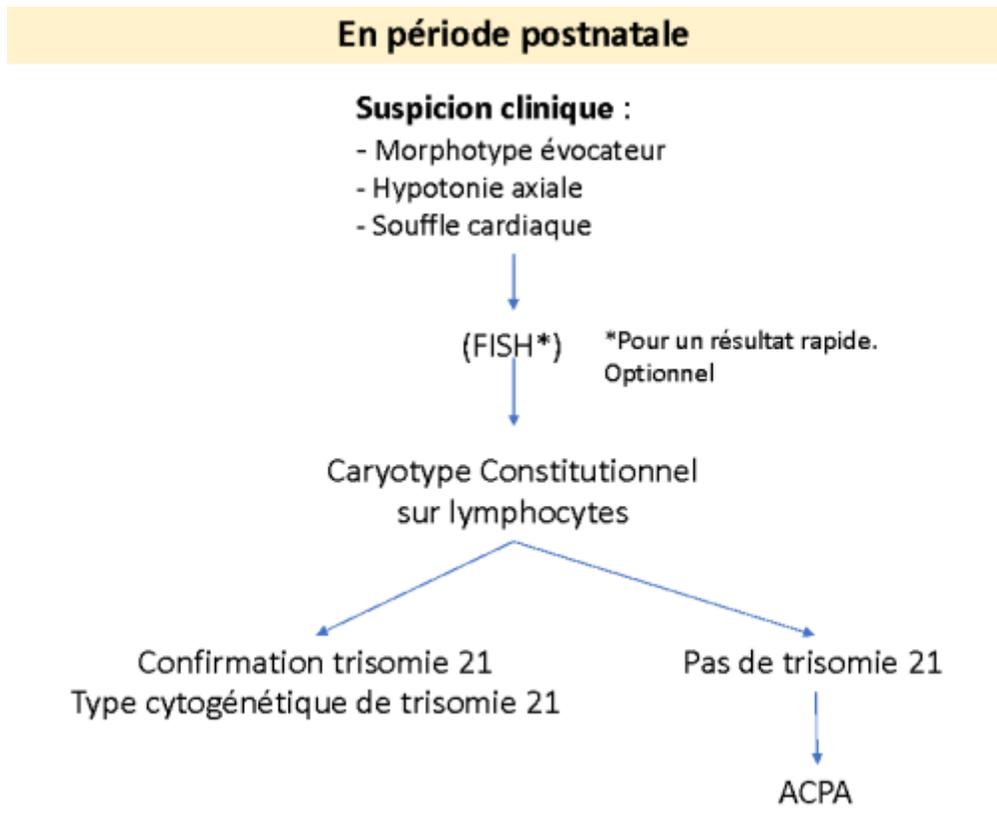


Figure n° 08 : Arbre décisionnel en vue du diagnostic biologique/génétique.
(CRMR et CCMR, 2020).

11. La prévention de la trisomie 21 :

Si, comme nous le verrons, le mongolisme est incurable dans l'état actuel des connaissances, il ne faut toutefois pas négliger le fait suivant : une prévention efficace peut être mise en place dans certains cas.

11.1. La prévention indirecte :

L'âge de la mère lors de la conception d'un enfant est un facteur important dans l'étiologie du mongolisme. Comme nous l'avons vu, les femmes âgées de plus de 35 ans forment un groupe particulièrement vulnérable. La première mesure préventive à prendre à l'égard du mongolisme est l'âge maternel au moment de la conception. Pour éviter les risques d'accidents, il faut conseiller aux mères d'avoir leurs enfants avant 35 ans. L'influence de l'âge du père lors de la conception est minime, sinon inexistante. (Jean-Luc, L, 1997.p23.24).

11.2. L'amniocentèse :

Il s'agit d'une méthode de prévention directe, dont la découverte est relativement récente et qui permet de détecter la présence du mongolisme avant la naissance. La figure ci-dessous montre le schéma des diverses opérations de l'amniocentèse.

Entre la quatorzième et la seizième semaine après les dernières menstruations, une amniocentèse, ou ponction du liquide amniotique, est réalisée sous anesthésie locale. La ponction est généralement effectuée sous contrôle par ultrasons pour permettre de localiser le fœtus et le placenta. 10 à 20 ml de liquide amniotique sont recueillis. Le liquide contient des cellules de la peau et des membranes du fœtus. 15 à 20 % de ces cellules sont viables. Après 10 à 21 jours de culture en laboratoire, le nombre de cellules est suffisant pour permettre une analyse chromosomique ou caryotypie. C'est à ce stade que l'on peut déterminer s'il y a ou non mongolisme chez le fœtus.

L'amniocentèse soulève deux types de problèmes. Les uns sont d'ordre scientifique et concernant les risques éventuels inhérents à l'application de la technique. Concernant les risques de l'amniocentèse, Galjaard et Niermeijer (1975) donnent les indications suivantes : Sur plus de 3000 amniocentèses pratiquées aux États-Unis, en Angleterre, dans les pays scandinaves et en Hollande, les risques sont nuls pour les mères. Dans un contexte psychologique adéquat, l'intervention pratiquée sous anesthésie locale n'entraîne donc aucune complication. En ce qui concerne les risques encourus par le fœtus, les auteurs avancent qu'ils sont égaux à 1 %. Cela signifie que sur 100 amniocentèses, il y a environ une interruption spontanée de la grossesse. Notons cependant que rien ne permet d'affirmer que ces accidents de grossesse soient dus effectivement à l'amniocentèse elle-même et ne se seraient pas produits en l'absence de toute intervention. L'amniocentèse peut donc être considérée dès à présent comme une technique fiable, pratiquement inoffensive pour la mère et à faible risque, statistiquement, pour le fœtus. (Jean-Luc, L, 1997.p24.25).

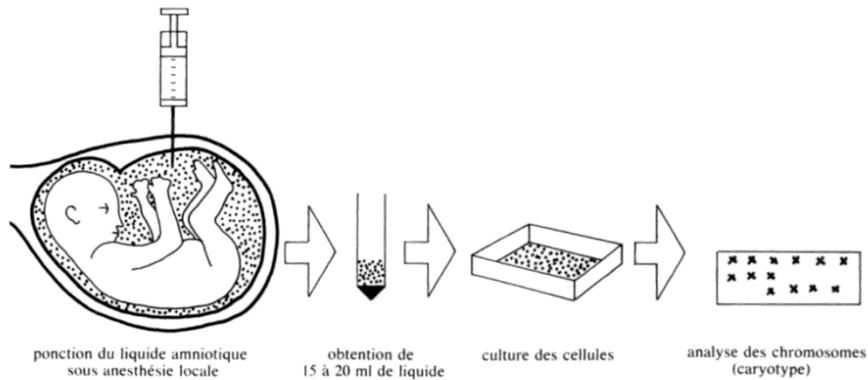


Figure n° 09 : Schéma de l'amniocentèse.

(Jean-Luc, L, 1997.p26).

11.3. Le conseil génétique :

Dans les pays francophones, le conseil génétique est encore peu répandu. Très souvent, il n'est disponible que dans les grands services hospitaliers ou dans les centres universitaires. C'est là une situation regrettable puisque le conseil permet d'avertir les parents des risques statistiques de donner naissance à des enfants mongoliens. Tout comme l'amniocentèse, le conseil génétique comporte actuellement une limitation majeure : dans la plupart des cas, il ne s'applique qu'à des parents ayant déjà un enfant handicapé.

Il y'a quelques années, de nombreux médecins soutenaient la thèse selon laquelle l'analyse des chromosomes n'était nécessaire que dans les cas où le diagnostic de mongolisme posait des problèmes, ou chez des parents jeunes. A présent, les méthodes d'analyse chromosomiques qui, rappelons-le, ne sont absolument pas traumatisantes, sont disponibles dans la plupart des hôpitaux.

Les parents, frères et sœurs d'un enfant mongolien doivent être encouragés à se soumettre à une telle analyse, puis à bénéficier du conseil génétique. Par exemple, les frères et sœurs d'un mongolien porteur d'une translocation véhiculée par un des parents présentent des risques de donner à leur tour naissance à un enfant mongolien. Dans les autres cas, la descendance de la fratrie d'un mongolien ne présente pas plus de risques que le reste de la population. Le généticien

conseillera adéquatement les jeunes parents d'un enfant mongolien si ceux-ci désirent avoir d'autres enfants.

Nous ne pouvons que recommander le recours au conseil génétique. Ici, également, une information correcte du grand public aurait des conséquences favorables. Il peut sembler, malheureusement, que nos sociétés préfèrent le plus souvent agir après coup que prévenir adéquatement. (Jean-Luc, L, 1997.p26).

12. Prise en charge des enfants T21 :

La prise en charge de la trisomie 21 est pluridisciplinaire et doit être individualisée en fonction des besoins de chaque personne. Elle peut inclure :

12.1. Le soutien psychologique :

L'accompagnement psychologique et social de la personne trisomique s'organise autour de deux axes complémentaires : la famille et la personne.

➤La famille:

Comme pour tous enfants, elle constitue « le » cadre primordial de développement de l'enfant trisomique. Dès l'annonce du diagnostic (en prénatal ou postnatal), la famille aura à entamer le cheminement douloureux et souvent long qui lui permettra de se réorganiser pour donner à « son » enfant trisomique la place qui lui convient dans la structure familiale. Des propositions de formes d'accompagnement nouvelles se développent, nous citerons :

-Les cellules d'accueil (professionnel et parents).

-les groupes de parole des parents souvent proposés par les SESSAD ou les CAMSP et les groupes fratrie.

➤ La construction de la personne :

Pendant l'enfance et l'adolescence, des évaluations objectives et répétées des compétences et des difficultés aident parents et professionnels dans leur construction d'un projet éducatif spécifiquement adapté. A l'âge adulte, cette évaluation permettra de proposer un projet de vie en intégration optimale, tout en restant respectueux des besoins personnels de chacun, l'accompagnement doit

permettre de favoriser l'émergence des caractéristiques identitaires fondamentale de la personne et l'identité sexuelle de ses possibilités et ses difficultés, et à la construction de son propre projet de vie. La trisomie ne préserve pas des aléas de l'existence, il existe pour les personnes trisomiques comme pour nous tous des moments où l'individu seul a du mal à faire face, et où l'écoute et le soutien d'un professionnel deviennent nécessaire, moins aptes que d'autres à exprimer leur malaise etc., et la famille et professionnels doivent présenter une vigilance particulière sur ce plan. (July, et al, 2007, P277-278).

12.2. La prise en charge orthophonique :

L'intervention orthophonique fait partie des piliers de l'accompagnement médical dans le cadre de la trisomie 21. Elle concerne la prise en charge des atteintes du langage, de la communication, des troubles des fonctions oro-faciales et de la voix. Cette intervention peut être proposée tout au long de la vie. Elle doit être discutée (quand cela est possible) avec le patient (démarche d'autodétermination) et être accompagnée par les parents et les autres professionnels.

Les manifestations de la trisomie 21 concernent l'ensemble des étapes du développement de l'enfant. Les précurseurs au langage, à la communication, à la cognition et au développement moteur sont impactés. Ainsi, les phases d'éducation précoce (dès les premiers instants de vie) vont conditionner les étapes successives de développement. Ces phases devront être adaptées afin de maintenir une intervention continue qui alternera des phases intensives (de 2 à 3 séances hebdomadaires), des pauses thérapeutiques et des interventions de maintien tout au long de la vie. L'intervention orthophonique a comme préalable la réalisation du bilan orthophonique (outil de diagnostic, de coordination et d'élaboration du plan de soins). Ce bilan s'appuie sur une méthodologie exploratoire (à partir d'outils cf. chapitre 4.3.3 et de démarches validées) et sur des observations cliniques. En fonction de ce bilan une prise en soins sera proposée. A un stade précoce, l'intervention orthophonique est basée sur 3 axes :

- L'éducation gnosopraxique orale des organes de l'oralité.
- Une éducation polysensorielle avec notamment un travail de la perception auditive.

-La coordination occulo-manuelle (en lien avec la régulation du tonus et la motricité globale). (CRMR et CCMR, 2020. P59).

12.3. La prise en charge kinési-thérapeutique :

L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en l'absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de l'hyper laxité. Le projet est construit et réévalue régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan Kinésithérapique. Il faut solliciter la pratique régulière d'activités physiques qui seront un relais ensuite à la kinési thérapie.

Elle est souvent arrêté à l'âge de la marche alors que les bénéfices à la pour suivre sont majeurs sur la tonicité et la motricité globales, la motricité fine.

L'acquisition de l'équilibre la tonification bucco faciale. Elle prépare aussi à la pratique régulière d'activités physiques mais il est indispensable de faire régulièrement un bilan moteur et statique pour surveiller l'évolution corporelle et les capacités motrices. (Renaud, T et All, 2011, p18).

12.4. La prise en charge psychomotrice :

Le psychomotricien a comme objectifs de trouver un équilibre psychique (affectif, émotionnel) et corporel (motricité globale et motricité fine) afin de favoriser une plus grande autonomie et une meilleure adaptation au quotidien de PPT21. Un suivi régulier peut débuter vers 4 ou 5 mois. Cependant avant cet âge des rencontres sont intéressantes afin d'accompagner les différentes installations du bébé au quotidien (dans les bras, au sol, etc.). En effet, ces installations et les évolutions posturales qui en découlent sont essentielles dans l'appréhension des sollicitations extérieures par le bébé trisomique et donc dans son développement sensorimoteur.

L'accompagnement (ou la surveillance régulière) doit être envisagé au long cours (même à l'âge adulte), dans un esprit non seulement de traitement mais également de prévention des troubles psychomoteurs. L'évaluation doit être régulière et avoir recours à des méthodes d'évaluation adaptées. En effet l'utilisation de tests psychomoteurs est importante mais met plus en évidence

l'écart par rapport à la norme que l'évolution personnelle de chaque enfant.

L'évaluation peut être intégrée à l'accompagnement et doit faire appel à des outils d'évaluation cliniques qui prennent en compte les dimensions quantitatives et qualitatives de ce que montre l'enfant. Elle fera donc appel non seulement à des tests standardisés (Echelle de Charlop-Atwell, M-ABC, BHK, figure de Rey, etc.) mais également à des outils d'évaluation cliniques, comme les éléments du bilan sensori-moteur d'André Bullinger. (CRM et CCMR, 2020. P61).

12.5. La prise en charge éducative :

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.

La prise en charge éducative des personnes handicapées mentales a historiquement été construite à partir de groupes constitués de personnes 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 constitué de personnes ordinaires, ou de personnes en situation de handicap qui favorisent le développement le plus harmonieux des personnes porteuses de trisomie 21 . (Bénédicte de Fémiville et al, 2007. p278).

12.6. La prise en charge médicale :

L'espérance de vie des personnes porteuses de trisomie 21 était de 9 ans dans les années 1930. Plus de la moitié d'entre elles dépassent l'âge de 55 ans actuellement grâce, en grande partie, à la prise en charge des malformations, notamment cardiaques, et à l'utilisation des antibiotiques dans les pathologies infectieuses. L'accompagnement paramédical et éducatif dès le plus jeune âge et l'insertion sociale des personnes sont aussi les causes de cette amélioration. L'accès aux soins des personnes porteuses de trisomie 21 s'est donc amélioré, mais

il reste encore trop souvent difficile. (D. Lacombe, V. Brun, 2008. p81).

. La prise en charge médicale doit comprendre :

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

- Chez les nourrissons, et l'enfant, un suivi régulier (continu), doit comporter un bilan annuel ophtalmologique et auditif, et d'un bilan de stomatologie. C'est ici que le médecin doit se montrer attentif à certaines particularités liées à la trisomie 21 : modification du caractère, l'apparition du comportement... (Doray et al, 2007. P5).

-Synthèse :

On peut constater à travers tous ce qui précède que le syndrome de Down est un phénomène génétique naturel qui se produit dans toutes les populations humaines. Et que grâce aux avancées médicales et au suivi adapté, l'espérance de vie des personnes atteintes de trisomie 21 a considérablement augmenté ces dernières années, dépassant actuellement les 60 ans.

Chapitre III

**Le comportement adaptatif et les
Programmes des centres
Psychopédagogiques**

Préambule :

Le comportement adaptatif est un ensemble de compétences et de stratégies que les individus utilisent pour s'adapter à leur environnement. Le développement de comportements adaptatifs commence dès la naissance et se poursuit tout au long de la vie.

Les enfants apprennent en observant et en imitant les adultes qui les entourent, en explorant leur environnement et en interagissant avec les autres. Les expériences vécues par les enfants, tant positives que négatives, jouent également un rôle important dans leur développement.

Dans ce chapitre, nous explorerons les différents aspects du comportement adaptatif, y compris son développement, son importance et les facteurs qui peuvent influencer son développement.

1. Définition du comportement adaptatif :

Le comportement adaptatif peut être défini comme l'ensemble des attitudes et des habiletés qui nous permettent d'exécuter les activités de la vie quotidienne nécessaires à une autonomie personnelle et sociale. De manière plus générale, le concept de comportement adaptatif renvoie à la notion d'adéquation par rapport à l'attitude attendue lorsqu'une personne s'apprête à réaliser une tâche de la vie quotidienne nécessaire pour son autonomie. (Ghislaine. A, Bérengère. G, 2018. P291).

Le comportement adaptatif est défini comme le reflet du développement cognitif, social et moteur de la personne dans sa conquête d'autonomie vis-à-vis de son environnement et dans le quotidien. Il regroupe un ensemble d'habiletés permettant de répondre positivement aux exigences d'un milieu déterminé et de comportements qui, aux yeux d'autrui, permettent de considérer que la personne réagit de façon satisfaisante et est reliée à son environnement. (Romina. R, 2021).

Selon l'AAIDD (SCHALOCK et al, 2010), le comportement adaptatif est multidimensionnel et implique à la fois : les habiletés sociales (l'estime de soi, le respect des règlements et des lois, les relations interpersonnelles) ; les habiletés conceptuelles (le langage oral réceptif et expressif, le langage écrit, les concepts mathématiques ainsi que ceux du temps) et enfin ; les habiletés pratiques qui

peuvent être associées à l'exercice de l'autonomie (l'alimentation, les déplacements, l'utilisation des moyens de transport, l'hygiène personnelle, la gestion de l'argent) ou aux activités occupationnelles (les loisirs ou le travail). (Jean-Robert. P.2023. P.20).

