

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA.

Faculté des Sciences Humaines et Sociales.

Département des Sciences sociales.



Mémoire De Fin De Cycle

En vue de L'obtention du Diplôme de Master en Psychologie Clinique.

Le Thème de la recherche :

Le comportement Adaptatif chez les enfants en situation de retard mental au sein du centre psychopédagogique.

Etude réalisée sur cinq (05) cas âgées entre 08 et 12 ans au niveau du centre psychopédagogique de Souk-El-Tenine.

Réalisé par :

M^{elle} : NASRI Fahima.

Encadré par :

Dr : AMROUCHE.N.

Année universitaire : 2018/2019.

Remercîment

Au terme de la rédaction de ce travail, c'est un devoir agréable d'exprimer en quelques lignes la reconnaissance que je dois à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de ce travail, qu'ils trouvant ici mes vifs respects et ma profonde gratitude.

Tout d'abord, je remercie notre bon *Dieu* de m'avoir donné la force, la volonté et le courage afin d'accomplir ce modeste travail.

Je tiens à remercier vivement Madame « **Amrouche. N** », qui à accepté de m'encadrer durant tout l'année dans l'élaboration de mon mémoire, pour son expertise, son expérience, son intérêt, pour mon sujet de recherche mais aussi pour sa patience et sa disponibilité.

Mes remerciement s'adressant également au psychologue du centre psychopédagogique de Souk-El-Tenine où j'ai effectué ma recherche, « **Mr. Senoun** » qui m'a dirigé et aider tout au long de la période de stage, et grâce à lui ma réflexion à évolué vers plus de maturité et de professionnalisme dans ce domaine et pour cela je lui en sui extrêmement reconnaissante.

Je souhaite aussi témoigner ma gratitude à la Directrice du centre, au responsable pédagogique, aux orthophonistes ainsi qu'aux éducateurs et éducatrice pour la sympathie dont ils ont fait preuve à accepter de m'accorder un peu de leur temps et de m'avoir transmis des données précises qui ont contribué à l'enrichissement de mon mémoire.

Un merci bien particulier adressée à tous « *les Enfants porteurs d'une déficience intellectuel* » et particulièrement à ceux du centre de souk-el-tenine ainsi qu'à leurs parents qui m'ont donné leur consentement et leur temps, de participer à cette étude, car sans eux j'aurais jamais eu les informations nécessaires concernant ma recherche.

Un Grand merci à toute ma famille et amis qui m'ont encouragé, et aider durant toute cette période.

« **FAHIMA** »

Merci 

Dédicace

C'est avec une profonde gratitude et sincères mots, que je dédie ce modeste travail :

À la mémoire de mon père

Ce travail est dédié à mon père qui nous a quitté très tôt, j'espère que du monde qui est saint maintenant il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance et d'amour (ta fille qui à toujours prier pour la paix de ton âme).

À ma chère mère

A toi maman qui m'a donné la vie, la tendresse et le courage pour réussir, aucune dédicace ne pourrait exprimer mon respect, mon amour et ma considération pour les sacrifices que tu as fourni pour mon instruction et mon bien-être, en témoignage je t'offre ce travail pour te remercier.

À mon frère et mes sœurs

Ce travail est également dédié à mes deux petites sœurs princesses pour leurs encouragement permanent, et leur soutien moral, mais aussi pour mon grand frère qui a veillé à m'encourager durant tout mon parcours.

À toute la famille

A ma grand-mère (Nana Baya) que j'aime énormément, à mes tantes (Yaya, Zohra, Hakima, Oahiba, Sabrina) votre confiance en moi, vos prières sont ce qui m'a poussé et me pousse toujours à suivre la voie de l'excellence. Sans oublier mes deux oncles et leur famille.

À mes amis

Un grand dédicace à tous mes amis qui m'ont soutenu tout au long de ce travail est plus précisément à Tintine, Kaissa, Fahima, Razika, Hanan, Wassila, Saida, Amel, Sarah, Dihia et Zoza.

A la fin je dédie ce travail à tous les enfants du monde atteint d'un retard mental (Déficience Intellectuelle).

A tout la promotion Psychologie 2018/2019.

« FAHIMA ».

Le Sommaire

Le sommaire

Introduction	I
--------------------	---

I- La Partie Théorique :

Chapitre I : le cadre générale de la problématique.

1-1- la problématique	07
1-2- les hypothèses	12
1-3- Opérationnalisation des concepts clé.....	12
1-4- les objectifs de la recherche.....	15
1-5- les raisons du choix du thème.....	16

Chapitre II : l'enfant Retardé Mental.

• Préambule.....	18
------------------	----

Axe I : L'enfant

01- Définition du terme « enfant »	18
02- Définition du développement physique et psychique de l'enfant.....	19
03- les théories du développement chez l'enfant	20
04- l'apparition des déficits au cours de la période développementale.....	32
05- les difficultés de développement chez les enfants retardé mental	32
06- les caractéristiques des enfants en retard mental	35

Axe II : le Retard Mental.

01- Aperçue historique sur la notion du retard mental.....	37
02- Définition du retard mentale	41
03- Les critères diagnostic du retard mental selon le DSM-5	43
04- Les critères de classification de la déficience mentale	44
05- Les formes et les degrés de sévérité du retard mental selon le DSM-5	44
06- la symptomatologie du retard mental.....	53

07- Les manifestations d'un enfant retardé mental	54
08- L'étiologie du retard mental.....	55
09- Age mental et quotient intellectuel	57
10- Les types du retard mental	58
11- Les troubles associés à une déficience intellectuelle	60
12- Les conséquences du retard mental.....	60
13- Perspective d'intervention dans la déficience mentale	61
• Synthèse	69

Chapitre III : Le comportement adaptatif.

• Préambule.....	72
1- Aperçue historique sur le terme « Adaptation »	72
2- Définition des concepts clés.....	73
3- Les Critères Diagnostiques Des Troubles de L'adaptation Selon le DSM5	81
4- Les Caractéristiques développementales du comportement adaptatif et ces difficultés	82
5- Le Comportement adaptatif, une performance en milieu social	83
6- Le Comportement Adaptatif chez les enfants en retard mental	85
7- La Fonction du Comportement Adaptatif dans le Diagnostic du Retard Mental.....	85
8- La famille comme le premier lieu social pour l'enfant.....	86
9- Les Fonctions Sociale de la famille face à un enfant retardé mental	88
10- Les relations de l'enfant avec d'autres enfants	88
11- Les profils d'adaptation chez l'enfant	90
12- Les Difficultés d'adaptation chez l'enfant retardé mental	91
13- Les conditions d'adaptation	93
14- l'importance du social.....	94
15- Les programmes d'intégration	95
16- les techniques d'apprentissage	96
17- L'évaluation de l'adaptation chez l'enfant retardé mental	100

18- Mesure du comportement adaptatif	102
19- Intervention sur le comportement adaptatif	103
• Synthèse	107

II- La partie Pratique :

Chapitre IV: Méthodologie de la recherche.

• Préambule.....	110
01- La méthode utilisée.....	110
02- présentation du terrain de recherche	112
03- La population d'étude	118
04- les outils d'investigations	120
05- le déroulement de la recherche	137
• Synthèse	140

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats.

• Préambule.....	143
I -Présentation des Cas	143
I-1-Présentation du cas Sonia.....	143
I-2- Présentation du cas Syphax	155
I-3- présentation du cas Salim.....	167
I- 4- présentation du cas Saïd	179
I-5- présentation du cas Sara	191
II- synthèses sur les Cinq cas.....	203
III- l'analyse et discussion des résultats (Des Hypothèses)	206
• Conclusion.....	217
• La liste des références.....	222

La liste des Annexes.

La liste des Abréviations.

abréviation	Signification
AIT	Accident Ischémique Transitoire.
APA	Association Américaine de Psychiatrie.
AQPRM	Atelier québécois des professionnels sur le retard mental
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
CIH	Classification International des Handicapés
CMPP	Centre médico psychopédagogique
CPPEHM	Centre psychopédagogique d'Enfants Handicapé Mental
DI	Déficient Intellectuels.
DSM	Manuel de Diagnostique et Statistique des Trubles Mentales.
EQCA	Echelle Québécoise du Comportement Adaptatif.
IMC	Infirmités Motrices Cérébrale.
IMOC	Infirmités Motrices d'Origine Cérébrale.
L'AAMR	Association Américaine pour le Retard Mental.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONU	Organisation des Nations Unies.
PAC	Progressive Assessment Chart.
QD	Quotient de Développement.
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents des personnes Handicapées Mentales.

La liste des tableaux

N° du Tableau	Titre du tableau	La page
Tableau n° 01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.	119
Tableau n°02	Le niveau des comportements adaptatif	128
Tableau n°03	Le niveau des comportements inadéquats	130
Tableau n°04	Les sphères et dimension de la première partie de l'échelle (comportement adaptatif)	130
Tableau n°05	Les sphères et dimension de la deuxième partie de l'échelle (comportement inadéquats)	132
Tableau n°06	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Sonia.	149
Tableau n°07	Les résultats de la sphère des habiletés domestiques appliquée sur le cas Sonia.	150
Tableau n°08	Les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur appliquée sur le cas Sonia.	150
Tableau n°09	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas Sonia.	151
Tableau n°10	Les résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaire appliquée sur le cas Sonia.	152
Tableau n°11	Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas Sonia.	152
Tableau n°12	Les résultats de la sphère des habiletés de travail appliquée sur le cas Sonia.	153
Tableau n°13	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas Sonia.	154
Tableau n°14	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Syphax.	161
Tableau n°15	Les résultats de la sphère des habiletés domestiques appliquée sur le cas Syphax.	162
Tableau n°16	Les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur appliquée sur le cas Syphax.	162
Tableau n°17	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas Syphax.	163
Tableau n°18	Les résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaire appliquée sur le cas Syphax.	164
Tableau n°19	Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas Syphax.	164
Tableau n° 20	Les résultats de la sphère des habiletés de travail appliquée sur le cas Syphax	165
Tableau n°21	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas Syphax	165
Tableau n°22	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Salim.	173

Tableau n°23	Les résultats de la sphère des habiletés domestiques appliquée sur le cas Salim.	173
Tableau n°24	Les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur appliquée sur le cas Salim.	174
Tableau n°25	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas Salim.	175
Tableau n°26	Les résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaire appliquée sur le cas Salim.	175
Tableau n°27	Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas Salim.	176
Tableau n°28	Les résultats de la sphère des habiletés de travail appliquée sur le cas Salim	177
Tableau n°29	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas Salim	177
Tableau n°30	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Saïd.	185
Tableau n°31	Les résultats de la sphère des habiletés domestiques appliquée sur le cas Saïd.	186
Tableau n°32	Les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur appliquée sur le cas Saïd.	186
Tableau n°33	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas Saïd.	187
Tableau n°34	Les résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaire appliquée sur le cas Saïd.	187
Tableau n°35	Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas Saïd.	188
Tableau n°36	Les résultats de la sphère des habiletés de travail appliquée sur le cas Saïd.	189
Tableau n°37	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas Saïd.	189
Tableau n°38	Les résultats de la sphère de l'autonomie appliquée sur le cas Sara.	197
Tableau n°39	Les résultats de la sphère des habiletés domestiques appliquée sur le cas Sara.	197
Tableau n°40	Les résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur appliquée sur le cas Sara.	198
Tableau n°41	Les résultats de la sphère de communication appliquée sur le cas Sara.	199
Tableau n°42	Les résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaire appliquée sur le cas Sara.	199
Tableau n°43	Les résultats de la sphère de socialisation appliquée sur le cas Sara.	200
Tableau n°44	Les résultats de la sphère des habiletés de travail appliquée sur le cas Sara.	200
Tableau n°45	Les résultats de la sphère des comportements inadéquats appliquée sur le cas Sara.	201
Tableau n°46	Niveaux des comportements adaptatifs et inadéquats des cinq cas.	203

Introduction

Introduction

Introduction :

Le développement de l'enfant ne se fait pas dans le vide mais il se construit dans un contexte de soins et de relation, il se construit en fonction de la qualité de ses relations, et de l'éducation parentale. Mais dans certains cas l'enfant peut rencontrer des arriérations qui empêchant le suivi normal de son évolution intellectuel est sera incapable de s'adapter à son environnement et les efforts qu'une famille peut offrir seront insuffisant pour qu'il s'améliore et pour devenir indépendant il devra rejoindre un milieu spécialisée. Et parmi les troubles qui frêne le développement chez un enfant on trouve l'autisme, l'hyperactivité, la paralysie cérébrale ainsi que le retard mental.

Le retard mental encourt appelé déficience mentale ou intellectuelle touche une population variée quelque soit la catégorie d'âge ça peut-être des adultes, une personne âgée et notamment des enfants. l'enfant présentant un retard mental souffre d'une immaturité affective, d'un certain entêtement avec des persévérations, un manque de logique, un retard de langage ainsi qu'un manque d'initiative majorée par un défaut des règles sociale. Ce trouble affecte donc le développement au niveau cognitif, social mais aussi au niveau des comportements.

Les comportements des personnes porteuses d'une déficience mentale sont généralement comparer avec celle des personnes sans déficience du même âge chronologique, et avec un groupe d'enfants du même âge mental. Ainsi les performances des personnes avec déficience intellectuelle dans les différentes sphères que ce soit scolaire, domestique ou autres peuvent être faibles comme elles peuvent être totalement absente.

C'est pourquoi depuis plusieurs années en recommandé de diagnostiquer le retard mental à partir d'une combinaison de critères et plus précisément de deux

Introduction

critères majeurs : un score bas au test d'intelligence (un score de QI d'environ 70 ou au dessous), avec un fonctionnement détériorer pour les tâches de la vie quotidienne généralement attendu pour un enfant du même âge dans un cadre culturel donné. Cela se regroupe dans un seul terme qui est le « comportement adaptatif » ce critère aide non seulement à élaborer un diagnostic mais aussi à classifier et planifier le type de soutien que l'enfant doit avoir et poursuivre.

Cependant l'évaluation du retard mental progresse avec le temps, tout particulièrement si l'enfant est accompagné, guider et bénéficier d'un environnement suffisamment bon, alors que si l'enfant ait issu d'un milieu pauvre en stimulation ils n'arrivent généralement pas à progresser et en peut même voir leur déficience s'aggraver. Et malgré que le retard mental est un état permanent, et peut s'aggraver, mais il peut être apaisé grâce à la prise en charge dans des organismes spécialisés à travers des programmes complets, personnalisés à leur faire acquérir les aptitudes d'adaptation nécessaires pour accroître leur niveau d'autonomie : l'alimentation, l'hygiène, où même de la lecture, l'écriture et les mathématique, prendre soin d'eux même avoir des compétences sociales ainsi que la communication et la sécurité. De ce fait plusieurs centres psychopédagogiques ont été prédisposés pour la prise en charge des enfants inadaptés mentaux, afin de les prendre en charge pour acquérir des comportements et de s'intégrer dans la société comme des personnes autonomes et actives.

Le retard mental est un trouble neurodéveloppemental très étudié dans la littérature scientifique actuelle, et au fil de nos études académique on à eu la chance de voir qu'est-ce que le retard mental et plusieurs autres éléments sur ce trouble mais ça reste plus théorique que pratique, il nous à donc paru très intéressant de découvrir de près ce trouble.

Introduction

Et notre recherche s'est porté plus précisément sur le rôle de la prise en charge de ses enfants c'est-à-dire qu'on a voulu découvrir à travers cette recherche si la prise en charge au sein des centres psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatif chez cette catégorie d'enfants qui souffrant d'un retard mental. Et s'ils arrivant à diminuer certains comportements qui sont inappropriés chez ses enfants.

Et pour réaliser cette recherche et répondre à notre question de départ on s'est basé sur la technique de l'étude de cas et nous avons également opté pour deux outils d'investigation qui est l'entretien clinique semi directif, et l'échelle Québécoise du comportement adaptatif.

Pour présenter notre recherche et pour bien expliquer et éclaircir les idées, nous avons élaboré un plan de travail qui se compose :

- D'une introduction, afin de cerner le sujet d'une manière générale.

Et de deux partie complémentaire une partie théorique et une autre pratique :

- **la partie théorique** : elle englobe Trois chapitres, le premier s'intitule « le Cadre Générale de la Problématique » dans lequel nous allons présenter la Problématique, les hypothèses, l'opérationnalisation des concepts clé ainsi que les raisons et les objectifs du choix de notre thème, Puis le second chapitre qu'on a intitulé « l'enfant retardé mental » se divisera en deux axes, dont le premier est consacré à la présentation du développement normal et pathologique de l'enfant, et le deuxième axe portera sur le retard mental qui contient l'historique, les critères diagnostiques, les types, les causes et plusieurs autres éléments. Et le troisième chapitre de cette partie théorique parlera sur notre deuxième variable qui est « le comportement adaptatif » celui-ci portera également un aperçu historique du terme adaptation, des définitions des concepts

Introduction

clés, les critères diagnostiques de l'adaptation et divers autres éléments nécessaires.

- **la partie pratique** constituera également deux autres chapitres, le premier sera consacré à « la méthodologie de la recherche » qu'on a suivi durant notre travail, et le second chapitre sera consacré à la présentation des cas, les données des entretiens ainsi que les résultats de l'échelle, avec une synthèse sur les cinq cas de notre recherche. En terminant le second chapitre de la partie pratique avec la discussion des résultats en confirmant ou en infirmant nos hypothèses de recherche.

Enfin, nous allons achever notre travail avec une conclusion générale sous forme d'une synthèse qui portera sur tout ce dont on a vu et sur tout ce que ce travail nous a rapporté et dans laquelle on posera d'autres questions de perspective concernant cette étude, afin d'ouvrir le champ à d'autres recherches dans le domaine de la psychologie et plus précisément sur le thème du retard mental.

La Partie Théorique

Chapitre I:

Le Cadre Générale de la Problématique

I)- Problématique :

Le développement au cours de la petite enfance représente une phase particulièrement importante de la vie qui va déterminer la qualité de la santé, le bien-être, l'apprentissage et le comportement tout au long de la vie. C'est une période riche de possibilités, mais aussi une période de grande vulnérabilité aux influences négatives, elle constitue une phase unique au cours de laquelle l'enfant se construit tandis que certains enfants se trouvent devant un développement incomplet voir un arrêt dans le développement à cause d'une pathologie particulière et parmi on peut citer le Retard Mental.

La déficience mentale est fréquemment définie comme un arrêt du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminant le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. (Carlier. M, et Ayoun. C, 2007 :25).

Le Grand Dictionnaire de la psychologie rajoute que c'est une insuffisance dans le développement de l'intelligence, la déficience intellectuelle entraîne une incapacité sociale qui peut dans les cas les plus graves, justifier l'institution d'une tutelle, par la suite de son défaut d'intelligence, le déficient mental est inadapté à la société, manquant de discernement naïf et influençable, il se révèle parfois dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins et de prendre soin de lui-même, il est alors nécessaire de le placer dans un établissement approprié à son état. (Sillamy.N, 2003 : 76).

La déficience intellectuelle est déterminé par divers facteurs que ce soit des facteurs étiologiques, biologiques, psychologique et/ou sociaux-environnementaux, qui peuvent agir à partir du moment de la conception jusqu'à la fin de la maturation psychomotrice. (Ionescu, S. 1987).

Les enfants atteints de déficience intellectuelle sont, comme tous les enfants des êtres complets dont il faut apprendre à connaître tous les aspects et non seulement les aspects cognitifs et qu'il importe de mettre l'accent sur l'enfant atteint de retard mental en tant que personne à part entière pour découvrir comment cet enfant négocie son environnement en fonction non seulement de ses limitations intellectuelles et adaptatives, mais aussi de l'ensemble de ses capacités. (Jean. E-D, 2013 :103). Un enfant retardé mental peut-être défini à la fois par la moindre efficacité de l'enfant relativement aux enfants du même âge chronologique et par l'altération du comportement adaptatif, c'est-à-dire de la capacité à répondre aux normes de son âge telles qu'elles sont définies dans son groupe culturel. (Henri. L, et Daniel. M, 2002 : 284).

Le taux de prévalence de la déficience intellectuelle dans le monde est historiquement estimé à environ 3% de la population général. Toutefois cette proportion diffère et s'établit plutôt aux alentours de 1% lorsque les limitations du comportement adaptatif sont prises en compte. Selon les dernières estimations du professeur Mahmoud Ould Taleb, médecin chef du service pédopsychiatrie à la clinique Garidi II El-Kouba à alger, il ya près d'un million d'enfants qui souffre de retard mental en Algérie. Et pour la distribution de la prévalence selon les degrés de gravité est de 85% de la population déficiente intellectuelle ont un retard mental léger, 10% ont un retard mental moyen, 3% à 4% ont un retard mental sévère et 1% à 2 % souffrant d'un retard mental profond. (Jean. L, 2005 : 19).

Plusieurs théories en parler sur la déficience mentale, et la théorie développementale en fait partie celle-ci postule les différences quantitatives dans l'évolution cognitive des personnes à retard mental par rapport aux personnes ordinaire. Cette théorie suppose que les enfants à retard mental passant par des stades cognitifs selon un ordre identique à celui observé pour les enfants à développement normal ; toutefois le passage d'un stade à l'autre se

réalise plus lentement et le niveau final atteint est moins élevé. Et de son coté la théorie de la différence postule une différence développementale affectant tous les domaines de l'intelligence chez les personnes à retard mental, ces derniers différent des personnes tout venant du même âge mental quant aux processus de raisonnement ou de résolution de problèmes mis en œuvre.

(Nathalie.NG, 2014 :108).

Les déficients intellectuels sont porteurs de limitations significatif par rapport aux normes de maturation, d'apprentissage, d'autonomie personnel et / ou de responsabilité sociale, qui peuvent être établies pour leur groupe d'âge. Ce trouble à des répercussions sur plusieurs habileté pratique du quotidien et de la vie sociale de l'enfant et limitant leur adaptation dans différents domaines, et l'enfant trouve des difficultés dans divers sphères que ce soit dans l'apprentissage, la communication, la capacité à s'occuper de soi-même dans la vie, l'adaptabilité a l'environnement, des difficultés d'attention...etc. Tout ça peut être regroupé dans ce qu'on appelle « le comportement adaptatif ».

Le comportement adaptatif est défini selon la capacité de l'individu à vivre de façon autonome en assurant la satisfaction de ses besoins et en exerçant la responsabilité sociale attendu par son groupe social sur la base de l'âge chronologique. Le comportement adaptatif concerne les catégories de comportement suivants : capacités sensori-motrices, communicatif, socialisation, activités et savoir faire journalier, jugement et raisonnement concret, activités de groupe et relations interpersonnelles, les limitations du comportement adaptatif nuisant tant aux activités quotidiennes de la personne qu'à sa capacité de s'adapter aux changements et aux exigences de l'environnement et devrions être considéré selon quatre autres dimensions : les capacités intellectuelles, la participation, les interactions et les rôles sociaux.

(Rondal. J-A, 1985 : 8).

Le comportement adaptatif n'est donc pas affecté seulement par la capacité de réaliser un comportement donné, mais aussi par les attentes du milieu, l'opportunité d'émettre un tel comportement, par la motivation de la personne, son humeur,...etc. On n'obtient pas une mesure pure de labilité adaptative, cette richesse du comportement adaptatif fait sa force en réadaptation, mais le rend plus difficile à interpréter. (**Organisation Mondiale de la Santé, 2001**).

La notion du comportement adaptatif recouvre ainsi des conduites très divers qui touchant aussi bien les acquis scolaires (apprendre à compter, à lire et à écrire), des conduites exigées par la vie quotidienne (utiliser des moyens de transport, faire la cuisine, être autonome). On peut également prendre un autre aspect important qui peut poser d'ailleurs un problème dans l'évaluation, est celui des relations et de la distinction entre l'aspect cognitif et social des conduites. Il est évident que certains aspects du comportement adaptatif font appel à des capacités cognitives comme les concepts de temps, d'espace et de nombre. Enfin, un dernier aspect discutable est la référence à la normativité sociale présente dans cette notion de « comportement adaptatif » ce qui fait que le milieu d'appartenance est très important. (**Michèle. G, et Catrine. T, 2014 :145/146**)

Les comportements adaptatifs sont conçus comme commençant en bas âge et se développant tout au cours de la vie. Ils reflètent le développement cognitif, social et moteur de l'enfant dans sa conquête d'autonomie vis-à-vis de son environnement. Il s'ensuit que les comportements adaptatifs augmentant en nombre et en complexité à mesure que l'enfant se développe. Il fait référence aux capacités d'adaptation de la personne aux exigences de la vie et à comment elles répondant aux normes d'autonomie généralement attendu chez les individus du même groupe d'âge et du même milieu culturel, le comportement adaptatif peut être influencé par plusieurs facteurs dont : l'éducation, la motivation, les caractéristiques personnelles et sociales, la condition physique de l'individu et les troubles mentaux. (**Mercer. J-R, 1973 :11**).

Ainsi l'enfant déficient trouve divers difficultés pour acquérir des comportements mais aussi pour éliminer d'autres, Cependant ces difficultés doivent être comprises et elles ne doivent pas être mis à l'écart non seulement par la famille mais par tout son entourage, Car bien avant dans plusieurs sociétés l'enfant avec déficience mentale est considérée au jugé comme un être débile, improductif parce qu'il est moins capable de produire des réactions adaptées aux objets, aux événements, aux situations sociale par rapport à d'autres personnes. Alors qu'aujourd'hui on donne une grande importance aux enfants retardés mental, mais cela n'est pas suffisant pour éliminer toutes ces difficultés même si la famille joue un rôle, mais ça ne suffit pas face à une pathologie aussi lourde.

Cette catégorie nécessite une prise en charge dans des centres psychopédagogique adapté à leur pathologie avec une implication de différente professionnels car en institution spécialisée ils disposant des techniques et un matériel pédagogique adapté à leur situation, c'est-à-dire aux retardés mentaux, qui va aider l'enfant à acquérir les instruments de son autonomie et de son insertion et qui devrait donc donner de bons résultats est un bénéfice à ses enfants.