2. Définition de l'adaptation :

. **L'adaptation** : Interaction entre l'individu et le milieu où il vit. L'adaptation marque, d'une part, la modification harmonieuse du comportement vis-à-vis des conditions du milieu, d'autre part, l'évolution du milieu dans lequel et sur lequel l'individu agit.

Chez l'enfant l'adaptation sociale est une nécessité pour le développement : elle domine le premier stade de sa vie ; elle est ensuite la tâche pédagogique essentielle de l'éducation. (André. V, 1977. P28).

. **L'adaptation sociale** : Disposer d'une théorie de l'esprit (Theory of mind abrégé Tom dans la littérature) permet à l'être humain de s'adapter à la vie en société, de comprendre les relations sociales qui s'y développent, donc de participer à la vie sociale. (Viviane, G. Geneviève, P, 2009. P153).

3. Trouble de l'adaptation selon le DSM-5 :

En plus des critères diagnostiques, le DSM-5 a également proposé des spécificateurs pour décrire le tableau clinique plus précisément :

-**Avec humeur dépressive** : Baisse de l'humeur, larmoiement ou sentiment de désespoir sont au premier plan.

-**Avec anxiété** : Nervosité, inquiétude, énervement ou anxiété de séparation sont au premier plan.

-**Mixte avec anxiété et humeur dépressive** : Une combinaison de dépression et d'anxiété est au premier plan.

-**Avec perturbation des conduites** : La perturbation des conduites est au premier plan.

-**Avec perturbation mixte des émotions et des conduites** : Les symptômes

émotionnels (p. ex. dépression, anxiété) et la perturbation des conduites sont au premier plan. (American Psychiatric association, 2013.p369).

4. Les critères diagnostiques des troubles de l'adaptation selon le DSM-5 :

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un ou les deux éléments suivants :

1. Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.

2. Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois. (American Psychiatric association, 2013. P369).

5. Les conditions de l'adaptation :

A/La théorie de T.W.Andros :

Cette théorie c'est focalisé sur la personnalité autoritaire c'est-à-dire qu'il y a une certaine attitude sont enracinées au plus profond de la personnalité, elles en composent d'une manière la structure ou sont les symptômes d'un certain syndrome caractériel ainsi les stéréotypes raciaux, comme l'antisémitisme apparaissent en général comme des éléments d'un système d'attitudes complexes. Lorsque l'adaptation à un groupe implique la modification d'une attitude de ce

type, elle a peu de chances de se réaliser, dans la mesure où le coût psychologique considérable entraîné par le changement d'attitude devrait être compensé par un gain psychologique élevé résultant de l'adhésion au groupe. (Alain. T, 2004. P22-23).

B/La théorie de la dissonance cognitive :

Cette deuxième théorie est associée aux noms de « FESTINGER » et de ses collaborateurs.

Elle concerne les opinions et les attitudes moins profondément enracinées dans la personnalité que les précédents. Son propos est d'analyser la pression de la réalité sociale ou objective, des jugements qui se trouvent en contradiction avec ceux qu'il acceptait jusque-là. On peut donc supposer que lorsque l'entrée dans un groupe entraîne une modification de nombreux jugements, il faut que la rémunération produite par cette adaptation soit élevée. (David. V, 2011, P.222).

C/Individu, groupes d'appartenance et groupes de référence :

Une troisième théorie, associée aux noms de HYMAN, de NEWCOMB et de MERTON notamment, montre que les opinions et attitudes dépendent des différents groupes qui constituent le champ social d'un individu. Les uns sont des groupes d'appartenance, les autres sont des groupes de référence. Selon cette théorie l'adaptation d'un sujet à un groupe dépend donc de la structure du champ social constitué par l'ensemble de ses groupes de référence et d'appartenance. Une étude, menée par Newcomb, montre que lorsque les exigences des divers groupes constitutifs du champ social d'un individu sont contradictoires, un processus oscillatoire se développe. (Alain. T, 2004. P27).

6. Les difficultés d'adaptation chez l'enfant trisomique :

Différentes formes du langage. L'enfant trisomique a du mal à s'adapter à la multiplicité de formes du langage. Par exemple quand on pose une question à l'enfant et qu'il ne comprend pas, il est souhaitable de reprendre la même question avec le même mot et de rajouter dans la mesure du possible un support visuel comme un dessin, une image ou un symbole.

L'enfant trisomique vit une affectivité très intense. Pour lui, toute question

est porteuse d'une charge affective. Bloque temporairement la réponse qu'il connaît. Une relation adéquate entre l'intervenant et l'enfant aidera beaucoup à surmonter cette problématique.

Le quatrième facteur ou l'on rencontre souvent des difficultés motrices et bucco-faciales chez le jeune trisomique. Des exercices qui favorisent un assouplissement des muscles bucco-faciaux permettront de diminuer l'hypotonie de cette région et peut-être le « temps de latence ». (Jean-Charles Juhel, 2000, p 126-127).

7. Les outils de mesure du comportement adaptatif :

Des lors, si la mesure du comportement adaptatif est importante (à fins diagnostiques et d'intervention), il serait illusoire de supposer que les outils permettent une mesure « pure ».

Malgré cette imperfection, évaluation n'en reste pas moins indispensable, puisqu'elle permet de rencontrer au moins quatre préoccupations de première importance :

- Prise conjointement avec la mesure du quotient intellectuel, l'évaluation du comportement adaptatif permet une définition opérationnelle de la déficience intellectuelle.

- Elle donne des points de repère sur la situation des personnes en termes de compétences sociales, conceptuelles et fonctionnelles.

- Elle est ancrée dans une approche socio-éducative, centrée sur la personne, avec l'idée de développer des stratégies de soutien individualisées et de porter une attention directe aux dimensions importantes pour la personne. Évaluation du comportement adaptatif peut en outre facilement être mise en correspondance avec le projet individuel qui sera à développer en concertation avec la personne.

- Elle s'apparente davantage à une vision multidimensionnelle du fonctionnement humain que le quotient intellectuel pris isolément.

Plusieurs échelles permettent d'évaluer de façon standardisée le comportement adaptatif et la plupart sont disponibles en langue anglaise. En langue française, les échelles les plus communément utilisées sont la Vineland adaptive

Behavoir Scales (VABS) (Sparrow, Cecchetti & Saulnier, 2016), l'échelle québécoise de comportement adaptatifs(EQCA) (Maurice, Tassé & Moraine , 1993), également disponible et adaptée pour la Belgique(EBCA) (Maurice & Hubert, 2006) et plus récemment l'échelle proposée par l'AAIDD intitulée diagnostic adaptative behavior Scale (DABS) (Balboni et al.,2014 ; Tassé et al., 2016), ayant dernièrement fait l'objet d'une validation préliminaire en langue française (Straccia,2019).

Prises dans leur ensembles, elles évaluent un certain nombre de dimensions, qui seront par la suit déclinées en un nombre variable d'tems selon l'échelle. Ces dimensions sont :

- Les compétences motrices ou physiques : motricité globale et fin, mobilité, alimentation et hygiène de base, etc.

- Les compétences conceptuelles : langage (expression et compréhension, orale ou écrite), appréhension de principes numériques de la notion d'argent, du temps, etc.

- Les compétences sociales : relations aux autres, interactions sociales, raisonnement social, etc.

- Les compétences « pratiques »ou « fonctionnelles » : tâches ménagères, habillement, cuisine, etc.

En dépit des recherches et de l'existence de ces outils standardisés, l'opérationnalisation du concept de comportement adaptatif reste relativement hétérogène et son observation /évaluation peut être influencée par des facteurs tels que les croyances qui concernent la personne, les opportunités de l'environnement, les milieux d'observation /évaluation, la sensibilité des évaluateurs ou encore les facteurs motivationnels liés à la personne.

Certaines auteurs engagent dès lors à croiser les approches et les évaluations de différents intervenants et membres de la famille ainsi qu'à s'assurer de tenir compte, d'une façon adaptée, du point de vue de la personne présentant une déficience intellectuelle afin d'améliorer la fiabilité de la mesure.

A ce titre, l'EQCA et l'EBCA proposent une structure d'évaluation permettant de rendre compte de la modulation entre les capacités d'un individu et les attentes et opportunités fournies par son environnement. Le questionnaire est alors divisé en deux parties : comportements adaptatifs et comportements défis (sur lequel nous reviendrons au chapitre 2). La partie relative aux comportements adaptatifs propose d'évaluer la fréquence et la manière avec laquelle les comportements moteurs, conceptuels, sociaux et fonctionnels sont produits. La cotation est alors elle-même organisée en deux sous-parties :

- L'évaluation de la performance de la personne qui se caractérise par une note allant de 0- si la personne n'est pas capable de produire un comportement ou si elle ne le produit pas même si elle en est capable, pour des raisons motivationnelles, par exemple-à 2-si la personne produit le comportement d'une façon habituelle et autonome. La nuance entre ces deux pôles est conservée et importante et laisse la possibilité aux évaluateurs de coter si la personne produit le comportement dans certaines conditions qui peuvent être d'ordre temporel (par exemple : le comportement est produit peu fréquemment) ou liées à une intervention tierce (par exemple : le comportement est produit sur demande, nécessite une assistance pour être complété, etc).

- L'évaluation du potentiel qui permet justement aux évaluateurs de se positionner plus spécifiquement sur les opportunités fournies par l'environnement. Pour chaque item de l'échelle centrée sur le comportement adaptatif, il est ainsi possible de coter « non possible » lorsque l'environnement physique du sujet ne lui permet pas à l'heure actuelle de produire un comportement donné.

Un système relativement analogue est proposé au sein de la VABS. Ces nuances permettent alors de tenir directement compte de la limitation induite par l'environnement physique et/ou social de la personne dans l'actualisation de ses comportements adaptatifs.

De manière plus générale, ces échelles de mesure du comportement adaptatif permettent un protocole d'évaluation des forces et des limitations des personnes dans des domaines pertinents de leur quotidien, lequel s'avère un outil précieux

afin de permettre une planification adéquate et individualisée de l'intervention. (Romina Rinaldi, 2021.P126).

8. Définition du centre psychopédagogique :

Les centres psychopédagogiques pour enfants handicapés mentaux accueillent des enfants entre trois (3) et dix-huit (18) ans, déficients mentaux et/ou avec autisme, qui nécessitent une éducation spéciale tenant compte des aspects psychologiques, dans le but d'accéder à une autonomie sociale et professionnelle plus tard. 4 La prise en charge psychopédagogique de ces enfants est assurée par une équipe pluridisciplinaire constituée essentiellement d'éducateurs spécialisés, assistants sociaux et psychologues (orthophonistes, cliniciens et pédagogues). (autisme.santé.gov.dz).

9. Aperçu historique du centre psychopédagogique :

L'année 1945 voit la naissance à Paris du premier centre psychopédagogique, celui du lycée Claude Bernard. Service d'un type nouveau, il préfigure la création des centres médico-psychopédagogiques définis selon les normes de l'annexe XXXII du décret du 9 mars 1956, prévus par le décret du 18 février 1963. Ces services reçoivent des élèves du premier et du second degré, dont la scolarité est perturbée pour des raisons diverses et proposent des examens approfondis donnant lieu à un diagnostic.

Ce sont aussi des centres de cure ambulatoire avec psychothérapie, rééducation, orthophonie, dans lesquels des psychopédagogues (enseignants spécialisés) de l'éducation nationale sont affectés.

Le développement considérable, notamment durant les années soixante, des structures spécialisées fait apparaître un nombre non moins considérable d'enfants, d'élèves en situation d'inadaptation. Et cela pose question à l'institution scolaire ! Dans d'autres champs que celui de l'école, des stratégies de prévention se développent. Elles trouveront leur application aussi dans l'éducation nationale.

La circulaire du 9 février 1970 définit des mesures de prévention des inadaptations par la création des GAPP et des classes et sections d'adaptation. Il s'agit bien d'un nouveau dispositif visant à limiter, chaque fois qu'il est possible,

l'orientation d'enfants vers l'éducation spécialisée, en les aidant à surmonter, par des actions préventives, les difficultés qu'ils rencontrent pour s'adapter aux exigences de la scolarité. (Georges. B, Michelle. P, Eric. B, 1998. P57).

Chaque groupe d'aide psychopédagogique est constitué d'un psychologue scolaire, d'un rééducateur en psychopédagogie et d'un rééducateur en psychomotricité. (Georges. B, Michelle. P, Eric. B, 1998.p57-58).

10. Le rôle des centres psychopédagogiques :

Les centres psychopédagogiques pour enfants handicapés mentaux ont pour missions de :

- Veiller à leur santé, à leur sécurité, à leur bien-être et à leur développement, et assurer l'accompagnement de leurs familles ;

- Favoriser l'épanouissement et la réalisation de leurs potentialités intellectuelles, affectives et corporelles ainsi que leurs l'autonomie sociale ;

- Assurer le suivi psychologique et la rééducation orthophonique ;

- Assurer l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage et développer leur personnalité, ainsi que leur sens de communication pour une meilleure socialisation ; Elaborer le projet pédagogique et éducatif de l'établissement, de même que l'éducation physique et sportive, les activités culturelles, récréatives et de loisirs adaptés à la situation de ces enfants. (autisme.santé.gov.dz).

11. La prise en charge aux seins des centres psychopédagogiques :

11.1. En Algérie : Les Centres Psychopédagogiques (CPP) constituent des maillons essentiels dans la prise en charge des enfants à retard mental. Ces centres spécialisés offrent un panel de services et d'accompagnements individualisés pour soutenir ces enfants et leurs familles, favorisant ainsi leur développement et leur intégration sociale.

- **Évaluations et Bilans Approfondis :**

- **Évaluation Psychologique :** Des psychologues cliniciens procèdent à des évaluations psychologiques complètes pour déterminer le niveau de développement

cognitif, linguistique, moteur, social et émotionnel de l'enfant.

- **Bilan Médical** : Un médecin examine l'enfant afin d'écartier d'éventuelles causes médicales du retard mental et de s'assurer qu'il reçoit les soins médicaux appropriés.

- **Bilan Psychomoteur** : Un psychomotricien évalue les habiletés motrices de l'enfant, notamment sa coordination, son équilibre et sa motricité fine.

- **Bilan Orthophonique** : Un orthophoniste évalue les capacités de langage et de communication de l'enfant, en s'intéressant à la parole, à la compréhension et à l'expression écrite.

- **Accompagnement Personnalisé et Adapté :**

- **Élaboration d'un Programme Personnalisé de Scolarisation (PPS)** : En collaboration avec la famille et l'école, l'équipe du CPP élabore un PPS qui définit les besoins spécifiques de l'enfant et les adaptations pédagogiques nécessaires à sa réussite scolaire.

- **Soutien Psychologique et Pédagogique** : Des psychologues et des enseignants spécialisés proposent des thérapies individuelles ou en groupe pour aider l'enfant à développer ses compétences cognitives, sociales et émotionnelles.

- **Guidance Parentale** : Les parents reçoivent des conseils et des informations pour mieux comprendre le retard mental de leur enfant et pour l'accompagner au quotidien.

- **Orientation Scolaire et Professionnelle** : L'équipe du CPP aide l'enfant à choisir un cursus scolaire adapté à ses besoins et à ses potentialités, et l'oriente vers des formations professionnelles ou des opportunités d'emploi.

- **Collaboration Pluridisciplinaire et Réseau de Soutien :**

- **Travail en Équipe** : Les différents professionnels du CPP collaborent étroitement pour partager leurs observations et élaborer une approche cohérente pour chaque enfant.

- **Partenariat avec l'École** : Le CPP collabore étroitement avec les enseignants et

les personnels scolaires pour assurer la mise en œuvre du PPS et favoriser l'inclusion scolaire de l'enfant.

- **Lien avec les Services Sociaux et Médico-sociaux** : Le CPP travaille en coordination avec d'autres services de la communauté pour répondre aux besoins multidimensionnels de l'enfant et de sa famille.

- **Défis et Perspectives :**

Malgré les avancées notables, la prise en charge des enfants à retard mental en Algérie fait face à certains défis, tels que :

- **Manque de Ressources et d'Infrastructures** : Le nombre de CPP reste insuffisant pour répondre à la demande croissante, et les moyens matériels et humains sont parfois limités.

- **Disparités Régionales** : L'accès aux services de prise en charge varie selon les régions du pays, avec des concentrations plus importantes dans les zones urbaines.

- **Sensibilisation et Inclusion** : Des efforts restent nécessaires pour sensibiliser la société au retard mental et lutter contre les stigmatisations, favorisant ainsi l'inclusion des enfants concernés dans tous les aspects de la vie sociale.

- **Perspectives d'Avenir :**

- **Renforcement des Moyens des CPP** : Augmentation du nombre de CPP, formation continue des professionnels, et dotation en ressources adéquates pour une prise en charge de qualité.

- **Développement d'une Approche Inclusive** : Promotion de l'inclusion des enfants à retard mental dans les écoles et les établissements classiques, en s'appuyant sur les principes d'accessibilité et de diversité.

- **Sensibilisation et Plaidoyer** : Campagnes de sensibilisation pour changer les mentalités et lutter contre les discriminations, favorisant une meilleure compréhension et un accueil plus ouvert des enfants à retard mental au sein de la société. (<https://autisme.sante.gov.dz>.)

Le programme pédagogique appliqué au niveau du CPP d'Akbou :

Le programme pédagogique appliqué au niveau du centre psychopédagogique pour enfant handicapés mentaux d'Akbou s'articule autour des axes suivants :

- **L'autonomie** : a pour objectif de prendre soin de son corps et être indépendant.
- **Prise de conscience de soi et de son corps** : a pour objectif la conscience de soi et de son environnement.
- **L'éducation sensorielle** : a pour objectif de reconnaître ses sens et de les stimuler.
- **L'éducation psychomotrice** : a pour objectif de développer l'équilibre et la coordination dynamique motrice générale.
- **L'éducation langagière** : a pour objectif de développer les capacités langagières et de communication.
- **L'éducation sociale et morale** : a pour objectif de garantir l'insertion sociale.
- **Les activités cognitives** : ont pour objectif de développer les capacités intellectuelles.
- **Les activités physiques adaptées** : ont pour objectif de développer les capacités physiques.
- **Les activités manuelles** : ont pour objectif de renforcer les acquis cognitif.
- **Les activités culturelles et récréatives** : ont pour objectif de développer les capacités de communication sociale.

En conclusion, les Centres Psychopédagogiques en Algérie jouent un rôle important dans la prise en charge des enfants qui ont un retard mental. Grâce à une approche pluridisciplinaire et individualisée, ces centres contribuent à l'épanouissement et à l'inclusion sociale de ces enfants, tout en œuvrant pour une société plus inclusive et respectueuse de la diversité.

11.2. En France : Les centres psychopédagogiques (CP) en France jouent un rôle crucial dans l'évaluation, l'accompagnement et la prise en charge des personnes présentant un handicap mental. Ces centres spécialisés offrent une gamme de services individualisés visant à soutenir le développement cognitif, social et émotionnel des personnes concernées ainsi que leur intégration scolaire et professionnelle. Voici un aperçu des principales prises en charge proposées par les CP en France:

- **Évaluation et diagnostic :**

- Bilan psychologique et cognitif pour déterminer le niveau de handicap mental et identifier les besoins spécifiques de l'individu. Évaluation des aptitudes scolaires et des potentialités d'apprentissage. Analyse du comportement et des interactions sociales. Évaluation des besoins en matière d'accompagnement et de soutien.

- **Accompagnement pédagogique et éducatif :**

- Mise en place de programmes d'apprentissage individualisés adaptés aux besoins et au rythme de chaque personne. Soutien à l'acquisition des compétences scolaires et des savoirs fondamentaux. Développement des aptitudes à la communication et au langage. Renforcement de l'autonomie et des habiletés sociales. Préparation à l'inclusion scolaire et à la vie professionnelle.

- **Thérapies et interventions spécialisées :**

- Ergothérapie pour favoriser l'autonomie dans les gestes du quotidien.
 - Psychomotricité pour améliorer la coordination et la motricité fine.
 - Orthophonie pour développer les capacités de communication et de langage.
 - Psychothérapie pour soutenir le bien-être émotionnel et la gestion des comportements. Aide à la socialisation et à l'insertion dans la communauté.

- **Collaboration et orientation :**

- Travail en étroite collaboration avec les familles, les enseignants et les autres professionnels impliqués dans le suivi de la personne.

- Orientation vers d'autres structures spécialisées en fonction des besoins spécifiques de l'individu.

- Aide à la mise en place d'un projet de vie personnalisé.

- **Sensibilisation et information :**

- Information et accompagnement des familles sur le handicap mental et les ressources disponibles.

- Sensibilisation du public aux enjeux de l'inclusion et de la lutte contre les discriminations.

- Organisation de conférences et d'ateliers de formation.

Il est important de noter que les prises en charge au sein des CP en France sont individualisées et évoluent en fonction des besoins et du développement de chaque personne. Le but principal est de favoriser l'épanouissement personnel, l'autonomie et la participation sociale des personnes présentant un handicap mental, en leur permettant de vivre une vie pleine et digne. (<https://www.education.gouv.fr>).

- **Synthèse :**

Le comportement adaptatif est un élément essentiel du développement de l'individu. En comprenant l'importance de ce comportement, en évaluant les besoins de l'individu et en mettant en place des interventions appropriées, nous pouvons contribuer à améliorer sa qualité de vie et son intégration sociale.

Partie pratique

Chapitre IV

La méthodologie de la Recherche

Préambule :

Toute recherche scientifique exige la mise en œuvre d'une méthodologie rigoureuse, le choix d'un terrain de recherche pertinent, la sélection d'un groupe d'études représentatif et l'utilisation d'outils appropriés, afin de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse formulée.

Dans ce chapitre, nous exposerons en détail la méthodologie employée, le terrain de recherche choisi, les outils utilisés et le cadre de notre recherche.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est la phase préliminaire du lancement d'une enquête, elle a pour but la recherche et la formulation des hypothèses. En tant que phase préparatoire, elle comprend aussi la prévision de tous les problèmes que posera l'enquête (temps, budget, moyens, matériels, stratégies des opérations, autorisations nécessaires, etc...). (Roger. M, 1993. p84).

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. « Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs ». (Grawitz, 2001, p.550).

Notre pré-enquête a été menée à bien pendant une semaine, conformément à notre thème de recherche qui est «l'acquisition du comportement adaptatif chez les enfants atteints de trisomie 21 intégrés dans un centre psychopédagogique».

Nous avons d'abord été accueillies par le chef de service et la psychologue du centre psychopédagogique des enfants handicapés mentaux d'Akbou, à qui nous avons exposé notre demande et expliqué notre thématique de recherche, et qu'ils ont donc accepté avec bienveillance.

Pendant le premier jour de notre pré-enquête, la psychologue nous a présenté toute l'équipe psychopédagogique. Elle nous a expliqué comment ils travaillent et nous a parlé de leur programme utilisé avec ces enfants trisomiques dans ce centre.

Après cela, nous avons eu l'opportunité de visiter les salles pédagogiques afin d'établir un contact avec les enfants. Nous avons alors confirmé la disponibilité du

groupe de recherche, et on a sélectionné nos cas tout en basant sur les critères de sélections sur lesquelles notre encadrant nous a fait avancer.

Nous avons effectué une recherche approfondie et consulter des ouvrages disponibles à la bibliothèque qui nous ont permis de rassembler une quantité importante d'informations sur la trisomie 21. Et nous avons également bénéficié de l'apport de la psychologue qui nous a fourni des informations suffisantes sur notre population d'étude et elle nous a parlé également un peu de leurs familles notamment leurs parents. Elle nous a grandement aidé à nous familiariser avec le lieu.

2. Présentation du lieu de recherche :

Le centre psychopédagogique pour enfant handicapés mentaux d'Akbou est situé au chef-lieu communal de la ville d'Akbou sur la route nationale n° 26 à 70 km au sud-ouest de la wilaya de Bejaia.

Il a ouvert ses portes en 1992, conçu initialement en crèche, il a été réaménagé pour accueillir les enfants handicapés mentaux.

2.1. Présentation de l'infrastructure de l'établissement :

a- Infrastructures administratives :

- Bureau du directeur.
- Bureau de chef de service de l'administration et des moyens.
- Bureau du personnel.
- Bureau de secrétariat.
- Bureau d'inventaire.
- Bureau de comptabilité matière.
- Magasin général.

b- Infrastructures pédagogiques :

- 01 bureau chef de service pédagogique.
- 01 bureau surveillant général.▪ 01 cabinet de consultation pour le méde

- 09 salles pour les activités pédagogiques (groupe précoce, de cinq groupes d'éveil, deux groupes préscolaires).

- 03 salles des groupes stimulation.

- 03 salles de préapprentissage.

- 03 ateliers : coiffure, informatique, élevage (une basse-cour et deux aquariums), jardinage (un jardin potager et une serre horticole), et activités domestiques pour filles.

- 04 bureaux de consultations psychologiques.

- 01 bureau assistante sociale.

- 01 salle de psychomotricité.

- 01 salle de réunion.

- 01 salle d'archives.

- 01 bibliothèque.

- 01 stade combiné.

- 01 stade de Basket.

- Magasin alimentation.

- Buanderie.

- Bloc restauration :

- Cuisine

- (02) deux réfectoires.

- Annexes :

- Chaudière.

- Atelier d'entretien.

- Logements de fonction.

- Air de jeu.

-Parc auto :

- Fourgon Hyundai 15 places dotation 2004.
- Véhicule KIA Pregio 06 places dotation 2004.
- Microbus Gonow 07 places dotation 2012.
- Mini bus SONACOM dotation 2016.

2.2. Les pensionnaires :

Le nombre d'enfants pris en charge est de (108) enfants dont (68) garçons et (40) filles, ils sont répartis en 15 groupes pédagogiques.

▪ Répartition selon l'âge :

03 à 06 ans	07 à 12 ans	13 à 15 ans	16 à 18 ans	Plus de 18 ans
05	40	37	26	00

▪ Répartition selon type de déficience :

Trisomie 21	Epileptique	Psychotique	IMOC	Autiste	Autre déficience
61	15	00	01	07	24

▪ Répartition selon le degré de déficience :

Déficience profonde	Déficience sévère	Déficience moyenne	Déficience légère
00	21	87	00

3. La méthode utilisée :

3.1. La méthode descriptive :

Dans notre recherche nous avons basé sur l'utilisation de la méthode descriptive. La méthode descriptive est une méthode qui permet d'obtenir une description du comportement, mais qui n'en fournit pas nécessairement une explication causale. (Nataïla. L. S, 2021. P10).

Observer et décrire, en tant que méthode, repose avant tout sur l'observation organisée d'un comportement. Cette façon de faire est souvent la première étape lorsque l'on aborde un domaine nouveau, tant il paraît important de disposer d'une description précise des comportements avant de tenter de les expliquer. La méthode descriptive ne consiste pas à noter de manière exhaustive et tous azimuts toutes les activités réalisées par une personne ou par un groupe de personnes dans un contexte donné. La plupart du temps, le chercheur est armé d'une grille d'observation qui cadre son regard et dont les éléments résultent d'hypothèses ou d'observations ponctuelles préalables des comportements retenus pour l'étude. (Annie.P, Jacques. V, 2020, p35.36).

La méthode descriptive a beaucoup d'avantages, elle permet la description du comportement surtout en milieu naturel, elle est utile pour découvrir des pistes de recherche. (Annie.P, Jacques. V, 2020, p45).

3.2. L'étude de cas :

L'étude de cas est très utilisée par exemple en psychologie clinique et en psychologie de la santé. Le psychologue rassemble des informations concernant la vie d'une personne (anamnèse) à propos de ses expériences et de ses relations à autrui. Pas à pas au cours de plusieurs observations, il décrit les attitudes et les comportements qui lui paraissent décisifs. (Annie. P, Jacques. V, 2020.p37.38).

L'étude de cas est une description détaillée d'une personne faisant l'objet d'une étude ou d'un traitement. (Nataïla. L. S, 2021. P10).

4. Les outils d'investigation :

4.1. Observation participante :

L'observation participante est une méthode inventée par Malinowski durant le

premier conflit mondial et dont le but est de saisir le sens, l'orientation, la dynamique et la cohérence d'un ensemble social. Le principe de base de la méthode réside dans l'idée, pour le chercheur, de s'insérer dans un groupe, une communauté particulière, de se mêler à la vie de ce groupe, de cette communauté en y introduisant le minimum de perturbation, en dérangeant le moins possible. Il s'agit d'une démarche intensive plutôt qu'extensive pour la connaissance du réel.

Selon Bogdan et Taylor (1975), l'observation participante représente une période d'interaction sociale intense entre le chercheur et les sujets dans leur milieu, période durant laquelle les données sont recueillies systématiquement et à l'aide de mesures non réactives. Pour la collecte des données, cette approche fait usage de l'observation pure, de l'analyse documentaire, des échanges informels ou semi-structurés, des entrevues avec les participants et d'autres moyens (rapports officiels, journaux, etc.). L'observateur s'immerge dans le milieu, dans la vie des gens, dans le vécu d'une situation qu'il veut comprendre. (Marc-André Nadeau, 1988. P340).

4.3. Echelle québécoise de comportement adaptatif :

- Définition de l'échelle :

L'échelle Québécoise de comportement adaptatif (EQCA) mesure le niveau d'adaptation sociale des individus présentant un déficit intellectuel. L'EQCA a été réalisé, sous la direction de Paul Maurice, en collaboration par l'atelier québécois des professionnels sur le retard mental et par le département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. L'EQCA conçue en français à partir d'une analyse de contenu de 25 instruments existants, est applicable aux déficients mentaux à partir de, quel que soit le niveau de leur déficit et l'environnement dans lequel ils vivent. (Serban. L, 1990.P196).

Cette échelle contient 324 items qui se répartissent en deux grandes sections : les comportements adaptatifs et les comportements inadéquats. La section des comportements adaptatifs couvre sept sphères : autonomie, habiletés domestiques, santé et habiletés motrices, communication, habiletés préscolaires/ scolaires, socialisation, habiletés de travail. Chacune de ces sphères se subdivise en dimensions.

Il en va de même pour les comportements inadéquats, qui se subdivisent en

sept dimensions. (George Mikhail. T, Marc A. Provost, 2008. P153).

- La consigne de la passation :

L'échelle québécoise du comportement adaptatif doit être complétée par une personne qui connaît très bien la personne à évaluer, elle doit être remplie que ce soit par l'éducateur (trice), le psychologue, etc...

Il est très important aussi de savoir que toutes les sections de la page doivent être remplies. On indiquant le nom du sujet, sa date de naissance, ainsi les critères d'évaluation dépendent de l'âge de la personne à évaluer. Le cas supérieur est réservée à l'information concernant le sujet tandis que le cas inférieure est destinée à la personne qui remplit le questionnaire

- La cotation :

L'ÉQCA est divisée en deux grandes parties qui : sont les comportements adaptatifs (225 items) et les comportements inadéquats (99 items).

La partie des comportements adaptatifs contient sept thématiques :

1-Autonomie : alimentation-cuisine, hygiène, utilisation de la toilette et habillage-déshabillage.

2-Habilités domestiques : vêtements, intérieur, réparation, sécurité et extérieur

3-Santé et sensorimoteur : santé, motricité fine et motricité globale.

4-Communication : expression, réception et langage élaboré et complexe

5-Habilités préscolaires et scolaires : graphisme, notion du temps, mathématiques pratiques, lecture et écriture.

6-Socialisation : interactions, déplacements, ressources communautaires, magasinage, services pré-bancaires et bancaires et loisirs.

7-Habilités de travail : habiletés d'emploi et recherche d'emploi et comportements et relations interpersonnels au travail.

La partie Comportements inadéquats se divise en sept catégories soit:

1-Comportements et postures stéréotypés.

- 2-Comportements de retrait et d'inattention.
- 3-Habitudes et comportements inacceptables.
- 4-Manières interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux.
- 5-Comportements sexuels inadéquats ou divergents.
- 6-Comportements de violence ou d'agression.
- 7-Comportements d'automutilation.

- Partie 01 : le comportement adaptatif utilise le système de cotation qui suit :

0 = Ne le fait pas : vous cote ne le fait pas même si vous croyez le sujet capable de démontrer l'habilité alors qu'il ne le fait pas.

1 = Le fait mais : La cotation le fait mais réfère à la situation ou la repense ne peut franchement être « **le fait** » ni « **le fait pas** ». On veut ainsi par cette cote récupérer la situation ou le sujet ne fait le comportement qu'avec stimulation.

2 = Le fait : La cotation « **le fait** » s'applique aussi aux comportements qui ne sont pas émis parce qu'ils impliquent nécessairement des apprentissages antérieurs du sujet.

NP = Non possible : l'environnement de la personne évaluée ne lui permet pas de faire le comportement.

. Le niveau des comportements adaptatifs :

Il existe trois niveaux des comportements adaptatifs : le léger, moyen, et le profond, ainsi on identifie le niveau de ces comportements chez les personnes ayant une déficience intellectuelle de la façon suivante :

-Tableau n° 01 : Le niveau des comportements adaptatifs :

Le degré du comportement adaptatif	Le niveau du comportement adaptatif
De 00 jusqu'à 100	Profond
De 200 jusqu'à 300	Moyen
De 300 jusqu'à 450	Léger

- Partie 02 : le comportement inadéquat utilise le système de cotation qui suit :

0 = N'émet pas ce comportement.

1 = Léger : comportement occasionnel ou bénin.

2 = Moyen : comportement qui nécessite une action généralisée pour trouver une stratégie d'intervention afin de le modifier.

3 = Grave : comportement assez grave pour que le milieu rejette la personne évaluée ou pour mettre en danger la santé de la personne évaluée ou d'autre.

. Le niveau des comportements inadéquats :

Il existe trois niveau du comportement inadéquat : le léger, moyen, et le profond, ainsi on identifie le niveau de ces comportements chez les personnes ayant une déficience intellectuelle de la façon suivante :

-Tableau n°02 : Le niveau des comportements inadéquats :

Le degré du comportement inadéquat	Le niveau du comportement inadéquat
De 00 jusqu'à 24	Léger
De 25 jusqu'à 50	Moyen
De 51 jusqu'à 297	Profond

(Morice.P,et al,1993. p86).

-Tableau n°03 : les comportements adaptatifs :

Sphère	Question	Libellé	Score Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	46
	24-31	Hygiène	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10
	37-47	Habillage et	22

		déshabillage	
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	08
	52-56	Intérieur	10
	57-62	Réparation	12
	63-65	Sécurité	06
	66-67	Extérieur	04
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	16
	76-91	Motricité fine	32
	92-106	Motricité globale	30
Communication	107-122	Expression	32
	123-130	Réception	16
	131-141	Langage élaboré	22
	142-146	Graphisme	10
	147-151	Notion du temps	10
Habiletés préscolaires et scolaires	152-158	Mathématiques pratiques	14
	159-162	Lecteur	08
	163-164	Ecriture	04
Socialisation	165-183	Interactions	38
	184-193	Déplacements	20
	194-196	Ressources communautaires	06
	197-200	Magasinage	08
	201-204	Services bancaires	08
	205-210	Loisirs	12
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emplois et recherche d'emplois	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnelles au travail	08

-Tableau n°04 : les sphères de la deuxième partie de l'échelle (comportements inadéquats) :

Question	Libellé	Score Maximum
226-233	Comportements et postures stéréotypés	24
234-241	Comportements de retrait et d'inattention	24
242-275	Habitudes et comportements inacceptables	102
276-298	Manière interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux	69
299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	30

- Observation :

L'application de l'échelle a été réalisée de manière ciblée, en tenant compte des caractéristiques de notre groupe de recherche. Certaines sphères de l'échelle n'ont pas été évaluées car elles ne correspondaient pas à la tranche d'âge de notre groupe d'étude qui est de (08 ans à 12 ans). Nous avons donc supprimé les libellés et sphères suivants :

- Le libellé « **Réparation et Extérieur** » dans la sphère des habiletés domestiques.
- Les libellés « **Ressources communautaires, Magasinage et Services pré-bancaires** » dans la sphère de la socialisation.
- La sphère des habiletés de travail.

5. Le groupe d'étude :

Selon **R.MUCCHIELLI**, la population est définie comme « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête».

Selon **Alain Blanchet** : « la population c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose ». (Alain, 1992. P50).