Aux prémices de ce travail et en se basant sur l'ensemble des lectures, et sur la pré-enquête que nous avons effectué auprès des enfants en situation de retard mental, dans le centre psychopédagogique de souk-El- Tenine. Nous avons dégagé la question suivante :

- **Est-ce que la prise en charge au sein du centre psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants en situation de retard mental ?**

Et pour répondre à cette question de départ, nous allons émettre une hypothèse générale et deux autres partiels, qu'on va confirmer ou infirmer grâce à l'enquête que nous allons effectuer tout au long de ce travail de recherche :

II)- L'hypothèse générale :

- **La prise en charge effectuée au sein du centre psychopédagogique joue un rôle primordial dans l'acquisition des comportements adaptatif, chez les enfants en situation de retard mental.**

La Première Hypothèse Partielle :

- **La prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide l'enfant déficient mental à améliorer sont aspect développementale tel que l'autonomie.**

La Deuxième Hypothèse Partielle :

- **La prise en charge dans le centre psychopédagogique diminue les comportements inadéquat, inapproprié, chez les enfants retardé mental tel que les comportements de retrait et dinattention.**

III) - Opérationnalisation des concepts :**01- Le Comportement adaptatif :****a) - Adaptation :**

- Ensemble d'action qui permettent à l'enfant de s'adapter, et de s'accommoder à un nouveau milieu.
- Modification, d'un comportement problème maintenu depuis longtemps et développer de nouveau comportements.
- Adopter des comportements qui permettent à l'enfant de s'évoluer vers l'autonomie.

b)- Le Comportement Adaptatif : Il représente le degré de développement des enfants retardé mental de notre population d'étude face aux demandes de la vie quotidienne et qui se caractérise par des difficultés et des capacités au niveau des comportements adaptatifs. Ce dernier est apparu à la fin des années 1950, ce terme regroupe différents domaines comme l'autonomie, les habiletés domestiques, la communication la socialisation, la motricité...etc.

- sur le plan conceptuel l'enfant n'arrive pas à lire et à écrire.
- au niveau des habilité sociale, l'enfant ne peut pas maintenir une long discussion, et à comprendre qu'il à une responsabilité sur un sujet particulier.
- Comprend les consignes et obéit aux lois et aux règlements.
- Limitations au niveau des habilités pratiques, l'enfant ne peut pas s'occuper de soi même d'une façon complète ya un manque (déplacement par bus, habillage).
- adaptation aux contraintes de son environnement.
- Limitation importantes dans la sphère de l'adaptation sociale (se communiquer avec autrui).
- Ils apprennent à colorié, à calculer jusqu'à vingt, et à tracé des traitas horizontale et verticale.

02- comportement inadéquats :

- Ensemble d'attitudes insociable, désadapté dans un environnement particulier.
- Comportement inapproprié et inacceptable que l'enfant manifeste durant la vie de tous les jours tels que les comportements de stéréotypie de violence à l'égard d'autrui, mais aussi le retrait et l'inattention...etc. mais d'une façon léger

03- Le retard mental :

- C'est un arrêt du développement chez un être humain.
- C'est un trouble qui apparaît dans la phase du développement chez l'individu, c'est-à-dire qu'il est perçu avant l'âge adulte (18 ans).
- Les capacités cognitives ou le fonctionnement intellectuel est inférieur à la moyenne par rapport aux autres enfants du même âge.
- Difficultés dans différentes fonctions : mémoire, langage, raisonnement, motricité
- Capacités restreintes à s'adapter pour son environnement.
- Leurs Quotient intellectuel varient entre 35 et 50.

04 - l'aspect développemental :

- C'est l'ensemble des processus successifs qui ont conduit l'enfant à son autonomie.
- C'est un ensemble de comportements qui permettant à l'enfant de s'améliorer, et dévaluer au fil du temps, en apprenant de nouveaux comportements et en diminuant ceux qui sont inappropriés.

05- centre psychopédagogique :

- C'est un milieu de soins qui accueille des enfants ou des adolescents qui présentent la même pathologie.
- Aide les enfants en souffrance dans différents domaines à travers la prise en charge
- Organisme centré sur la personne en situation ponctuellement préoccupante.
- Aide les enfants déficients à acquérir des comportements et à diminuer d'autres.

IV) - Les objectifs de la recherche et les raisons du choix du thème :

Toute recherche scientifique comprend des objectifs, des finalités et aussi des raisons qui poussent le chercheur à étudier et à réaliser tout un travail afin d'arriver au but recherché. Ainsi notre recherche vise les objectifs suivants :

- Le premier principale bute de cette recherche et de découvrir si vraiment les centres psychopédagogique aident les enfants retardé mental à acquérir des comportements adaptatifs et a réduire les comportements inadéquats.
- le second but majeur de notre recherche est d'arriver à répondre à notre question de départ, et de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.
- Acquérir des connaissances de bases relatives à la réalisation de cette recherche
- Découvrir si tous les enfants en retard mental souffrant d'un déficit au niveau du comportement adaptatif.
- Enrichir nos connaissances déjà acquises, sur ce trouble très complexe.
- Pratiquer sur le terrain tout ce qu'on a pu apprendre tout au long du cursus universitaire, dans le domaine de la psychologie et plus précisément sur le sujet du retard mental.
- Mieux comprendre les enfants en situation de retard mental et leur comportement problème.
- connaître la capacité réelle des enfants retardés mentaux.
- Approfondir nos connaissances théoriques et techniques dans le domaine de la psychologie cognitive.
- Découvrir les comportements problèmes de cette catégorie d'enfant.

V- les raisons du choix du thème :

Le choix de notre thème n'est pas un hasard, mais nous avons constaté que le retard mental touche de plus en plus un grand nombre d'enfants, se trouble est devenu inquiétant et occupe le discours de toutes les sociétés.

C'est à partir de là que nous avons opté à travailler et à chercher sur ce sujet, mais aussi pour découvrir de près l'origine de ce trouble et comment ses enfants ce comportant au sein de leur environnement face à des individus ordinaire.

Est- ce qu'il arrive à s'adapter, et à acquérir des choses au fil du temps grâce à la prise en charge et à l'accompagnement dans les centre psychopédagogique.

Nous nous somme également penché dans cette recherche vers le retard mental car c'est un sujet d'actualité et très intéressant à découvrir. Au surplus on à voulu connaître si ses enfants arrivant à développer des comportements adaptatif grâce à la prise en charge au niveau du centre psychopédagogique, et nous avons également voulu connaître si ce milieu spécialisé aide ses enfants à se débarrasser des comportements inapproprié.

Chapitre II:

L'enfant Retardé Mental

Préambule :

Au cours de la période de la petite enfance, l'enfant se développe sur plusieurs aspects cognitive, affectif, relationnel, et psychomoteur, mais cette croissance ce diffère d'un enfant à un autre, y a ceux qui évoluent avec des conditions de normalité alors que d'autres ils peuvent rencontrer divers obstacles, problème, qui empêche le suivi normal de leurs évolution et cela risque de provoquer des pathologies telle que le Retard Mental.

Cependant dans ce chapitre nous allons aborder deux axes, un axe dans lequel on va expliquer les différentes phases du développement normal de l'enfant selon divers théories et nous allons également présenter ce qui caractérise le développement d'un enfant en retard mental alors que dans le deuxième axe on va exposer la notion du retard mental.

Axe I : L'enfant**1- Définition du terme « Enfant » :**

Le terme enfant désigne les membres d'une classe d'âge dont les critères de définition varient en fonction des attitudes, des époques et des âges. Il vient du latin « **infantia** » ce qui veut dire le défaut d'éloquence. L'enfance désigne ainsi la période de vulnérabilité et d'insuffisance durant laquelle l'adulte va exercer sa protection et son pouvoir. L'enfance est cette période de l'existence humaine qui s'étend de la naissance à la puberté, elle comprend donc, les douze premières années de la vie pour les filles ; et les quatorze premières années de la vie pour les garçons. Où, si l'on préfère, elle représente les treize premières années de la vie se terminant plus tôt chez les filles, plus tard chez les garçons.

En psychanalyse, enfant Vien de « **infans** » qui désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité, celui à la place duquel on parle.

C'est-à-dire que c'est l'adulte qui parle et décide à sa place. (www.geopsy.com>cours_psych>psyc...).

Le terme « enfant » désigne donc l'être humain qui n'a pas encore acquis l'usage de la parole. Dans son acception actuelle. En psychologie, le terme « d'enfance » désigne une étape du développement de l'être humain qui, selon les auteurs, se situe entre la naissance et la maturité, entre la naissance et la puberté ou encore l'émergence du langage et la puberté. On distingue la première enfance (jusqu'à 3ans) de la deuxième enfance (de 3à7ans) de la troisième (7 à 12ans), cette dernière débouchant sur l'adolescence».

(Roland.D, et francoise.P, 1998 :255).

2- Définition du développement psychique et physique de l'enfant :

2-1- Définition du Développement Psychique de L'enfant : Il désigne un ensemble de processus qui conduisent l'enfant vers une maturité psychique surtout dans le domaine de l'intelligence. Il représente également, les étapes par lesquelles il passe, les crises qu'il peut vivre, la façon dont son psychisme se construit...etc. Ces stades de l'évolution psychique d'un enfant jusqu'au vieillissement, et chacun évolue différemment et si on se réfère à la psychologie chaque théorie à donner sa classification du développement psychique de l'individu. Sur le plan psychologique, l'enfant de six ans à déjà acquis de nombreuses connaissances et surtout il a constitué les bases qui vont lui permettre de tenter de nouvelles expériences.

L'enfant possède naturellement des intérêts dus en partie au degré de développement qu'il a atteint, en partie aux habitudes qu'il a acquises et au milieu dans lequel il vit. Ces intérêts sont relativement incultes, instables, transitoires, pourtant ils représentent tout ce qui est important pour l'enfant, ils sont les seules puissances auxquelles l'éducateur puisse s'adresser. (John. D, 1897 : 01)

2-2- Définition du Développement Physique chez L'enfant : il porte sur la croissance en taille et en poids et sur la maturation osseuse, dentaire et pubertaire de l'enfant de la naissance à l'âge adulte. La croissance en taille et en poids de l'ensemble du corps et de chaque organe est liée à des facteurs héréditaires et hormonaux mais nécessite aussi des apports alimentaires équilibrés. C'est donc une croissance continue et progressive d'un être humain dès la naissance jusque à l'âge adulte. Sur le plan physique l'enfant à l'âge de 06 ans pèse en moyenne 20 kilos (soi six fois plus qu'a la naissance) il mesure environ 11, 5 centimètres. (unesdoc.unesco.org>images).

3- Les Théories du développement chez l'enfant :

3-1- Le développement cognitif de l'enfant selon l'approche piagétienne :

3-1-1- Présentation de l'approche piagétienne : la théorie piagétienne est une théorie constructive : elle postule que le réel se construit grâce à l'action. En 1936-1937, Piaget introduit la pensée du bébé comme objet de recherche, et à travers sa description de l'intelligence sensori-motrice, pose l'existence de l'intelligence chez l'enfant avant qu'il ne manifeste la maîtrise langagière. Piaget conçoit les mécanismes intellectuels dans le prolongement des mécanismes biologiques au sein de la relation individu/ environnement. Il considère l'équilibration comme une adaptation réussite d'un individu à son environnement. Cette équilibration dépend de la synthèse de deux processus : l'assimilation et l'accommodation, et selon Piaget il existe trois périodes de développement cognitif.

A- La période d'intelligence sensori-motrice : elle couvre les deux premières années de la vie de l'enfant, constituant une période préverbale subdivisée en six stades.

Les six stades de la période préverbale :

- **De 0 à 1 mois : l'exercice réflexe :** ce stade est celui de la première manifestation de l'intelligence et la source de son développement ultérieur. L'enfant opère une généralisation du réflexe par l'assimilation généralisatrice lui permettant d'exercer son action dans des conditions différentes et sur des objets différents. Par exemple, le réflexe de succion va ainsi être répété et adapté pour devenir efficace. Et trois processus sous-tendent son changement de statue :
 1. L'assimilation fonctionnelle, répétition du réflexe afin de le consolider et de le stabiliser.
 2. L'assimilation généralisatrice, apparition de modification à travers la généralisation aux différents objets
 3. L'assimilation reconnitive, discrimination des objets qui sont plus ou moins appropriés à la succion.

L'enfant va alors être capable de construire des schèmes d'action, c'est-à-dire des séquences de gestes qui sont transposables, généralisables ou différenciables d'une situation à une autre pour appréhender et connaître le réel.

- **De 1 à 4 mois : les premières adaptations acquises et la réaction circulaire primaire :** l'enfant est capable d'assimiler des schèmes nouveaux à ceux qu'il a construits. La réaction circulaire primaire constitue un exercice fonctionnel acquis, qui prolonge l'exercice réflexe et a pour effet de fortifier et d'entretenir un ensemble sensori-moteur dont les résultats nouveaux sont poursuivis pour eux-mêmes. Ces résultats ont ainsi cherché à les reproduire. A la fin de ce stade, on observe une coordination de différents schèmes entre eux : l'audition et la vision, la succion et la préhension, la vision et la préhension.

- **De 4 à 8 ou 9 mois : les réactions circulaires secondaires :** on assiste à une généralisation du stade précédent aux objets extérieurs à l'enfant, il passe alors gestuellement de son corps propre au monde des choses et en manipulant des objets et découvrent par hasard de nouveaux résultats qu'ils éveillent son intérêt il suscite de nouvelles réactions circulaires secondaire.
- **De 9 à 11 ou 12 mois : l'intentionnalité et la coordination des schèmes secondaires :** c'est l'apparition des premiers actes véritablement intentionnels. Les actions sont orientées vers un but, avec la conscience d'un désir d'agir. A cette étape du développement, les schèmes secondaires se coordonnent entre eux pour s'intégrer dans des unités de comportements plus larges, organisées autour d'un but posé préalablement au déclenchement de l'action. L'enfant acquiert la capacité d'anticiper des événements liés à son action, par l'intermédiaire d'indices à sa disposition.
- **De 11 ou 12 mois à 18 mois : la réaction circulaire tertiaire et la découverte de nouveaux moyens par expérimentation active :** c'est une période d'intense activité d'exploration de l'ensemble des propriétés des objets. l'enfant va faire varier ses mouvements pour obtenir de nouveaux résultats. Il cherche intentionnellement et découvre, par tâtonnements autour des schèmes d'action qu'il possède déjà, de nouveaux moyens d'action.
- **De 18 mois à 24 mois : l'invention de nouveaux moyens par combinaison mentale :** c'est le début de l'exercice de l'intelligence sur un plan symbolique. l'enfant acquiert progressivement une capacité de représentation symbolique dans des semaines variées. Il va intérioriser des schèmes d'action dont la combinaison mentale lui permettra de trouver des solutions plus rapidement.

B- La période des opérations concrètes : elle s'échelonne de 2 à 11 ou 12 ans et elle est marquée par une plus grande mobilité de la pensée, un plan de grand recul par rapport à l'action, et une meilleure socialisation. Elle se subdivise comme suit :

De 2 à 6 ans : la période préopératoire : elle est essentiellement occupée par l'acquisition de la fonction symbolique ou sémiotique et tout particulièrement, par l'acquisition du langage :

- **De 2 à 4 ans :** prolifération de la fonction symbolique et des nouvelles capacités de représentation, à travers l'imitation différée, du jeu symbolique, du langage et du dessin.
- **De 4 à 5 ou 6 ans :** pensée intuitive globale et représentations fondées sur des configurations statiques et sur l'assimilation à l'action propre. L'enfant n'est pas encore capable de se décentrer ni d'adopter le point de vue de quelqu'un d'autre.
- **De 5 ou 7 à 8 ans :** pensée intuitive et représentations articulées par régulation. Les décentrations commencent à s'opérer ainsi qu'une régulation plus mobile des représentations qui s'articulent entre elles et tendent à se coordonner pour aboutir aux opérations mentales.

C- La période Opératoire : de 08 à 11 ou 12 ans : elle est caractérisée par l'utilisation des opérations réversibles. « Piaget » décrit trois types de réversibilité : par inversion, compensation identité. La construction des invariants permet le développement des schèmes de conservation et des structures opératoires.

D- La période des opérations formelles (12 ans et plus) : elle conduit l'enfant à une forme d'intelligence qui sera celle de l'adulte et qui est caractérisée par

une pensée abstraite et combinatoire, un raisonnement hypothético-déductif, et une démarche expérimentale. (Charlotte. M, et Adeline. V-D, 2004 :45/48).

3-2- Le Développement social du jeune enfant :

Le petit enfant à besoin de sécurité et d'amour il à besoin d'être prit dans les bras avec douceur et le caressé, par-ce-que dans ces premiers temps que se construit les bases de sa personnalité de son autonomie dans le future et le manque de ces besoins peuvent crée en lui un manque susceptible d'altérité considérablement. Ces possibilités de communication de contacte avec le réel et capable aussi de dévier son développement affectif et moteur son langage et même ces capacités intellectuel. (Hugette. B, 2004 :02)

Ces besoins fondamentaux se créent en contact avec la réalité ou bien avec l'environnement physique et humain de l'enfant qui va se socialiser progressivement grâce aux échanges de plus en plus nombreux et complexe avec l'entourage tout à la fois causes et effets de la maturation organique et de développement intellectuel et affectif.

L'éducation est l'agent principal de cette socialisation progressive non pas seulement cette éducation que l'entend couramment qui est l'action directe des parents et de l'adulte en général sur l'enfant mais aussi l'éducation qui se fait entre les enfants eux même. (Rivier.R, 1997 :12) ainsi la socialisation du jeune enfant dépend de plusieurs processus :

- **l'imitation** : est la capacité de l'enfant à reproduire ce qu'il à perçu sur autrui, cela lui permet d'accéder à des comportements nouveaux puis de les intégrer et de les maitriser.

L'imitation joue un rôle principal dans l'éducation du jeune enfant il convient ainsi de rappeler que toute reproduction d'un comportement n'est pas forcément une imitation. Par exemple les sourire d'un nouveau né ne sont qu'une réaction

face à la vue d'un visage, mais à partir de six mois de véritable comportement d'imitation peuvent être constatés, c'est à ce moment quand parle d'imitation.

L'imitation permet à ce niveau de développer la capacité de représentation de l'enfant et ces progrès correspondent à un développement de la conscience de soi.

Selon l'approche piagétienne Le développement des conduites imitatives permet le passage de l'intelligence sensori-motrice à l'intelligence représentative :

- De 1 à 4 mois, imitations sporadique le modèle ne peut être reproduit que s'il est assimilé aux mouvements que l'enfant vient d'effectuer.
- De 4 à 8 mois, imitation systématique de sons connus et des mouvements effectuée antérieurement de manière visible.
- De 8 à 12 mois, l'enfant devient capable d'imiter des modèles invisibles (grimaces, clignements des yeux, etc.).
- De 12 à 18 mois, l'enfant est capable de reproduire des modèles entièrement nouveaux et imite de manière plus précise.
- De 18 à 24 mois, l'imitation va pouvoir être différée dans le temps.

Elle est rendu possible par la représentation mentale, la construction de modèle et son intériorisation. (Charlotte. M, et Adeline. V-D, 2004 :47).

- **l'identification** : elle s'agit d'appropriation de l'assimilation d'autrui à soi même par identification, l'enfant va intérioriser les modèles qui lui offre son entourage ce qui entraine un développement du moi et l'ouverture sur la culture en tant que système règle de vie sociale.
- **la communication** : l'être humaine est par nature social il ne peut l'humaniser que dans la société, la présence des parent est fondamentale dans la formation d'un être humain c'est-à-dire que

les parents sont la première cellule sociale pour l'enfant, la première qui le rend plus humain, et l'autre à d'abord plus d'importance que lui-même, c'est-à-dire que l'enfant doit donner plus d'importance à autrui que à lui-même et le respecter pour pouvoir communiquer.

- **les relations avec d'autres enfants :** après six mois l'enfant qui d'abord semblait indifférent ces semblables, va se manifester à leur égard un certain intérêt marquant le début de socialisation, les débuts d'une communication n'ayant pas recours au langage mais à l'action gestuelle qui commence vers l'âge d'un an.
- **l'influence culturelle :** les conditions sociologiques qui peuvent être soit ethnologiques ou géographiques, jouent au-delà de la simple influence familiale, un rôle déterminant dans la formation de la personnalité, ainsi les structures familiales, les différentes conceptions de l'éducation propre à chaque civilisation.

(Ghiglione. R, et Richard. J-F, 1999 :43/45).

Ainsi dès la naissance, le nouveau-né est sensible aux signaux émotionnels d'autrui : à un jour de vie, il peut différencier un visage triste d'un visage gai, vers huit semaines des bébés sont capables de différencier des stimuli émotionnels visuels et auditifs et à cinq mois ils sont capables de les appairer. Bien avant le langage, le nourrisson dispose ainsi d'une capacité de discrimination du contenu émotionnel des échanges. Parallèlement, les expressions émotionnelles prototypiques qui sont apparues (joie, tristesse, dégoût, intérêt, surprise, colère, peur) vont progressivement prendre une valeur communicative, survenant de manière privilégiée en situation d'échange. L'émergence du sourire-réponse vers deux, trois mois en est une des premières manifestations.

Dès cet âge, le comportement relationnel de l'enfant se modifie en fonction de ces signaux émotionnels. C'est ce que montre l'expression de « still face » cette

expérience consiste, au cours d'une séquence d'échanges réciproques du bébé avec un adultes familial à demander à ce dernier d'interrompre brusquement ses interactions et de se figer dans une attitude passive avec en particulier un visage expressif. Dans cette situation, des l'âge de six semaines, les bébés tentent d'abord de rétablir l'interaction par des vocalisations, des sourires, des regards, puis devant l'absence de réponse de l'adulte , ils cessent ces tentatives et se replient dans une attitude passive évoquant la dépression.

La communication sociale suppose la prise en compte intuitive par chacun du point de vue de l'interlocuteur, de la compréhension de ses émotions, sentiments. Cette capacité qui nous permet de connaître les intentions implicites de nos partenaires d'interaction a été envisagée dans différents perspectives théoriques. (Danion. G, 1961 :72/73).

3-3- le développement de la communication et du langage chez l'enfant :

Dans la communication sociale humaine l'information générée dans l'épisode de communication à un double statue d'une part l'information peut se définir comme l'effet comportemental du signal, d'autre part la valeur informative d'un signal constitue toujours aussi un effet d'interaction, un comportement n'est signal que par les rapports fonctionnels qu'il entretient avec son contexte à travers le langage , la place de ce dernier pour le développement des compétences à communiquer est considérée comme secondaire, le niveau de développement dans tout ces dimensions, est dépendant du niveau cognitif, marqué chez le jeune enfant par l'égoïsme. L'égoïsme de l'enfant caractérise sa connaissance du monde, qu'il s'agisse de ses relations à l'environnement physique ou à l'environnement humain. L'égoïste se traduit par une indifférenciation entre la perspective du sujet et celle d'autrui, entre l'activité du sujet et les transformations de l'objet, avec assimilation du

réel à l'action et la perception propre. Chez le jeune enfant le langage est encours « egocentrique ». (Agnès. F, 2016 :112).

Le développement du langage s'organise selon trois phases, correspondants à trois niveaux différents de son évolution :

- **Le pré-langage:** il est opérant depuis la naissance jusqu'à l'âge de 12-13mois, parfois 18mois, ses manifestations sont diverses : d'abord les cris, puis les vocalises, les lallations, le rire, les vocalises adaptées à l'environnement, les sons et syllabes prenant l'allure de babillage, et enfin le début d'une « conversation » au dix^e mois.
- **Le petit langage:** il s'utilise approximativement d'un an jusque à un an et demi et peu aller jusqu'à trois ans, la conversation est au départ plutôt un monologue et le vocabulaire assez pauvre (quelques mots), puis celui-ci s'enrichit et est marqué par l'apparition du « non ».
- **Le langage :** le « je » apparais vers trois ans et témoigne de l'accès à une nouvelle étape dans la construction de l'identité de l'enfant ; l'utilisation des mots abstraits précède l'apparition de la syntaxe (entre 3 et 5ans), laquelle est suivie par l'apprentissage de l'écrit vers 5-6 ans.
(Karine. G, 2007 : 47).

Le développement du langage selon « STERN » : Stern à distingué quatre stades dans le développement du langage : stade-substance, stade-action, stade-relation et stade-qualité.

Dans le **Stade-Substance**, l'enfant ne sait exprimer ses impressions que par un seul mot, énonçant l'objet substantiel ou sont confondues son action propre et les différentes relations que l'objet peut avoir avec d'autre objets.

Dans le **stade-action**, l'objet substantiel se dépasse lui-même et devient support d'un mouvement ou d'une action.

Puis il entre dans **le stade-relation** qui est un réseau de relations de plus en plus complexes avec d'autres objets, pour finalement se résoudre lui-même dans une structure de qualités (**stade-qualité**) ou de propriétés susceptibles de se distinguer entre elles et de se combiner diversement. A ces quatre stades correspondent les capacités successives de l'enfant d'utiliser des substantifs, des verbes, des prépositions et conjonctions et des adjectifs. (Tran-Thong, 1967 :10).

3-4- Le développement affectif de l'enfant : à la naissance, l'enfant est prématuré, au sens où l'essentiel de son développement est encore à faire. Il est incapable de subvenir seul notamment à ses besoins physiologiques. En fait tout se passe comme si le bébé n'était pas différencier de sa mère, comme s'il formait un tout avec elle. Progressivement, il va donc cheminer vers la différenciation, la construction de son propre psychisme, de son individualité. (Antoine. B, et Damien. F, 2002 :78). La famille représente donc le milieu le plus essentielle pour le développement affectif de l'enfant, ce milieu va déterminer et influencer son développement en favorisant la satisfaction de ses besoins. Ainsi le développement affectif de l'enfant va se faire en plusieurs étapes chacune d'elles est dominée par le primat d'une zone corporelle qui à une importance non seulement sur le plan fonctionnel mais aussi sur le plan relationnel, chacun des stades traversés par l'enfant va laisser des traces dans son psychisme et influencer sur la construction de sa personnalité suivant la manière plus ou moins heureuse, dont il aura pu les vivre.(Marie-Noel. T-G, et Thérèse. D, 2006 :57/58).

3-4-1- Les stades du développement affectif selon « Sigmund Freud » :

A) Le stade oral de 3 à 18 mois : la relation symbiotique qui lie l'enfant au sein maternel organise le premier stade de la vie affective autour de la fonction alimentaire. Les soins et les prévenances dont la mère entoure le bébé autour de la relation de nourrissage contribuent à entretenir l'illusion primitive qu'il ne fait qu'avec elle, la zone corporelle concernée par la recherche du plaisir est

constituée par les lèvres, la langue et la cavité buccale tout entière, le bébé suce par nécessité vitale mais aussi par le plaisir, c'est par la bouche et le plaisir qu'elle procure qu'il sent et découvre le monde. Dès que quelque chose suscite son intérêt il le porte à la bouche comme pour l'absorber, mais aussi pour en prendre connaissance. Et l'une des manifestations les plus évidentes de la composante libidinale du stade oral s'exprime dans la succion du pouce de l'enfant en dehors des tétées. (Ibid : 59/60).