Notre groupe de recherche est constitué de cinq (05) cas qui ont été choisis d'une manière ciblée et c'est à partir des critères d'inclusion suivants :

5.1. Les critères d'inclusion :

- Les enfants trisomiques âgés de 08 ans à 12 ans.
- Inséré dans le centre psychopédagogique pour les handicapés mentaux.
- L'enfant ne soit pas atteint d'une maladie neurologique ou d'une maladie grave.
- L'enfant ne soit pas nouveau, et il a une certaine ancienneté au centre

5.2. Tableau n°5 : Les caractéristiques de groupe d'étude :

Noms des cas	Âge	Fonction de la mère et du père		Nombre d'enfants
		Père	Mère	
Mohamed	09 ans	Retraité	Femme au foyer	05
Salas	09 ans	Chauffeur	Couturière	03
Safa	08 ans	Tailleur	Femme au foyer	05
Salim	10 ans	Fonctionnaire	Femme au foyer	04
Mahmoud	11 ans	Un simple employé	Femme au foyer	04

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif de notre groupe d'étude, dont il présente nos cinq (05) cas, leurs âges, la fonction et la situation économique de leurs parents, et le nombre de leurs fratries.

6. Le déroulement de la pratique :

Notre enquête s'est déroulée du 11 février 2024 jusqu'au 26 mars 2024 au sein du centre psychopédagogique des enfants handicapés mentaux d'Akbou. Nous nous y rendions deux (02) fois par semaine de 8h00 à 15h30, dans le but de récolter un maximum d'informations sur nos sujets.

Dans les premiers jours de notre travail, la psychologue nous a fait visiter les groupes l'un par l'autre. Chaque groupe se diffère de l'autre par rapport à l'âge, type de déficience (les trisomiques, les IMOC, autistes,..) et le degré de la déficience (sévère, moyenne, légère,...). La sélection de notre groupe d'étude a été donc guidée par les objectifs de notre recherche.

Notre groupe de recherche est constitué de cinq (05) cas, et afin de recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons mené une observation participante en premier lieu, nous permettant ainsi d'observer et d'analyser les interactions et les comportements des enfants au sein de leurs groupes.

Donc dans le but d'analyser le comportement de ces enfants, nous nous sommes joints à eux pendant leurs séances d'autonomie, leurs activités pédagogiques, leur moment de pause et même pendant les repas, tout en prenant des notes détaillées de nos observations.

L'autre outil de notre travail de recherche a été l'échelle québécoise de comportement adaptatif (EQCA). C'est un outil qui nous a permis d'évaluer le niveau de développement des habiletés adaptatives chez ces enfants et de mesurer leurs compétences dans divers domaines essentiels à leur autonomie et à leur communication et intégration sociale.

L'application de l'EQCA sur nos cinq (05) cas «Mohamed», «Salas», «Safa», «Salim» et «Mahmoud» a eu lieu dans leurs salles, avec le soutien de leurs éducatrices qui nous ont fourni des renseignements essentiels sur eux et sur leur développement.

- Synthèse :

La méthodologie que nous avons employée nous a permis d'organiser notre recherche de manière efficace et a garanti le respect des principes éthiques et des règles déontologiques tout au long de la recherche.

Dans ce chapitre, on a fait une présentation détaillée du lieu de notre recherche, nous avons également cité notre groupe d'étude et ses caractéristiques, comme on a expliqué la façon dont notre étude a été réalisée tout en mentionnant la méthode et outils utilisés tout au long de notre travail de recherche.

Chapitre V

**Présentation, analyse et discussion des
hypothèses**

Préambule :

Après avoir abordé le chapitre de méthodologie de recherche, nous passons au dernier chapitre dont nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus grâce aux outils de recherche utilisés, l'observation naturaliste et l'échelle québécoise de comportement adaptatif, pour pouvoir en suite discuter et vérifier notre hypothèse.

I. La présentation et l'analyse des résultats :**1. La présentation du 1^{er} cas «Mohamed» :**

Il s'agit de l'enfant «**Mohamed**», trisomique âgé de 8 ans et 7 mois, demeurant à Tazmalt. Il est admis au niveau du CPP d'Akbou depuis le 26.09.2019. Il est actuellement dans le groupe éveil 4. «**Mohamed**» est issu d'un mariage consanguin. Il a d'antécédents pathologiques dans sa famille.

Il est le cadet d'une fratrie de cinq enfants (04 garçons / 01 filles). Les conditions socio-économiques de sa famille sont moyennes, le père âgé de 59 ans, est retraité, la mère âgée de 50 ans, est sans emploi.

La période anténatale été difficile pour la maman, elle avait 41 ans. L'accouchement été à terme, par voie basse, «**Mohamed**» n'a pas manifesté une souffrance néo-natale. L'allaitement été artificiel, et ça a duré 2 ans. Sa langue maternelle est le kabyle.

L'enfant a présenté un retard dans son développement psychomoteur, à savoir : la tenue de la tête à 7 mois, la position assise à 7 mois, la marche à 18 mois et son premier mot à 2 ans.

Actuellement et selon le diagnostic de l'orthophoniste du centre, il présente un retard de langage et de la parole. «**Mohamed**» n'a jamais fréquenté l'école normale. L'enfant présente une cardiopathie stabilisée.

1.1. Le compte rendu des observations du comportement du 1^{er} cas «Mohamed» :

En observant l'enfant «**Mohamed**» on a constaté qu'il est sociable, il communique avec son entourage et il a de bonnes relations.

Il est autonome : il reconnaît ses propres vêtements facilement. Il arrive à s’habiller et même à se déshabiller seul. «**Mohamed**» fait sa toilette seul sans l’aide de personne.

Pendant les repas, l’enfant tient la cuillère correctement, il mange seul et ne se salit pas.

«**Mohamed**» a une bonne perception, il participe volontairement aux activités lors des séances de stimulations pédagogiques. Il est persévérant et obéissant. L’enfant manifeste toujours des réactions de joie après chaque récompense : ce qui explique sa bonne estime de soi.

«**Mohamed**» a une démarche souvent stable et il ne présente aucune difficulté à coordonner les mouvements de ses bras et de ses jambes. Il est dynamique, il aime jouer au football avec ses camarades de groupe.

Selon le diagnostic du psychologue du CPP d’Akrou, l’enfant «**Mohamed**» présente un retard du développement psychomoteur.

1.2. La présentation des résultats de l’échelle québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le 1^{er} cas «Mohamed» :

1.2.1. Tableau n°06 : les résultats de la sphère d’autonomie :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	32	46
	24-31	Hygiène	13	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage et déshabillage	18	22
			72	94

Le score obtenu dans la sphère d’autonomie est de 72/94, les résultats sont satisfaisants, ce qui confirme que «**Mohamed**» est capable d’accomplir les tâches quotidiennes : il mange des aliments en purée, il ne démontre jamais d’opposition lorsqu’une personne retire la cuillère de sa bouche. Il manipule ses doigts, et il arrive à prendre un verre, il boit et il le replace, et il mange seul avec une cuillère

sans en renverser.

Concernant l'hygiène, on a remarqué que «**Mohamed**» présente un niveau d'hygiène satisfaisant pour son âge, il arrive à se savonner et se laver les mains et de brosser les cheveux seul. Il peut avoir besoin d'une aide minimale pour certaines tâches, comme se baigner, se laver le corps et les cheveux.

«**Mohamed**» fait sa toilette tout seul de manière complète sans aucune supervision. Il peut s'habiller, se déshabiller, y compris choisir ses vêtements les enfiler et les enlever, attacher les boutons et se changer en fonction de la météo.

1.2.2. Tableau n°07 : les résultats de la sphère des habiletés domestiques :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	05	08
	52-56	Intérieur	05	10
			10	18

Les résultats de la sphère des habiletés domestiques sont moyens dont on a obtenu 10/18. «**Mohamed**» est capable de placer ses vêtements sales à l'endroit prévu et s'habille correctement, il arrive à maintenir un environnement propre : il dépose les déchets aux bons endroits, par exemple s'il fait de dégâts il nettoie sa place et ne la laisse jamais sale.

1.2.3. Tableau n°08 : les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et Sensori-moteur	68-75	Santé	02	16
	76-91	Motricité fine	31	32
	92-106	Motricité globale	26	30
			59	78

Le score obtenu dans la sphère santé et sensori-moteur est de 59/78 qui est moyen. Concernant le libellé santé, «**Mohamed**» accepte de prendre des médicaments et de recevoir une injection ou de subir un examen médical sans démontrer d'opposition, mais ne peut pas prendre des médicaments seul, et vu son

âge il a besoin d'une aide maximale de prendre soin de sa santé.

Et pour la motricité fine, le résultat est satisfaisant, dont il est capable de tourner les yeux vers un objet de couleur vive, il suit ses objets avec ses yeux, et il réussit à utiliser ses mains et ses doigts pour effectuer des tâches précises, et manipuler de petits objets. Tandis que dans la motricité globale, on trouve qu'il est capable de s'asseoir et de rester en position assise, il arrive à marcher, courir, sauter, ramper et à lancer et attraper des objets.

1.2.4. Tableau n°09 : les résultats de la sphère de communication :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	32	32
	123-130	Réception	16	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	14	22
			62	70

A partir du résultat obtenu dans cette sphère de communication qui est de 62/70, on trouve qu'il est très satisfaisant. «**Mohamed**» est capable de s'exprimer verbalement et non verbalement, il arrive à répondre à son entourage en formulant des phrases ou par des sons ou des gestes et il manifeste des expressions faciales significatives. Il réagit à son nom : lorsqu'on l'interpelle il se retourne pour voir, et il est capable de localiser la source d'un bruit. «**Mohamed**» aime écouter de la musique et écoute attentivement lorsqu'une personne lui raconte des histoires simples.

Il arrive à utiliser le langage pour interagir avec les autres, et interrompt poliment une personne lorsqu'il a besoin de lui parler ou pour exprimer ses besoins et ses émotions.

1.2.5. Tableau n°010 : les résultats de la sphère des habilités préscolaires et scolaires :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
	142-146	Graphisme	04	10

Habilités préscolaires et scolaires	147-151	Notion du temps	04	10
	152-158	Mathématiques pratiques	00	14
	159-162	Lecture	02	08
	163-164	Ecriture	00	04
			10	46

Le score obtenu dans la sphère des habilités préscolaires et scolaires est de 10/40, «**Mohamed**» a obtenu un score faible. Concernant le graphisme, il arrive quand même à tracer un trait horizontal et vertical mais à partir d'un exemple. Par contre ne peut pas tracer un carré ou un triangle même à l'aide d'un exemple.

Pour la notion du temps, «**Mohamed**» arrive à identifier des objets qui servent à déterminer l'heure et à nommer les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir).

Il arrive à compter uniquement quelques numéros mais ne dépasse pas le chiffre 10, comme il n'est pas capable de reconnaître les lettres et les mots, ni à les écrire. «**Mohamed**», développe ses capacités scolaires tout avec l'aide de l'équipe psychopédagogique du centre.

1.2.6. Tableau n°11 : les résultats de la sphère de socialisation :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	33	38
	184-193	Déplacements	10	20
	205-210	Loisirs	08	12
			51	70

Au sujet de la sphère de la socialisation, «**Mohamed**» a obtenu un score de 51/70. On parlant d'interactions, il réagit au bruit, établit le contact visuel et il est capable d'interagir avec les autres de manière appropriée : salue et approche des personnes qu'il connaît, participe activement aux activités de groupe. Pour les déplacements, «**Mohamed**» est capable de se déplacer dans la salle ou dans tout le centre mais ne peut pas voyager seul par transport.

Concernant les loisirs on a constaté qu’il développe des compétences de bases nécessaires à la participation à certaine loisirs : aime sortir avec sa famille, participe activement à des jeux de groupe, et aime danser avec les autres.

1.2.7. Tableau n°12 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportements inadéquats	226-233	Comportements et postures stéréotypés	00	24
	234-241	Comportements de retrait et d’inattention	00	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	14	102
	276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux	06	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	00	30
	309-316	Comportements de violences ou d’agression	00	24
	317-324	Comportements d’automutilation	00	24
			20	297

D’après les résultats de la sphère des comportements inadéquats qui est de 20/297, on a assimilé que «**Mohamed**» ne manifeste aucun comportement stéréotypés.

«**Mohamed**» a des habitudes et comportements inacceptables dont il se parle tout haut, et il grince ses dents, il mange des objets non-comestibles (pâte à modeler, du papier ...), il fugue et quitte les endroits sans permission.

Il aime mettre le son du téléphone plus fort lorsqu'il écoute de la musique, et il parle trop près de la figure des autres. D'après les résultats de la sphère des comportements sexuels inadéquats ou divergents, et comportements de violence ou d'agression, on constate que «**Mohamed**» ne présente aucun de ces comportements, et ni de comportements d'automutilation.

1.3. La synthèse du 1^{er} cas «Mohamed» :

D'après notre observation et les résultats obtenus dans chaque sphère, on a trouvé que «**Mohamed**» a acquis de bons comportements adaptatifs depuis son entrée au centre psychopédagogique d'Akbou jusqu'à aujourd'hui.

C'est un enfant autonome, obéissant et sociable. Il est calme, communicatif, coopératif dont il exprime ses émotions et ses besoins de manière appropriée, sans recourir à la violence et il est capable de jouer et travailler en équipe. Il présente aussi quelques comportements inadéquats, tels que grincer les dents, manger des objets non-comestibles, tenter de fuguer et quitter les endroits sans permission.

2. La présentation du 2^{ème} cas «Salas» :

Il s'agit de l'enfant «**Salas**», trisomique âgé de 9 ans et 6 mois, demeurant à Tazmalt. Il est admis au niveau du CPP d'Akbou depuis le 26.06.2018. «**Salas**» est issu d'un mariage consanguin, il n'y a pas d'antécédents pathologiques dans sa famille.

Il est le cadet d'une fratrie de deux enfants (02 garçons). Les conditions socio-économiques de sa famille sont moyennes, le père âgé de 38 ans est un chauffeur, la mère âgée de 36 ans est une couturière.

La période anténatale été difficile pour la maman, elle avait 28 ans. L'accouchement été à terme, par voie basse. «**Salas**» n'a pas manifesté une souffrance néo-natale. Il a été allaité au sein pendant 7 mois, puis artificielle jusqu'à son sevrage à 2 ans. Sa langue maternelle est le kabyle.

L'enfant a présenté un retard dans son développement psychomoteur, à

savoir : la tenue de la tête à 3 mois, la position assise à 7 mois, la marche à 18 mois et son premier mot à 12 mois.

Actuellement et selon le diagnostic de l'orthophoniste du centre, il présente un retard du langage et de la parole. «**Salas**» n'a jamais fréquenté l'école normale. L'enfant présente une cardiopathie stabilisée, et il a un problème visuel (il porte des lunettes).

2.1. Le compte rendu des observations du comportement du 2eme cas

«Salas» :

En observant l'enfant «**Salas**», on a constaté qu'il est timide, calme et sociable. Il a de bonnes relations avec ses camarades et son éducatrice.

Il est autonome et selon son éducatrice il reconnaît ses propres vêtements facilement. «**Salas**» s'habille et se déshabille seul.

Il se lave le visage et les mains et fait sa toilette tout seul, s'assoit et s'essuie lui-même sans aucune difficulté.

Pendant le repas, l'enfant mange et boit seul, proprement et sans aucun aide. «**Salas**» n'aime pas manger les œufs.

Il aime participer aux activités pédagogiques proposées par son éducatrice, et aime aussi faire du sport avec ses camarades.

L'enfant «**Salas**» est obéissant et persévérant. Selon le diagnostic du psychologue du CPP d'Akbou, il présente un retard du développement psychomoteur.

2.2. La présentation des résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le 2eme cas «Salas» :

2.2.1. Tableau n°13 : les résultats de la sphère d'autonomie :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	18	46
	24-31	Hygiène	10	12
	32-36	Utilisation de	06	10

		la toilette		
	37-47	Habillage et déshabillage	11	22
			45	94

Le score obtenu dans la sphère d'autonomie est de 45/94 qui est moyen. Concernant l'alimentation, «Salas» est capable de manger des aliments en purée sans aucune hésitation, il mange seul et il ne démontre jamais d'opposition lorsqu'une personne retire la cuillère dans sa bouche.

Concernant l'hygiène, il arrive à se savonner et se laver les mains, il présente les bras et les jambes lorsqu'on l'essuie. Il peut avoir besoin d'aide pour certaines tâches comme pour se baigner, se laver le corps et les cheveux.

Ensuite, pour la toilette, «Salas» a besoin d'assistance, mais il peut s'habiller et se déshabiller tout seul.

2.2.2. Tableau n°14 : les résultats de la sphère des habiletés domestiques :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	04	08
	52-56	Intérieur	02	10
			06	18

Pour les résultats des habiletés domestiques «Salas» a obtenu un score de 06/18, qui est un résultat moyen. «Salas» arrive à placer ses vêtements dans la commode, il dépose aussi les déchets aux bons endroits (poubelles).

2.2.3. Tableau n°15 : les résultats de la santé et sensori-moteur:

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	02	16
	76-91	Motricité fine	22	32
	92-106	Motricité globale	25	30
			49	78

Dans cette sphère de santé et sensori-moteur, «**Salas**» a obtenu un score moyen de 49/78. On ce qui concerne la santé, il accepte de prendre des médicaments et recevoir une injection ou de subir un examen médical sans démontrer d'opposition mais il ne peut pas prendre des médicaments seul. Il nécessite une assistance pour prendre soin de sa santé.

«**Salas**» a un bon contrôle des mouvements fins : il est capable de tourner les yeux vers un objet de couleur vive et de prendre des objets de taille moyenne, les tourne et les relâche. Et il arrive à faire passer les objets d'une main à l'autre. Quant à la motricité globale, il est capable d'adopter la position «quatre-pattes» et de la maintenir, il est aussi capable de courir et de sauter sur place et de se balancer sur une balançoire.

2.2.4. Tableau n°16 : les résultats de communication :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	25	32
	123-130	Réception	16	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	12	22
			53	70

Dans cette sphère de communication Salas a obtenu 53/70, qui est un résultat satisfaisant. On comprend alors que «**Salas**» a une bonne communication avec son entourage : il réagit quand on l'interpelle par son nom, il répond à son entourage par des sons ou des gestes et il parle correctement.

Il est capable de nommer des objets simples et même les membres de sa famille. Il comprend des directives simples (assis, va, cherche ton manteau, etc.).