A l'intérieur de ce stade on reconnaît l'existence d'un stade sadique-oral qui correspond au désir de mordre et de détruire, en effet le nourrissage est si important pour l'enfant et sa dépendance à son donneur de soin si complet qu'il développe en même temps que l'amour des mouvements de haine envers l'objet lorsque celui-ci lui a manqué. (Charlotte, M. et Adeline, V-D.2004 :72).

B) Le stade anal 18 mois à 3 ans : il s'étend de la période de deux ans à celle de trois ou quatre ans et correspond au temps de « l'enfant au pot », c'est-à-dire la période où la maîtrise des sphincters permet au jeune enfant de contrôler l'évacuation de ses excréments. La zone érogène est donc concentrée autour de la zone anale qui devient un nouveau lieu de plaisir. Il s'agit souvent d'une période charnière dans l'éducation, les parents souhaitant voir leur enfant propre et autonome et l'enfant saisit l'enjeu de ses conduites, voyant le plaisir de sa mère lorsqu'il va proprement sur le pot et il remarque également son déplaisir lorsqu'il le fait dans sa culotte. Ce stade est dit « sadique anal » dans la mesure où le désir de maîtrise et d'opposition domine l'enfant, c'est souvent à cette période que l'on entend l'enfant dire le plus souvent « non ».

(Charlotte, M. et Adeline, V-D.2004 :72).

C) Le stade phallique de 04 ans à 06 ans : c'est un stade très important dans l'organisation de la personnalité puisque le complexe d'Oedipe et de castration vont se construire et les zones corporelles vont s'unifier autour de la zone

génitale, dans ce stade les enfants réalisent la différence des sexes comprise en terme de présence ou absence de pénis. Sur le plan symbolique le pénis est associé à la puissance et à la force. L'enfant cherche dans ce stade à avoir une explication de son origine et de la fonction de son sexe c'est alors à ce moment qu'il rentre dans le complexe d'Oedipe où en trouve le garçon est déjà engagé dans une relation amoureuse avec sa mère et déteste le parent du même sexe et le voit plutôt comme son rival. Or, les sentiments de rivalité qu'il va ressentir vis à vis de son père vont être vécus comme menaçant pour son pénis. Et du côté de la fille elle voit qu'elle n'a pas de pénis et la vie comme s'il allait pousser, elle s'engage alors dans une relation privilégiée avec sa mère et se tourne vers le père en pensant qu'il pourra lui donner un pénis.

Ainsi le complexe de castration chez la fille précipite l'entrée dans l'Oedipe, alors que chez le garçon l'angoisse de castration l'en fait sortir. Il est donc plus difficile pour la petite fille de sortir du complexe d'Oedipe plus que le garçon. (Antoine, B. et Damien, F. 2002 : 80).

D) Le stade (la période) de latence de 07 à 12 ans : c'est une période de déssexualisation durant laquelle l'enfant parle peu de sexualité mais cherche par contre à s'engager dans des activités de développement valorisantes et ce processus de détournement de la sexualité vers des voies socialement acceptables comme le sport ou la création artistique et cela s'appelle la « sublimation ». (Ibid : 81).

E) Le stade génital de 12 ans à 16 ans : il commence à la puberté et perdure durant toute la vie adulte. En accédant à une maturité biologique, l'enfant devenu adolescent réactive son complexe d'Oedipe avec d'autant de force qu'il est en mesure de rivaliser avec un adulte et de prétendre à la séduction d'un de ses parents ce stade est donc primordial pour la maturation sexuelle et permettra d'accéder à la sexualité génitale de l'adulte. (Charlotte, M. et Adeline, V-D.2004 :75).

04- l'apparition des déficits au cours de la période développementale :

Les déficits du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif doivent être présents au cours de la période développementale soit entre le moment de la conception et le dix-huitième anniversaire. Ces déficits développementaux peuvent se manifester par un ralentissement un arrêt ou un inachèvement du développement ou encore par une régression. De là découle la nécessité d'effectuer des bilans périodiques, l'évaluation et le diagnostic initiaux ne sont donc qu'une première étape. En fonction des mesures éducatives mises en place et des exigences du milieu, le sujet peut changer le niveau de retard mental voir même perdre son statut de déficient. (Michèle, G, et Catrine .T, 2014 : 137/138).

05- les difficultés de développement chez les enfants Retardé mental :

05-1- les difficultés liées à l'évaluation : classiquement, l'évaluation de la déficience mentale va se faire à partir de l'anamnèse et de la passation des tests. Le recueil de données d'anamnèse ne peut être conduit chez le sujet déficient mental lui-même, on doit donc interroger d'autres personnes, généralement les parents avec le problème de l'impact affectif de la présence d'un enfant handicapé mental dans une famille.

05-2- les difficultés liées au fonctionnement cognitif : l'évaluation du développement intellectuel avec les épreuves classiques comme le « Wechsler » impose de ne pas donner simplement une donnée chiffrée, un QD ou un QI qui peut masquer de fortes dispersions entre les différentes catégories comportemental. Il est donc intéressant d'analyser le profil des performances obtenues ainsi que les résultats à chaque épreuve de façon à préciser l'étendue des acquis et des déficits.

Dans une perspective psychométrique, il est couramment admis que l'âge mental des déficients évolue de façon linéaire jusqu'aux environ de 15 ans, mais

plus que le quotient intellectuel (QI) est faible (inférieur à 40), plus cette vitesse est réduite et sa stabilité dans le temps élevée. Dans ce cadre, les épreuves qui explorent plus précisément les fonctionnements de la pensée que le niveau de développement proprement dit présentent beaucoup plus d'intérêt. Il est donc plus intéressant pour accéder aux mécanismes de raisonnement des handicapés mentaux d'appliquer des épreuves issues de la théorie piagétienne qui montrent que l'évaluation intellectuelle des déficients mentaux se fait de façon comparable à celle des enfants standard elle se fait cependant plus lentement et s'arrête plus tôt, elle se caractérise par deux mécanismes particuliers : **la fixation et la viscosité**, la fixation implique à la fois une réduction de la vitesse de développement et le maintien à un stade déterminé, la viscosité se caractérise par une réapparition de schèmes antérieurs dans le fonctionnement cognitif actuel du sujet, cette viscosité est illustrée par le fait que les déficients mentaux restent plus longtemps que les enfants standard à un stade de transition entre deux périodes développementales.

Cependant, les déficients profonds restent fixés aux différents sous-stades de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance à deux ans chez l'enfant standard), les déficients moyens ne peuvent dépasser la période préopératoire (deux à sept ans), les déficients légers restent fixés au stade des opérations concrètes (sept à onze ans) et ne peuvent accéder au stade ultime des opérations formelles. La perspective piagétienne tient peu compte malgré tout les conditions environnementales dans lesquelles l'enfant se développe et dont on pense actuellement qu'elles participent au moins en partie.

(Michèle. G, et Catrine. T, 2014 : 143/144/145).

05-3- les difficultés liées au comportement adaptatif et le développement social : la notion du comportement adaptatif ou de compétence sociale recouvre en fait des conduites très divers qui touchent aussi bien les acquis scolaires

(apprendre à compter, à lire et à écrire), des conduites exigées par la vie quotidienne (utiliser des moyens de transport, faire la cuisine, être autonome). En peut également prendre un autre aspect important qui peut poser d'ailleurs un problème dans l'évaluation, est celui des relations et de la distinction entre l'aspect cognitif et social des conduites. Il est évident que certains aspects du comportement adaptatif font appel à des capacités cognitives comme les concepts de temps, d'espace et de nombre. Enfin, un dernier aspect discutable est la référence à la normativité sociale présente dans cette notion de « comportement adaptatif » ce qui fait que le milieu d'appartenance est très important.

On pourra dans ce cas utiliser des échelles explorant différents domaines d'adaptation allant de l'autonomie individuelle (manger seul, s'habiller) à la responsabilité social comme le PAC, (progressive assessment chart) de Gunzburg 1969. (Ibid : 145/146).

05-4- les difficultés liées au Développement Communicatif et Linguistique :

les handicapés mentaux ont un retard marqué dans tous les domaines du développement du langage. Ces retards peuvent concerner à la fois le développement phonologique, lexical, syntaxique et pragmatique. Cependant quand le développement phonétique et phonologique est retardé par rapport à celui de l'enfant standard, l'écart est particulièrement manifeste dès qu'il y'a intervention du sens, c'est-à-dire quand l'émission des phonèmes vient composer les lits de la langue. En ce qui concerne le développement du lexique, le retard est essentiellement quantitatif, l'âge mental joue ici un rôle important, ainsi dès que la communication se complexifie la compréhension verbale peut devenir problématique, il peut donc y avoir inadéquation des réactions d'un sujet déficient mental en réponse à une simple commande verbale. Les travaux sur la communication référentielle chez les handicapée mentaux (comme par exemple dans le cas ou deux sujets doivent échanger des informatique sur un matériel que

l'un d'entre eux ne voit pas) montrent que ces sujets ont du mal à se rendre compte qu'ils sont dans une situation de communication, à estimer les besoins en information de leur interlocuteur, à comprendre qu'il ne comprend pas, manifester leur manque de compréhension par des messages adéquats et à interpréter ces messages. (Ibid : 147/148).

05-5- les difficultés liées au Développement moteur et praxique : Il est un facteur important du mode d'insertion sociale du handicapé mental. On constate une grande hétérogénéité des résultats en fonction de la tâche proposée. Zazoo avait évoqué à ce sujet la notion d'hétérochrone, la déficience ne pouvant être assimilée à un retard homogène dans le développement psychologique. Par exemple, l'étude du style moteur (comme par exemple dans l'épreuve du pointillage ou l'on demande à l'enfant de faire un trait dans chacune des cases d'une feuille quadrillée) montre que les déficients mentaux (sans handicap moteur associé) disposeraient davantage de contrôle que les enfants normaux du même âge au cours de l'exercice mais ce comportement à un caractère rigide et entraîne une incapacité à s'adapter rapidement à une tâche inhabituelle (par exemple écrire avec la main non dominante). Au niveau praxique (qui renvoie à l'organisation du geste), plus la tâche à réaliser est complexe, plus les différences sont importantes entre enfants normaux et déficients intellectuels qui sont souvent maladroits. (Ibid : 149).

06- les caractéristiques des enfants en retard mental :

06-1- les caractéristiques socio-affectives :

Les caractéristiques socio-affectives concernent l'adaptation sociale et les fonctions psychologiques de défense et de dégageant.

La motivation et l'intérêt sont faibles il existe un défaut d'investissement des domaines cognitifs et culturels ainsi que des difficultés à imaginer qu'un

l'apprentissage peut être source d'enrichissement ces difficultés peuvent être liées à des identifications douloureuses voire impossibles aux parents, aux éducateurs porteurs de ces idées concernent l'autonomie et l'apprentissage.

L'estime de soi est généralement faible et fragilisée par les échecs d'apprentissage de l'autonomie et les échecs relationnels les échecs d'apprentissages scolaires ou préscolaires sont trop exigeants et trop importants par rapport aux investissements. Ainsi, ces enfants se trouvent rapidement en situation d'échec qui peut se transformer en situation d'infériorité.

(Caroline. S, 2006 :103/104).

06-2- les caractéristiques cognitives :

Au niveau cognitif, le premier point est une lenteur ou un retard du développement intellectuel il existe un décalage par rapport aux normes : les compétences se développent à des vitesses différentes. Le deuxième point concerne le ralentissement ou l'arrêt prématuré du développement, qui entraîne un inachèvement de construction cognitive et une stagnation du développement intellectuel.

Le troisième point concerne le traitement de l'information. L'enfant a des capacités attentionnelles fragiles, des processus attentionnels défaillants, une mémoire de travail faible et une sensibilité à l'environnement. De même, la résolution de problèmes s'appuie sur la flexibilité, la souplesse cognitive qui suppose des capacités de passer d'une information à une autre. Or chez ces enfants, il y a une certaine lenteur, une confusion, donc peu de stratégies cognitives. Cependant, on observe que lorsque l'environnement est structuré et organisé, et quand la mise en œuvre des compétences de l'enfant est organisée, les performances sont meilleures, ce qui ouvre la voie de possibilités d'adaptation. (Caroline, S .2006 :103).

Axe II : Le Retard Mental**1- Aperçue historique sur la notion du retard mental:**

La notion du retard mental est vraisemblablement aussi vieille que le monde ainsi les termes utilisés pour désigner la déficience intellectuelle ont évolué au fil du temps : oligophrénie, idiotie, imbecillité, débilité mentale, déficience mentale, handicap mental, arriération mentale, retard mental, incapacité intellectuelle, déficience intellectuelle, personnes présentant/ayant une déficience intellectuelle, difficultés d'apprentissage.

Les descriptions de l'insuffisance intellectuelle de l'enfant sont apparues pendant longtemps bien délimitées, à partir d'une distinction qui semblait claire entre , d'une part *la démence*, caractérisée par la survenue secondaire d'un processus organique conduisant à une détérioration secondaire des fonctions mentales, d'autre part, l'arriération ou le défaut de développement des facultés intellectuelles était par définition « précoce, permanent et irréversible ».

(Ferrari, P. 2012: 469).

La déficience intellectuelle à d'abord été perçue comme étant une punition infligée par le dieu en raison de fautes commises, elle à longtemps fait l'objet d'attitudes de rejet et d'exclusion, ou d'attitudes de protection dont la motivation essentielle était la crainte, ce qui provoquait un certain malaise. À la fin du moyen âge, les personnes présentant une déficience intellectuelle étaient enfermées dans« des hôpitaux généraux » ou « asiles » où plusieurs pathologies étaient présentes et regroupaient tous les êtres « anormaux » que ce soit des déviants à la société, des malades mentaux, criminels, indigents. C'est avec **Philippe Pinel**, en pleine Révolution française, qu'un changement survienne, pour Pinel, « les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à

l'humanité ». De même « les aliénés qui jusque là ont été traités beaucoup plus ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux souffrante ». (Senon.J-L., Rossinelli.G, et Pascal. J-C, 2007 : 100).

Tout au long du 20^{ème} siècle les handicapés mentaux ont été soumis aux fluctuations des attitudes développées par la société à leur égard tantôt considérés comme des personnes dangereuses risquant de contaminer le reste de l'humanité, tantôt polarisant la pitié et la compassion, les handicapés n'ont vraisemblablement pas eu accès à des solutions éducatives adéquates et il a fallu attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir apparaître dans des pays industrialisés un vaste courant d'intérêt pour les problèmes des handicapés mentaux. (Luc.B, et Jean-Luc. L, 1981:15)

C'est donc en 1793 que Pinel distingué explicitement les fous (qu'il nomme idiots) des criminels et en les délivrant spectaculairement de leurs chaînes, d'avoir mis en avant l'importance de la prise en charge sur la mise en rebut dans l'enfermement. Quelques années plus tard en 1818, Esquirol, élève de Pinel, opère une nouvelle distinction en séparant la démence de l'idiotie. (Michèle.G, et Catrine.T, 2014 : 127).

C'est plus précisément au tout début du XIX^e que les premiers asiles font leur apparition en France, sous l'instigation du psychiatre Jean-Étienne Esquirol, disciple de Pinel. En effet, dans son ouvrage « Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés », présenté en 1818 au ministère de l'Intérieur, Esquirol propose de construire des bâtiments spécifiques dédiés au traitement des malades mentaux profondément philanthrope, Esquirol est animé par le désir de ne pas soumettre le malade mental à l'humiliation. L'art de construire des asiles pour malades mentaux date de cette période, et l'asile devient alors un véritable

centre de soins, lançant dans le même temps l'expansion de la psychiatrie. À cette époque, Esquirol se penche de près sur une forme particulière de la folie « l'idiotie », cette dernière « n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne sont jamais manifestées ou n'ont pas pu se développer assez pour que l'idiot pourrait acquérir les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et placés dans les mêmes conditions ». (Esquirol. E, 1838 :76).

Pour « Esquirol » les patients perturbées sont à l'origine de l'aliénation mental sous ses diverses formes, or elles ne sont pas d'ordre intellectuel on peut les traiter à condition de leur appliquer un traitement adéquat (par exemple la méthode perturbatrice, consistant à provoquer une secousse morale qui place l'aliéné dans un état opposé à celui dans lequel il est dans sa maladie). Si pour cet auteur, la maladie mentale est guérissable le handicap mental en revanche est jugé incurable car renvoyant à un fonctionnement inné gravement inadéquat. (Jean- Adolphe. R, 2013 :20).

Entre 1850 et 1870, Esquirol et son disciple Seguin essaient de mettre en place des unités spécifiques dans les hospices de Bicêtre pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, et élaborent des méthodes pédagogiques. Édouard Seguin se distingue en développant pour la première fois une méthode d'éducation appropriée aux « jeunes idiots et jeunes imbécile » en 1846, il écrit : « L'opinion, malheureusement accréditée, que l'idiotie est incurable, est une opinion fausse ». (Carlier. M, et Ayoun. C, 2007 :15)

Cette conviction de l'existence d'un traitement possible pour l'idiotie est considérée comme une première. En 1800, quand Jean Itard s'intéresse à l'étiologie, à l'origine de l'état de l'enfant. Pour lui, les causes organiques ou celles liées aux conditions de vie doivent être prises en compte par l'éducation. «

L'homme ne peut devenir homme que par l'éducation. Il n'est que ce qu'elle le fait ». (Kante. E, 1981 : 37)

En 1857-1911, les premiers travaux sur l'évaluation de l'intelligence sont mis en évidence par « Alfred Binet ». Quelques années après la mise en place de la scolarité obligatoire on se rend compte qu'un certain nombre d'enfants sont en échec scolaire ou éprouvent des difficultés à suivre les programmes prévus. Une commission ministérielle va demander à Binet de construire un outil permettant de détecter avec minimum d'incertitude les enfants à orienter vers un enseignement spécialisé. (Les classes de perfectionnement) où ils recevront une éducation adaptée. (Michèle. G, et Catrine. T, 2014 :128)

Cette mesure permet d'orienter les enfants rencontrant des situations d'échec scolaire vers des écoles plus adaptées, dont les critères pour l'admission des élèves sont fondés sur les tests d'intelligence, destinés à mesurer l'âge mental. Le QI se traduit généralement en un nombre, à l'aide de la formule suivante : $QI = \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}} \times 100$. C'est donc avec Binet et Simon que les premières tentatives de classifications des individus handicapés mentaux sont apparues. (Lambert. J-L, 1981 :12)

Par la suite René Zazzo, va reprendre à ré-analyser avec de nouveaux outils le concept de « débilité » mis en évidence au début par Binet. Pour Zazzo, nous verrons que les conceptions contemporaines font de même, le critère psychométrique est insuffisant pour caractériser un individu, et il est essentiel de prendre en compte son adaptation sociale. Ils soulignent également que « la déficience mentale est une insuffisance intellectuelle d'origine biologique, provenant d'une condition génétique ou d'un accident précoce par exemple, et donc irréversible, compatibles avec l'acquisition scolaire de base, mais ne permettant pas d'atteindre un minimum intellectuel exigé par l'école ».

(Michèle. G, et Catrine. T, 2014 :129/130).

2- Définition du retard mentale :

2-1- Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) l'handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». L'handicap intellectuel résulte, selon L'OMS d'une « déficience intellectuelle qui se manifeste par une perturbation des degrés de développement des fonctions cognitives, la perte totale ou partielle de la mémoire ainsi que des troubles affectant la rapidité et l'organisation des processus de la pensée. ». Ainsi l'OMS nous précise le degré de sévérité de ce trouble dans chaque niveau et les définit par des scores-seuil exacts :

- Retard mental Leger est défini par un score entre **50 et 69**.
- Retard mental moyen entre **35 et 49**.
- Retard mental sévère entre **20 et 34**.
- Retard mental profond par un score inférieur à **20**.

(Ajuriaguerra. J, 1980 : 640).

Donc quand on parle de déficience mentale on parle d'un retard au niveau de l'intelligence, d'un déficit des fonctions cognitives, sociale et des comportements adaptatifs.

2-2- Selon L'association américaine pour le retard mental (L'AAMR) : « le retard mental est une incapacité caractérisée par une limitation significative aussi bien dans le fonctionnement intellectuel que dans le comportement d'adaptation, tels qu'ils s'expriment dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques ». Cette définition suppose quand doit respectées cinq conditions :

- **Condition 01 :** les limitations du fonctionnement actuel doivent être considérées dans le contexte des environnements typiques dans lesquels vivent des pairs du même âge et de même culture.
- **Condition 02 :** une évaluation valide doit prendre en compte la diversité culturelle et linguistique aussi bien que les différences dans la communication, les facteurs sensoriels, moteurs et comportementaux, les caractéristiques individuelles telles que la culture personnelle, le langage parlé à la maison et la communication non verbale.
- **Condition 03 :** chez une personne, des limitations coexistent souvent avec des points forts ces forces peuvent se situer dans les capacités sociales ou physiques ou dans un aspect des habilités adaptatives.
- **Condition 04 :** un but important dans la description des limitations est de dresser un profil des besoins, faire un diagnostic de retard mental ne suffit donc pas.
- **Condition 05 :** si on propose des supports personnalisés et appropriés pendant une certaine période de temps, la vie de la personne ayant un retard mental en général s'améliore. Le fait qu'on n'observe pas d'amélioration dans le fonctionnement en doit conduire à une réévaluation des besoins et des supports. (Carlier. M, et Ayoun. C, 2007 :25).

En rajoute une dernière définition de la Québécoise, **Sophie Janik**, reconnue expert de l'organisation des nations unies (ONU) en terminologie et documentation sur le handicap, précise : « les personnes ayant une déficience intellectuelle sont limitées dans leur capacité d'apprendre et de comprendre. Ces personnes ont certains problèmes de jugement, de mémoration et de concentration ». (janik. S, 1997 :131).

3- Les critères diagnostic du retard mental selon le DSM-5 :

Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficit tant intellectuelle qu'adaptatif dans les domaines conceptuels sociaux et pratiques, les trois critères suivant doivent être présent :

A- Déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution des problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire, l'apprentissage par l'expérience confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuel standardisés.

B- Déficit des fonctions adaptatives qui se traduisent par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettent l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité.

C- Début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement.

N.B : le terme diagnostic handicap intellectuel à pour équivalent le diagnostic de troubles du développement intellectuel dans la CIM-11. Bien que le terme de handicap intellectuel soit employé tout au long de ce manuel, les deux termes coexistent dans le titre du chapitre pour clarifier les relations avec d'autres systèmes de classification. De plus une loi fédérale aux Etats-Unis (public Law 111-256, Rosa's Law) remplace le terme de retard mental par handicap intellectuel est le terme communément utilisé par le monde médical,

l'enseignement, les autres professions, le grand public et les associations représentatives. (American psychiatric association, 2013 : 17).

04- Les critères de classification de la déficience mentale :

04-1- Les critères psychométriques : il fut à partir du travail de Binet et Simon qui publièrent au début du siècle les premières échelles de développement intellectuelle, dans un cadre social, scolaire donné, permettant grâce à un test composite, de dépister les enfants arriérés mentaux de mesurer en année le retard de l'enfant par rapport à la moyenne des enfants de son âge. La notion d'âge mental fut remplacée ultérieurement par William Stern, par celle du quotient intellectuel qui s'obtient par le rapport : $QI = (\text{âge mental} / \text{âge chronologique}) \times 100$. Une autre batterie d'échelles d'intelligence appelée le WISC (Wechsler Intelligence scale for children) permet de différencier QI véritable et un QI de performance. (Ajuriaguerra, J, 1980 : 637)

04-2- Les critères d'adaptation sociale : se définit par rapport à la société en cherchant les capacités d'adaptabilité qui sont véritables d'une société à une autre et différentes suivant l'âge. Dans la plupart des pays où l'enseignement est obligatoire, la notion de déficience mentale est intimement liée à celle de la capacité scolaire, qui est jugée par rapport aux méthodes d'enseignement et par rapport aux exigences de chaque société requiert au point de vue scolaire. (Ajuriaguerra, J, 1980: 638).

04-3- Les critères biologiques : Il devient de plus en plus important car il nous apporte la notion de la genèse de la symptomatologie et du pronostic ainsi que thérapeutique. (Ajuriaguerra, J, 1980: 639).

05- Les formes et les degrés de sévérité du retard mental selon le DSM5 : le DSM classifie le degré de sévérité du retard mental de chaque forme de façon suivante :

- 317(F70) Léger.
- 318.0(F71) Moyen.
- 318.1(F72) sévère.
- 318.2(F73) Profond.

5-1- Le retard mental léger : Le retard mental léger équivaut approximativement à ce qu'il était convenu d'appeler jadis la catégorie des personnes aptes à apprendre qui constitue le groupe le plus important (environ 85%) des personnes atteintes de ce trouble. A ce niveau du retard mental les intéressés peuvent parvenir à une certaine insertion sociale acquérir des aptitudes à la communication à l'âge préscolaire (0 à 5 ans), être atteints d'une déficience minimale dans les secteurs sensorimoteurs et ne pas se distinguer, souvent, des enfants normaux jusqu'à un âge plus avancé. Les adolescents peuvent suivre l'enseignement à peu près jusqu'à la sixième année. Parvenus à l'âge adulte, ils peuvent acquérir des aptitudes à l'insertion sociale et à l'exercice d'une profession suffisantes pour s'assurer un minimum d'indépendance tout en ayant parfois besoin d'être conseillés et aidés lorsqu'il se trouvent en difficultés sur le plan social ou économique. (Kraijer. D-W, 1993 :15/16).

5-1-1- Le niveau de sévérité du retard mental léger 317(F70) dans le domaine conceptuel social et pratique :

- **Le domaine conceptuel :**

Chez les enfants d'âge préscolaire il peut ne pas y avoir de différence évidente au plan intellectuel. Pour les enfants d'âge scolaire et les adultes il existe des difficultés à acquérir des compétences scolaires telles que la lecture, l'écriture, le calcul, l'apprentissage de l'heure, la valeur de l'argent avec besoin d'aide dans un ou plusieurs domaines pour satisfaire aux attentes en rapport avec l'âge. Chez l'adulte, l'abstraction, les fonctions exécutives (c'est-à-dire planification,

élaboration de stratégies, classement par priorité, flexibilité cognitive), la mémoire à court terme tout autant que l'utilisation des compétences scolaires (p.ex. lecture, gestion de l'argent) sont altérées. Il existe une approche plutôt concrète des problèmes et des solutions par rapport aux adultes du même âge. (American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine social :**

Par rapport aux adultes du même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple, il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la conversation, le langage sont plus concrets ou immatures que ce qui est attendu pour l'âge. Il peut y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge, ces difficultés sont remarquées par les autres dans la vie sociale. Le sujet a une compréhension limitée des risques dans les situations sociales, son jugement y est immature, et il court le risque d'être manipulé par les autres (crédulité).