2.2.5. Tableau n°17 : les résultats de la sphère des habilités préscolaires et scolaires :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités	142-146	Graphisme	05	10
	147-151	Notion du	02	10

préscolaires et scolaires		temps		
	159-162	Lecture	02	08
	163-164	Ecriture	00	04
			09	32

Le résultat obtenu dans la sphère d’habiletés préscolaires et scolaires est de 09/32, qui est très faible. «**Salas**» arrive à tracer un trait horizontal et vertical mais à partir d’un exemple, des fois même en se servant d’un exemple les lignes horizontales de l’enfant ne sont pas toujours droites.

Il n’arrive pas à identifier même un objet servant à déterminer l’heure, par contre il arrive à nommer les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir).

2.2.6. Tableau n°18 : les résultats de la sphère de socialisation :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	28	38
	184-193	Déplacement	13	20
	205-210	Loisir	08	12
			49	70

Dans cette sphère de socialisation, «**Salas**» a obtenu un score moyen de 49/70.

«**Salas**» est capable de réagir au bruit et il établit un contact visuel avec la personne qui lui parle, il sourit lorsqu’on lui sourit, s’approche des personnes qu’il connaît et les salue.

On ce qui concerne les déplacements, l’enfant se déplace d’une pièce à l’autre et vient lorsque quelqu’un l’appelle ou lui fait signe.

«**Salas**» fait des sorties avec sa famille, et il aime bien participer à des jeux individuels ou collectifs avec ses camarades et proches.

2.2.7. Tableau n°19 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportements inadéquats	226-233	Comportements et postures stéréotypés	00	24
	234-241	Comportements de retrait et d'inattention	04	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	02	102
	276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux	02	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	00	30
	309-316	Comportements de violences ou d'agression	00	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			08	297

D'après le résultat de la sphère des comportements inadéquats qui est 08/297, on a constaté que l'enfant ne manifeste aucun comportement stéréotypé. « **Salas** » dort souvent le jour. Il est un enfant timide, il évite toute interaction avec des personnes qu'il ne connaît pas. Il parle trop près de la figure des autres. « **Salas** » ne manifeste aucun comportement sexuel inadéquat ou divergent ni de comportements de violences ou d'agression et ni de comportement

d'automutilation.

2.3. La synthèse du 2eme cas «Salas» :

En percevant le comportement de l'enfant et d'après les résultats de l'échelle Québécoise de comportements adaptatifs, on peut en déduire qu'il est un enfant autonome, calme et timide.

Salas a un bon comportement adaptatif, et il a acquis un minimum de comportements adaptatifs grâce à l'équipe psychopédagogique du CPP d'Akbou, qui l'ont aidé et encouragé.

3. La présentation du 3eme cas «Safa» :

Il s'agit de l'enfant «**Safa**», trisomique âgée de 8 ans et 4 mois demeurante, à Akbou. Elle est admise au niveau du CPP d'Akbou depuis le 11.09.2019. Elle est actuellement dans le groupe éveil 4. «**Safa**» est issue d'un mariage non consanguin. Il n'y a pas d'antécédents pathologiques dans sa famille.

Elle est la troisième d'une fratrie de quatre filles. La période anténatale été normale pour la maman, elle avait 36 ans. L'accouchement été à terme, par césarienne. L'allaitement été mixte pendant 3 mois, puis artificiel à 3 ans. Sa langue maternelle est le kabyle.

L'enfant a présenté un retard dans son développement psychomoteur, à savoir : la position assise à 12 mois, la marche à 2ans et son premier mot à 2 ans.

Actuellement et selon le diagnostic de l'orthophoniste du centre, elle présente un retard de langage et de la parole.

Les conditions socio-économiques de sa famille sont moyennes, le père âgé de 50 ans, il est tailleur, la mère âgée de 45 ans, est sans emploi. «**Safa**» n'a jamais fréquenté l'école. L'enfant présente une cardiopathie stabilisée.

3.1. Le compte rendu des observations du comportement du 3eme cas «Safa» :

En observant l'enfant «**Safa**» on a constaté qu'elle est sociable : elle communique avec son entourage et elle a de bonnes relations avec eux.

Elle est autonome : elle reconnaît ses propres vêtements facilement, et elle

arrive à s'habiller, se déshabiller toute seule. «**Safa**» arrive à faire sa toilette seule sans aucun aide.

Pendant les repas, l'enfant est capable de tenir la cuillère, de la remplir de nourriture et de la porter à sa bouche sans la renverser.

«**Safa**» a une bonne perception, elle participe volontairement aux activités lors des séances de stimulations pédagogiques. Elle est persévérante et obéissante.

Elle manifeste toujours des réactions de joie après chaque récompense : ce qui explique sa bonne estime de soi.

«**Safa**» a une démarche souvent stable et elle ne présente aucune difficulté à coordonner les mouvements de ses bras et de ses jambes. Selon le diagnostic du psychologue du CPP d'Akbou, «**Safa**» présente un retard du développement psychomoteur.

3.2. La présentation des résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le 3eme cas «Safa» :

3.2.1. Tableau n°20 : les résultats de la sphère d'autonomie :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	22	46
	24-31	Hygiène	12	16
	32-36	Utilisation de la toilette	08	10
	37-47	Habillage et déshabillage	18	22
			60	94

Le score obtenu dans la sphère d'autonomie est de 60/94, les résultats sont moyens. «**Safa**» mange des aliments en purée, et elle arrive à tenir des petits aliments avec sa main. Elle mange seule en utilisant la cuillère et la fourchette sans en renverser ni se salir. «**Safa**» ne démontre pas d'opposition lorsqu'une personne retire la cuillère de sa bouche.

On a remarqué que «Safa» présente un niveau d’hygiène satisfaisant, elle est capable de se laver et essuyer les mains et les pieds sans avoir besoin d’assistance. Elle utilise les toilettes d’une manière appropriée.

Elle peut avoir besoin d’une aide minimale pour certaines tâches, comme se baigner, se laver le corps et les cheveux. «Safa» peut s’habiller et se déshabiller seule. Elle est capable de faire monter sa fermeture éclair et d’attacher les boutons de ses vêtements.

3.2.2. Tableau n°21 : les résultats de la sphère des habiletés domestiques :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	04	08
	52-56	Intérieur	04	10
			08	18

Les résultats de la sphère des habiletés domestiques sont moyens dont on a obtenu un score de 08/18. «Safa» est capable de ranger ses vêtements dans la commode. Elle dépose les déchets aux bons endroits (poubelle, corbeille à papier, etc.).

3.2.3. Tableau n°22 : les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	02	16
	76-91	Motricité fine	26	32
	92-106	Motricité globale	26	30
			54	78

Le score obtenu dans la sphère santé et sensori-moteur est de 54/78 qui est moyen.

Concernant le libellé santé, «Safa» accepte de prendre des médicaments et de recevoir une injection ou de subir un examen médical sans démontrer d’opposition, mais elle ne peut pas prendre ses médicaments seule, et vu son âge elle a besoin

d'une aide maximale de prendre soin de sa santé.

En parlant de la motricité fine, le résultat est satisfaisant. «Safa» est capable de tourner les yeux vers un objet de couleur vive, et de prendre et manipuler des petits objets momentanément, comme elle réussit à faire passer des objets d'une main à l'autre. Quant à la motricité globale, on a remarqué qu'elle est capable de s'asseoir et de rester en position assise, elle arrive à marcher, courir et sauter sur place, à pieds joints.

3.2.4. Tableau n°23 : les résultats de la sphère de communication :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	32	32
	123-130	Réception	16	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	16	22
			64	70

A partir du résultat obtenu dans cette sphère de communication qui est de 64/70, on trouve qu'il est très satisfaisant. «Safa» est capable de comprendre et de s'exprimer verbalement et avec des gestes, elle manifeste des expressions faciales significatives. Elle arrive à établir un contact visuel avec la personne qui lui parle et elle tourne la tête pour localiser la source d'un bruit, comme elle réagit à son nom lorsqu'on l'interpelle. «Safa» arrive à identifier des objets simples qu'on lui nomme. Elle aime écouter de la musique.

3.2.5. Tableau n°24 : les résultats de la sphère des habiletés préscolaires et scolaires :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaires et scolaires	142-146	Graphisme	10	10
	147-151	Notion du temps	04	10
	152-158	Mathématiques pratiques	00	14
	159-162	Lecture	02	08

	163-164	Ecriture	00	04
			16	46

«Safa» a obtenu un score faible de 16/46 dans la sphère des habilités préscolaires et scolaires. Elle arrive à tracer un trait horizontal et vertical. Elle arrive aussi à tracer un carré et un triangle à partir d'un exemple.

«Safa » n'arrive pas à identifier des objets qui servent à déterminer l'heure mais elle est capable de nommer les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir). Elle arrive à identifier des services publics par des mots simples (p.ex..toilette, cantine..).

3.2.6. Tableau n°25 : les résultats de la sphère de socialisation :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	32	38
	184-193	Déplacements	13	20
	205-210	Loisirs	08	12
			53	70

Dans la sphère de la socialisation, «Safa» a obtenu un score de 53/70. Elle réagit au bruit, et elle arrive à établir le contact visuel. Elle sourit lorsqu'on lui sourit, elle salue et elle approche des personnes qu'elle connaît, participe activement aux activités de groupe. Elle est dynamique et aime explorer son environnement. «Safa» est capable de se déplacer dans une salle à l'autre ou dans tout le centre.

Elle aime sortir avec sa famille, participe activement à des jeux de groupe, et elle aime danser avec ses camarades.

3.2.7. Tableau n°26 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
	226-233	Comportements et postures stéréotypés	00	24
	234-241	Comportements	00	24

Comportements inadéquats		de retrait et d'inattention		
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	00	102
	276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux	18	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	00	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			18	297

D'après les résultats de la sphère des comportements inadéquats qui est de 18/297, on a conclu que «**Safa**» ne manifeste aucun comportement stéréotypé.

Concernant les comportements de retrait et d'inattention : il reste étendu sur le sol mais rarement.

D'après les résultats de la sphère des comportements sexuels inadéquats ou divergents, et comportements de violence ou d'agression, on constate que «**Safa**» ne présente aucun de ces comportements, ni de comportements d'automutilation.

. La synthèse du 3eme cas «Safa» :

D'après notre observation et les résultats obtenus dans chaque sphère, on a trouvé que «**Safa**» a un bon comportement adaptatif, et qu'elle a acquis de bons comportements adaptatifs depuis son entrée au centre psychopédagogique d'Akbou

jusqu'à aujourd'hui.

4. La présentation du 4eme cas «Salim» :

Il s'agit de l'enfant «**Salim**», âgé de 10 ans et 8 mois, demeurant à Tazmalt. Il est admis au niveau du CPP d'Akbou depuis le 06.09.2016. «**Salim**» est issu d'un mariage consanguin. Il a d'antécédents pathologiques dans sa famille.

Il est le benjamin d'une fratrie de trois enfants (02 garçons / 01 filles). Les conditions socio-économiques de sa famille sont moyennes, le père âgé de 59 ans, est fonctionnaire à l'APC-AGBALOU, la mère âgée de 52 ans, est une femme au foyer.

La période anténatale été difficile pour la maman, elle avait 43 ans. L'accouchement été à terme, par voie basse, «**Salim**» a présenté une souffrance néo-natale. L'allaitement été artificiel pendant 3 ans. Sa langue maternelle est le kabyle.

L'enfant a présenté un retard dans son développement psychomoteur, à savoir : la tenue de la tête à 4 mois, la position assise à 8 mois, la station debout à 17 mois, la marche à 18 mois et son premier mot à 7 mois.

Actuellement et selon le diagnostic de l'orthophoniste du centre, il présente un retard de langage et de la parole.

«**Salim**» n'a jamais fréquenté l'école normale. L'enfant présente une hypothyroïdie.

4.1. Le compte rendu des observations du comportement du 4eme cas «Salim» :

En observant attentivement le comportement de l'enfant «**Salim**», on a constaté qu'il est calme et obéissant.

«**Salim**» est autonome : il s'habille et se déshabille complètement seul, et il fait sa toilette sans avoir besoin d'aide. Il arrive à maintenir ses vêtements propres et en bon état.

En mangeant, il tient la cuillère et la fourchette correctement, et il mange seul sans en renverser.

Durant les stimulations pédagogiques, «**Salim**» participe volontairement aux activités. Il est persévérant et attentif : il comprend toutes les consignes données par son éducatrice, et qui le félicite toujours pour chaque bonne réponse. Pour cela l'enfant manifeste souvent des réactions de joie, ce qui explique sa bonne estime de soi.

Il a une démarche stable et il ne présente aucune difficulté à coordonner ses mouvements. Il est actif, et il aime participer aux jeux collectifs avec ses camarades du centre. Et selon le diagnostic du psychologue du CPP d'Akbou, l'enfant «**Salim**» présente un retard du développement psychomoteur.

4.2. La présentation des résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le 4eme cas «Salim» :

4.2.1. Tableau n°27 : les résultats de la sphère d'autonomie :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	30	46
	24-31	Hygiène	14	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage et déshabillage	21	22
			75	94

Le score que «**Salim**» a obtenu dans la sphère d'autonomie est de 75/94, les résultats sont satisfaisants. Il est capable de manger seul proprement, et il prend des bouchées de taille appropriées. Il n'accepte jamais qu'une autre personne lui retire la cuillère de sa bouche. «**Salim**» est capable de se savonner et de se laver, et aussi de se brosser les cheveux. Il va aux toilettes par lui-même et de manière complète.

Il est capable de mettre et enlever ses vêtements tout seul, et il arrive à attacher et détacher les boutons et les fermetures à glissière. Comme il peut choisir des vêtements appropriés à l'endroit, l'occasion et la température.

4.2.2. Tableau n°28 : les résultats de la sphère des habilités domestiques :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	05	08
	52-56	Intérieur	05	10
			10	18

Les résultats de la sphère des habiletés domestiques sont moyens alors que «**Salim**» a obtenu 10/18. Il place ses vêtements sales au bon endroit et il range ses vêtements dans la commode.

Il nettoie et range régulièrement son espace et il dépose les déchets aux bons endroits.

4.2.3. Tableau n°29 : les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	04	16
	76-91	Motricité fine	32	32
	92-106	Motricité globale	30	30
			66	78

Le score obtenu dans la sphère santé et sensori-moteur est de 66/78. Concernant le libellé santé, «**Salim**» ne démontre pas d'opposition aux soins médicaux. Il arrive à identifier un thermomètre médical.

«**Salim**» nécessite une assistance en ce qui concerne sa santé car il est toujours enfant et il n'arrive pas à prendre des médicaments seul.

Et pour la motricité fine, le résultat est très satisfaisant. Il a une bonne poursuite visuelle : il tourne les yeux vers un objet de couleur vive, et il suit des objets avec ses yeux, et il est capable de chercher et de fixer son regard sur des objets tombés sur le sol.

«**Salim**» a une bonne motricité fine : Il est capable de manipuler des objets de petite taille et d'insérer des pièces de monnaie dans une fente, comme il arrive à tourner les pages d'un livre ou d'un journal, et il arrive même à découper du papier.

Il a une bonne motricité globale, il maîtrise son corps et peut se déplacer de

manière fluide et efficace. «**Salim**» est capable de réaliser une variété de mouvements : il peut s’asseoir et rester en position assise, et il est capable d’avancer et reculer à quatre pattes et de se balancer sur une balançoire, et il est aussi capable de sauter sur place à pieds joints et de descendre l’escalier en courant.

4.2.4. Tableau n°30 : les résultats de la sphère de communication :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	32	32
	123-130	Réception	16	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	15	22
			63	70

Le résultat obtenu dans cette sphère de communication est 63/70, qui est très satisfaisant. «**Salim**» est capable d’émettre des bruits de gorge. Il est capable de s’exprimer par des gestes et de répondre à son entourage par des sons.

Il manifeste des expressions faciales significatives. Il regarde la personne qui parle et l’écoute attentivement, et il réagit à son nom lorsqu’on l’appelle. «**Salim**» aime écouter de la musique. Il sait utiliser le langage pour interagir avec les autres de manière appropriée, et il est capable de formuler ses demandes et ses besoins poliment.

4.2.5. Tableau n°31 : les résultats de la sphère des habilités préscolaires et scolaires :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités préscolaires et scolaires	142-146	Graphisme	06	10
	147-151	Notion du temps	04	10
	152-158	Mathématiques pratiques	02	14
	159-162	Lecture	04	08
	163-164	Ecriture	00	04
			16	46

Le score obtenu dans la sphère des habilités préscolaires et scolaires est de 16/40, qui est un score faible. Concernant le graphisme, «**Salim**» peut tracer un trait horizontal et vertical sans difficulté, et il peut dessiner un carré ou un triangle en suivant un modèle.

Pour la notion du temps, «**Salim**» arrive à identifier des objets qui servent à déterminer l’heure : il sait identifier les horloges, les montres, etc..., et à nommer les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir). Il arrive à compter jusqu’à vingt, et il est capable de reconnaître et lire toutes les lettres en langue arabe.

«**Salim**», développé ses capacités scolaires avec l'aide précieuse de l'équipe psychopédagogique du centre, qui lui propose des exercices et des activités adaptées à ses besoins.

4.2.6. Tableau n°32 : les résultats de la sphère de socialisation :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	36	38
	184-193	Déplacements	12	20
	205-210	Loisirs	09	12
			57	70

«**Salim**» a obtenu un score de 57/70 dans la sphère de socialisation. On ce qui concerne les interactions, il est capable de réagir au bruit, et il réagit lorsqu’on lui donne la main ou lorsqu’on lui tend les bras. Il établit le contact visuel et il est capable de surveiller et observer les autres et de s’approcher des personnes qu’il connaît. «**Salim**» aime explorer son environnement. L'enfant participe activement aux activités de groupe, ce qui montre qu'il est sociable et qu'il aime interagir avec les autres.

«**Salim**» arrive à se déplacer dans le centre d’une salle à l’autre. Mais ne peut pas voyager seul par transport. Il aime sortir avec sa famille, participe activement à des jeux de groupe. Il aime danser avec ses camarades, comme il aime jouer aux cartes.