(American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine pratique :**

Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses pairs, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. À l'âge adulte, les aides concernent surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, la préparation de repas équilibrés, la gestion des comptes et de l'argent. L'aptitude aux loisirs est peu différente des sujets du même âge, bien que l'appréciation des aspects relatifs au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessite une aide. À l'âge adulte, le sujet peut réussir à trouver un emploi en milieu normal mais dans des fonctions qui ne mettent pas en avant les compétences intellectuelles. Ces personnes ont généralement besoin d'aide pour

prendre des décisions médicales et légales, et pour pouvoir mettre à profil avec compétence une formation professionnelle. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille. (American psychiatric association, 2013 : 18)

5-2- Le retard mental moyen : Il est équivalent plus ou moins à ce qu'il était convenu d'appeler dans l'enseignement la catégorie des personnes « aptes à être formées », terme dont l'emploi devrait être proscrit du fait qu'il sous-entend à tort que ces personnes ne peuvent tirer profit de l'enseignement. Ce groupe représente 10 % de la population totale des retardés mentaux. A ce niveau du retard mental, les intéressés peuvent s'exprimer ou apprendre à communiquer à l'âge préscolaire. Ils peuvent tirer profit de la formation professionnelle et à condition de bénéficier d'un encadrement assez lâche, ils peuvent se prendre en charge. La formation peut leur confère une certaine aptitude à la vie en société et des qualifications professionnelles, mais il est peu probable qu'ils puissent aller au-delà de la deuxième année d'études théorique. Ils ont de la peine à prendre conscience des conventions sociales, et éventuellement, à s'entendre avec leurs semblables. A l'âge adulte ils sont parfois capables de continuer à leur propre subsistance en effectuant, pour autant qu'ils soient encadrés de près, des travaux semi-qualifiés ou non qualifiés en cas de difficulté, ils ont besoin d'être surveillés et dirigés. (Kraijer. D-W, 1993 :15/16).

5-2-2-Niveau de sévérité du retard mental moyen 381 (F71) dans le domaine conceptuel social et pratique :

- **Le domaine conceptuel**

Tout au long du développement, les capacités intellectuels du sujet restent largement au de la de celles de ses paires, pour les enfants non encourescolarisés, le langage et les compétences préscolaire se développent lentement. Pour les enfants scolarisées les acquisitions en lecture, écriture, calcul, la compréhension de l'heur et la gestion de l'argent progressent lentement au fil

des années de scolarité mais sont manifestement limitées par-rapport aux autres élèves. Chez les adultes, le développement des capacités intellectuelles reste manifestement à un niveau élémentaire, et une aide est nécessaire pour toute application des apprentissages scolaires dans le monde du travail ou la vie personnelle. Une assistance au long cours est requise pour mener à bien des tâches conceptuelles du quotidien, et il peut s'avérer nécessaire que d'autres en assurent la pleine responsabilité à la place du sujet.

(American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine social :**

Le sujet, au cours de son développement montre de grandes différences par-rapport aux autres dans la communication et les comportements sociaux. Le langage parlé reste d'évidence le premier moyen de communication mais à un niveau de complexité nettement en inférieure à celui des pairs. La capacité de lier des relations est manifeste avec la famille et des amis, le sujet peut même au cours de sa vie arrivé à établir des relations amicales durable voir des relations amoureuses à l'âge adultes. Cependant, les sujets peuvent ne pas percevoir où interprétés avec finesse les codes sociaux. Le jugement social et les capacités décisionnelles sont limités et doivent assister la personne dans les décisions importantes de la vie. Les relations amicales avec des pairs non handicapés sont souvent affectées par une communication et une sociabilité limitées. Une aide soutenue, tant au niveau social que relationnel, est nécessaire pour réussir dans le monde du travail. (American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine pratique :**

Le sujet arrivé à l'âge adulte peut assurer ses besoins personnels pour ce qui est de la nourriture, de l'habillement, de l'élimination sphinctérienne, de la toilette, bien qu'une période prolongée d'éducation accéder à l'autonomie dans ces

domaines soit nécessaire et que des rappels soient parfois indispensables. De même, la participation à toutes les tâches domestiques peut être acquise à l'âge adulte, bien qu'une période prolongée d'éducation soit nécessaire et que des aides suivies soient typiquement indispensables pour accéder à un niveau de performance adulte. Un travail autonome dans des emplois requérant des aptitudes intellectuelles et de communication limitées peut être exercé mais un soutien considérable de la part des collègues de travail, de l'encadrement et des autres est nécessaire pour satisfaire aux attentes sociales, aux difficultés du travail et aux exigences annexes telles que les horaires, les transports, les soins, la gestion de l'argent. La personne peut accéder à des activités de loisirs variées. Cela bien sur requiert une aide complémentaire et des possibilités d'accès à l'apprentissage sur une période plus longue. Pour une minorité significative, un comportement inadapté est la cause de problèmes sociaux.

(American psychiatric association, 2013 : 18).

5-3- Retard mental sévère : Ce groupe constitue de 3% à 4% des retardés mentaux. A l'âge préscolaire, la motricité laisse à désirer et l'acquisition de l'aptitude à la communication orale est réduite à néant ou à un minimum. A l'âge scolaire, ces retardés mentaux peuvent apprendre à parler et acquérir des notions d'hygiène. Ils ne tirent que peu profit de l'enseignement élémentaire et ne peuvent se familiariser, par exemple, avec l'alphabet et le calcul, mais ils peuvent apprendre à reconnaître des mots « survie » tels que « hommes », « femme » ou « stop ». A l'âge adulte, il arrive qu'ils puissent s'acquitter de tâches simples sous étroite surveillance. (Kraijer. D-W, 1993 :15/16).

5-3-3-Le niveau de sévérité du retard mental sévère 318.1 (F72) dans le domaine conceptuel social et pratique :

- **Le domaine conceptuel :**

L'acquisition des compétences conceptuelles est limitée. Le sujet à habituellement peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant des nombres, des quantités, le temps et l'argent. Les aidants doivent fournir une aide substantielle pour résoudre les problèmes tout au long de la vie.

(American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine social :**

Le langage parlé est assez limité en termes de vocabulaire et de grammaire. Le discours peut se résumer à des mots ou phrases simples et être complété par des moyens de suppléance. Le discours et la communication sont centrés sur « l'ici et le maintenant » des événements quotidiennes. Le langage est plus utilisé à des fins de communication sociale qu'à de l'explication. Les sujets comprennent un discours simple et la communication gestuelle. Les relations avec les membres de la famille et des proches sont une source de plaisir et d'aide.

(American psychiatric association, 2013 : 18).

- **Le domaine pratique :**

Le sujet à besoin d'aide pour toute activité du quotidien, ce qui inclut les repas, l'habillage, la toilette, l'élimination. Il nécessite une surveillance de tous les instants. La personne ne peut pas prendre de décision responsable concernant son bien-être ou celui des autres. A l'âge adulte, la participation à des tâches ménagères, aux distractions et au travail requiert une aide et une assistance permanente. L'acquisition de compétences en tout domaine nécessite un enseignement prolongé et une aide constante. Un comportement inadapté, incluant l'auto-agressivité, est présent chez une minorité significative de sujets.

(American psychiatric association, 2013 : 18)

5-4-Retarde mental profond : Ce groupe représente approximativement 1% ou 2% des retardés mentaux, en bas âge, ces enfants ne sont doués que d'une aptitude minimale aux fonctions sensorimotrices. Pour parvenir à un développement optimal, il leur faut un environnement très structuré, une aide et une surveillance constante, ainsi que des relations individualisées avec la personne qui en assume la charge. Leur motricité, leur prise en charge par eux-mêmes et leur aptitude à la communication peuvent être améliorée au prix d'une formation appropriée. (Kraijer. D-W, 1993 :15/16).

5-4-4-Le niveau de sévérité du retard mental profond 318.2 (F73) dans le domaine conceptuel social et pratique :

- **Le domaine conceptuel :**

Les compétences intellectuelles sont essentiellement centrées sur le monde physique plutôt que sur le monde symbolique. Le sujet peut utiliser des objets de façon appropriée pour prendre soin de lui, travailler ou se distraire. Quelques compétences visuo-spaciales, comme assortir et tirer des objets selon leur caractéristique physique, peuvent être acquises. Cependant, des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire l'utilisation des objets.

(American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine social :**

Le sujet à une compréhension très limitée de la communication symbolique, qu'elle soit oral ou gestuelle. Il peut comprendre des instructions ou des gestes simples. La personne exprime très largement ses désires et ses émotions dans la communication non verbale et non symbolique. Elle trouve du plaisir dans les relations avec les membres de sa famille qu'elle connaît bien, les soignants, les proches, et amorce ou répond aux interactions sociales par des signes gestuels

ou émotionnels. Des déficits sensori-moteurs associés peuvent interdire un grand nombre d'activités sociales. (American psychiatric association, 2013 : 18)

- **Le domaine pratique :**

Le sujet est dépendant de l'autre pour tous les aspects du soin quotidien, de sa santé et de sa sécurité bien qu'il puisse aussi être capable de participer à quelques-unes de ces activités. Les individus indemnes d'atteintes physiques graves peuvent aider à certaines tâches domestiques du quotidien, comme servir à table. Des actions simples utilisant des objets peuvent servir de base de participation à des activités professionnelles qui nécessitent néanmoins de hauts niveaux d'assistance soutenue. Les activités de loisirs comprennent le plaisir à écouter de la musique, regarder des films, se promener, participer à des activités aquatique, toujours avec un soutien extérieur. Des déficits physiques et sensoriels associés sont de fréquentes entraves à la participation (au delà d'observer), à ces activités domestiques, de loisirs ou professionnelles. Un comportement inadapté est présent chez une minorité significative.

(American psychiatric association, 2013 : 18)

5-5- retard mental sans précision :

Le diagnostic de retard mental, de sévérité non spécifiée, doit être employé quand il existe une forte présomption de retard mental mais que le sujet ne peut pas être évalué correctement à l'aide des tests standardisés d'intelligence. Cela peut être le cas d'enfants, d'adolescents ou d'adultes trop perturbés ou non coopérants ou bien les nourrissons chez lesquels on juge cliniquement que le fonctionnement intellectuel est significativement au-dessous de la moyenne mais pour qui les tests disponibles ne fournissent pas des valeurs de QI. En générale plus l'enfant est jeune, plus il est difficile d'affirmer la présence d'un retard mental, sauf pour ceux qui sont profondément perturbés. (Joachim. ME, 2014 :120).

5-6- Autres formes de retard mental :

Cette catégories doit être réservée a des cas où l'évaluation du degré de retard intellectuel par les procédés habituels est particulièrement difficile, voire impossible en raison d'un handicap sensoriel ou physique associé par exemple le retard mental chez un sujet avec cécité ou surdité ou encore chez un sujet présentant une perturbation grave du comportement ou une incapacité physique grave. (Joachim. ME, 2014 :119).

06- la symptomatologie du retard mental :

Devant l'hétérogénéité présentée par les handicapés mentaux sur les plans de l'étiologie, du fonctionnement et du pronostic, le déficit intellectuel est sans aucun doute une caractéristique essentielle que ces sujets ont en commun. Un déficit intellectuel significativement inférieur à la moyenne renvoie à un QI qui se situe en dessous de deux écarts types de la moyenne. Dans les épreuves de Wechsler, les plus souvent appliquées au plan international, le QI moyen est de 100, la valeur de l'écart types est de 15, la borne supérieure de la déficience mentale correspond à un QI de 70. L'arrêt du 9 janvier 1989 fixe la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages, semble-t-il non réactualisé, utilisable en particulier pour l'orientation des enfants dans les structures spécialisées distingue quatre niveaux de retard mental : léger, moyen, sévère, profond. (Michèle. G, et Catrine. T, 2014 :136/137). Cela peut se manifester de la façon suivantes :

1- Une altération des fonctions intellectuelle, de la pensée, de la mémoire, du vocabulaire, du travail scolaire...etc.

2- Une atteinte des mouvements du corps, par lésion des régions du cerveau contrôlant les mouvements (cortex moteur, ganglions de la base, cervelet, thalamus, cortex somesthésique). Il ya donc :

- a) Des retards d'acquisition de la position acquise, la marche à quatre pattes et debout.
- b) Une hémiplégie infantile, Une diplégie, ou une double hémiplégie (maladie de l'ittle)
- c) Des mouvements choréo-athétosique.
- d) Des mouvements maladroits et mal coordonnés.

3- Des troubles comportementaux du fait de la lenteur de l'apprentissage des comportements, du contrôle émotionnel, du bien et du mal.

En peut également trouver d'autres symptômes fréquents comme :

- Retard dans le développement de la communication.
- déficits de la mémoire ; difficulté d'apprentissage du constructivisme social.
- difficulté à résoudre les problèmes.
- retard dans le comportement adaptatif ; manque d'inhibition sociale.

(Wilkinson. I-M-S, 2002 : 234).

07- Les manifestations d'un enfant retardé mental:

07-1- Le langage : les enfants déficit intellectuel (DI) ont généralement un développement langagier retardé et éprouvent des difficultés pour s'exprimer. Le degré de sévérité varie avec le niveau de sévérité du retard intellectuel. Les enfants avec DI léger ont des compétences langagières légèrement appauvri comparé à des enfants au développement normal.

07-2- capacité de discrimination visuelle : les enfants DI sont lents à réagir et à percevoir les stimuli environnementaux. Ils ont des difficultés à distinguer de petites différences de forme de taille et de couleur.

07-3- cognition : la capacité d'analyse, de raisonnement, de compréhension et de calcul ainsi que la pensée abstraite, est souvent altérée à un degré ou moins important, selon le niveau de sévérité du retard intellectuel. Les enfants avec un DI légère sont capables de lire et compter, de la même façon que le ferait un enfant de 9-12 ans au développement normal.

07-4- concentration et mémoire : la capacité à se concentrer est moindre et réduite. De façon générale, la mémoire est très pauvre, ils sont lents à se rappeler, et leurs souvenirs sont souvent imprécis

07-5- émotion : les émotions sont naïves et immature, mais peuvent s'améliorer avec l'âge, les capacités de self control sont limitées, et l'impulsivité et les comportements agressifs sont fréquents certains peuvent être timides et en retrait.

07-6- motricité et comportement : les enfants DI manquent souvent de coordination, peuvent être maladroits ou agités. Des mouvements stéréotypés sont fréquents chez les patients avec DI sévère. La destructivité, l'agressivité ou la violence peuvent aussi être observés. ([iacapap.org>wp-content>uploads<c...](http://iacapap.org/wp-content/uploads/c...)).

08- L'étiologie du retard mental :

08-1- Facteur alimentaire : la mauvaise alimentation est probablement une cause courante de déficience intellectuelle dans certaines couches de notre société. Il semble probable que, chez le jeune enfant en plein croissance, une mauvaise alimentation pendant des périodes assez longues puisse entraîner des modifications de la mère au cours de la grossesse peut également en être la cause. (Juhel. J, 2000 : 24).

La malnutrition est considérée comme l'un des problèmes de la santé mondiale. Car elle touche des millions de personnes dans les pays en voie de développement, et elle a des conséquences néfastes notamment sur les enfants.

08-2-Les maladies contagieuses : un nourrisson peut être atteint de certaines maladies contagieuses comme la rubéole, la rougeole, la varicelle et la coqueluche. On sait qu'à la suite de ces infections, l'enfant peut présenter des complications d'allure cérébrale, entre autres, la méningite, l'encéphalite, la méningo-encéphalite et la myélite, dont les séquelles, en plus d'être sévères, sont malheureusement irrémédiables. (Juhel. J, 2000 : 24).

08-3-Les facteurs prénatales : les principales causes prénatales de la déficience intellectuelle sont les malformations congénitales dont l'origine peut être génétique (avec anomalies du nombre de chromosomes ou de leur structure, des micros délétions c'est-à-dire la perte d'un petit bout de chromosome, des mutations ponctuelles provoquant des troubles graves du métabolisme) ou infectieuse (embryopathies : cytomégalovirus, rubéole, toxoplasmose), La malnutrition fœtale, les intoxications par l'alcool, par la drogue ou par certains médicaments.

Ces facteurs apparaissent avant la conception ou après, ainsi nous avons cité :

A- les déficiences hormonales ou erreur métaboliques : la phénylcétonurie, le syndrome de hurler, le syndrome de rette, la galactosémie ... etc.

B- les autres facteurs : les anomalies de la formation du cerveau telles l'hydrocéphalie et la craniosténose, des malformations du tube neural, tel le Spina bifida, l'incompatibilité du facteur rhésus du sang de la mère et de l'enfant. (Juhel.J, 2000 : 24).

08-4- Les facteurs périnatales : les auteurs de l'expertise de l'Inserm définissent par « périnatales » les causes dues à des événements survenus entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée et le 28 jour postnatal. Ces causes sont souvent difficiles à repérer on peut citer : l'asphyxie causée par une interruption du flot d'oxygène se rendant au cerveau, les lésions ou traumatismes cérébraux lors de

la naissance , une naissance prématurée associée à un cerveau insuffisamment développé à la naissance , des infections telles la méningite ou l'encéphalite , les troubles intra-utérins, la malnutrition foetale, les intoxications par l'alcool, par la drogue ou par certains médicament.(Juhel. J, 2000 :24).

08-5-Les facteurs postnatales : ces facteurs apparaissent après la naissance, pendant les premières années du développement de l'enfant, et ceci représente près de 10 % des cas de déficience mentale, il s'agit des encéphalopathies aigue convulsivantes qui peuvent laisser de lourdes séquelles chez un enfant de moins de 1 ans ou encore des méningites , comme il peut s'agir des dommages causés au cerveau à la suite de mauvais traitements, de chute ou d'accident d'automobile, des troubles démyélinisant (encéphalite), des problèmes hormonaux ou métaboliques telles l'hypothyroïdie et l'hypoglycémie, des dommages causés au cerveau à la suite d'un étouffement, l'empoisonnement au plomb, au mercure ou à l'oxyde de carbone , le manque de stimulation ou la carence affective ... etc. (Juhel.J, 2000 : 24).

09- Age mental et quotient intellectuel :

Le quotient intellectuel ou le « QI » est un outil, est le résultat d'un test psychométrique qui lorsqu'il est corrélé avec les autres éléments d'un examen psychologique, entend fournir une indication quantitative standardisée liée à l'intelligence abstraite.il existe plusieurs test de QI qui cherchent à mesurer des compétences générales ou spécifiques : la lecture, l'arithmétique, le vocabulaire, la mémoire, la culture générale, le langage, les capacités visuo-constructives, le raisonnement abstrait...etc.les tests de QI bien connus incluent le Wechsler Intelligence Scale for Children, L'échelle de stanford-binet etc.

Traditionnellement, un score de QI était obtenu en divisant l'âge mental de la personne passant le test par l'âge chronologique, multiplié par 100. Actuellement, les résultats des tests sont normalisés selon un échantillon

représentatif de la population, les scores de QI chez l'enfant sont comparés à ceux des enfants du même âge.

L'originalité de Binet et Simon est d'avoir compris qu'il fallait mesurer l'intelligence par des tâches complexes et qu'il était possible d'ordonner des questions en fonction de leurs réussites à un certain âge. Le niveau mental d'un enfant, ou son âge mental, indique qu'il est capable de répondre comme est capable un enfant d'un âge donné s'il a dix ans d'âge mental cela veut dire qu'il répond comme en moyenne répond un enfant de dix ans. Si son âge chronologique est de douze ans et qu'il répond comme un enfant de dix ans on dira qu'il a deux ans de retard, si son âge chronologique est de huit ans et qu'il répond comme un enfant de dix ans on dira qu'il a deux ans d'avance dans tous les cas il s'agit de comparer les enfants entre eux, l'enfant moyen servant de norme de comparaison. (Carlier. M, et Ayoun. C, 2007).

10- Les types du retard mental :

Nous pouvons citer trois types d'une déficience mentale les plus fréquents aujourd'hui dans le monde mais il existe encore plus que ce dont nous allons citer : la trisomie 21, l'autisme, et les enfants IMC (l'infirmité motrice cérébrale).

10-1- La trisomie 21 : c'est la plus fréquente des aberrations chromosomiques à l'origine du retard mental un déficient mental sur cinq est un trisomique 21. Cependant Norbert, S, définit la trisomie comme «une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome, l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux ; chez l'être humain, on connaît plusieurs formes de trisomies, notamment celle qui affecte les chromosomes 13,18 et 21 qui est la plus fréquente ». (Silamy. N, 2004 : 273).

La trisomie 21 est donc une condition génétique relative au chromosome 21, où une série de gènes tripliques déterminent une surproduction de protéines, particulières dans une série de tissus du corps, laquelle provoque les effets pathologiques caractéristique de phénotype des personnes porteuses d'un syndrome dit de down. (Jean-Adolphe. R, 2001 : 19).

10-2- les anomalies chromosomiques (les autosomes, les chromosomes) :

a)- les autosomes (les trisomies) : la trisomie 5 (maladie du chat), la trisomie par mosaïque, la trisomie 13 de patau, la trisomie 18 d'Edward, la trisomie 21 de down, la trisomie 21 par translocation. (Michèle. D, et Catrine. T, 1999 : 29).

b)- les chromosomes (déficience intellectuelle liée aux X – Y) : le syndrome du X fragile, le syndrome de Turner, le syndrome de klinefelter, le syndrome du triple XXX, le syndrome XYY, le syndrome de bonnevie-ullrich. (Ibid :29)

10-3- L'infirmité motrice cérébrale (enfant IMC) : Le terme d'infirmité motrice cérébrale à été proposé par Guy Tardieu en 1954. Pour distinguer les sujets porteurs de séquelle motrice de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathies atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés. (Ibid : 29).

10-4- le syndrome d'angelman : c'est un trouble génétique complexe caractérisé par un retard intellectuel et développemental, de sévères troubles du langage, une épilepsie, une ataxie, des battements des mains, et un comportement joyeux et excité avec des sourires et des rires fréquents. Ce syndrome est causé par la perte de matériel génétiques maternel normal d'une région chromosome 15, souvent due à une délétion d'une partie de ce chromosome. (Ibid : 30)

10-5- la Galactosémie : la galactosémie est une pathologie autosomique récessive associée à une dysfonction d'enzymes qui convertissent le galactose

dans le sang et dans les tissus, ce qui entraîne des déficiences intellectuelles. (iacapap.org>wp-content>uploads<c...).

11- Les troubles associés à une déficience intellectuelle : certains syndromes psychiatriques, comme l'autisme infantile, la psychose dégénérative, les comportements automutilateurs ou l'hyperactivité, l'auto et hétéro agressivité sont particulièrement fréquents chez les déficients intellectuels. Mais aussi les affections somatiques comme l'épilepsie, la paralysie cérébrale, les troubles moteurs et sensoriels sont fréquemment associées au retard mental, ainsi que plusieurs autres troubles comme les troubles de l'apprentissage de la communication. Et plusieurs études ont montré que ces troubles sont trois à quatre fois plus courants chez les enfants arriérés que dans la population générale. Lorsque le déficit intellectuel est léger, le taux des troubles psychiatriques est trois fois plus élevé que chez les enfants d'intelligence normale. Selon les études, il est de 34 à 57 % chez les débiles légers et de 45 à 66 % chez les débiles plus gravement atteints. (Djaouida. P, 2003 : 430).

12- Les conséquences du retard mental : des difficultés peuvent se situer sur un ou plusieurs de ces niveaux :

12-1- L'apprentissage :

- Maintenir son attention
- Comprendre, mémoriser et assimiler des informations, il existe donc une conséquence dans la sphère cognitive l'individu sera en difficultés de compréhension verbale comme les consignes, difficultés d'expression verbale, difficultés de planification dans le temps.

12-2- L'autonomie :

- Prise d'initiative.
- Le manque de confiance en soi freine les réalisations.

12-3 - L'adaptation :

- Lenteur dans la réaction et dans l'exécution, faire face aux changements imprévus, analyser et apporter un jugement, gérer plusieurs consignes en même temps, se repérer dans le temps et dans l'espace.

12-4-La communication :

- Comprendre le discours de l'autre, comprendre un message écrit, prendre conscience des conventions tacites de la société, exprimer clairement son point de vue, se faire comprendre.

12-5- Le contrôle de soi :

- Prendre du recul face à une situation, gérer son stress, adapter son comportement, verbaliser ses émotions, irritabilité, impulsivité, intolérance à la frustration auto ou hétéro agressive. (Lyliane. f, 2000).

13- Perspective d'intervention dans la déficience mentale :

La clinique du retard mental est souvent très variable, elle repose sur une anamnèse précise : « antécédents familiaux, réalisation d'un arbre généalogique, antécédents obstétricaux, notion de souffrance néonatale, retentissement du retard mental sur la vie quotidienne ». Et Un examen clinique rigoureux : « recherche d'un syndrome dysmorphique, examen neurologique, évaluation du développement psychomoteur, évaluation du développement staturo-pondéral, de l'audition et de la vision ». (Antonie. B, et Grégoire .B, 2011 : 66). Et en peut intervenir par divers façon :

13-1- L'intervention précoce : c'est à partir de 1970 que la notion d'intervention précoce a été introduite dans le domaine de l'arriération mentale. Alors qu'avant on ignorait les premières années de la vie dans le développement de l'enfant arriéré mental, l'intervention précoce doit être basée sur les principes

suivants : commencer très tôt et se poursuivre durant les premiers années de la vie, inclure le milieu familial, et la nature développementale, c'est-à-dire utiliser les données en provenance du développement des enfants normaux.

(Jean-adolphe. R, 1985 :259).

L'intervention précoce recouvre un ensemble de mesures éducatives et préventives, mises en place dès le diagnostic d'un retard ou d'une difficulté de développement, visant à favoriser le développement de l'enfant et à développer ses possibilités de résilience. **(Jordan, I-C. 2003 :319/354).**

Le diagnostic de déficience posé en bas âge n'est pas toujours fiable surtout parmi les enfants qui présentent une déficience moyenne ou légère, indépendamment du fait que les diagnostics aient pu être mal posés en raison de la difficulté à obtenir la collaboration de petits enfants dans le contexte d'évaluation objective, on peut aussi résumer que plus les interventions auront été précoces, meilleurs auront été les résultats. Des chercheurs ont suggéré récemment des traitements d'oxygénation « en chambre hyperbare », afin d'améliorer les capacités intellectuelles du sujet mais leur efficacité reste très controversée. Par ailleurs, les services en orthophonie et en ergothérapie sont souvent bénéfiques surtout lorsque les habilités motrices ou langagières sont en plein développement.

(Lussier. F et Flessas. J ,2001 : 465- 466).

Il existe cependant un grand nombre de programmes qui sont autant de variations autour de principes communs d'intervention : stimuler les différents aspects du développement de l'enfant, tout en le considérant dans sa globalité, renforcer le lien parents-enfant par le plaisir dans la relation, aider le développement de compétences parentales, développer la confiance en soi chez les parents et chez l'enfant. **(Catherine. T ,2014 :427/428).**

13-2- Intervention pédagogique : Quel que soit le syndrome qui affecte l'enfant déficient, ce dernier évolue généralement de façon positive tout au long de l'enfance et de l'adolescence, même si son rythme est différent de ses pairs de même âge chronologique. Cependant, comme ces derniers, il sera confronté à des apprentissages qui lui demanderont des efforts et qui nécessiteront de la part des intervenants une pédagogie adaptée, tenant compte de ses limites comme de ses capacités cognitives, qu'il soit intégré dans une classe régulière ou dans une classe spéciale, des interventions pédagogiques appropriées devront donc être appliquées.

L'apprentissage par cœur est généralement plus facile et même source de plaisir. Les tâches répétitives peuvent également apporter une grande satisfaction à l'enfant qui apprend à maîtriser de mieux en mieux son environnement. Par ailleurs, le choix des apprentissages doit être fait en fonction de l'âge réel pour ne pas prolonger inutilement l'infant. Cependant, on doit rester attentif pour ne pas le mettre inutilement en situation d'échec lorsqu'il n'a pas les pré-requis. (Lussier.F et Flessas.F, 2009 : 469).

13-3- L'intervention sur l'efficience et sur le contrôle cognitive : l'intervention sur l'efficience intellectuelle est basée sur la constatation de l'insuffisance des stratégies d'apprentissage et de mémorisation de ces personnes et sur le peu d'occasions qu'elles ont de se trouver en situation de maîtrise et de réussite. (Dionne. C, 1999 :317).

C'est sur ces deux aspects complémentaires que se centre l'intervention, après une phase d'évaluation dynamique des compétences cognitives et métacognitives, l'intervention permet à l'enfant d'apprendre à repérer les aspects pertinents de la tâche, et à adapter sa stratégie de résolution de la tâche à contrôler son fonctionnement stratégique et la qualité de sa performance en peut effectivement enseigner des stratégies spécifique ou mieux des stratégies

métacognitives ou méta-stratégies , c'est-à-dire des stratégies servant au traitement et à l'organisation de l'information. Le but est en premier temps de faire prendre conscience par la personne de son propre fonctionnement mental et dans un second temps de l'amener à découvrir d'autres stratégies plus cognitives appropriées. (Catherine. T, 2014 :426).

13-4- La théorie cognitive et développementale :

D'un point de vue cognitif et développemental, la déficience intellectuelle s'exprime par un double constat : celui d'une différence et celui d'un retard. Ainsi plusieurs théories en parler sur la déficience mentale, et parmi on trouve trois types de théories de développement cognitifs des personnes à retard mental distinguées par Zigler (1969), La première théorie et la « développementale » qui postule les différences quantitatives dans l'évolution cognitive des personnes à retard mental par rapport aux personnes ordinaire.

Cette théorie suppose que les enfants à retard mental passant par des stades cognitifs selon un ordre identique à celui observé pour les enfants à développement normal ; toutefois le passage d'un stade à l'autre se réalise plus lentement et le niveau final atteint est moins élevé. Et la seconde théorie qui est celle de la « différence » postule une différence développementale affectant tous les domaines de l'intelligence chez les personnes à retard mental, ces derniers différents des personnes tout venantes du même âge mental quant aux processus de raisonnement ou de résolution de problèmes mis en œuvre. (Nathalie.NG, 2014 :108).

La dernière théorie appelée théorie de la « déficience » tente d'expliquer les limitations intellectuelles par l'existence de déficits spécifiques, qui signifient des différences qualitatives de fonctionnement entre les personnes avec déficience intellectuelle ou sans. Selon cette approche, principalement défendue par Ellis et Zigler, les déficits sont centraux, constants et irréversibles. L'approche

déficitaire fait l'hypothèse que les atteintes ne sont pas généralisées à l'ensemble de la sphère cognitive, mais elles touchent plus vraisemblablement quelques fonctions exerçant un rôle central dans le traitement de l'information et l'apprentissage. Donc selon cette approche certaines composantes impliquées dans le fonctionnement intellectuel sont détériorées alors que d'autres ne le sont pas. (Ibid : 109).

13-5- La Thérapie Cognitive et comportemental :

Selon « Hassiotiset », la thérapie cognitive et comportementale serait efficace pour la réduction de l'anxiété et de divers trouble de l'humeur en cas de déficience intellectuel. Le clinicien devra toutefois être en mesure d'adapter ses interventions, il est par ailleurs, important de considérer que le participant à une telle intervention doit être en mesure d'effectuer des relations entre divers éléments, ce qui est souvent le cas des individus présentant une DI légère à modérée dans ces cas les TCC s'effectuent en utilisant des images, des jeux de rôles et des questions simplifiées. Ainsi une grande adaptabilité doit être présente de la part du clinicien qui doit être en mesure d'adapter son rythme au patient.

Des interventions comportementales « pures » pourraient également être réalisé chez les individus présentant une DI à profonde et auraient un appui empirique. Celles-ci, ne nécessitant pas un niveau d'abstraction ou de langage élevé, seraient davantage adaptées à cette population de DI. L'exercice physique permettrait également de réduire les comportements « défis ». Il n'y a toutefois pas de recommandations exactes en terme d'intensité et de durée pour avoir le plus d'impacts bénéfiques.

Des formes de thérapie cognitivo-comportemental pourraient donc rendre service dans le cas de déficience intellectuel. Un essai clinique contrôle portant

sur plusieurs institutions pour patients avec retard mental modéré à montré des résultats favorables sur les états de colère de certains patients (221 patient), ses dernier avaient acquérir des meilleurs comportements pour faire face à des moments de colère selon les évaluations du personnel. Ceux-ci avaient reçu une formation de type psychothérapie cognitivo- comportemental durant 12 séances, avec la participation de patients volontaires et une supervision par des psychologues. (Jean-Adolphe. R, 2001 : 186)

13-6- La Pharmacothérapie : Elle peut être utilisé pour atténuer les symptômes associés tels que l'hyperactivité, les épileptiformes ou une forte anxiété, le recours à la médication peut aider à contrôler le comportement, facilitant la relation avec l'enfant, quelque recommandation pour l'intégration d'enfant déficiente intellectuelle. (Frncine.L, et Janine.F, 2001 : 379).

13-7- Education : en règle générale, les enfants souffrant de déficience intellectuelle ont moins de capacités pour apprendre que les autres enfants, alors qu'ils grandissent et maîtrisent les activités de la vie quotidienne, ils ont besoin d'aller à l'école comme les autres enfants. Globalement il est indispensable pour les enfants souffrant de déficience intellectuelle d'aller à l'école, pour acquérir non seulement des connaissances académiques, mais aussi des savoir-faire d'autodisciplines, sociaux et pratiques pour la vie en communauté.

(Girmaji. SC, et Srinath. S, 2010 :441)

13-8- psychomotricité et ergothérapie : la psychomotricité et l'ergothérapie peuvent contribuer au traitement car la déficience intellectuelle est souvent accompagnée d'un faible tonus musculaire, d'un manque de coordination et d'un lent développement de la motricité. Un thérapeute pourra mettre en place un traitement individualisé qui peut être suivi à la maison, à l'école ou en institution. (iacapap.org>wp-content>uploads<c...).

13-9- soutien familiale : les enfants souffrant de déficience intellectuelle ont les mêmes droits humains et les mêmes libertés fondamentales que les autres enfants, y compris le droit de grandir dans son environnement familial. Des parents d'enfants souffrant de déficience intellectuelle ont exprimé le besoin d'informations plus pertinentes, d'un soutien psychologique et de services leur permettant un répit. Le soutien aux familles devrait satisfaire ces besoins et empêcher les parents ou les autres membres de la famille de se sentir accablés. (Bailey.D-B., Blasco.P-M, et Simeonsson. R-J, 1992 :10).

13-10- placement institutionnel : Cette solution peut être envisagée si le maintien de l'enfant dans la famille ou les structures scolaires courantes est difficile ou impossible en raison de la gravité du déficit intellectuel, des complications associées à la déficience des problèmes de comportement, du manque de ressources ou de l'impact affectif qui désorganise les membres de la famille, cette mesure est d'autant plus souhaitable si la fratrie est en souffrance parce que le maintien de l'enfant déficient dans sa famille mobilise toute l'énergie des parents. Cependant, le placement ne devrait être envisagé que si les autres solutions se sont avérées vaines. (Lussier.F, et Flessas.J, 2001 :379). Ainsi dans une institution spécialiser l'enfant est accompagné pour divers objectifs :

- **Pour acquérir de L'autonomie :** Toute démarche éducative au d'accompagnement étant censée conduire à l'autonomie, de l'usager, au il est le plus souvent employé dans le sens d'une dépendance il apparaît même dans un sens approximatif, comme le paradigme prépondérant permettant de penser la prise en charge des personne déficiente. Ce qui retient l'attention dans le terme que décret la loi de 1975, la notion de « **Minimum d'autonomie** » était déjà présenté pour désigner les personnes handicapée et en même temps elle représente leur manque qu'elles sont définies. (chavaroche, 2012 :17).

- **Pour lui apprendre à s'habiller :** Pour les enfants présentant une déficience mentale, le déshabillage et l'habillage seront plus difficiles, longs et fatigants. Les mères trouveront alors plus simple et plus rapide d'habiller elles-mêmes l'enfant. Cette mauvaise habitude va pourtant retarder encore plus l'acquisition de l'autonomie. Nous savons que les difficultés en rapport avec le déshabillage et l'habillage sont liées aux troubles psychomoteurs.

Voici cependant quelques suggestions pour aider l'enfant : En habillant l'enfant, lui parler pour lui apprendre à connaître les parties de son corps, le nom des vêtements et comment les associer (exemple : le bras dans la manche, le pied dans la culotte,...) Ne pas faire à sa place ce qu'il peut faire lui-même, par exemple enlever ses sandales.

Apprendre d'abord à l'enfant à se déshabiller avant de lui apprendre à s'habiller Apprendre à se déshabiller ou à s'habiller dans un ordre logique par exemple, déboutonner avant de fermer les boutons, mettre son pantalon avant les chaussures Commencer l'habillage avec l'enfant et le laisser finir par exemple, Accepter le rythme lent de l'enfant Féliciter et encourager l'enfant quand il s'est débrouillé tout seul ou qu'il a fait un effort, et il faut jamais le juger ou le punir.

(Randriantsata. C, et Ramamojisoa. I ,2002 : 63).

- **Dans le but de lui apprendre à faire sa toilette :** L'enfant présentant une déficience aura plus de difficultés à y parvenir à causes des problèmes psychomoteurs. Voici quelques suggestions pour aider l'enfant à mieux se débrouiller : Tout en lavant l'enfant, lui parler et lui expliquer ce que l'on fait Nommer chaque partie lavée pour lui apprendre à connaître les différentes parties de son corps, aider l'enfant à participer à sa toilette. Au fur et à mesure qu'il grandit, le pousser à en faire de plus en plus jusqu'à ce qu'il y arrive tout seul, encourager l'enfant à manipuler des objets dans l'eau, à répéter les mots dits et à imiter les gestes faits, féliciter et

encourager l'enfant quand il a fait un effort au niveau de la stimulation psychomotrice, en peut aussi aider l'enfant en lui faisant faire des activités ou des jeux de motricité fine : déchirer des feuilles en petits morceaux, enfiler des fils dans de gros trous de boutons puis des trous de plus en plus petits, dessiner des petits personnages sur les doigts et jouer aux marionnettes avec, dessiner avec les doigts dans le sable, dans la terre...etc. (Randriantsata. C, et Ramamojisoa. I, 2002 : 64).

- **Mais aussi à se nourrir :** Les enfants présentant une déficience mentale, ont un développement plus lent ou retardé, parfois associé à des difficultés physiques. Ces actes vont alors se compliquer, il est donc important que l'enfant soit stimulé au plus vite. Voici quelques suggestions qui vont aider les parents à améliorer l'apprentissage de l'enfant : La Stimulation au niveau de la bouche et de la langue, la mastication, le contrôle de la coordination main-bouche, l'amélioration de la préhension.

(Randriantsata. C, et Ramamojisoa. I, 2002 : 64). Promouvoir la stabilité de ces enfants (éviter les changements fréquents d'écoles), car la stabilité est associée à l'amélioration de l'apprentissage, à une affiliation émotionnelle et une réduction du stress, présenter l'information de plusieurs façons différentes, afin de créer une redondance adéquate, favorisant ainsi l'assimilation, aborder l'apprentissage d'habileté dans leur contexte (par exemple aller à l'épicerie du coin), informer les parents de l'existence d'association qui offrent des services aux personnes déficientes mentales et souvent à leur famille. (Lussier.F, et Flessas.J, 2001 :379).

- **Synthèse**

A partir de ce chapitre on peut déduire que le développement de l'enfant en retard mental est différent de celui d'un enfant normal, c'est pour cela qu'il doit bénéficier d'un soutien et d'un suivi bien particulier par rapport aux autres enfants (aux enfants normaux).

On constate également que le retard mental fait partie des troubles du développement et cela correspond à un délai plus ou moins important dans la construction des capacités mentales. Il peut signifier un retard du développement d'intelligence de l'enfant il renvoie à un handicap global qui va concerner les performances intellectuelles exprimées par l'enfant. C'est donc un état très douloureux non seulement pour la personne atteinte mais pour tout son entourage, et il touche la sphère cognitive, affective, et sociale...etc. qui nécessite une prise en charge spécialisée.

Chapitre III: Le Comportement Adaptatif

Préambule :

L'enfant passe par divers phases pour ce développer ainsi la déficience intellectuel au le retard mental est un trouble qui débute pendant la période de développement, ce qui frêne l'évolution des enfants porteurs de cette déficience car c'est dans cette période que l'enfant est censé développer et acquérir énormément de comportement, et de compétences qui vont l'aider à s'adapter à son environnement. Cependant l'enfant avec retard mental trouve des difficultés à ce développé et d'autres ils ne vont rien acquérir a cause du degré de leur déficience.

C'est la raison pour la quelle on à consacré ce deuxième chapitre pour la présentation de la notion du comportement adaptatif d'une manière générale et ses caractéristiques chez l'enfant en déficit intellectuel, et plusieurs autres éléments importants.

1- Aperçus historique sur le terme « adaptation » :

Le mot adaptation est emprunté au latin médiéval « *adaptatio* », attesté au 13^e siècle, mais ne se diffuse qu'au 16^e siècle pour désigner l'action d'adapter, d'approprier, d'ajuster. Il se spécialise très tôt pour convenance théorique d'un mot de l'expression et à l'idée, en 1539 le sens de modification d'un organisme vivant selon le milieu, cette situation date du 19^e siècle avec l'essor de la biologie qui lui donne le statut de concept scientifique. Toute porte à croire, en effet que le corpus d'origine de l'adaptation est la biologie. A partir de son emploi en biologie l'adaptation à suscité par diffusion dans le champ scientifique, différentes tentatives en appropriation et d'intégration de la part d'autres disciplines. (Allain.T, 2003 :23).

L'adaptation est, encore aujourd'hui dans ces disciplines, le plus souvent perçue au travers de son appartenance première au corpus de la biologie ce qui ajoute

d'avantage à la nécessité d'actualisation que l'on évoquait supra. Tel que le domaine de la psychologie, plus particulièrement en psychologie sociale ou en psychologie pathologique, la encore la référence biologique est nette même si elle n'est pas clairement intégrée, comme chez *Piaget*, dans un corps théorique cohérent. L'adaptation consiste toujours en une relation entre la personne et son environnement, ce qui fait à *Perron* en 1975 que s'adapter « c'est parvenir à un certain mode de relation interpersonnelle et réaliser une certaine insertion sociale que l'on juge souhaitable » Mais comme le soulignent de nombreux auteurs comme *Mucchielli* en 1965, il faut se garder de confondre adaptation et conformisme, bien qu'en apparence ces deux mécanismes engendrent des conduites jugées.

Dans le champ même de la biologie, on constate que depuis son apparition, la définition du concept d'adaptation est l'enjeu de vives polémiques, l'origine à la fois de la biologie comme discipline, de la conception transformiste de l'adaptation revient historiquement à « Lamarck » sa conception articule quatre lois origine de l'évolution, relations entre organes, besoins et milieu, effet d'exercice ,transmission des caractères acquis et développe une conception novatrice qui définit l'adaptation comme le noyau dur de la transformation des espèces et donc de l'évolution. (Allain.T, 2003 :23-24).

2- Définition des concepts clés :

2-1- Définition de l'adaptation :

L'adaptation est définie comme étant un ajustement d'un organisme à son milieu, et l'être vivant dispose d'une certaine plasticité grâce à laquelle il lui est possible de rester en accord avec son environnement et de maintenir l'équilibre de son milieu intérieur. Cet ajustement s'opère par une suite d'échanges ininterrompus entre le corps et son milieu, dans la double action du sujet sur l'objet (assimilation) et de l'objet sur le sujet (accommodation). Ces deux modes

d'action, interdépendants, se combinent sans cesse pour maintenir l'état d'équilibre stable qui définit l'adaptation. Il y a l'adaptation, dit J. Piaget, lorsque l'organisme se transforme en fonctions du milieu et que cette variation a pour effet un équilibre des échanges entre l'environnement et l'individu, favorables à sa conservation. (Sillamy.N, 2003 :06).

Piaget a donc employé le terme d'adaptation pour désigner la façon dont une personne traite une nouvelle information à la lumière de ce qu'elle connaît déjà. L'adaptation est rendue possible grâce à deux mécanismes complémentaires qui fonctionnent en interaction, soit l'assimilation de la nouvelle information dans une structure cognitive existante. Par exemple, lorsque la maman donne un nouveau jouet à son enfant ce dernier le touche, le regarde, le porte, à sa bouche il l'assimile alors aux schèmes de vision, de préhension et de succion qu'il possède déjà. Quant à l'accommodation, elle consiste à modifier une structure cognitive existante pour tenir compte d'une nouvelle information ou situation, donc l'assimilation et l'accommodation fonctionnent de pair et en interaction constante pour produire une adaptation toujours croissante aux conditions changeantes de l'environnement. (Papalia.DE, et Ruth. DF, 2010 : 99).

2-2- Définition du comportement adaptatif :

La notion du «comportement adaptatif» fait partie intégrante de la conception de la déficience intellectuelle depuis fort longtemps. Avant l'avènement des tests d'intelligence, les professionnels et chercheurs du XIX^e siècle notaient chez les personnes ayant une déficience intellectuelle des limitations des compétences sociales, dans l'entraînement aux habiletés, le respect des normes et attentes sociales, la capacité de s'occuper de soi-même dans la vie, l'adaptabilité à l'environnement, etc. (Nihira. K, 1999 :15). Par la suite, Doll, parle de maturité sociale et milite en faveur d'intégrer ce genre d'évaluation à la démarche diagnostic. (Doll. EA, 1947 :155).

Le comportement adaptatif est défini comme étant la façon dont la personne fait face aux demandes de la vie de tous les jours. Il s'agirait d'habiletés diverses permettant à l'individu de répondre positivement aux exigences d'un milieu social déterminé. Plus précisément, il s'agirait d'un ensemble de comportements expressifs et d'activités qui, aux yeux d'autrui, permettent de considérer que la personne réagit de manière satisfaisante et qu'elle est donc « reliée » à son environnement. Les réactions de la personne doivent être perçues comme étant constructives tant vis-à-vis des objets que des personnes, pour rendre la personne « acceptable ».

Dès les années 1970, diverses composantes du comportement adaptatif ont été identifiées, à savoir :

- l'apprentissage et l'accomplissement d'habiletés nécessaires pour rencontrer les attentes de la société.
- la présentation par l'individu de comportements en lien avec son âge et sa culture.
- un fonctionnement personnel en accord avec les besoins physiques en général et une participation à la vie sociale.
- une capacité à créer et maintenir des relations sociales de manière responsable ;
- la complexification des compétences avec le développement de la personne.

Par ailleurs, le comportement adaptatif est considéré comme le comportement effectif de la personne dans sa vie de tous les jours par opposition à une mesure de quotient intellectuel. (Tassé, M, et all, 2012 :117/303).

Le concept de comportement adaptatif recouvre une panoplie de comportements et d'activités mais qui se présentent différemment (fréquence et intensité

variables) selon l'âge de la personne, la sévérité de sa déficience, la présence ou non de déficiences associées, le niveau socioculturel et le contexte particulier (école, résidence, famille...) dans lequel les observations sont faites. Il faut également tenir compte des attentes du milieu, de la motivation de la personne, de la possibilité ou non et surtout de l'opportunité ou non de manifester tel ou tel comportement dans un milieu donné, des aspects culturels spécifiques et enfin de la disponibilité ou non d'une aide technique ou humaine.

(Cory. L., et coll, 2006 : 144).

Il est important de rappeler que le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel mais aussi du comportement adaptatif qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. C'est d'ailleurs ce que « L'American Association on Mental Retardation » à citer dans sa définition du comportement adaptatif : « elle conçoit le comportement adaptatif comme un ensemble d'habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne et qui lui permettent de fonctionner au quotidien ». L'AAMR recommande de diagnostiquer la déficience mentale en considérant à la fois le niveau de fonctionnement intellectuel de l'individu et son niveau de comportement adaptatif.

(George. M., et all, 2008 :152).

- **Les habiletés conceptuelles** réfèrent à la capacité mentale ou à l'aptitude à résoudre des problèmes abstraits ainsi qu'à utiliser et comprendre des processus symboliques, y compris le langage et la communication. Ce type d'habiletés inclut la notion traditionnelle de quotient intellectuel et les habiletés scolaires dans l'écriture, dans la maîtrise de notions de temps et de l'espace, dans la manipulation des nombres et opérations arithmétiques. (Greenspan.S, 1996 :136).

- **Les habilités sociales** désignent l'aptitude à comprendre et à interagir efficacement avec des objets ou des événements sociaux, y compris se comporter de manière convenable en société (respect des normes), utiliser adéquatement ses habilités sociales, être empathiques, réfléchi et capable d'atteindre ses objectifs interpersonnels. Les habiletés sociales se réfèrent aux capacités de maîtrise de relations interpersonnelles, de sens des responsabilités, d'acquisition d'une bonne estime de soi, de compréhension et de respect des règles et lois, d'une résistance à la crédulité ou à la méfiance exagérée, de résolution de problèmes sociaux. Ces habiletés permettent d'entretenir des relations stables et équilibrées avec son entourage, d'engager une relation affective et sexuelle avec un partenaire, de se protéger d'abus et de situations de maltraitance. (Greenspan. S, 1996 :151).
- **Les habilités pratiques** : Les habiletés pratiques concernent les activités de la vie journalière (capacité d'agir de manière indépendante sans aide humaine ou supervision et de manière autonome, c'est-à-dire en faisant des choix appropriés en fonction des circonstances) : savoir s'alimenter, savoir prendre soin de soi, savoir s'habiller/se déshabiller, savoir se déplacer, savoir veiller à sa sécurité, savoir s'occuper et programmer des activités mais aussi savoir manipuler de l'argent ainsi qu'un budget, savoir téléphoner, etc. Il s'agit pour la personne de maîtriser des routines dans sa vie quotidienne sans devoir recourir à une tierce personne. Des aides techniques peuvent bien entendu être utiles (synthèse vocale, tablettes ou Smartphones, etc.). (Sternberg. R, 1995 :912).

Le comportement adaptatif joue donc un rôle spécifique dans le diagnostic du retard mental dans plusieurs systèmes de classification depuis près de 50 ans maintenant. Autrement dit le comportement adaptatif est la conformité aux attentes d'autonomie personnelle et de responsabilité sociale selon l'âge et la

culture de la personne par la difficulté à répondre à ces attentes constitue un des signes caractéristiques de la déficience.

En ne peut pas parler du comportement adaptatif sans cité l'adaptation sociale, cependant nous allons expliquer dans les éléments à suivre le concept d'adaptation sociale.

2-3- Définition de l'adaptation sociale :

L'adaptation sociale à été décrit par « János et Robinson » en 1985 dans Massé , comme une habileté à interagir avec l'environnement, à répondre avec enthousiasme aux défis et à maintenir un niveau élevé de satisfaction personnelle (estime de soi) et de persévérance par rapport aux demandes de l'environnement. Elle été également déterminer par « Miller » en 2003 comme suite : « l'adaptation sociale dépend de l'atteinte de divers compétences sociales, réparties en 252 items et 11 groupes de fonctions sociales de base et ce d'après le fonctionnement intellectuel et social de chaque individu. Par exemple, ils observent les initiatives lors des interactions, la conformité aux règles, la capacité de faire des choix ... etc. ». (Miller. J, 2003 : 328).

Pour **Strayer** (1989), l'adaptation sociale est un processus flexible qui tient compte à la fois des caractéristiques de l'individu et des contraintes du groupe. Selon lui chaque enfant s'adapterait au groupe de pairs, en fonction de son style et de l'écologie sociale du groupe. (Baudier .A, et Celeste. B, 2004 :129).

2-4-Définition des comportements Inadéquats :

Au cours des deux dernières décennies l'expression comportement inadéquat promue initialement en Amérique du nord par The Association for People With Severe Handicaps a remplacé de nombreux termes associés comme anormal aberrant ces termes étaient utilisés pour décrire un vaste ensemble de comportements chez les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle

sévère incluant l'agressivité, les penchants destructeurs, l'automutilation...etc. C'est une incapacité à rencontrer les normes d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale attendue chez un individu à un âge donné, dans un groupe culturel spécifique, étant donné la variabilité des normes en fonction des âges et des groupes sociaux, les déficits adaptatifs sont évalués différemment selon la position de l'individu et selon son âge. (Lambert. JL, 1981 :13). C'est un comportement culturellement anormal d'une telle intensité, fréquence ou durée que la sécurité physique de la personne ou des autres est susceptible d'être mise en péril, ou un comportement qui est susceptible de limiter sérieusement l'accès de la personne aux équipements communautaires ordinaires ou de résultats en un refus de l'accès de personne à ces équipements.(Stewart,E., et Einfeld, E.2016 :14)

2-5- Définition de la socialisation :

Selon, « **Le grand dictionnaire de la psychologie** » la socialisation est un Processus d'adaptation d'un enfant au milieu socioculturel dans lequel il est élevé. (Bloch.H, 1992 : 729).