4.2.7. Tableau n°33 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportements inadéquats	226-233	Comportements et postures stéréotypés	00	24
	234-241	Comportements de retrait et d'inattention	00	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	07	102
	276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux	00	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	00	30
	309-316	Comportements de violences ou d'agression	00	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			07	297

«**Salim**» a obtenu un score de 07/297 dans la sphère des comportements inadéquats, on a donc assimilé qu'il ne manifeste aucun comportement stéréotypés ni de comportements de retrait et d'inattention.

Il a quelques habitudes et comportements inacceptables tels que prétendre être malades et aussi pleurer et changer d'humeur sans raison apparente.

D'après les résultats du libellé des manières interpersonnelles inappropriées et

comportements anti-sociaux, comportements sexuels inadéquats ou divergents, et comportements de violence ou d'agression, on constate que «**Salim**» ne présente aucun de ces comportements, et ni de comportements d'automutilation.

4.3. La synthèse du 4ème cas «Salim» :

D'après notre observation et les résultats obtenus dans chaque sphère, on a remarqué que «**Salim**» a un bon comportement adaptatif. Il a acquis pas mal de bons comportements depuis son entrée au CPP d'Akbou.

C'est un enfant autonome et sociable : il est toujours calme et posé, et il a beaucoup d'amis et s'entend avec tout le monde dans le centre. Il est attentif aux consignes que son éducatrice lui donne et il prend le temps de comprendre ce qu'elle lui demande avant d'agir. Il participe volontiers aux tâches qu'on lui confie.

5. La présentation du 5ème cas «Mahmoud» :

Il s'agit de l'enfant «**Mahmoud**», trisomique âgé de 11 ans et 5 mois, demeurant à Ait Rzine. Il est admis au niveau du CPP d'Akbou depuis le 09.09.2019. «**Mahmoud**» est issu d'un mariage non consanguin. Il a d'antécédents pathologiques dans sa famille.

Il est le benjamin d'une fratrie de quatre enfants (02 garçons / 02 filles). Les conditions socio-économiques de sa famille sont moyennes, le père âgé de 57 ans, est un simple employé, la mère âgée de 45 ans, est une femme au foyer.

La période anténatale été normale pour la maman, elle avait 33 ans. L'accouchement été à terme, par voie basse. L'allaitement été au sein pendant 1 an et 3 ans au biberon. Sa langue maternelle est le kabyle.

L'enfant a présenté un retard dans son développement psychomoteur, à savoir : la tenue de la tête à 4 mois, la position assise à 6 mois, la station debout à 15 mois, la marche à 18 mois et son premier mot à 7 mois. Selon le diagnostic de l'orthophoniste du centre, il présente un retard de langage et de la parole. «**Mahmoud**» n'a jamais fréquenté l'école normale.

5.1. Le compte rendu des observations du comportement du 5ème cas

«Mahmoud» :

En étudiant les réactions de «**Mahmoud**», on a pu comprendre qu'il est un

enfant autonome. Il arrive donc à s'habiller et se déshabiller et à faire sa toilette seul. Il garde toujours ses vêtements propres.

Il a développé sa motricité fine et il est capable de manger seul sans assistance, il se sert de la cuillère et de la fourchette pour manger une variété d'aliments.

Au cours des séances de stimulations pédagogiques, «**Mahmoud**» s'engage volontairement dans les tâches proposées. Il est un enfant calme et persévérant.

«**Mahmoud**» se déplace avec aisance et coordination, sans aucun problème d'équilibre. Sa motricité est bien développée et il est capable d'effectuer des mouvements complexes, Il est plein d'énergie et adore jouer avec ses amis, notamment dans le cadre de jeux collectifs. Selon le diagnostic du psychologue du CPP d'Akbou, l'enfant «**Mahmoud**» présente un retard du développement psychomoteur.

5.2. La présentation des résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le 5ème cas «Mahmoud» :

5.2.1. Tableau n°34 : les résultats de la sphère d'autonomie :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	32	46
	24-31	Hygiène	14	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage et déshabillage	22	22
			78	94

Sur la base du score de 78/94 obtenu dans la sphère d'autonomie, on peut affirmer que «**Mahmoud**» a développé les habiletés nécessaires pour utiliser la cuillère et la fourchette, il mange seul sans en renverser. Il consomme des aliments en purée et ajuste la taille de ses bouchées en fonction de ses besoins.

«**Mahmoud**» n'accepte jamais qu'une autre personne lui retire la cuillère de

sa bouche.

On note une attitude positive de Mahmoud vis-à-vis de l'hygiène, Il est capable de se laver les mains et les pieds, de se brosser les cheveux. Il est capable d'effectuer sa toilette intime tout seul, mais il peut encore bénéficier d'une aide minime pour se laver le corps et les cheveux.

«**Mahmoud**» est capable de choisir ses vêtements, les enfiler et les enlever, Il arrive aussi à boutonner et fermer les fermetures de ses vêtements.

5.2.2. Tableau n°35 : les résultats de la sphère des habiletés domestiques :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtements	06	08
	52-56	Intérieur	06	10
			12	18

Les résultats de la sphère des habiletés domestiques révèlent des aptitudes moyennes, illustrées par un score de 12 sur 18. «**Mahmoud**» range ses vêtements sales à l'endroit prévu, et il est capable de choisir une tenue élégante pour ses sorties.

Il contribue à la propreté de sa salle dans le centre en jetant ses déchets à la poubelle et en nettoyant ses dégâts.

5.2.3. Tableau n°36 : les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	02	16
	76-91	Motricité fine	32	32
	92-106	Motricité globale	23	30
			57	78

Les résultats dans la sphère santé et sensori-moteur sont moyens, avec un score de 57 sur 78.

«**Mahmoud**» n'exprime aucune résistance à la prise de médicaments, aux

injections ou aux examens médicaux. Mais en raison de son jeune âge, il nécessite une aide pour la prise de ses médicaments.

Il a une grande finesse dans ses gestes : il réussit à utiliser ses mains et ses doigts pour attraper des objets et il est capable de les faire passer d'une main à l'autre. Il arrive aussi à tourner les pages d'un livre avec aisance et même à découper du papier. «**Mohamed**» est capable de suivre des objets colorés du regard avec attention

Quant à la motricité globale, bien qu'il ait un léger surpoids, il n'éprouve aucune gêne pour effectuer des mouvements physiques tels que courir, sauter et ramper.

5.2.4. Tableau n°37 : les résultats de la sphère de communication :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	32	32
	123-130	Réception	16	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	16	22
			64	70

Avec un score de 64 sur 70 dans l'évaluation de la communication, ses compétences de communication s'avèrent très satisfaisantes. «**Mahmoud**» réagit à son nom lorsqu'on l'appelle, et il arrive à interagir avec son entourage en s'exprimant verbalement et parfois par des gestes. Il manifeste des expressions faciales significatives.

5.2.5. Tableau n°38 : les résultats de la sphère des habilités préscolaires et scolaires :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités préscolaires et scolaires	142-146	Graphisme	04	10
	147-151	Notion du temps	04	10

	152-158	Mathématiques pratiques	00	14
	159-162	Lecture	03	08
	163-164	Ecriture	00	04
			11	46

Le score obtenu par «Mahmoud» dans la sphère des habilités préscolaires et scolaires est de 11/40, qui est un score faible.

On observe qu'il est capable de reproduire des traits horizontaux et verticaux, mais il n'a pas encore acquis la capacité de dessiner des formes géométriques basiques comme un carré ou un triangle. « **Mahmoud** » arrive à identifier des objets qui servent à déterminer l'heure et à nommer les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir), mais il n'a pas encore appris à lire l'heure sur une horloge.

Il n'est pas capable de reconnaître les lettres et les mots, ni à les écrire, mais il arrive quand même à compter quelques numéros.

5.2.6. Tableau n°39 : les résultats de la sphère de socialisation :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	37	38
	184-193	Déplacements	10	20
	205-210	Loisirs	08	12
			55	70

«**Mahmoud**» a obtenu un score de 55/70 dans la sphère de socialisation. Il réagit au bruit et il établit un contact visuel, et il interagit avec les autres de poliment. Il salut ses éducatrices et ses camarades au centre, et il participe aux activités de groupe.

«**Mahmoud**» ne peut pas voyager seul, mais il est capable de se déplacer lorsqu'il est accompagné. Il aime sortir avec sa famille, et jouer avec ses amis et il aime danser avec son amis «**Mohamed**».

5.2.7. Tableau n°40 : les résultats de la sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportements inadéquats	226-233	Comportements et postures stéréotypés	02	24
	234-241	Comportements de retrait et d'inattention	03	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	03	102
	276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux	00	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	00	30
	309-316	Comportements de violences ou d'agression	00	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			08	297

D'après les résultats de la sphère des comportements inadéquats qui est de 08/297. «**Mahmoud**» a parfois sa tête penchée.

Et concernant les comportements de retrait et d'inattention : on l'observe parfois rester dans la même position pendant de longs moments, et rester étendu sur le sol.

«**Mahmoud**» a des habitudes et comportements inacceptables par exemple : il se parle tout haut, il répète légèrement les paroles des autres.

«**Mahmoud**» ne présente aucun comportements sexuels inadéquats ou divergents, ni de comportements de violence ou d’agression, et ni de comportements d’automutilation.

5.3. La synthèse du 5eme cas «Mahmoud» :

Sur la base de nos observations et des résultats obtenus dans chaque sphère d'évaluation, nous pouvons affirmer que «**Mahmoud** » a acquis plusieurs comportements adaptatifs adéquats depuis son arrivée au centre psychopédagogique d'Akbou.

«**Mahmoud**» est un enfant autonome et sociable. Il est calme et communicatif, il s’exprime et interagit gentiment avec son entourage. Il est important de noter que «**Mahmoud**» présente quelques comportements inadéquats qui nécessitent une attention particulière. Ces comportements peuvent être gérés et améliorés avec l’intervention de l’équipe psychopédagogique.

- Tableau N°41 :

• Illustration des résultats de l’échantillon :

Pour synthétiser notre travail, nous allons représenter les cas que nous avons étudiés et les scores obtenus.

Les cas	Le score des comportements adaptatifs	Le niveau des comportements adaptatifs	Le score des comportements inadéquats	Le niveau des comportements inadéquats
Mohamed	264	Moyen	20	Léger
Salas	211	Moyen	08	Léger
Safa	255	Moyen	18	Léger
Salim	287	Moyen	07	Léger
Mahmoud	277	Moyen	08	Léger

Comme le montre le tableau ci-dessous, les données indiquent que tout le groupe de recherche représente un degré moyen au niveau des comportements adaptatifs.

II. L'analyse et la discussion des hypothèses :

L'objectif de notre travail de recherche consiste à déterminer si la prise en charge des centres psychopédagogiques, joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants trisomiques.

Afin d'atteindre notre objectif de départ on a adapté a proposé l'hypothèse suivante :

« La prise en charge des centres psychopédagogiques joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants trisomiques ».

Et pour la vérification de cette dernière nous avons fait une étude approfondie dans un centre psychopédagogique des enfants inadaptés mentaux, sur cinq enfants trisomiques âgés entre (08 et 12 ans).

Nos observations ont révélé que ces enfants ont pu développer divers comportements tel que : l'identification de l'image du corps qui est selon **P. Schilder** « l'image du corps est la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps ». (**Schilder, 1968.P.35**). Alors que nos cinq (05) cas ont appris à identifier et à nommer les différentes parties de leurs corps par exemple le nez, les yeux, la bouche... etc. Comme ils sont capables d'identifier leurs sexes et de faire une déférence entre un garçon et une fille.

Nos observations et l'analyse des résultats de l'échelle québécoise de comportement adaptatif ont donc montré que ces enfants ont réussi à devenir plus autonomes qu'avant en effectuant leur toilette complète, en s'habillant et en se déshabillant seuls et en mangeant de manière propre.

Prenons pour exemple le cas de «**Mohamed**», il a réussi à obtenir un score de **72/94** dans la sphère de l'autonomie, et qui est un résultat très satisfaisant. Son éducatrice nous a affirmé qu'il n'était pas capable de manger seul et qu'il se salissait fréquemment à son arrivée au centre. Alors que maintenant l'enfant est capable de

manger seul sans en renverser, il arrive aussi à s'habiller et se déshabiller sans avoir besoin d'assistance, et il est désormais capable d'aller aux toilettes et de se laver seul sans se salir.

Les enfants atteints de déficience intellectuelle ne présentent pas seulement un retard dans le développement de leurs capacités intellectuelles, mais aussi dans l'ensemble de leurs fonctions cognitives, telles que la compréhension, l'attention, la perception, la mémoire, ainsi que dans l'organisation spatio-temporelle.

L'enfant «**Salim**» représente un cas parmi tant d'autres qui ont pu développer des comportements adaptatifs remarquables. Il a donc obtenu un score de **63/70** dans la sphère de communication et un score de **04/08** dans la sphère des habilités scolaires et préscolaires alors qu'il fait preuve d'une grande persévérance et d'une attention soutenue dans les activités pédagogiques et il arrive à comprendre et maîtriser les consignes de son éducatrice. Aujourd'hui, «**Salim**» est capable d'identifier les objets servant à déterminer l'heure et il arrive aussi à faire la différence entre les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir).

Ces enfants reconnaissent leur nom et réagissent lorsqu'on les appelle et la plupart d'eux parviennent à transmettre leurs messages, que ce soit verbalement ou par des gestes. Par exemple, l'enfant «**Mahmoud**», il a eu un score de **64/70** dans la sphère de communication. Il utilise principalement le langage verbal, bien qu'il tente parfois de s'exprimer avec des gestes et il interagit avec son entourage gentiment.

De plus, «**Safa**» a eu un résultat de **64/70** dans la sphère de communication. Elle a un regard attentif et expressif, elle utilise le langage verbal et aussi des expressions faciales en lien avec le langage pour communiquer avec son entourage.

Elle est aussi capable d'émettre des sons et des bruits et même de parler tout haut pour attirer de l'attention.

Quant à «**Salas**», il a eu un score de **49/78** dans la sphère de santé et sensori-moteur. Il a un bon contrôle des mouvements fins : il est capable de tourner les yeux vers un objet de couleur vive et de prendre des objets de taille moyenne, les tourne et les relâche. Et il arrive à faire passer les objets d'une main à l'autre. Quant à la motricité globale, il est capable d'adopter la position «quatre-pattes» et de la maintenir, il est aussi capable de courir et de sauter sur place et de se balancer

sur une balance.

Nous avons donc pu confirmer notre hypothèse et dire que **la prise en charge des centres psychopédagogiques joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants trisomiques**. Notre hypothèse demeure réfutable et non absolue. En effet, les résultats obtenus par l'observation participante et l'échelle québécoise de comportement adaptatif se basent sur une population d'étude limitée et ne sauraient être généralisés à l'ensemble des enfants souffrants de trisomie 21 qui sont intégrés dans des centres psychopédagogiques.

En parlant de ce contexte nous pouvons donc mentionner l'étude faite par **Yonsei Med J** sur «l'adaptation sociale des enfants chinois trisomiques», publiée en juin 2007, il ressort d'études portant sur un nombre limité d'enfants chinois atteints de trisomie 21, ou ils indiquent que ces derniers s'intègrent mieux à la vie sociale que leurs pairs en développement normal d'âge mental équivalent.

Néanmoins, le développement social des enfants chinois trisomiques diffère de celui des enfants occidentaux porteurs de la même trisomie. Des analyses des facteurs influençant l'adaptation sociale révèlent qu'une intervention précoce adaptée peut améliorer leurs compétences sociales. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>).

Selina Moray Fontanille, elle aussi a mentionné dans son étude faite en 2016 sur «La psychomotricienne, maman et moi : l'étayage des interactions parent/enfant porteur de trisomie 21 en psychomotricité pour prévenir les troubles de la relation », que la prise en charge précoce permet à l'enfant de construire des bases solides pour son évolution ultérieure, et favorise surtout leur capacité d'adaptation. Au fil du temps, des progressions individuelles s'observent d'un enfant à l'autre bien sûr, mais aussi chez un même enfant d'une compétence à l'autre. En effet, chaque enfant s'approprie de nouvelles habiletés d'adaptation. (<https://dumas.ccsd.cnrs.fr>).

Enfin, **Faustine Jolaine** a cité dans son étude faite en 2017 qui est intitulé «Je signe donc je suis : la gestuelle comme support de communication chez l'enfant porteur de trisomie 21» que la prise en charge est si nécessaire pour un développement harmonieux de l'enfant trisomique et que les différentes dimensions du développement psychomoteur, telles que la motricité, la sensorialité, la coordination lui conférant ainsi un sentiment de continuité et l'amènent

progressivement à s'éprouver comme unifié et de pouvoir s'ouvrir au monde et communiquer progressivement. (<https://dumas.ccsd.cnrs.fr>).

Conclusion

La conclusion :

Les enfants ayant un handicap mental ont des difficultés dans plusieurs domaines qui affectent leurs quotidiens par conséquent la prise en charge psychopédagogique est nécessaire afin d'améliorer les capacités de ces enfants et de s'adapter à leurs entourage pour vivre leurs vies normalement

Dans le cadre de notre recherche intitulée « l'acquisition du comportement adaptatif chez les enfants atteints de trisomie 21 intégrées dans un centre psychopédagogique » qui a été réalisée dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou.

L'objet principal de notre recherche est focalisé sur la prise en charge des centres psychopédagogiques des enfants trisomiques âgés de 08ans à 12ans dans le but de confirmation de notre hypothèse.

Nous avons répondu à nos interrogations et atteindre notre objectif à travers une étude de cinq cas intégrés dans un centre psychopédagogique, à l'aide d'une méthode descriptive.

Nous avons recueillis au cours de cette étude et grâce aux outils d'investigation (l'observation naturaliste participante et l'échelle québécoise de comportement adaptatif) que nous avons utilisés un nombre importants d'informations et de données concernant les enfants trisomiques qui ont eu des difficultés d'accomplir différentes tâches, alors qu'ils ont maintenant réussi à développer et améliorer leurs capacités et d'acquérir de bons nouveaux comportements.

Nous avons confirmé notre hypothèse générale et conclue que c'est grâce à la prise en charge psychologique, orthophonique et pédagogique que ces enfants ont recueillis le plus de comportement adaptatifs dans presque tous les contextes (autonomie, communications, motricité ou autre).

Cette recherche reste une bonne expérience avec beaucoup de passion et de plaisir de côtoyer des enfants trisomiques. Et c'est à travers cette étude nous avons appris beaucoup de choses sur l'adaptation et les comportements adaptatifs chez les enfants trisomiques, et les modalités de prise en charge.