La socialisation se base sur l'intériorisation des règles de la société. C'est le processus par lequel l'enfant développe des habiletés, des habitudes, des valeurs et des motivations qui lui permettent de devenir un membre responsable d'une société. Les parents sont les premiers agents de socialisation de l'enfant et l'obéissance à leurs attentes représente la première étape de l'intériorisation de normes extérieures. Ce sont aussi les parents qui transmettent à l'enfant les premières règles concernant les rapports aux autres. Certains enfants sont plus faciles à socialiser que d'autres, selon des variables telles que le tempérament de l'enfant, la qualité du lien à ses parents, la sécurité de l'attachement, la possibilité d'apprendre en observant et l'ouverture mutuelle entre les parents et l'enfant. (Papalia. DE, et al, 2010 : 127).

Une interaction est définie comme étant un comportement socialement accompagné, immédiatement suivi ou précédé d'un regard au partenaire qu'il initie ou non une réponse ou bien qu'il constitue en lui-même une réponse. Une interaction est donc constituée de deux comportements socialement orientés se succédant dans le temps. (Zaouche, G-C 2002 :27).

En parle d'interaction parce que si on dit socialisation il doit avoir une interaction pour se socialiser et sans interaction on ne peut pas être sociable donc c'est le point le plus important.

2-6- Définition de l'inadaptation sociale :

On peut la définir comme l'absence de l'intégration et de relations adaptées et harmonieuses avec le milieu dans lequel on vit, ou l'incapacité à s'adapter dans un milieu donné. L'inadaptation sociale de l'enfant, elle se manifeste par des relations sociales perturbées, de l'agressivité, de l'opposition ou du retrait social, de l'évitement d'activités de groupe.

Wallon 1946, propose la définition suivante « est asocial un enfant, un adolescent ou plus généralement un jeune de moins de vingt et un ans (21 ans) que l'insuffisance de ses aptitudes ou les défauts de son caractère mettent en conflit prolongé avec la réalité ou les exigences de l'entourage conformes à l'âge et au milieu social du jeune ». (Marie-Claude, MC. 1999 :51).

2-7- Définition du trouble de l'adaptation selon le DSM-5 :

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : décrit le trouble de l'adaptation comme « un trouble qui se caractérise par la présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress identifiable »

Et pour poser un diagnostic il faut que les symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble tel que la dépression, trouble anxieux, état de stress

aigu et états de stress post traumatique. Et il faut avoir la présence de Cinq critères cité dans le DSM-5 pour poser un diagnostic rigoureux.

(American psychiatric association, 2013).

3- Les Critères Diagnostiques Des Troubles de L'adaptation Selon le DSM5 :

1. Développement des symptômes émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), survenant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
2. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
 - 1- soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress.
 - 2- soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).
3. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant
4. Les symptômes ne représentent pas un deuil normal.
5. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) à disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins que six mois. Il est dit chronique si elle persiste six mois ou plus.

(American psychiatric association, 2013)

4- Les Caractéristiques Développementales Du Comportement Adaptatif et Ces Difficultés :

Les comportements adaptatifs sont conçus comme commençant en bas âge et se développant tout au cours de la vie. Ils reflètent le développement cognitif, social et moteur de l'enfant dans sa conquête d'autonomie vis-à-vis de son environnement. Il s'ensuit que les comportements adaptatifs augmentent en nombre et en complexité à mesure que l'enfant se développe. En bas âge, il est probable que le développement cognitif, le développement sensori-moteur et les comportements adaptatifs soient indifférenciés, hautement corrélés et que l'on ne puisse parler vraiment d'une fonction du comportement adaptatif vraiment différenciée. (Mercer. J-R, 1973 :11).

Les déficients intellectuels sont porteurs de limitations significatives par rapport aux normes de maturation, d'apprentissage, d'autonomie personnelle et / ou de responsabilité sociale qui peuvent être établies pour leur groupe d'âge. En fonction de ce critère, la déficience mentale n'est pas forcément une situation permanente, un individu peut perdre son statut de déficient mental ou changer de degré en raison de modifications du comportement adaptatif ou des attentes du milieu. (Michèle.G., et Catrine.T, 2014 : 137).

On rapporte ici, quelques éléments importants reliés aux difficultés d'adaptation chez l'enfant. Parmi ces éléments figurent, l'insécurité ou le sentiment d'insécurité, d'agressivité, et d'opposition.

1- l'insécurité : c'est un sentiment, il s'agit aussi de quelque chose particulièrement subjectif et personnel il est né de la conséquence d'une certaine vision du monde et de soi-même qui s'exprime d'une façon plus intense chez celui qui est en difficulté. Elle prend sa source dans une crainte accrue de ne pas avoir réponse à ses besoins et pousse l'enfant à une recherche rapide et directe de la satisfaction. Cette recherche est souvent animée d'un désir d'être satisfait de

façon sûre et certaine. L'enfant réagit donc beaucoup à ce qui peut être rassurant et sécurisant pour lui. (fred-h.net>uploads>2015/08>le_sent...).

2- L'agressivité : Chez l'enfant en difficulté, ses énergies se canalisent, face aux entraves rencontrées, autrement que dans la voie d'une résolution harmonieuse. Ces énergies, n'ayant pu servir à développer des forces adaptatives nécessaires pour surmonter les entraves, peuvent alors s'investir dans une multitude d'actions incohérentes et inconséquentes qui relèvent de l'esquive et de la fuite ou servent à une agression ouverte ou camouflée des entraves rencontrées.

(Dunod. J, 2004 :300)

3- L'opposition : Elle se manifeste à travers des comportements de résistance et de refus. Cette opposition active, débouche fréquemment sur des colères intenses, l'enfant criant, trépignant, luttant ou pleurant. Cette opposition consiste encore à une opposition aux lois, règles propres au groupe social, ayant par là un effet potentiellement destructeur sur l'intégration sociale de l'enfant dans son groupe. Le contexte relationnel perturbé qui caractérise les premières années de la vie des enfants (négligence, abandon...) ayant une probabilité élevée de développer un trouble oppositionnel comme une réaction. (Sahuc, S. 2000 : 165)

05- Le Comportement adaptatif, une performance en milieu sociale :

Une différence de méthodologie de mesure fondamentale distingue le comportement adaptatif de l'intelligence. En effet, le Q.I. est issu de la mesure d'une habileté testée en milieu standardisé, certains parlent de performance maximum, alors que les comportements adaptatifs font l'objet d'une observation de la performance typique dans l'environnement naturel de la personne. L'information dans un cas est collectée par un administrateur de test qui observe directement la performance de la personne, alors que dans l'autre cas on se fie

habituellement au souvenir d'observation d'une personne qui connaît bien la personne évaluée.

Le comportement adaptatif n'est donc pas affecté seulement par la capacité de réaliser un comportement donné, mais aussi par les attentes du milieu, l'opportunité d'émettre un tel comportement, par la motivation de la personne, son humeur, etc. On n'obtient pas une mesure pure de l'habileté adaptative, cette richesse du comportement adaptatif fait sa force en réadaptation, mais le rend plus difficile à interpréter.

L'Organisation Mondiale de la Santé dans sa Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé introduit une distinction entre *capacité* et *performance* qui vient rejoindre les préoccupations de la présente section. En effet, la notion de «capacité» qui consiste à réaliser des tâches dans un environnement standard se distingue de la «performance» qui est la réalisation des tâches dans un environnement réel. Bien que cette classification ne s'adresse pas uniquement aux personnes qui présentent une déficience des fonctions intellectuelles, elle a le mérite d'introduire une distinction opérationnelle entre les capacités que quelqu'un peut avoir de faire certaines activités, de la performance spontanée en milieu naturel.

La plupart des stratégies d'évaluation des comportements adaptatifs dans le domaine du retard mental misent surtout sur l'approche performance, il faut que la personne émette spontanément le comportement ou de manière autonome. Cependant, de nombreuses confusions surgissent dans la méthodologie d'application des questionnaires. Le «Je ne suis pas sûr, je vais vérifier s'il peut le faire» chez les répondants est une réaction naturelle mais qui constitue une source d'erreur dans l'évaluation des comportements adaptatifs.

(Organisation Mondiale de la Santé, 1988).

06- Le Comportement Adaptatif chez les enfants en Retard Mental :

Les enfants en situation de retard mental en des difficultés et moins de capacité à se fixer un objectif et à travailler efficacement pour l'atteindre, il apparaît que si elles sont socialement stimulées les personnes en déficit intellectuel montrent la même motivation, concentration et persistance que les personnes d'âge mental équivalent. A contrario pour les tâches de performance, centrées sur des compétences cognitives et n'impliquant que peu d'interactions sociales, les personnes en retard mental font preuve d'un comportement passif, voire évitant. Elles prennent peu d'initiatives et de persévérance. Leurs performances décroissent à mesure que les exercices se succèdent et que la difficulté augmente, il apparaît donc que l'adaptation du comportement dépend étroitement des interactions sociales et de la validation apportée par des tiers. (Cyrielle. R, 2018 :129).

07- La Fonction du Comportement Adaptatif dans le Diagnostic du Retard Mental :

À l'origine, l'introduction du critère de déficit de comportement adaptatif dans le diagnostic visait à pondérer le rôle des tests d'intelligence qui étaient l'unique critère diagnostic. La conception de l'intelligence mettait l'accent sur la permanence d'un déficit. De plus, les tests de Q.I. ont des capacités discriminatives réduites dans les extrêmes liées à des erreurs de mesure plus élevées. Aussi, plusieurs critiques sur les biais des tests liés à la culture ou à la race ont été formulées, notamment en milieu scolaire où les élèves de minorités ethniques se retrouvaient en grand nombre dans les classes pour élèves avec une déficience. L'évaluation du comportement adaptatif avait donc une fonction de contre poids à la mesure du Q.I. pour en moduler l'effet sur le diagnostic et la prévalence en réduisant le nombre de faux-positifs, c'est-à-dire le diagnostic de retard mental chez des personnes ayant un score mesuré de Q.I. faible mais

n'ayant pas de limitations significatives découlant de ce Q.I. faible dans leur vie courante. (Grossman.HJ,1983 :20).

Comme l'évoque « Luckasson » un poids plus égal entre la fonction intellectuel et la fonction adaptative s'est dégagé avec des définitions mettant l'accent sur une limitation du fonctionnement général dans certaines définitions du retard mental. Cependant, ce rôle de contrepois pour le comportement adaptatif persiste dans la pratique des procédures diagnostiques. (Luckasson. R, et all, 2002).

08- La famille comme le premier lieu social pour l'enfant :

La famille représente le premier groupe social pour l'enfant selon **Baudier et Céleste** expliquent la prépondérance du milieu familial par deux de ses caractéristiques, le fait que la famille soit le premier milieu de vie de l'enfant et le premier lieu d'échanges, les premiers "autres" auxquels l'enfant est confronté sont les membres du groupe familial dans lequel va se construire le fondement de son organisation comportemental , ainsi que le fait que la famille reste pendant longtemps le principal milieu d'appartenance de l'enfant, bien qu'en grandissant il intègre d'autres groupes tels que la crèche, l'école et les groupes d'activités sportives ou culturelles, tout au long du développement la référence à la famille reste essentielle du fait que cette dernière expose l'enfant à la répétition de situations plus ou moins analogues en parallèle aux situations qu'il découvre à l'extérieur de la famille. (Baudier.A, et Celeste. B, 2004 : 94).

Les membres de la famille, étant les premiers autres aux quels l'enfant est confronté, c'est avec eux qu'il nouera ses premiers liens affectifs. C'est dans ce milieu qu'il fera ses premières expériences de plaisir et de déplaisir, d'amour et de haine. Ces membres représentent un premier groupe social, un système où chacun occupe un rôle particulier et une fonction particulière. C'est au sein de ce groupe que l'enfant devra pour la première fois se construire en tant qu'individu social ayant lui aussi un rôle et des fonctions spécifiques, C'est dans le milieu

familial que se développent précocement les relations à autrui et l'influence de ce contexte. (Ibid. 2004 : 95).

En peut dire aussi que la premier personne avec qui l'enfant se communique au tout début de ces premier jours de la vie et « la maman » et ces premiers communications sont dites asymétriques car l'enfant ne maîtrise pas les effets de ses émotions et il revient à la mère de leur donner un sens, en les interprétant. Généralement la mère interprète de façon comparable et constante les différents indices comportementaux fournis par l'enfant qui ainsi reçoit une information sur l'effet de ses productions.

Ainsi, vers 6 mois apparaît un mode d'échange dans une action commune avec la mère : l'enfant réclame et reçoit un objet et devient capable de le rendre et s'attend alors à le recevoir à nouveau. Les enquêtes peuvent se faire vers 8-10 mois sous la forme de vocalisations qui expriment que l'enfant veut qu'on lui donne l'objet, qu'il veut le rendre ou encore qu'il veut commencer un jeu d'échange. (Annick.C, et Fayda. W, 2006 :39-40)

On peut donc dire que la famille est le premier lieu social d'un enfant car la famille transmet les valeurs, les normes, la culture, de sa propre société à son enfant à fin qu'il appartienne à un groupe sociale bien définie , les parents aident l'enfant à sortir en société à partir de leur éducation donc la famille à un rôle primordiale dans la socialisation de l'enfant et dans l'acquisitions des comportements adaptatifs mise à part les besoin physiologique et psychologique. Mais dans certains cas les familles ou les parents plus particulièrement ne sont pas toujours disponible pour s'occuper de leurs enfants et de leur faire sentir qu'il représente le premier noyau social et leur apprendre les différents comportements utiles pour vivre indépendamment.

09- Les Fonctions Sociale de la famille face a un enfant retardé mental:**09-1- la famille constitue un agent primaire de socialisation :**

La famille reste le lieu privilégié dans lequel l'enfant apprend très tôt les normes et les valeurs qui composent la culture de la société dans laquelle il est immergé. C'est aussi un lieu de sociabilité où il apprend à communiquer avec l'autre c'est ainsi que la famille rend le jeune enfant un être social. Si cette fonction est concurrencée par d'autres agents de socialisation, la famille n'en reste pas moins aujourd'hui l'élément essentiel. En effet, les actes délinquants sont souvent attribués au produit d'une éducation défailante pouvant résulter d'une démission de la part des parents. Par le capital culturel qu'ils leur transmettent, les parents influencent largement les manières de faire, de penser et d'agir de leurs enfants. L'influence est également réelle dans le choix du conjoint. (Bertrand. A, et al, 2007 :1970).

09-2- la famille assure des fonctions affectives et de solidarité :

La famille reste le cadre d'une solidarité intergénérationnelle s'exprimant par des échanges de services ou la transmission d'un capital social à travers lesquels les parents peuvent faire jouer au profit de leurs enfants tout un réseau de relations, mais aussi à travers des dons d'argent : parmi les ménages de 19-24 ans, 12% seulement n'étaient pas aidés par la famille. Même après le départ du domicile parental, l'implication financière des familles auprès des jeunes adultes reste forte. (Bertrand. A, et al, 2007 :1971).

10- Les relations de l'enfant avec d'autres enfants (groupe de pairs) :

Les enfants partout dans le monde sont d'abord éduqués à la maison avec le groupe familiale et en second lieu à l'école où il va être éduqué avec plusieurs autres enfants et qu'il va passer des mois voire des années avec ces groupes d'enfant de même âge. Ainsi l'enfant peut construire des relations avec d'autres

enfants et s'adapter facilement à ce milieu grâce à ces relations par contre d'autres ils ont des difficultés à s'adapter à l'institution ou dans le milieu où il vit et il n'arrivera pas à avoir de bonne relation avec d'autres enfants et ces difficultés peuvent avoir des effets négatifs sur la transition vers l'école, avec des conséquences dans les habiletés de communication et d'interaction alors que ces points l'aident à s'adapter à la vie en société, « Montagner » et ses collaborateurs ont mené depuis les années 70 des observations systématiques sur les mêmes enfants âgés de 5 mois jusqu'à 3 ans, les observations durent généralement 90 minutes et sont répétées au long d'une même journée et d'une semaine à l'autre, et plus les études ont progressé, plus les comportements susceptibles d'apparaître au cours des interactions entre pairs ont été identifiés comme nombreux et ont été bien différenciés.

Par-contre les enfants en situation de retard mental ils sont immatures dans ses interactions sociales et ils montrent de grandes différences par rapport aux autres dans la communication et les comportements sociaux car c'est plus fort qu'eux.

Les interactions entre pairs évoluent avec l'âge, avec les progrès en communication d'abord non-gestuelle (sourire, gestes, imitation), puis verbale. BAUDONNIRE qui a étudié l'évolution des compétences à communiquer, définit l'interaction dans ce cas comme une séquence d'au moins deux comportements socialement orientés contigus réciproquement adressés.

La prise en compte d'un autre bébé ne semble pas nette au cours des trois premiers mois, puis on note entre trois et six mois des gestes d'atteinte, des contacts tactiles et après six mois, des comportements beaucoup plus sociaux : les regards sont accompagnés de sourires et de vocalises, sans susciter systématiquement de réponses, la présence d'un jouet peut déclencher un peu plus d'interactions entre les bébés. Dans la deuxième année, les prises de contact

avec l'autre deviennent plus fréquente les interactions sont plus longues et plus complexes.

La troisième année marque un changement capital dans la nature des relations entre enfants par l'apparition des conduites verbales, les interactions deviennent de plus en plus fréquentées et l'imitation prend une place centrale dans les échanges entre enfants au sein de petits groupes. Dès la quatrième année la place des productions verbales en accompagnent des comportements imitatifs devient de plus en plus importante et la fréquence des imitations décroît de façon corrélative à l'augmentation de la communication verbale entre les pairs.

J.NADEL, postule que l'imitation à une valeur importante de communication entre enfants de même âge qui doit être encouragée chez les enfants dont les capacités de communication verbale sont retardées, et assure également une fonction importante dans le processus de différenciation soi-autrui, le fait pour un jeune de se trouver au sein d'un groupe de pairs va l'aider à se socialiser et à se structurer .Il va apprendre à gérer les conflits inhérents à la situation de groupe. (Albert. B, 2004:119/120).

C'est donc en coordonnant ses actions avec celles de ses pairs que l'enfant est conduit à construire des cognitions dont il n'était pas encore capable individuellement et qu'il va pouvoir ensuite l'utiliser seul et généraliser.

11- Les profils d'adaptation chez l'enfant :

À 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, Montagner (1978) décrit sept profils sociaux chez les enfants de 24 à 36 mois.

1. Les enfants leaders, ont un taux de comportements affiliatifs supérieurs aux comportements agonistiques. Ils ont des comportements actifs lors

des conflits entre pairs et savent dominer, pour récupérer un objet, par exemple.

2. 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.
3. Un troisième profil d'enfants regroupe ceux dont le statut varie d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre ou d'une situation à l'autre, se comportant tantôt comme des leaders ou comme des dominants agressifs.
4. Les enfants dominés craintifs, ont de fréquentes conduites de retrait social. Ils sont souvent dominés dans les compétitions aux quelles ils participent peu.
5. Les enfants dominés agressifs, participent peu aux compétitions, car ils manifestent des conduites agressives de façon impulsive.
6. Les enfants dominés, ont des conduites affiliatives fréquentes mais, contrairement aux leaders, ils ne s'imposent pas dans les compétitions.
7. Les enfant isolés, eux ont très peu de conduites d'interaction avec leurs pairs et restent donc en retrait du groupe d'enfant.

(Baudie.A, et Celeste.B, 2004 :128).

12- Les Difficultés d'adaptation chez l'enfant retardé mental :

Les difficultés d'autonomisation : Un grand souci des parents est de voir que leur enfant non pas acquis leur autonomie. Cela veut surtout dire pour eux, qu'ils sont obligés de lui consacrer beaucoup plus de temps et tout faire pour eux .Ces difficultés sont de quatre ordres :

- **Les difficultés en rapport avec l'habillement et le déshabillage :** Plusieurs problèmes sont évoqués par les parents permis eux en trouve : l'enfant ne sait pas fermer et/ou ouvrir ses boutons (chemise, pantalon), aussi Il ne sait pas mettre ses chaussures sur le bon pied, en plus de sa il met tout le

temps ses vêtements à l'envers. La plupart des difficultés de l'habillage et du déshabillage est liée aux troubles ou retards psychomoteurs.

- **Par rapport à son corps :** Pour l'enfant en situation de handicap mental il lui faut Avoir des gestes contrôlés en même temps Avoir un bon équilibre à la fin Réaliser des gestes fins avec les mains. L'enfant présentant une déficience mentale à souvent des difficultés de cet ordre. Ses difficultés nécessitent une éducation spécifique et une stimulation régulière auprès de l'enfant. (Randriantsara. C, et Ramamojisoa. I, : 2002).
- **Les difficultés en rapport avec la toilette :** Dans plusieurs endroits, cette phrase revient souvent : "Il faut lui faire sa toilette, il ne sait pas se laver tout seul "Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces difficultés à se laver , Un enfant handicapé mental à toujours des difficultés d'équilibre qui l'empêchent de réaliser correctement les gestes de la toilette, aussi des difficultés de préhension qui le gênent lorsqu'il doit saisir les éléments nécessaires pour la toilette (savon, brosse à dent...), qui est relié à des difficultés de coordination main/bouche qui l'empêchent de se laver correctement les dents, et à contrôler ses mouvements. D'autres facteurs peuvent être responsables des difficultés de l'enfant pour se laver, mais la plupart du temps, ce sont, comme pour les difficultés d'habillage, des problèmes au niveau psychomoteur. (Ibid : 2002).
- **Les difficultés en rapport avec la nourriture :** Les parents disent souvent que leur enfant on des difficultés à manger seul. Et ils ne peuvent pas boire seul. Aussi il à des difficultés ou il s'étouffe à chaque fois qu'il mange. Ces problèmes énumérés par les parents sont fréquents et sont en rapport avec les difficultés au niveau de : **La bouche et la langue :** l'enfant peut avoir du mal à coordonner les muscles de son visage, sa bouche et sa langue. L'enfant aura du mal à sucer (téter) si la coordination des muscles de la joue et des lèvres n'est pas parfaite. Il avalera lentement et difficilement, il pourra alors s'étouffer. L'enfant aura du mal à manger à

la cuillère et à mastiquer si la langue est molle, étalée et non musclée. Il aura des difficultés pour réaliser les mouvements divers et nécessaires pour, par exemple, pousser les aliments entre les gencives, les mastiquer et les pousser vers l'arrière de la bouche pour les avaler. (Ibid : 30).

13- Les conditions d'adaptation :

L'adaptation décrit les mécanismes par lesquels un individu se rend apte à appartenir à un groupe, elle insiste sur les changements chez l'individu qui sont la condition de l'adaptation. Ainsi de nombreuses études psychologique et plus particulièrement en psychologie sociale ont porté sur le phénomène de l'adaptation, il semble s'en dégager les théories suivantes :

13-1- La Théorie de T.W.Adorno : cette théorie c'est focalisé sur la personnalité autoritaire c'est-à-dire qu'il y a une certaines attitudes 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 à peu de chances de se réaliser, dans la mesure où le cout 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 : 22/23).

13-2- 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 précédentes. Son propos est d'analyser le processus de changement d'opinion chez le sujet incité à adopter, par 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 : 222).

13-3- 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 : 27)

14- L'importance du sociale :

L'importance des facteurs sociaux ne se fait pas au détriment du biologique, pour « Wallon » le milieu social est tout aussi indispensable qu'un milieu physique biologiquement adapté pour la survie de l'enfant. De plus l'homme échappe à certaines contraintes du milieu physique en construisant le milieu symbolique qui lui est propre, avec et par le langage et les idéologies qu'il transmet. La caractéristique de l'homme, producteur de son milieu spécialisé, est fortement soulignée. « Wallon » insiste sur le caractère social de l'enfant, sur les subtiles interactions qui s'établissent entre lui et l'environnement humain dont il dépend intégralement.

Les capacités maturationél biologiques de l'enfant sont en interaction avec les éléments de l'environnement. Par environnement il faut entendre à la fois les données du monde physique et celles du domaine social. Les modes interactifs

se différencient en fonction de la nature de l'environnement social et ce dernier aide l'enfant déficient à acquérir énormément de choses.

(Annick.C, et Fayda. W, 2006 : 114).

15- Les programmes d'intégration :

L'intégration sociale de la personne se fait sur les habilités nécessaires à la vie communautaire. Ces habilités relèvent de Cinq domaines : les soins et le développement personnel, la vie résidentielle et la vie communautaire, le travail, les loisirs, les déplacements. Au-delà de la diversité des conceptions et des méthodes, un consensus s'établit sur la finalité de ces interventions qui doit aider ces personnes à devenir le plus autonomes possible, dans les différents milieux, afin d'être le mieux intégrées socialement. L'intégration des enfants en situation de retard mental au sein de la société, au sein d'un groupe améliore considérablement ses chances de développer des apprentissages et de réussir ultérieurement son insertion sociale.

Les personnes intellectuellement déficientes ont souvent besoin d'aide psychologique pour les aider à s'adapter à la vie quotidienne. Plusieurs ont des difficultés à se faire des amis et restent socialement isolées, les problèmes d'estime de soi sont aussi très courants, surtout parce que les personnes qui ont un retard mental sont souvent humiliées et ridiculisées.

L'intégration des enfants en situation de retard mental au sein de la société, au sein d'un groupe améliore considérablement ses chances de développer des apprentissages et de réussir ultérieurement son insertion sociale. (Michèle.G., et Catrine.T, 2014 :429).

A l'heure actuel dans le monde entier il y a des tentatives dévaluation, des compétences sociales du très jeune enfant, qui sont réalisées afin de permettre au chercheur ou au clinicien d'évaluer le niveau de compétence atteint par un sujet.

Un bon exemple en est l'échelle d'évaluation de la compétence sociale précoce destinée à l'examen individuel de l'enfant de trois mois à trois ans.

(Annick.C, et Fayda. W, 2006 :53).

16- Les Techniques D'apprentissages :

Le développement des sciences sociales à permis l'émergence de différentes techniques pour expliquer la manière dont un individu acquière des connaissances. Ainsi en psychologie il existe divers lois ou techniques d'apprentissage présenter par différents auteurs, et parmi nous avons : Pavlov, watson, Skinner, Thorndike, Bandura et plusieurs autres.

1- Les lois d'apprentissage selon Pavlov :

- **L'extinction :** si on cesse de délivrer le stimulus inconditionnel (nourriture) après le stimulus conditionnel (la cloche) la réponse conditionnelle (salivation au son de la cloche) décroît progressivement pour finir par disparaître. L'extinction n'est pas totale car si on refait la procédure de conditionnement, on constate que le deuxième apprentissage est beaucoup plus rapide que le premier. L'extinction est partielle, il reste une trace du premier apprentissage.
- **La généralisation :** Pavlov à montré que si on présente une fois le conditionnement établi un stimulus similaire au stimulus conditionnel mais légèrement différent sur un plan physique, la réponse conditionnelle bien que plus faible apparaît tout de même.
- **La discrimination :** l'idée est que l'on peut éteindre une réponse généralisée en mettant en place une procédure de discrimination dans laquelle on éteint progressivement les réponses conditionnelles provoquées par des stimuli proches du stimulus conditionnel dont on désire maintenir les capacités de déclencher la réponse conditionnelle. On

va forcer l'animal à faire la différence, le problème est que la discrimination n'est pas toujours facile.

- **La loi dite de contiguïté temporelle :** L'animal apprend à anticiper et acquiert le bon comportement dans la mesure où la demande et la récompense se succèdent de manière temporellement contiguë (1/2 seconde). Si la récompense et la demande sont trop éloignées dans le temps, l'animal ne peut pas apprendre à adopter le bon comportement correctement. Lorsqu'un comportement est désiré, on va chercher à l'augmenter et lorsqu'au contraire le comportement n'est pas désiré, on va chercher à le diminuer. Cette augmentation et cette diminution résulte de l'apprentissage observé par le changement d'un comportement. Dans l'exemple du père et du fils, si le fils réussit bien ses examens et que son père le récompense à chaque fois, le fils aura tendance à augmenter son comportement. (Aurèle.S-y, 1982 :16).

2- Les lois d'apprentissages selon Skinner :

L'apprentissage skinnerien repose sur deux éléments, le renforcement et la punition, pouvant chacun être soit positif ou négatif. Ces termes doivent être pris dans le sens précis du conditionnement opérant :

- **Renforcement :** conséquences d'un comportement qui rend plus probable que le comportement soit reproduit de nouveau. Il peut être **Positif :** par l'ajout d'un stimulus agissant sur l'organisme. Ou **négatif :** par le retrait d'un stimulus agissant sur l'organisme.
- **Punition :** conséquence d'un comportement qui rend moins probable que le comportement soit reproduit de nouveau. Elle peut être également soit **positif :** par l'ajout d'un stimulus agissant sur l'organisme. Ou **négatif :** par le retrait d'un stimulus agissant sur l'organisme.

Il existe donc quatre type de conditionnement opérant :

- **Renforcement positif** : procédure par laquelle la probabilité de fréquence d'apparition d'un comportement tend à augmenter suite à l'ajout d'un stimulus appétitif contingent à la réponse. Exemple : Récompense, félicitation...
- **Renforcement négatif** : procédure par laquelle la probabilité de fréquence d'apparition d'un comportement tend à augmenter suite au retrait d'un stimulus aversif contingent à la réponse. Exemple : retrait d'une obligation, d'une douleur...
- **Punition positive** : procédure par laquelle la probabilité de fréquence d'apparition d'un comportement tend à diminuer suite à l'ajout d'un stimulus aversif ou conséquence aversive contingente au comportement cible. Exemple : ajout d'une obligation, d'une douleur...
- **Punition négative** : procédure par laquelle la probabilité de fréquence d'apparition d'un comportement tend à diminuer suite au retrait d'un stimulus appétitif. Exemple : retrait d'un privilège, d'un droit...etc. (Aurèle.S-y, 1982 :23).

Cependant pour être efficace, le renforcement doit être délivré immédiatement après l'émission d'une réponse. L'extinction et le recouvrement spontané des réponses apprises proviennent d'une répétition du comportement sans renforcement (ex : si l'on ignore un enfant qui fait une crise de colère, il finira par s'arrêter de lui-même).

3- Lois d'apprentissage selon Tolman :

D'après Tolman l'organisme doit reconnaître la relation causale entre ses actions et leurs conséquences pour pouvoir apprendre ainsi nous avons :

- **Loi de relation causale :** pour qu'un organisme établisse une relation entre une action et un résultat, il doit exister une relation objective entre les deux.
- **Loi d'apprentissage causale :** L'organisme essaie de répéter les actions qui entretiennent une relation causale apparente avec les résultats désirable.
- **Loi de rétroaction informatrice :** la connaissance du résultat d'une action vient consolider les représentations qui ont guidé cette action.
(Aurèle.S-y, 1982 :30).

4- Les lois d'apprentissage selon Thorndike :

Edward Lee Thorndike s'intéresse particulièrement à l'intelligence des animaux et met en évidence deux lois qui établissent des liens entre les stimuli et les réponses. Il s'agit de la loi de l'exercice et de la loi de l'effet.

- **La loi de l'exercice :** propose que la répétition d'une réponse conditionnée renforce le lien entre le stimulus et la réponse. Plus un sujet se comporte d'une certaine façon dans une situation donnée, plus l'association entre cette situation et ce comportement sera renforcée. donc les connexions entre la situation et la réponse sont renforcées par l'exercice et affaiblies par son arrêt.
- **La loi de l'effet :** soutient qu'une réponse suivie d'un stimulus agréable sera renforcée et une réponse suivie d'un stimulus désagréable tendra à diminuer. Un comportement suivi d'une récompense sera associé à la situation qui l'a déclenché.

Exemple : Un chat affamé placé dans une boîte vient à trouver comment ouvrir une porte derrière laquelle il y a de la nourriture... Par la suite, le chat refait de plus en plus rapidement ce geste qui lui apporte une conséquence plaisante qui est de la nourriture.

Il faut comprendre que ce n'est pas par raisonnement que le chat a appris à ouvrir la porte; c'est plutôt parce que, face à la nourriture (stimulus) il a vu que son action (réponse) lui apportait une récompense (conséquence). Thorndike appela ce type d'apprentissage "apprentissage par essais et erreurs" ou encore "par la réussite". C'est l'avènement de la psychologie stimulus-réponse.

(Aurèle.S-y, 1982 :22).

5 - Les lois d'apprentissage selon Bandura :

Selon Bandura, l'apprentissage peut s'effectuer soit par expérience directe en procédant par tâtonnement ou essai-erreur, soit par observation. Néanmoins, certains comportements complexes, tels que le langage, ne peuvent tout simplement pas s'acquérir sans modelage. Nous passons en effet beaucoup de temps dans notre vie à apprendre et à acquérir des connaissances grâce à ce type d'apprentissage.

- **La loi de limitation :** C'est une forme d'apprentissage : le comportement d'un individu modèle « M » induit un comportement identique chez un autre individu « i » imitateur. L'imitateur ne fait que reproduire le comportement de « M », c'est-à-dire la réponse donné par « M ».
- **La loi dite de l'apprentissage vicariant :** C'est un processus par lequel un individu modèle son comportement en imitant le comportement d'autres individus, il s'agit donc d'un apprentissage par observation et résulte de l'imitation d'un pair qui exécute le comportement à acquérir.
(Nathalie. G, et Régine. V, 2004 :31).

17- l'évaluation de l'adaptation chez l'enfant retardé mental :

Un déficit en adaptation sociale est un des trois critères de définition du retard mental. On peut mesurer le fonctionnement adaptatif, qui fait référence à la

capacité de la personne à s'adapter aux exigences environnementales, à partir des comportements adaptatifs.

Comme dans les autres troubles du développement, il est habituel de constater une hétérogénéité dans la maîtrise des habilités : certaines apparaissant déficitaires et d'autre non. C'est sur cette base que pourra s'orienter la prise en charge il est donc important de faire le bilan des comportements adaptatifs de l'enfant pour faire apparaître les habilités confirmées, les habilités émergents et les comportements non encore acquis.

(Michèle.G, et Catrine.T, 2014 :415/416).

Pour ce fait on dispose d'un ensemble d'instruments d'évaluation qui sont essentiellement des questionnaires ou inventaires comportementaux et qui sont généralement remplie par des adultes que ce soit des proches ou un professionnel. Il ne s'agit plus de conditions standardisées comme dans les évaluations précédentes puisqu'on s'intéresse au fonctionnement de la personne dans son environnement habituel.

Le choix ce fait ainsi en fonction de l'âge et du profil de l'enfant et nécessite parfois des adaptations et on peut ajouter à l'évaluation des comportements adaptatifs une évaluation fonctionnelle des comportements qui permet d'objectiver les troubles du comportement pour y remédier. Cependant la capacité de tolérance de l'environnement influence les réponses aux questions relatives aux problèmes de comportements par exemple l'agressivité. Cette évaluation est assez complexe car il faut prendre en compte les évènements antécédents et les effets de ces comportements.

(Willaye.E, et Margerotte.G, 2003 :245).

18- Mesure du comportement adaptatif :

Plusieurs échelles de comportement adaptatif ont été construites selon le modèle théorique de la construction d'un test classique, tout en se différenciant de ces tests. En effet, ces échelles supposent que les caractéristiques de chaque item sont spécifiques et invariantes d'un groupe d'individus à un autre. Cette approche permet d'établir un score indépendamment du nombre d'items et permet de mesurer les compétences d'un sujet qui poursuit le développement de ses habiletés (dans le sens d'une plus grande instrumentalisation) tout au long de sa vie. Une fois définie la distribution des scores, il reste à établir le point de rupture en deçà duquel le comportement est considéré comme inadapté pour l'âge du sujet et dans un contexte socioculturel donné.

Il faut être attentif aux différents facteurs participant à l'amélioration du comportement adaptatif au cours du temps chez les personnes avec DI. Ainsi, les jeunes enfants progressent généralement plus rapidement que les enfants plus âgés. Les attentes de l'entourage sont plus importantes chez les adolescents et adultes que chez les jeunes enfants.

Une adaptation à l'environnement pour des tâches routinières (appelé habiletés sociales) se fait de manière relativement aisée chez des sujets avec déficience intellectuelle (sauf en cas de limitations fonctionnelles importantes liées notamment à des problèmes moteurs). Par contre, ce qui implique un jugement social, suppose l'acquisition de compétences cognitives et socio-émotionnelles plus complexes. Il s'agit aussi pour la personne de se dégager des liens appris de dépendance avec son entourage pour oser démontrer ses compétences.

L'amélioration du comportement adaptatif est liée à la diminution des comportements jugés inadaptés ou problématiques par l'entourage. La sévérité de la déficience intervient également sur l'écart entre âge chronologique et âge de développement. Dès lors, l'évolution du comportement adaptatif peut être

plus faible. Il en résulte que les scores obtenus à une échelle n'ont pas les mêmes significations selon la sévérité de la déficience. Cela justifiera l'utilisation d'échelles différentes en fonction de cette sévérité diagnostiquée.

(Chadwick, O. et Cuddy, M, 2005 :220)

19- Interventions sur les comportements adaptatifs :

Il existe de nombreuses méthodes pour tenter d'améliorer le comportement adaptatif des personnes (enfants ou adultes) avec déficience intellectuelle. Parmi les pistes explorées on peut retrouver :

- des approches centrées sur l'aménagement d'interactions sociales avec des pairs.
- des approches combinant un apprentissage expérientiel, des activités physiques et des techniques d'animation de groupe.
- des approches centrées sur le renforcement précoce des interactions parent-enfant.
- des approches proposant une intervention à l'ensemble du système familial.
- l'utilisation d'environnements multi-sensoriels pour diminuer l'apparition de comportements stéréotypés ou réduire l'anxiété.
- l'utilisation de programmes de remédiation socio-émotionnelle utilisant ou non l'ordinateur.
- des interventions cognitives sur le sujet seul ou en groupe, en situation ou dans un environnement virtuel.
- l'utilisation de vidéogrammes présentant des comportements modèles chez autrui et/ou via l'autoportrait et centrés sur des comportements positifs.

- des programmes centrés sur l'expression faciale, présentée en 3 dimensions.
- des exercices destinés à réduire l'anxiété des sujets.
- des programmes basés sur des stratégies d'autogestion de soi.
- des programmes utilisant des techniques de résolution de problèmes.
- des approches psychothérapeutiques basées sur le langage verbal ou sur le langage non verbal.

Pour intervenir sur l'environnement, Carter et Hughes proposent cinq stratégies destinées à renforcer les interactions entre pairs :

- soutenir la participation de tous les enfants.
- organiser l'aide par tutorat.
- attribuer des rôles précis aux pairs.
- développer un apprentissage coopératif par petits groupes de travail.
- renforcer les compétences des pairs afin qu'ils puissent interagir au mieux avec les enfants ayant une DI.

En ce qui concerne l'apprentissage d'habiletés à interagir, les auteurs proposent quatre autres approches :

- faire un apprentissage spécifique de la manière d'interagir socialement.
- apprendre aux enfants à s'autogérer.
- apprendre aux enfants à gérer leurs activités de loisirs.
- apprendre aux enfants à utiliser des moyens de communication efficaces.

Dans l'approche visant à renforcer des comportements positifs, socialement valorisés, on essaie de remplacer les comportements indésirables par de nouveaux comportements et, à faire en sorte que la personne, à terme, puisse s'autocontrôler et faire face aux circonstances de manière plus appropriée.

L'approche de Long (2012) et leur méthode intitulée « *Life space crisis intervention* » en sont un exemple. Ces techniques supposent un dialogue, donc des capacités de compréhension verbale et s'appliquent moins en cas de déficience sévère.

Dans le même ordre d'idée, Digennaro-Reed (2010) examinent les effets de vidéogrammes présentant des comportements modèles pour aider les enseignants à entraîner leurs élèves à adopter des comportements socialement acceptables. Ils observent que l'utilisation auprès des élèves de ces vidéogrammes accompagnés par ailleurs par des *feedbacks* s'avère efficace. Adoptant une technique similaire pour faire diminuer des comportements-défis chez des enfants plus sévèrement atteints, Bilius-Lolis (2012) observent des effets positifs. (Digennaro. R, et Coddige. C, 2010 :215).

Grenier (2008) proposent un programme combinant apprentissage expérientiel, activités physiques et techniques de facilitation (impliquant un accompagnement proportionné aux besoins et s'estompant dès que possible) qui peut être implémenté par les enseignants dans des classes inclusives. Ce programme est présenté comme particulièrement pertinent et efficace pour des enfants présentant un syndrome de Down et comme pouvant développer des habiletés pro-sociales tant chez les sujets avec déficience intellectuelle que chez les pairs non handicapés.

On retrouve aussi des approches centrées sur l'ensemble du système familial pour réduire des comportements agressifs chez la personne avec déficience. De Wein et Miller (2009) proposent une description assez précise de ces approches dans lesquelles les membres de la famille sont formés à interagir selon certaines modalités, en s'assurant de la compréhension des différentes étapes à franchir dans la procédure à mettre en place. À l'aide de jeux de rôles, les personnes apprennent progressivement à prévenir ce qui provoque le comportement

indésirable, puis à mieux contrôler les situations de la vie quotidienne et ce, jusqu'à la fin de l'intervention, donnant ainsi à la personne la possibilité d'apprendre à se comporter de manière plus adéquate.

Les approches axées sur une analyse fonctionnelle du comportement se sont multipliées essentiellement dans les pays anglo-saxons. Davis et Rehfeldt (2007) en font une description assez complète. Cette approche commence par une évaluation fine du sujet dans son environnement actuel et futur en prenant en considération ses habiletés et les opportunités pour les exercer.

Il s'agit ensuite de définir de manière précise les objectifs et les domaines dans lesquels un apprentissage devra se faire tout en se préoccupant des aspects légaux et éthiques. Ensuite, pour chaque habileté que l'on veut développer, la tâche est découpée en séquence d'étapes à franchir ; la stratégie à utiliser pour l'apprentissage de la séquence entière par le sujet est définie en identifiant le matériel nécessaire et en déterminant l'organisation des phases de stimulation. (Davis. P, et Rehfeldt. R, 2007 :197)

Durant l'apprentissage, le sujet est guidé par des instructions verbales, par des gestes, par une démonstration de ce qu'il faut faire, par une guidance physique de l'activité motrice du sujet. Enfin, il s'agit de se préoccuper du transfert de cet apprentissage dans les situations habituelles de vie, en identifiant les incitants « naturels » qui serviront de renforcement au comportement. Idéalement, sera tentée alors une généralisation de l'apprentissage. Ce modèle comportemental analytique nécessite une formation spécifique du professionnel. Si les auteurs reconnaissent que la généralisation des apprentissages reste une question cruciale chez les personnes avec déficience intellectuelle, ils mettent en garde contre les idées erronées qui subsistent, notamment la confusion entre une approche rigoureuse procédant étape par étape et recherchant des stimuli incitant

l'apparition d'un comportement souhaité d'une part, et l'approche par des techniques aversives, procédant par punitions et restrictions d'autre part.

(Ibid : 198/199)

➤ Synthèse :

En peut synthétiser à partir de ce travail que la notion du comportement adaptatif chez les enfants en situation de retard mental exister depuis fort longtemps , en parle ainsi d'un déficit au niveau des comportements adaptatif chez cette catégorie d'enfant si il sont besoin souvent de soins communautaires en raison d'une incapacité à faire face aux exigences intellectuelles de son environnement et souffre de détresse significative ou est incapable de prendre soi d'elle-même ou des personnes qui sont à sa charge...etc.

On à constaté également que le comportement adaptatif Regroupe l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne qui lui permet de fonctionner au quotidien. Et tout ces comportements peuvent être influencé par des comportements inadéquats, inapproprié et devine déficitaire.

La Partie Pratique

Chapitre IV:

Méthodologie de la Recherche

Préambule :

On ne peut pas entamer une recherche scientifique, sans avoir d'outils méthodologiques, et sans suivre une démarche propre à notre thème de recherche. C'est à dire que toute recherche scientifique se fait selon une démarche ordonnée.

La méthodologie de recherche est un ensemble de méthode, et de technique qui orientant l'élaboration d'une recherche, et guide la démarche scientifique. Elle nous permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigation. Elle renvoie donc à la façon de procéder, au mode opératoire directement mis en jeu dans le travail de recherche et représente une phase importante et obligatoire pour avoir un travail organisé et objectif.

Dans ce chapitre méthodologique nous allons exposer les différentes techniques et les étapes qu'on a suivies pour réaliser ce travail de recherche, et qui sont comme suit: la méthode utilisée, nous allons présenter le lieu de notre recherche et notre population d'étude, ainsi que les outils utilisés durant cette recherche et comment ça s'est déroulé.

01- la méthode utilisée :**01-01- La Méthode clinique :**

Une méthode de recherche est une mise en forme particulière d'une démarche scientifique, elle permet la mise en œuvre des exigences théoriques et opératoires de l'observation, elle confère ainsi aux résultats un fondement légitime. Elle vise à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et

tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes. (Pedieli. J-L, 1994 : 11).

Dans ce travail de recherche nous avons utilisé la méthode clinique, cette méthode concerne le sujet clinique dont la base est l'enfant. En psychologie cette méthode est une démarche pratique et théorique, qui opère à la jonction de deux réalités, psychique et matérielle, selon une double logique, subjective et sociale. C'est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être pris avec une situation déterminée. (François. D, 2010 : 247).

Plus précisément la méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution.

(Bénony.H, et chahraoui.K, 2003 :13).

Ainsi dans ce travail nous avons fait appel à une méthode clinique de type descriptif pour examiner en profondeur les caractéristiques des cas explorés. Et l'une des méthodes descriptives les plus connues et utilisées en psychologie est celle que nous avons utilisée également dans ce travail c'est bien « la technique de l'étude de cas ».

- **La Technique de l'étude de cas :**

Celle-ci consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie

clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues, elle est également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution, Car elle nous permet une compréhension profonde d'un comportement, d'une situation ou d'un phénomène. (Bénony. H, et chahraoui. K, 2003 : 125).

Plus précisément, l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs. Dont l'objectif est de donner un sens à l'ensemble des éléments cliniques recueillis, servant à former, à informer, à illustrer et permettant d'établir des rapports entre la clinique et le théorique. (Yves-Chantal. G, 2012 :04).

Le matériel de base utilisé dans l'étude de cas consiste généralement en ce que voit et entend le clinicien lors de ses observations et de ses entretiens avec le patient mais ces données peuvent s'enrichir d'informations venant d'autres sources : témoignage de parents, de proches, résultats d'examen psychologique ou médicaux. Ces données dont l'objectivité peut varier grandement et qui informent sur l'histoire personnelle et familiale, professionnelle, et médicale, sont alors organisées en fonction des problèmes posés par le patient et les buts poursuivis par le clinicien. (Yves-Chantal. G, 2012 :02).

Cette méthode nous a permis d'observer et de décrire d'une façon plus concrète et en détaille le comportement des cas concerné dans notre recherche.

02- Présentation du lieu de recherche :

C'est un lieu qui nous permet de collecter les données nécessaires sur notre thème de recherche et chaque travail se réalise dans un lieu qui correspond à sa recherche. Ainsi notre pratique s'est déroulée dans un centre

psychopédagogique pour enfant retardé mental, que nous présentant de la manière suivante

02-02-Présentation de notre lieu de recherche :

Présentation du CPPEHM : Il a été créé sous le décret n° 13.308 du 05.09.2015, il a ouvert ces portes le 03.12.2014 situé dans une ville côtière à 35 km à l'est de Bejaia, qui est le chef-lieu de la daïra de Souk-el-Tenine. La ville de Souk El Tenine est à 60km de la willaya de Jijel et à 75km au nord-ouest de la wilaya de Sétif, installé au débouché de l'oued Agriouen sur le littoral, au croisement des Rn9 et RN43.

Nombre de place présente : le CPPEHM à une capacité d'accueil de 120 enfants, actuellement le nombre d'enfant scolarisés à ce jour 52 enfants répartis selon les catégories d'âge et le niveau et la densité du retard mental.

Il est composé de 3 blocs :

Bloc d'enseignement qui comprend :

- 01 classe retard profonde
- 01 classe parascolaire
- 02classe préparatoire
- 02 classe éveil
- 01 classe stimulation
- 01 classe d'observation
- 01 précoce
- 01 salle de coiffure
- 01 salle d'informatique
- 01 salle d'animation
- 01 salle de jeux

- 01 salle d'atelier

Bloc de consultation :

- 02 salles de consultation psychologique
- 01 salle de consultation orthophonique
- 01 salle de consultation médicale
- 01 salle d'assistance sociale
- 01 bureau du responsable pédagogique.
- 02 sanitaires

Bloc restauration :

- 01 cuisine
- réfectoire
- 01 Hall de magasin
- 01 salle de machine à lavé

Bloc d'endormissement et de sieste (1^{er} étage) : composé de 15 chambres à raison de 4 lits par chambres.

Bloc administratif (2^{ème} étage) :

- Bureau de la directrice
- Bureau d'économiste
- Bureau des moyens généraux
- Bureau de ressource humaine

Les Mission : Aujourd'hui, le C.M.P.P. œuvre à préserver ou à restaurer l'intégrité physique et psychique des enfants et adolescents qui lui sont confiés, il les aide à construire leur autonomie, à renforcer les liens avec la communauté afin de leur garantir l'exercice effectif de la citoyenneté. Les familles y

trouvent un lieu d'écoute où la parole de l'enfant peut s'exprimer librement, où l'approche des questions est globale et fondée sur la pluridisciplinarité des équipes. Le C.M.P.P. fonctionne comme un établissement de prévention, de diagnostic et de traitement et se définit comme un service de soins doté de compétences multidisciplinaires du champ médical mais aussi de spécificités situées hors du champ traditionnel de la médecine (sciences de l'éducation). Son action de soin s'inscrit dans le champ médico-social, dans le but de permettre le développement personnel et la meilleure adaptation possibles du bénéficiaire dans les différents milieux de vie.

Organisation et rôle : Le CPPEHM prend en charge des enfants présentant une déficience intellectuelle, dont l'âge est varié entre 03 ans à 18 ans. La population accueillie est hétérogène ou le centre prend en charge toute la gamme des inadaptés mentaux, moyen léger et profond. Le CPPEHM prend en charge les enfants sous le régime de demi-pension, sa capacité d'accueil est de 120 enfants. Pour répondre aux attentes spécifiques de la prise en charge et d'optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogiques à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfant dont l'objectif est :

- Développer les capacités de l'enfant à être attentif et imiter, communiqué avec les personnes qui l'entourent.
- Développer les capacités de l'enfant à demander de l'aide et exprimer ces difficultés.
- Faciliter la compréhension et l'utilisation du langage.
- Favoriser le développement des relations affectives et sociales.
- Favoriser le développement de la construction et la création imaginaire.

Projet institutionnel :

- **Projet d'intervention** : il comprend des consultations (psychologique, orthophonique, assistante sociale), répartie quotidiennement selon les cas difficiles, ainsi que le suivi en externe.
- **Projet pédagogique** : s'adresse aux enfants présentant capacités intellectuelles émergentes, à même de les développer par le biais des activités pédagogiques élémentaires
- **Projet éducatif** : consiste à mener des activités de stimulation et éveil, tel que l'éducation psychomotrice, sensorimotrices, ludique, et de socialisation.
- **Projet thérapeutique** : consiste à rapprocher l'enfant par une demande globale et cohérente afin d'atténuer, canaliser et dépasser les difficultés d'ordre somatique, psychologiques, relationnelle, pour son développement harmonieux de sa personnalité et de ces compétences sociales. (CPPEHM Souk EL-Tenine, 2014)

Répartitions des classes selon les objectifs :

1- EVEIL : l'objectif est d'adapter l'enfant à une nouvelle intégration dans son monde éducatif. Elle se constitue de deux classes Eveil 1 (06 enfants) et Eveil 2 (08 enfants).

2- Stimulation : le but est de stimuler l'enfant dans tous ces côtés (sensoriel, intellectuel, physique). Elle se constitue de deux garçons et trois filles.

3- Observation : l'objectif est réservé uniquement aux élèves nouvellement inscrits, la durée varie entre 3 à 6 mois, afin de déceler les points positifs et négatifs. Elle contient 05 enfants.

4- La classe préparatoire : Cette classe comporte 08 enfants, ce sont des enfants qui ont une déficience légère et modérée, ils ont un programme spécial qui prépare l'enfant aux apprentissages scolaires.

5- la classe parascolaire : c'est une classe qui se constitue de 06 enfant elle à pour but de compléter l'enseignement du jeune enfant en retard mental au sein du centre.

6- la classe retard profonde : elle contient 08 enfants, le but et de mettre en œuvre un programme d'intervention pour une meilleure intégration et adaptation sociale.