Malgré les résultats que nous avons obtenus, notre population d'étude reste limitée et permet une ouverture sur d'autres pistes. Nous espérons que notre travail sert d'exemple et de guide pour de futures recherches, et que ces recherches ne cessent d'améliorer et continuent de faire évaluer positivement et d'une façon pertinente ce sujet de recherche.

Enfin, à la lumière de notre recherche, on est arrivé finalement à réaliser ce travail et de montrer que la prise en charge des centres psychopédagogiques joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants trisomiques.

La liste bibliographique

La liste bibliographique

- Liste bibliographique :

- 1 Aubin, G., & Bérengère, G.-G. (2018). *Neuropsychologie de l'enfant* (Édition de Boeck Supérieur, Paris).
- 2 Alain, T. (2003). *Adaptation concept systémique* (Édition Harmattan, Paris-France). ISBN: 978-2-8073-2089-5.
- 3 Albaret, J., Giromini, F., & Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Édition de Boeck Supérieur). ISBN: 9782353273690.
- 4 Baidie, A., & Celeste. (2004). *Le développement affectif et social du jeune enfant* (Édition Dunod, Paris-France).
- 5 Bernéde, G., Plauqui, M., & Barrault, E. (1998). *Administrer l'école primaire*.
- 6 Bouchard, C., & Fréchette, N. (2010). *Le développement global de l'enfant de 0 à 6 ans en contextes éducatifs* (Éditions Presses de l'Université du Québec). ISBN: 9782760524453.
- 7 Bouchard, C. (2008). *Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs* (Éditions Presses de l'Université du Québec). ISBN: 9782760519794.
- 8 Cappeliez, P., Landreville, P., & Vézina, J. (2000). *Psychologie clinique de la personne âgée* (Éditions Masson, Les Presses de l'Université d'Ottawa). ISBN: 9782760305076.
- 9 Cuilleret, M. (2011). *Trisomie et handicaps génétiques associés* (5ème édition, Elsevier Masson, France). ISBN: 9782994098027.
- 10 . Fontanille, S-M. (2016). *La psychomotricienne, maman et moi : l'étayage des interactions parent/enfant porteur de trisomie 21 en psychomotricité pour prévenir les troubles de la relation*. Thèse de doctorat, Sorbonne Université, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.
- 11 Guiral, M. (2023). *Livret d'accompagnement parental*.

La liste bibliographique

- 12 Goffinet, M. (2008). *Le vécu des parents de personnes trisomiques 21 et attente vis-à-vis de médecin traitant* (Université Claude Bernard (Lyon 1)).
- 13 Grossman, H.-J. (1983). *Classification in mental retardation* (Revised edition, American Association on Mental Deficiency, Washington).
- 14 Guerdan, V., Petitpierre, G., Moulin, J.-P., & Haelewyck, M.-C. (2009). *Participation et responsabilité sociales : un nouveau paradigme pour l'inclusion des personnes avec une déficience intellectuelle* (Éditions Peter Lang). ISBN: 978-3-03911-748-2
- 15 Guidetti, M., & Turrette, C. (2018). *Handicap et développement psychologique de l'enfant* (4ème édition, Dunod, Paris). ISBN: 978200785704.
- 16 *Guide pour le développement des programmes d'études en éducation spécialisée* (2ème édition, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport). ISBN: 9782744073588.
- 17 Hattori, M., Fujiyama, A., Taylor, T.-D., et al. (2000). *The DNA sequence of human chromosome 21*. Nature, 405(6781), 311-319.
- 18 Jolaine, F. (2017). *Je signe donc je suis : la gestuelle comme support de communication chez l'enfant porteur de trisomie 21*. Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Institut de formation en psychomotricité.
- 19 Juhel, J.-Ch. (2000). *La déficience intellectuelle* (Éditions Les Presses de l'Université Laval). ISBN: 9782763777252.
- 20 Lacombe, D., Brun, V., & Julia, M. (2011). *Association Entretiens de rééducation et réadaptation* (Éditions Masson). ISBN: 9782994098430.
- 21 *Manuel MSD. Version pour professionnels de la santé.*
<https://www.msmanuals.com/>

La liste bibliographique

- 22 *Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.* (2022). Autisme. <https://autisme.sante.gov.dz/fr/>
- 23 *Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports.* (n.d.). Éducation.gov.fr. <https://www.education.gouv.fr/>
- 24 *Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.* (2022). Autisme. <https://autisme.sante.gov.dz/fr/>
- 25 Mucchielli, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale : connaissance de problèmes, applications, pratiques* (10ème édition, ESF). ISBN: 9782710109976.
- 26 Nadeau, M.-A. (1988). *L'évaluation de programme : théorie et pratique* (2ème édition, Les Presses de l'Université Laval- Québec). ISBN: 97827637714110.
- 27 Nevid, J-S. (2009). *Psychopathologie.* (7ème édition). Pearson.
- 28 Osterrieth, P-A. (2014). *Introduction à la psychologie de l'enfant.* (18ème édition). De Boeck. ISBN : 2-8041-4773-8.
- 29 Piolat, A., & Vauclair, J. (2020). *Réussir ses études de psychologie.* (3ème édition). De Boeck Supérieur. ISBN : 978-2-8073-1497-9.
- 30 Poulin, J-R. (2023). *La déficience intellectuelle : de la définition à l'intervention pédagogique.* (1ère édition). Letra Capital- Rio de Janeiro. ISBN : 9788577858866.
- 31 Rinaldi, R. (2021). *Psychopathologie de l'adulte avec déficience intellectuelle : prévenir, évaluer, accompagner.* Éditions Mardaga. ISBN : 9782804709341.
- 32 Rober, J-L. (1997). *Le mongolisme.* (4ème édition). Éditions Mardaga. ISBN : 2-87009-643-7.

La liste bibliographique

- 33 Rondal, J-A. (1985). *Langage et communication chez les handicapés mentaux : théorie, évaluation et intervention*. Éditions Mardaga. ISBN : 9782870092255.
- 34 Rondal, J-A. (2013). *La trisomie 21*. Éditions Mardaga. ISBN : 9782804701352.
- 35 Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de la psychologie*. Éditions Larousse, Paris.
- 36 Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire encyclopédique de la psychologie*. Éditions Larousse, Paris.
- 37 Viadis, D. (2011). *La dissonance cognitive*. Éditions Dunod, Paris-France.
- 38 Virel, A. (1977). *Vocabulaire des psychothérapies*. Éditions FeniXX. ISBN : 9782213694634.
- 39 Wang, Y-X. (2007). *Etude sur l'adaptation sociale des enfants chinois trisomiques*. Thèse de doctorat, Faculté de médecine de l'Université Yonsei.

Annexes

ÉQCA[®]

Format PDF compatible avec la transmission par télécopie

PERSONNE ÉVALUÉE						
PRÉNOM ET NOM:						
MILIEU DE VIE:						
DATE DE NAISSANCE:	Jour	Mois	Année	Âge:	Années	Mois
SEXE:	Entourez: M ou F					

ÉVALUATEUR - ÉVALUATRICE			
PRÉNOM et NOM:			
FONCTION:			
LIEU DE TRAVAIL:			
DATE DE PASSATION:	Jour:	Mois:	Année:

La reproduction de ce questionnaire est autorisée
uniquement à des fins de correction au Laboratoire ou sur la
plateforme Web de correction.

Développée par l'Atelier québécois des professionnels sur le retard
mental (AQPRM) en collaboration avec le Laboratoire de Mesure du
Comportement Adaptatif et le Département de psychologie de
l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

2011-07

Consignes pour remplir le questionnaire

Dans le présent document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. de l'ÉQCA

Il est important de répondre à **toutes** les questions de la page couverture y compris l'**ÂGE S.V.P.**

Le questionnaire de l'ÉQCA est divisé en deux parties, «Comportement adaptatif» et «Comportements inadéquats», chacune avec son propre système de cotation. t adaptatif (items 1 à 22

0 *NE LE FAIT PAS*

Non...Jamais...Ne le fait pas...Est incapable...

Vous devez coter **NE LE FAIT PAS** même si vous croyez la personne capable de démontrer l'habileté alors qu'elle ne la fait pas.

1 *LE FAIT MAIS...*

Oui mais...Sur demande...On doit lui rappeler...Quelques fois...Rarement...Le fait à peu près...Le fait, mais mal...Pas complètement...Irrégulièrement...

La cotation **LE FAIT MAIS** réfère aux situations où la réponse ne peut franchement être **LE FAIT** ni **NE LE FAIT PAS**. On veut ainsi par cette cote récupérer les situations où le sujet ne fait le comportement que sous stimulation verbale ou physique.

2 *LE FAIT*

Souvent...Acquis...Habituellement...Oui...Régulièrement...De façon autonome...De sa propre initiative...Bien...Correctement...Sans aide...La plupart du temps...

La cotation **LE FAIT** s'applique aussi aux comportements qui ne sont plus émis parce que déjà acquis par le sujet. Ainsi lorsqu'un individu peut courir (item 102), on prendra pour acquis qu'il a déjà rampé (item 94) et on cotera 2 à ce dernier item.

NP *NON POSSIBLE*

La cote NP (non possible) signifie que l'environnement du sujet ne lui permet pas de faire le comportement. On estime ainsi que le sujet pourrait peut-être émettre le comportement. Par contre, si l'on sait pertinemment que le sujet ne pourrait émettre le comportement même s'il en avait l'opportunité, on cote 0.

On utilise NP dans le domaine « Habiletés de travail » pour les individus de moins de 14 ans. La Cote NP ne doit qu'être utilisée qu'à l'**OCCASION**.

N.B. Cette page n'est qu'un aide mémoire. Avant de compléter l'ÉQCA, il est important de lire attentivement les **CONSIGNES DE PASSATION** disponibles au www.labadapt.org

1- Autonomie:	
Alimentation - cuisine	
1. Avale les aliments en purée	
2. Avale le liquide contenu dans une tasse ou un verre qu'une autre personne tient	
3. Bouge les lèvres ou ouvre la bouche au contact de la nourriture	
4. Ne démontre pas d'opposition lorsqu'une autre personne retire la cuillère de sa bouche	
5. Ouvre la bouche à la vue ou à l'odeur de la nourriture	
6. Lorsque nourrit, ferme sa bouche sur la cuillère pour retirer les aliments	
7. Déplace les aliments dans sa bouche avec sa langue	
8. Suce ou aspire la nourriture dans la cuillère	
9. Accepte des aliments en purée présentés à la cuillère	
10. Ouvre la bouche pour demander de la nourriture	
11. Tient de petits aliments avec sa main	
12. Prend de petits aliments qu'une autre personne lui présente et les porte à sa bouche	
13. Est capable de manger avec ses doigts	
14. Prend des bouchées de taille appropriée	
15. Prend un verre sur une table, boit et le replace sans en renverser	
16. Mange seul avec une cuillère sans en renverser	
17. Mange seul avec une fourchette, même s'il en renverse un peu	
18. Étend un aliment avec le couteau	
19. Prépare des rôties (incluant griller les rôties et étendre le beurre ou la confiture)	
20. Prépare un café, un thé ou un chocolat chaud	
21. Fait cuire des aliments simples (p.ex.:œufs, hamburgers, crêpes, etc.)	
22. Suit des recettes orales ou écrites	
23. Prépare la liste d'épicerie	
Hygiène	
24. Présente ses mains et sa figure lorsqu'on le lave	
25. Présente les bras et les jambes lorsqu'on l'essuie	
26. Est capable de laver et d'essuyer, au moins grossièrement, ses mains	
27. Tente de se savonner et de se laver	
28. Peigne ou brosse ses cheveux	
29. Se baigne ou se douche lorsqu'on le lui rappelle	
30. Lave ses cheveux quand on le lui dit	
31. Lave ses cheveux au besoin	

0 = Ne le fait pas

1 = Le fait mais ...2 = Le fait

NP = Non possible

3

Utilisation de la toilette	
32.	Reste assis sur la toilette même si on le laisse seul
33.	Est capable de contrôler ses matières fécales (ne pas tenir compte des problèmes de constipation dans cet item)
34.	Démontre plusieurs des habiletés nécessaires pour aller à la toilette
35.	Demande d'aller à la toilette ou s'y rend de lui-même
36.	Va à la toilette par lui-même et de manière complète
Habillage - Déshabillage	
37.	Bouge ses membres afin d'aider quand on l'habille
38.	Enlève, de lui-même, un des vêtements suivants: chapeau, tuque ou mitaines
39.	Pousse ses bras ou ses jambes afin d'enfiler un chandail ou un pantalon
40.	Enlève ses bas
41.	Enlève son pantalon
42.	Met son pantalon seul (sans nécessairement pouvoir l'attacher)
43.	Met son chandail seul et l'ajuste
44.	Monte sa fermeture-éclair
45.	Ferme ou attache 2 des systèmes d'attache suivants : boutons, fermeture-éclair ou agrafes
46.	Choisit ses vêtements selon l'occasion, l'endroit et la température
47.	Choisit des vêtements dont les couleurs et les styles s'harmonisent
2. Habiletés domestiques:	
Vêtements	
48.	Place ses vêtements sales à l'endroit prévu à cette fin
49.	Range ses vêtements dans la commode
50.	S'habille correctement en fonction de la situation sociale
51.	Lave son linge sale à la main ou à la machine
Intérieur	
52.	Dépose les déchets aux bons endroits (p.ex.:poubelle, corbeille à papier, etc.)
53.	Nettoie seul un dégât avec un balai, un torchon ou une lavette
54.	Époussette, balaye et range une pièce sur demande
55.	Choisit la bonne taille de literie
56.	Ajuste un thermostat à un degré approprié (p.ex.:chauffage central ou radiateur)
Réparation	
57.	Constata qu'un appareil ne fonctionne pas et nécessite une intervention d'un tiers
58.	Coud des boutons lorsque nécessaire (bouton détaché ou qui menace de se détacher)

0 = Ne le fait pas 1 = Le fait mais ... 2 = Le fait NP = Non possible 4

59. Remplace un fusible ou rechange le disjoncteur	
60. Répare une couture défectueuse	
61. Raccorde un vêtement lorsqu'il est déchiré	
62. Fait des réparations mineures sur les vêtements à l'aide de la machine à coudre	
Sécurité	
63. Verrouille les portes et les fenêtres, si nécessaire	
64. Indique les conséquences possibles de laisser la maison non verrouillée	
65. Utilise avec précaution les matériaux inflammables	
Extérieur	
66. Utilise une pelle pour l'enlèvement de la neige	
67. Enlève la neige aux endroits appropriés	
3. Santé et sensori-moteur	
Santé	
68. Accepte de prendre des médicaments, de recevoir une injection ou de subir un examen médical sans démontrer d'opposition	
69. Identifie un thermomètre médical	
70. Indique le danger d'un abus de médicaments	
71. Prend lui-même des médicaments (p.ex. Aspirine ou médicaments prescrits)	
72. Prend des rendez-vous médicaux ou dentaires	
73. Indique les mesures appropriées à prendre lors d'une température corporelle élevée	
74. Lit les chiffres indiqués sur un thermomètre médical	
75. Prend sa température ou celle d'un autre	
Motricité fine	
76. Tourne les yeux vers un objet de couleur vive	
77. Est capable de prendre un objet momentanément	
78. Suit des yeux un objet de couleur vive déplacé lentement et horizontalement	
79. Suit des yeux un objet de couleur vive déplacé lentement et verticalement	
80. Prend des objets de taille moyenne, les tourne et les relâche	
81. Regarde alternativement deux objets	
82. Cherche des yeux un objet tombé sur le sol	
83. Fait passer les objets d'une main à l'autre	
84. Tire sur une corde	
85. Attrape, avec les mains, une balle roulant vers lui sur le plancher	
86. Trace des lignes ou des courbes avec ses doigts à l'aide de peinture digitale ou autre	
87. Insère des pièces de monnaie dans une fente	

0 = Ne le fait pas 1 = Le fait mais ... 2 = Le fait NP = Non possible 5

88.	Tourne les pages d'un livre une à la fois	
89.	Tourne les pages d'un journal une à une	
90.	Découpe du papier, du carton ou du tissu avec des ciseaux	
91.	Plie une feuille de papier en quatre (des écarts de 1cm sont acceptés)	
Motricité globale		
92.	Est capable de s'asseoir et de rester en position assise (on n'évalue pas ici l'hyperactivité mais bien la capacité de s'asseoir physiquement)	
93.	Couché sur le dos, s'appuie sur les avant-bras	
94.	Est capable de ramper en se servant de ses bras et de ses jambes	
95.	Est capable de passer de la position assise à la position pour ramper	
96.	Se balance sur une chaise berçante ou sur une balançoire	
97.	Est capable d'adopter la position «quatre-pattes» et de la maintenir	
98.	En position debout, se penche et ramasse un objet sans tomber	
99.	Est capable d'avancer et reculer à quatre pattes	
100.	Monte un escalier en alternant les pieds	
101.	Est capable de marcher à reculons sur demande sur une longueur d'environ 3 mètres	
102.	Est capable de courir	
103.	Est capable de sauter sur place, à pieds joints	
104.	Est capable de descendre l'escalier en courant	
105.	Est capable de sauter à la corde 3 fois de suite (tout en faisant tourner la corde)	
106.	Est capable d'utiliser une bicyclette	
4- Communication		
Expression		
107.	Est capable d'émettre des bruits de gorge ou des cris	
108.	Est capable d'émettre des sons ou des vocalises	
109.	Est capable de crier pour attirer l'attention	
110.	Est capable de répondre à son entourage par des sons ou des gestes	
111.	Est capable de s'exprimer par des gestes ou des mimiques faciales	
112.	Manifeste des expressions faciales significatives	
113.	Exécute un ordre simple associé à un geste	
114.	Est capable de communiquer en montrant un objet ou une personne	
115.	Est capable de faire le geste qui correspond aux mots qu'on lui dit (p.ex. "bye-bye": envoie la main)	
116.	Est capable de vocaliser pour répondre à d'autres personnes	
117.	Est capable d'imiter au moins 2 mots familiers	
118.	Exprime au moins un mot	
119.	Est capable de répondre par des gestes à des questions simples	

0 = Ne le fait pas

1 = Le fait mais ... 2 = Le fait

NP = Non possible

120. Nomme cinq objets familiers	
121. Combine de façon spontanée au moins deux ou trois mots	
122. Exprime la possession (moi, mon, à moi)	
Réception	
123. Réagit à son nom	
124. Regarde autour de lui quand un son est produit dans son environnement	
125. Tourne la tête et localise visuellement la source d'un bruit	
126. Regarde la personne qui parle	
127. Écoute de la musique	
128. Montre ou donne un objet sur demande	
129. Identifie 5 objets qu'on lui nomme	
130. Écoute des histoires simples	
Langage élaboré et complexe	
131. Comprend des instructions conditionnelles (p.ex.: «si tu ne fais pas ceci, tu n'auras pas cela»)	
132. Nomme cinq éléments d'une image lorsqu'on les pointe	
133. Emploie des qualificatifs	
134. Utilise la forme négation dans ses phrases (p.ex. "je ne veux pas")	
135. Emploie les noms avec la forme possessive (p.ex. ma, ton, leurs)	
136. S'exprime sur des événements futurs	
137. Raconte des faits de façon cohérente	
138. Emploie les pronoms personnels (p.ex. je, tu, il, nous, vous, elles)	
139. Dit son numéro de téléphone sur demande	
140. Interrompt poliment une personne lorsqu'il a besoin de lui parler	
141. Discute d'un sujet d'actualité	
5 – Habiletés préscolaires et scolaires:	
Graphisme	
142. Trace un trait horizontal	
143. Trace un trait vertical	
144. Dessine une échelle à partir d'un exemple (les montants ondulés sont acceptés tout comme les barreaux qui dépassent)	
145. Trace un carré à partir d'un exemple	
146. Trace un triangle à partir d'un exemple	
Notion du temps	
147. Identifie au moins un objet servant à déterminer l'heure	
148. Nomme ou exprime les trois intervalles de la journée (matin, après-midi, soir)	

0 = Ne le fait pas

1 = Le fait mais ... 2 = Le fait

NP = Non possible

149.	Lit l'heure à la minute près sur n'importe quelle montre ou horloge quelque soit le cadran (analogue et numérique)	
150.	Estime le temps que peut prendre une activité habituelle	
151.	Planifie ses activités de la semaine	
Mathématiques pratiques		
152.	Compte au moins jusqu'à vingt	
153.	Identifie si un prix marqué est inférieur ou supérieur à \$1.00	
154.	Après un achat, vérifie la monnaie qui lui revient	
155.	Utilise les services bancaires	
156.	Utilise les mesures de poids (p.ex.: grammes, kilogrammes, livres)	
157.	Fait un chèque	
158.	Évalue les longueurs ou distances (p.ex.: mètres, kilomètres, pieds, milles)	
Lecture		
159.	Identifie des services publics désignés par des mots simples ou des sigles (p.ex.: toilettes, sortie)	
160.	Lit et connaît la signification de 4 mots ou sigles reliés à la sécurité (p.ex.: danger, poison, sortie)	
161.	Lit des chiffres écrits en lettres	
162.	Lit un horaire de télévision de façon à choisir ses émissions	
Écriture		
163.	Écrit son prénom	
164.	Écrit son prénom et son nom	
6 - Socialisation		
Interactions		
165.	Est capable de réagir au bruit	
166.	Réagit lorsqu'on lui donne la main ou lorsqu'on lui tend les bras	
167.	Établit le contact visuel	
168.	Sourit lorsqu'on lui sourit	
169.	Manipule un jouet ou un objet	
170.	Est capable de surveiller et observer les autres	
171.	Est capable d'attirer l'attention des autres en faisant du bruit lorsque cela est nécessaire	
172.	Explore son environnement	
173.	S'approche des personnes qu'il connaît	
174.	Procède à de courtes interactions avec ses pairs	
175.	Salue une personne qu'il connaît	
176.	Participe activement aux activités de groupe (sur demande)	
177.	Est capable d'imiter les autres	

0 = Ne le fait pas

1 = Le fait mais ... 2 = Le fait

NP = Non possible

178. Identifie les personnes de son entourage par leur nom	
179. Indique l'absence d'une personne familière	
180. Suit les règlements dans les jeux de groupe animés par d'autres personnes	
181. Reformule ses demandes pour se faire comprendre	
182. Donne des renseignements lorsqu'il les connaît	
183. Décrit un événement (p.ex.: joute sportive, émission de télévision, etc.)	
Déplacements	
184. Est capable de se déplacer d'une pièce à l'autre d'une quelconque façon	
185. Vient lorsque quelqu'un l'appelle ou lui fait signe	
186. Ouvre les portes	
187. Ferme les portes	
188. Voyage par transport adapté ou autobus nolisé	
189. Marche sur le trottoir	
190. Demande de l'aide pour s'orienter lors d'un déplacement	
191. Avec le transport public, se rend seul à une destination où il va rarement	
192. Se rend seul à une destination nouvelle	
193. S'oriente à partir de cartes routières	
Ressources communautaires	
194. Compose correctement des numéros de téléphone	
195. Utilise sa carte d'assurance-maladie	
196. Demande l'assistance-annuaire pour trouver un numéro de téléphone	
Magasinage	
197. Magasine sous supervision	
198. Achète un article particulier avec un budget établi par une autre personne	
199. Indique la taille des vêtements qu'il porte	
200. Achète ses propres vêtements	
Services pré-bancaires et bancaires	
201. Accumule de l'argent dans un but spécifique	
202. Indique s'il a suffisamment d'argent pour effectuer un achat	
203. Dépose et retire de l'argent à la banque	
204. Respecte un budget	
Loisirs	
205. Fait des sorties avec des personnes ressources (p.ex.: famille, amis, personnel rémunéré)	
206. Participe activement à des jeux avec une ou plusieurs autres personnes	
207. Participe à une soirée de danse en dansant ou en interagissant avec les autres	

0 = Ne le fait pas

1 = Le fait mais ... 2 = Le fait

NP = Non possible

208. Joue aux cartes	
209. Fréquente un centre communautaire	
210. Pratique un loisir ou un passe-temps	
7- Habiletés de travail	
Habiletés d'emploi et recherche d'emploi (14 ans et moins : NP)	
211. Va chercher et apporte quelque chose sur demande	
212. Travaille en ayant une intervention pour le motiver toutes les cinq minutes	
213. Reconnaît, prend et tient des outils simples sans nécessairement les utiliser efficacement	
214. Complète son travail sous supervision	
215. Travaille malgré de petits dérangements (p.ex. téléphone, gens qui circulent autour...)	
216. Travaille de façon continue pendant au moins 15 minutes	
217. Complète le travail sans supervision	
218. Travaille à un taux de production d'environ 50% des exigences habituelle en milieu de travail ordinaire	
219. Complète des tâches comprenant plusieurs étapes même en l'absence d'instructions	
220. Identifie des endroits potentiels de travail pour lui	
221. Occupe un emploi rémunéré, à temps complet ou partiel, qui ne relève pas d'un centre spécialisé	
Comportements et relations interpersonnels au travail	
222. Salue les autres travailleurs	
223. Demande de l'aide au superviseur en cas de besoin	
224. Adapte sa conduite ou son travail en fonction des remarques du superviseur	
225. Demande de l'aide à ses compagnons de travail lorsque nécessaire	

0 = Ne le fait pas

1 = Le fait mais ... 2 = Le fait

NP = Non possible

10

COTATION

Partie 2: Comportements inadéquats (items 226 à 324)

0 N'ÉMET PAS CE COMPORTEMENT

1 LÉGER

La cote 1 réfère à un comportement **occasionnel ou bénin** qui peut nécessiter de la part des intervenants une action isolée.

2 MOYEN

La cote 2 réfère à un comportement qui nécessite de la part des intervenants **une action généralisée ou concertée** afin d'appliquer une stratégie de traitement dans le but de modifier ce comportement.

3 GRAVE

La cote 3 sera donnée lorsque le comportement est suffisamment **grave** pour que le milieu menace de rejeter la personne à cause de ce comportement ou lorsque le comportement est dangereux pour la santé de la personne ou de ses entourage.

Cotation des comportements inadéquats

1. Veuillez noter que la cote « Non-possible » **ne s'applique pas** aux items de cette section. Coter 0 si la personne n'émet pas le comportement peu importe la raison.

Comportements et postures stéréotypés	
226. Tape du pied continuellement	
227. Bouge constamment une main (ou les deux)	
228. Bouge ou roule la tête	
229. Berce son corps	
230. Fait les «cent pas» ou marche de long en large	
231. Tient sa tête penchée	
232. Marche sur le bout des pieds	
233. Autres comportements et postures stéréotypés; Spécifiez:	
Comportements de retrait et d'inattention	
234. Reste assis ou debout dans la même position pour de grandes périodes de temps	
235. Dort souvent le jour	
236. Reste étendu sur le sol	
237. Évite le contact visuel	
238. Ne répond pas lorsqu'on lui parle	
239. Reste à l'écart du groupe	
240. Est timide et réservé dans les situations sociales	
241. Autres comportements de retrait et d'inattention; Spécifiez:	
Habitudes et comportements inacceptables	
242. Se parle tout haut	
243. Répète un mot ou une phrase sans arrêt	
244. Répète les paroles d'un autre	
245. Parle avec excès	
246. Émet des bruits de gorge, grognements, reniflements, etc.	
247. Grince des dents	
248. Bave	
249. Se ronge les ongles	
250. Mange des objets non-comestibles	
251. Mange ou boit trop vite	
252. Est en retard aux activités ou à l'école ou dépasse l'heure de rentrée	
253. Quitte un endroit ou une activité sans permission	
254. Fugue ou tente de fuguer	
255. Ne reste pas assis sans intervention d'une autre personne	

0 = N'émet pas ce comportement

1 = Léger 2 = Moyen 3 = Grave

256. Court, saute ou bouge continuellement	
257. Rit de façon inappropriée	
258. Sent les gens ou les choses	
259. Ramasse et conserve toutes sortes de choses inappropriées	
260. Tire les fils de ses vêtements ou déchire du linge ou du papier	
261. Enlève ses bas et souliers à tout moment	
262. Sort de la salle de bain ou de la toilette avant de s'être rhabillé ou se déshabille avant d'y entrer	
263. Baisse son pantalon ou lève son chandail ou sa robe même dans les endroits publics	
264. Demande qu'on le rassure de façon exagérée	
265. Prétend être malade	
266. Change d'humeur sans raison apparente	
267. Pleure ou rit sans raison apparente	
268. Agresser physiquement les autres	
269. Lance des objets	
270. Brise des objets lorsqu'en colère	
271. Se souille ou se barbouille avec ses selles	
272. Joue avec sa salive ou son crachat	
273. Boit dans le bol de toilette	
274. Hurle si on le touche	
275. Autres habitudes et comportements inacceptables; Spécifiez:	
Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux	
276. Ment	
277. Raconte des histoires exagérées à propos des autres	
278. Agace les autres	
279. Ridiculise ou se moque des autres verbalement ou physiquement	
280. Triche	
281. Provoque des disputes ou batailles entre les autres	
282. Sacre, jure dans son parler courant	
283. Défait le travail ou les jeux des autres	
284. Met la télévision, la radio ou le système de son trop fort	
285. Parle trop fort à des moments inappropriés	
286. Ne remet pas les objets qu'il a empruntés	
287. Utilise la propriété des autres sans permission	
288. Critique les règlements, les façons de faire ou les exigences	
289. Passe devant les autres dans une file d'attente	
290. Mange dans les endroits défendus	

0 = N'émet pas ce comportement

1 = Léger 2 = Moyen

3 = Grave

291. Refuse d'aller à l'école ou au travail ou à toute autre activité exigée	
292. Fait des vols dans son entourage	
293. Parle trop près de la figure des autres	
294. Se pend aux autres lorsqu'ils arrivent ou partent	
295. Touche les autres de façon inappropriée	
296. Fait le contraire de ce qui lui est demandé	
297. Résiste aux consignes et aux demandes	
298. Autres manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux; Spécifiez:	
Comportements sexuels inadéquats ou divergents	
299. Utilise un langage obscène	
300. Se masturbe devant les autres	
301. Embrasse ou caresse contre leur gré d'autres personnes	
302. Fait des attouchements sexuels à des enfants	
303. Embrasse ou caresse trop intensément en public	
304. Lève ou déboutonne les vêtements des autres pour des attouchements sexuels abusifs	
305. A des relations sexuelles dans les endroits publics	
306. Ne refuse pas les avances sexuelles	
307. A des relations sexuelles avec un partenaire non consentant	
308. Autres comportements sexuels inadéquats ou divergents; Spécifiez:	
Comportements de violence ou d'agression	
309. Crache sur les autres	
310. Déchire livres, revues, journaux lorsqu'il est en colère	
311. Déchire ses vêtements ou ceux des autres lorsqu'il est en colère	
312. Crie ou hurle lorsqu'il est en colère	
313. Utilise un langage hostile	
314. S'emporte ou se fâche si on lui donne un ordre direct ou si on le reprend	
315. Exprime des menaces de violence à l'endroit de quelqu'un	
316. Autres comportements de violence ou d'agression; Spécifiez:	
Comportements d'automutilation	
317. Se mord ou se coupe	
318. Se tape ou se frappe	
319. Se frappe contre un objet	
320. S'enfonce des objets dans les orifices corporels	
321. Se gratte exagérément	
322. S'arrache les cheveux ou les poils	
323. Parle de suicide ou a déjà tenté de se suicider	
324. Autres comportements d'automutilation; Spécifiez:	

Commentaires : _____

Pour être pleinement interprété, ce questionnaire doit être traité par un algorithme de correction au Laboratoire de Mesure du Comportement Adaptatif (LMCA) qui produira un **Rapport d'évaluation critérié**. Vous pouvez retourner le questionnaire par la poste, par courriel ou par télécopieur (correction plus rapide, sans frais supplémentaire) en complétant les informations à la page suivante.

Il est aussi possible d'obtenir directement sur la plateforme Web du Laboratoire le rapport en format PDF. Il faut cependant obtenir un Nom d'utilisateur et un Mot de passe. Ce service s'adresse aux professionnels qualifiés pour administrer ce type de questionnaire. Contactez Le laboratoire aux coordonnées à la page suivante.

Des frais sont à prévoir pour ces services.

NOTE

Ce questionnaire est aussi disponible en format PDF qui peut être imprimé pour faciliter la transmission par télécopie.

AVERTISSEMENT

Lorsque les résultats de ce questionnaire sont utilisés dans un contexte diagnostique, ils doivent être interprétés par un professionnel qualifié dans le domaine.

0 = N'émet pas ce comportement

1 = Léger 2 = Moyen

3 = Grave

15

Vous souhaitez que les résultats soient retournés à :

Nom : _____ Prénom _____

Profession : _____

Nom de l'école/commission scolaire/établissement : _____

Adresse : _____

Tél. : () _____

Vous souhaitez que la facture soit envoyée à : (Si différent de la personne qui reçoit les résultats)

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'école/commission scolaire/établissement: _____

Adresse : _____

Tél. : () _____

La facture sera émise suite à l'envoi des résultats.

Vous souhaitez que les résultats soient retournés par : (choisir une option)

- A. la poste régulière (3-5 jours ouvrables)
- B. par télécopie (48 heures) : votre numéro de télécopieur () _____
- C. par courriel en format PDF (48 heures) : votre courriel _____

Avant de retourner le questionnaire, veuillez faire les vérifications suivantes:

1. Vous avez répondu à **toutes** les questions, indiqué la **date de naissance** de la personne évaluée et répondu en fonction du système de cotation. Un manque d'information peut provoquer un retard dans la production du rapport.
2. [Veuillez vous faire une copie du questionnaire car il ne vous sera pas retourné.](#)

Vous devez vous assurer que les modalités de retour des résultats par courriel ou par télécopie répondent à des standards maximaux de confidentialité. Le Laboratoire vous demande de signer afin de nous assurer la sécurité des modes de réception des résultats qui seront transmis.

Signature

Date

Faire parvenir le questionnaire par **télécopie** au : (514) 287-0700

ou par **courriel** à : info@labadapt.org

ou par la **poste** à: **Laboratoire de mesure du comportement adaptatif**
1497, boul. Saint-Joseph Est Montréal, Qc

H2J 1M6

Pour nous rejoindre: ☎ (514) 287-0700

Télécopieur : (514) 287-0700 Courriel :

info@labadapt.org

Web: <http://www.labadapt.org/>

Résumé :

La trisomie 21 est une anomalie chromosomique qui affecte le développement cognitif et physique des individus. Les enfants atteints de trisomie 21 présentent un retard d'apprentissage et des difficultés dans l'acquisition de compétences adaptatives, qui sont les habiletés nécessaires à la vie quotidienne. L'intégration des enfants trisomiques dans des centres psychopédagogiques vise à favoriser leur développement et leur autonomie.

Ce travail a pour objectif d'analyser l'acquisition de comportements adaptatifs chez les enfants atteints de trisomie 21 intégrés dans un centre psychopédagogique. L'étude a été menée auprès d'un groupe d'enfants trisomiques âgés de 08 à 12 ans, intégrés dans le centre psychopédagogique des enfants inadaptés mentaux d'Akbou.

Nous avons utilisé l'observation participante et l'échelle québécoise de comportement adaptatif afin d'évaluer leurs comportements. Les résultats de l'étude confirment que la prise en charge des centres psychopédagogiques joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants trisomiques.

Les mots clés : trisomie 21, difficultés d'apprentissage, comportements adaptatifs, centre psychopédagogique.

Abstract :

Trisomy 21 is a chromosomal anomaly that affects the cognitive and physical development of individuals. Children with trisomy 21 experience learning delays as well as difficulties in acquiring adaptive skills, which are the abilities necessary for daily life. Integrating children with trisomy 21 into psycho-pedagogical centers aims to promote their development and autonomy.

The objective of this work is to analyse the acquisition of adaptive behaviors in children with trisomy 21 integrated into a psycho-pedagogical center. The study was conducted with a group of children with trisomy 21 aged 8 to 12, integrated into the psycho-pedagogical center for mentally challenged children in Akbou.

We used participant observation and the Quebec Scale of Adaptive Behavior to assess their behaviors. The results of the study confirm that the care provided by psycho-pedagogical centers plays a role in the acquisition of adaptive behaviors in children with trisomy 21.

Keywords : Trisomy 21, learning difficulties, adaptive behaviors, psycho-pedagogical center.