Le rôle du psychologue au sein de cette institution :

- Assurer le bon déroulement des consultations externes
- Suivit psychologique en externe en vue d'une éventuelle intégration des enfants présentant un retard mental.
- Assurer le suivit psychologique des enfants présentant des troubles envahissant du développement.
- Suivit psychologique individuel en externe.
- Accompagnement et guidance parentale.
- Réalisation des études de cas et de synthèse selon les cas.
- Evaluation psychométrique.
- Groupe de parole avec les parents.
- Apporter u diagnostic et un avis clinique selon les cas.
- Observation des enfants en groupe soit en classe, en cour de récréation, aux restos.
- Participation aux différentes réunions ; pédagogique, réunion de conseil, réunion d'évaluation pédagogique qui est établit chaque trimestre.

- Participation à la confection et à la mise en œuvre des programmes pédagogiques.
- Orientation et guidance des psychologues stagiaires universitaires.

03- La population d'étude :

Toute recherche scientifique s'intéresse nécessairement à une population bien précise étant donné que ses résultats seront mis à la disposition de celle-ci en vue de trouver la solution. La population d'étude est l'ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous une ou plusieurs caractéristiques communes et sont de même nature, et qui correspond vraiment à notre problématique de recherche. C'est aussi l'ensemble des individus sur lesquels les résultats d'une étude peuvent-être appliquer.

Selon MUCHIELLI, la population d'étude est définie comme un groupe humain concerné parmi lesquels on aurait choisie l'échantillon par les objectifs de l'étude, c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui possèdent les caractéristiques que l'on veut observer. (Roger.M, 1993 :16). Selon Alain Blanchet : «Définir 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. B, 1992 : 50).

Ainsi la population cibler dans notre enquête est constitué d'un ensemble d'enfants d'âges variés qui souffrant d'un retard mental moyen, et le tableau ci-dessous récapitule les caractéristiques de notre groupe de recherche. On précise que ce tableau contient également, les prénoms de notre population d'étude que nous avons bien-évidemment changée pour l'éthique de la recherche, et pour garder l'anonymat. Il se constitue également de leur sexe ainsi que de leur âge

réel (chronologique) et l'âge mental, et enfin l'année d'insertion au sein du centre.

Tableau n°01 : Récapitulation des caractéristiques de notre population d'étude :

Prénom	Sexe	Age chronologique	Age mental (QI)	Le degré	Année d'insertion
Sonia	Féminine	12 ans	40	Moyen	2015
Syphax	Masculin	10 ans	35	Moyen	2015
Salim	Masculin	08 ans	49	Moyen	2015
Saïd	Masculin	08 ans	35	Moyen	2015
Sara	Féminine	08 ans	50	Moyen	2015

Obs01: l'âge mental des enfants cités ci-dessous nous ont été confié par le psychologue du centre.

Obs02 : les prénoms des enfants cités sont des prénoms anonymes.

- **Les critères de sélection :**

A- Critères retenue (homogénéité) :

- Ce sont tous des enfants porteurs d'une déficience intellectuelle moyenne

B- Critères non retenue :

- Le sexe : on a travaillé avec les deux sexes féminins et masculins.
- Ils font partie de classe différente, éveil 01, préparatoire 01, observation.
- L'âge chronologique est différent.

04- Les outils d'investigations :

Toute démarche de qualité nécessite au préalable le recours à des outils de recherche qui implique une grande rigueur et qui permet de recueillir le maximum d'informations sur le sujet recherché. De leur côté les psychologues utilisant plusieurs méthodes d'évaluation incluant des entretiens, des épreuves psychométriques, des échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation et des mesures physiologiques.

Et pour arriver à des résultats dans notre étude on s'est appuyé sur un entretien clinique de type semi directif effectué avec les parents des enfants ciblées, et sur une échelle appeler « Echelle Québécoise du comportement adaptatif » réaliser à laide des parents et des éducateurs mais aussi par le biais de l'observation qui représente un outil fondamental dans toute recherche scientifique et plus précisément en psychologie et qui nous à accompagné dans chaque séance.

04- 01- L'entretien clinique semi-directif :**04-01-01- Définition de l'entretien clinique :**

L'entretien clinique est une situation de communication, ou un moment de parole entre un psychologue clinicien et un patient, il est aussi appliqué par des psychiatres médecins et autres spécialistes de la santé.

L'entretien clinique et le paradigme même du travail du psychologue clinicien, il se situe dans un contexte d'aide ou de soins psychologiques, de diagnostic ou d'évaluation psychologique, ou bien de recherche clinique. L'entretien clinique est sans doute la méthode la plus fréquemment utilisées en psychologie, et un outil indispensable dans la pratique clinique.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens un peu différent, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement

psychologique d'un sujet on se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder au représentation subjective du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique.

Selon Blanchet. A : l'entretien permet d'étudier les faits dont on parle est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication). (Alain. B, 1992 :07).

Et il existe plusieurs types d'entretien clinique : un entretien directif, non directif et semi-directif et dans notre recherche nous avons utilisé ce dernier cependant qu'est ce qu'un entretien semi-directif ?

04-01-02- L'entretien semi-directif : cette technique a été développée dans les années 1950 par C.ROGERS à partir de ses expériences dans l'entretien d'aide psychothérapeutique. Ce type d'entretien est à l'inverse de l'entretien sur base d'un questionnaire. Il est « ouvert », mais temps « centré ». Il laisse la voie libre au patient pour exprimer ses idées à propos d'un thème ou d'un sujet qui lui a été proposé. L'idée consiste à ne pas imposer des questions afin de pouvoir recueillir les expressions spontanées et d'observer les comportements des patients. Néanmoins, le psychologue est là pour guider la conversation au travers de signes d'intérêts, de commentaires ou de synthèses et reformulations. C'est une technique qualitative fréquemment utilisée car elle permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. Ici le psychologue ou le chercheur pose des questions selon un protocole prévu à

l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que son patient ne se sente enfermé dans des questions. (Lenay .A, et Blason. B,: 2009,153).

Selon « Benony » et « Chahraoui », Dans ce type d'entretien, le clinicien dispos d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours.

L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. Ce type d'entretien est davantage standardisé, même si le psychologue dispose d'une certaine liberté dans l'ordre des thématiques abordées.

(Bénony.H, et chahraoui. K, 1999 :16)

04-02- L'échelle Québécoise de comportement adaptatif (EQCA) :

04-02- 01- Historique de l'échelle : Depuis plusieurs années, l'American Association on Mental Retardation (AAMR) recommande de diagnostiquer le retard mental selon la mesure du quotient intellectuel (QI) et la mesure des comportements adaptatifs.

Suite à ces recommandations, plusieurs instruments de mesure du comportement adaptatif ont vu le jour, L'Atelier québécois des professionnels sur le retard mental (AQPRM) adhère aux recommandations de l'AAMR sur la

définition du retard mental et sur le concept du comportement adaptatif, préconise de se donner un instrument de mesure du comportement adaptatif sous le nom de « L'échelle québécoise du comportement adaptatifs ». Et c'est à partir de 1993, les travaux de recherche et de développement de l'ÉQCA sont complétés par le laboratoire de recherche de l'ÉQCA, lequel relève du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (Canada). (George. M-T, et Marc. A-P, 2008 :153).

04-02-02- Définition de l'échelle :

L'échelle québécoise de comportements adaptatifs est un instrument permettant d'estimer le niveau d'adaptation des personnes chez qui l'on soupçonne la présence d'un retard mental.

L'EQCA s'adresse à des personnes âgées de trois (03) ans et plus, présentant un déficit intellectuel. Le questionnaire peut être complété par les parents, le personnel éducateur ainsi que par toute autre personne connaissant bien l'individu à évaluer. Cette échelle contient 324 items : 225 items évaluent les comportements adaptatifs et 92 items évaluent les comportements inadéquats. La section des comportements adaptatifs couvre sept sphères : autonomie, habiletés domestiques, santé et habiletés motrices, communication, habiletés préscolaire/scolaire, socialisation, et enfin les habiletés de travail. Chacune de ses sphères se subdivise en dimensions.

Il en va de même pour les comportements inadéquats, qui se subdivisent en sept dimensions, Comportements et postures stéréotypés, Comportements de retrait et d'inattention, Habitudes et comportements inacceptables, Manières interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux, Comportements sexuels inadéquats ou divergents, Comportements de violence ou d'agression, et les Comportements d'automutilation. Cette structure recouvre le champ

traditionnel des comportements adaptatifs. Cet instrument permet une classification du niveau de fonctionnement de la personne évaluée.

(Maurice. P, et al, 1993 :80)

04-02-03-La consigne de passation :

Il est important de préciser que l'Échelle québécoise de comportement adaptatif (ÉQCA) soit complétée par une personne qui connaît très bien la personne à évaluer et ce, quelque soit sa fonction (éducateur-trice, enseignante, psychologue, parent, etc.) Lorsque certaines informations ne sont pas disponibles, il est suggéré de s'informer aux personnes qui pourraient répondre à ces items afin d'augmenter la validité de l'évaluation. (Maurice. P, et al, 1993 :82)

- **Information pour remplir la page couverture :**

Il est très important de remplir toutes les sections de la page couverture et d'indiquer la date de naissance du sujet puisque sans elle on ne peut procéder à l'évaluation. En effet, les critères d'évaluation dépendent de l'âge du sujet. La case supérieure est réservée à l'information concernant la personne évaluée, alors que la case inférieure est destinée à la personne qui remplit le questionnaire. Notons que nous entendons par « milieu de vie » le type de ressource résidentielle (centre d'accueil, centre hospitalier, famille d'accueil, famille naturelle, etc.).

04-02-04- La COTATION

Le questionnaire est divisé en deux parties, chacune ayant son propre système de cotation. La cotation pour la partie du « Comportement adaptatif » repose sur la fréquence et la manière dont le comportement est émise. Pour ce qui est des « Comportements inadéquats », la cotation est réalisée en fonction de l'intensité de l'intervention nécessaire pour contrôler le comportement inadéquat en question. (Maurice. P, et al, 1993 :83).

- **PARTIE 1: COMPORTEMENT ADAPTATIF (items 1 à 225) :**

0 = NE LE FAIT PAS

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

L'ÉQCA évalue la performance du sujet et non son potentiel. On cotera donc «0» pour les items où l'on se dit «il pourrait le faire s'il le voulait». Vous devez coter «NE LE FAIT PAS» même si vous croyez le sujet capable de démontrer l'habileté alors qu'il ne le fait pas ou que d'autres le font à sa place. Par exemple, on cotera «0» à l'item 19 (Prépare des rôties) si quelqu'un le fait toujours à la place et que la personne n'émet jamais ce comportement.

On n'utilise pas la cote «NP» si la personne évaluée est considérée trop jeune ou incapable d'émettre le comportement. Vous devez également coter «NE LE FAIT PAS» si la personne présente un handicap physique ou sensoriel qui l'empêche d'émettre le comportement. Par exemple, si une personne est en chaise roulante, on cotera «0» à l'item 100 (Monte un escalier en alternant les pieds).

On n'utilisera pas la cote «NP» puisque ce n'est pas l'environnement physique qui empêche la personne d'émettre le comportement. Toutefois, on cotera «1» ou «2» pour cette même personne à l'item 184 (Est capable de se déplacer d'une pièce à l'autre d'une quelconque façon) si la personne se déplace à l'aide de sa chaise roulante.

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... Le fait mais...

La cotation «LE FAIT MAIS» réfère aux situations où la réponse ne peut franchement être «LE FAIT» ni «NE LE FAIT PAS». Cette cote pourra être utilisée lors des situations où la personne ne fait le comportement que sous stimulation verbale ou physique. Par exemple, on cotera «1» à l'item 48 (Place ses vêtements sales à l'endroit prévu à cette fin) si on doit le lui rappeler régulièrement. On cotera également «1» à l'item 100 (Monte un escalier en alternant les pieds) si on doit tenir le sujet par la main pour qu'il ne tombe pas. Cette cote est très importante pour permettre une programmation adéquate de l'intervention nécessaire suite à l'évaluation. En effet, elle permet d'identifier les comportements en émergence, soit les comportements que la personne commence à émettre sans toutefois être encore totalement autonome.

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 d'autres comportements plus complexes sont venus les remplacer. Par exemple, si un individu est capable d'exprimer au moins un mot (item 118), on prendra pour acquis qu'il est nécessairement capable d'émettre des sons ou des vocalises (item 108) même s'il ne le fait pas présentement (ou ne le fait plus). On cotera donc «2» à ce dernier item. Même si l'ÉQCA évalue la performance du sujet, il est important de considérer que certains items de la partie 1 doivent être vus dans une perspective de développement.

En effet, il est possible qu'un individu ait déjà émis certains comportements mais qu'il a maintenant dépassé ce stade et ne les émet plus. Ainsi, par exemple, l'item 13 «Est capable de manger avec ses doigts» ne doit pas être interprété comme un comportement inadéquat mais plutôt comme une étape normale du

développement de l'individu. Si l'individu évalué peut manger avec un couteau et une fourchette, on prendra pour acquis qu'il a déjà mangé avec ses doigts et l'on cotera «2» à cet item.

Voici d'autres exemples pouvant être vu dans une perspective de développement: si le sujet est capable d'exprimer au moins un mot (item 118), on cotera «2» aux items 107 (Est capable d'émettre des bruits de gorge ou des cris), 108 (Est capable d'émettre des sons ou des vocalises) et 109 (Est capable de crier pour attirer l'attention); si le sujet est très autonome dans les comportements d'alimentation, on cotera «2» à l'item 8 (Suce ou aspire la nourriture dans la cuillère); si le sujet peut marcher, on cotera «2» aux items précédents, tels que s'asseoir (item 92) et ramper (item 94) (à moins qu'un sujet en soit empêché par un handicap); si le sujet va à la toilette par lui-même et de manière complète (item 36), on cotera «2» à l'item 35 (Demande d'aller à la toilette ou s'y rend de lui-même).

Les points doivent être crédités aux sujets s'exprimant par un langage par signes ou par un tableau de communication pour les items faisant appel à l'expression verbale. Par exemple, à l'item 132 (Nomme cinq éléments d'une image lorsqu'on les pointe), on cotera «2» si le sujet peut les nommer avec un langage par signes. Toutefois, on cotera «0» à l'item 116 (Est capable de vocaliser pour répondre à d'autres personnes) si la personne évaluée est physiologiquement incapable de vocaliser.

NP = NON POSSIBLE

La cote «NP» signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement. Par exemple, on cotera «NP» à l'item 56 (Ajuste un thermostat...) si la personne évaluée vit dans un centre de réadaptation dans lequel le thermostat est sous clé et que seul le concierge y a accès. On ne peut donc pas évaluer si cette personne sait utiliser le thermostat.

Par contre, si cette personne vit en milieu familial et que le thermostat est accessible, mais qu'on ne lui laisse pas la possibilité d'ajuster la température, on cotera «0» pour cet item. En effet, l'environnement physique lui donne accès au thermostat, mais son entourage ne le lui laisse pas utiliser pour des raisons de sécurité, capacité ou autre. Toutefois, si l'on sait pertinemment que le sujet ne pourrait émettre le comportement même s'il en avait l'opportunité, on cotera «0».

La cote «NP» ne doit pas être utilisée si la personne évaluée ne peut émettre un comportement à cause de son âge ou d'un handicap physique ou sensoriel. Par exemple, on cotera «0» et non «NP» à l'item 162 (Lit un horaire de télévision...) si la personne a une cécité ou si l'enfant est trop jeune pour savoir lire. On utilisera la cote «NP» pour les items de la sphère «Habilités de travail» pour les enfants de moins de 14 ans. Pour les individus âgés entre 14 et 21 ans, on utilisera la cote «NP» s'ils vont encore à l'école et ne travaillent pas.

(Maurice. P, et al, 1993: 84/85)

- **Le niveau des comportements adaptatif :**

Selon le manuel dans la partie du comportement adaptatif il existe trois niveaux le léger, moyen et profond ainsi on identifie le niveau de ces comportement chez une personne porteuse d'une déficience mental de la façon suivante :

Tableau n°02 : Le niveau des comportements adaptatif :

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	Leger

- **PARTIE 2: COMPORTEMENTS INADÉQUATS (items 226 à 324) :**

0 = N'ÉMET PAS CE COMPORTEMENT

La cote «NP» ne s'applique pas pour les items de la partie 2 concernant les comportements inadéquats. On cotera «0» même si le sujet ne peut émettre le comportement et ce, pour quelque raison que ce soit. En effet, si le sujet ne peut émettre le comportement, aucune intervention n'est nécessaire de la part du milieu.

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 d'autres personnes de son entourage.

- **Le niveau des comportements inadéquats :**

Selon le manuel dans la partie du comportement inadéquat il existe également trois niveaux le léger, moyen et profond ainsi en identifie le niveau de ces comportement chez une personne porteuse d'une déficience mental de la façon suivante :

Tableau n°03 : Le niveau des comportements inadéquats :

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

(Maurice. P, et al, 1993 :86)

Tableau n°04 : Les sphères et dimension de la première partie de l'échelle (comportement adaptatif) :

Sphère	Questions	Libellé	Score Maximum
Autonomie	1-23	Alimentation, cuisine	46
	24-31	Hygiène	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10
	37-47	Habillage-déshabillage.	22
Habilités domestiques	48-51	Vêtements	8
	52-56	Intérieur	10
	57-62	Répartition	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
Habilités préscolaire et scolaires	142-146	Graphisme	10
	147-151	Notion de temps	10
	152-158	Mathématiques pratiques	14
	159-162	Lecture	8
	163-164	Ecriture	4
Socialisation	165-183	Interactions	38
	184-193	Déplacement	20
	194-196	Ressources communautaires	6
	197-200	Magasinage	8
	201-204	Services bancaires	8
	205-210	Loisirs	12
Habilités de travail	211-221	Habilités d'emploi et recherche d'emploi	22
	222-225	Comportements et relation interpersonnels au travail	8

Tableau n°05 : Les sphères et dimension de la deuxième partie de l'échelle comportement inadéquats :

Questions	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	Manières interpersonnelles inappropriées et comportements antisociaux	69
299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	30

(Maurice. P, et al, 1993: 87)

05- Présentation du guide d'entretien :

L'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structurée, il s'agit d'un ensemble organisé de fonction, d'opération et d'indication qui structurant l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Dans ce guide, le clinicien peut formuler la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparé, le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois, celles-ci ne doivent

pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Bénony.H, et chahraoui. K, 1999 : 69).

Le guide d'entretien représente donc un ensemble de questions, ou de thème préparé par un clinicien ou un chercheur à l'avance qui s'avère utile pour orienter et rythmer les discussions.

Dans notre recherche nous avons construit un guide d'entretien qui se compose de trente-cinq (35) questions posées aux parents des enfants, et se constitue de quatre axes et chaque axe contient un nombre particulier de questions.

Axe I : Les Renseignements sur l'enfant et la famille :

01- La fonction de la mère et du père ?

02- La situation socio-économique ?

03- Le nombre d'enfants dans la famille ?

04- Quelle est la position de cet enfant dans sa fratrie?

05- Est-ce que c'est l'unique enfant avec handicap dans sa famille ?

06- Il avait quel âge quand vous aviez su qu'il souffre d'un retard mental ? Et quel était votre réaction ?

07- Est-ce qu'il a une bonne relation avec ses frères et sœurs, et joue avec eux ?

08- Refuse-t-il de parler à des étrangers par exemple quand vous accueillez des invités chez vous est-ce qu'il s'isole dans sa chambre ou au contraire il s'intègre sans problème ?

- **Objectif de l'axe n° I :**

On à consacré huit question dans ce premier axe, dans lequel nous nous sommes intéresser sur le coté familial des enfants ciblés dans notre recherche, dans le but est de recueillir les coordonnées personnelle de l'enfant et de sa famille ainsi que sur la relation de l'enfant avec sa fratrie et les autres membres qui l'entourent.

Axe II : Les Habiletés pratiques chez l'enfant :

09- Est-ce qu'il arrive à manger seul et correctement avec les outils alimentaires ? (fourchette, cuillère...etc.)

10- en mangeant est-ce qu'il renverse les aliments ?

11- Il arrive à s'habiller et à se déshabiller seul, ou il dépend des autres ?

12- Est-ce qu'il bouge ses membres quand on l'habille?

13-Met-il ses chaussures correctement et seul ?

14- Est-ce qu'il fait sa toilette seul ?

15- L'enfant est capable de se laver et de s'essuyer le visage et les mains tout seul ?

16- Range t'il ses affaires personnelles tout seules. (Exemple : ses Vêtement dans son armoire...etc.) ?

17- Est-ce qu'il connait tous les parties de son schéma corporel?

18- Choisit-il ses vêtements selon l'occasion, l'endroit et la température ?

19- Choisit-il des vêtements dont les couleurs et les styles s'harmonisant (relier, combiner) ?

20- Recommande un vêtement lorsqu'il est déchiré, ou un objet bien particulier?

- **Objectif de l'axe n° II :**

Dans ce second axe qui se constitue de douze questions on va chercher à connaître si l'enfant a pu acquérir son autonomie, que ce soit au niveau de son alimentation, habillement, ou de son hygiène. C'est à dire que nous allons chercher à savoir si l'enfant a des capacités à s'occuper de soi-même dans la vie de tous les jours où il dépend des autres malgré la prise en charge.

Axe III : Les Habilités conceptuelle et sociale chez l'enfant :

21- Est-ce qu'il utilise le langage gestuel (non verbal) lors de son discours ou il arrive à se communiquer verbalement et à transmettre le message ?

22- Est-ce qu'il arrive à construire une phrases avec un langage simple ou il a des difficultés langagières?

23- Est ce qu'il exprime ses émotions (la peur, L'amour, la haine, la joie) envers les autres et devant tout le monde?

24- Comprend-il les consignes quand on s'adresse à lui?

25- Est-ce qu'il imite les expressions des autres ?

26- Identifie t-il les objets et les personnes par leur nom ?

27- Est-ce qu'il obéit aux lois et aux règlements, par exemple quand on lui demande de mettre ses vêtements sales dans les endroits approprié?

- **Objectif de l'axe n° III :**

Les sept questions de cette troisième partie de notre entretien vont être consacré aux habiletés conceptuelles et sociales dans l'objectifs est de découvrir à travers ces questions la capacité de l'enfant à se communiquer avec son entourage que

ce soit verbalement ou par des gestes, mais aussi pour voir si l'enfant comprend les consignes et obéit aux ordres.

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

28- Est-ce qu'il s'est déjà rendu compte qu'il est responsable d'un acte ?

29- Comment il se comporte face à des personnes étrangères qui le saluent, qui le touchent...etc. ?

30- Quel est son comportement avec les autres enfants : est-ce qu'il est agressif, nerveux ou plutôt calme ?

31- Quand vous lui donnez des activités à réaliser est-ce que vous remarquez qu'il se concentre sur le travail où il reste inhibé sans rien faire ou bien il est agité ?

32- A-t-il un objet particulier qu'il porte souvent avec lui ?

33- Frappe-t-il avec des coups de pied ou jette des objets sur une personne quand il désire quelque chose ?

34- Est-ce qu'il partage ses activités avec l'autre et demande l'aide face à une difficulté ?

35- Est-ce qu'avant la prise en charge il avait la capacité de réaliser toutes ses activités ou bien c'est grâce à la prise en charge qu'il s'est évolué ?

- **Objectif de l'axe n° IV :**

Le dernier axe de notre guide d'entretien se compose de huit questions dans le but de connaître le comportement de l'enfant vis-à-vis de ses pairs, mais aussi avec tout son entourage.

06- Le déroulement de la pratique :

Notre pratique s'est déroulée dans le centre psychopédagogique de souk-el-Tenine pour enfant retardé mental, durant une période d'un mois et demi, nous avons commencé plus précisément notre travail du 03/02/2019 jusqu'au 19/03/2019.

Avant de commencer notre recherche nous avons rencontré le responsable pédagogique du centre à qui nous avons expliqué notre thème de recherche, et notre but à travers ce travail au sein de ce centre et au prés de ses enfants. Une fois qu'on à eu l'avis favorable de la directrice du centre, le responsable pédagogique nous à orienté vers le psychologue pour nous encadrer durant la période de stage.

- Le premier jour de notre arrivée dans le terrain de recherche (le centre) on sait diriger vers le bureau du psychologue, ce dernier nous à bien accueilli et nous à accompagné pour visiter les classes pédagogiques, et pour prendre contact avec les enfants et les éducateurs, et nous à également proposé des ouvrages intéressant concernant notre thème de recherche, ainsi que l'organigramme du centre.
- Nous avons poursuivi le reste de la première semaine de ce travail, pour la pré-enquête qui s'avère être une étape capitale dans tout travail de recherche méthodologique et scientifique. On à réalisé cette étape en parallèle avec la revue de la littérature, dans le but de formuler nos hypothèses et rétrécir notre problématique de recherche. Et bien évidemment la pré-enquête nous à permis grâce a l'exploration et a l'observation de la situation clinique de recueillir des informations pertinentes sur notre population d'étude et les caractéristiques de chaque cas.

Dans cette étape on a pu cerner notre problématique de recherche qui était au départ très large et à enrichir notre questionnement. Elle nous a aussi rapporté des changements dans notre guide d'entretien où on a éliminé des questions inutiles mais aussi à en rajouter d'autres questions nécessaires pour notre recherche.

- **Ensuite durant la deuxième semaine de stage**, et une fois terminé avec la pré-enquête on a sélectionné les cas qui correspondent à notre problématique de recherche, et donc les enfants avec qui on va travailler tout au long de la recherche. Par la suite on a convoqué les parents des enfants concernés pour avoir leur consentement afin de pouvoir travailler avec ses enfants, mais aussi pour passer prochainement un entretien avec eux, dans l'intention est de recueillir plus d'informations sur l'enfant, et qui vont nous aider dans notre recherche, dans le but de répondre à notre thématique de départ. Ensuite une fois qu'on a eu le consentement des parents, nous avons commencé avec l'observation de nos cas dans les classes durant leur activité, dans la cour, et dans la cantine, et même lors des séances de danse et de sport dans la salle de jeux...etc. d'ailleurs l'observation était un outil toujours présent tout au long de notre recherche.
- **La semaine du 17 jusqu'au 21 février** a été consacrée aux entretiens avec les parents d'enfants ciblées, De plus on leur a donné le choix de la langue pour répondre à nos questions.

06-01- La passation des entretiens :

Quand on a vu pour la toute première fois les parents de notre population d'étude, et après avoir eu leur consentement on leur a expliqué qu'ils vont passer prochainement dans les séances à suivre avec nous un entretien, tout on leur expliquant le but de ce dernier. Ainsi après avoir eu le consentement des

parents et après avoir entamé notre travail avec leurs enfants, il était temps de les convoquer une autre fois, afin de passer avec eux un entretien semi-directif. Entre temps nous avons réalisé un guide d'entretien qui se constitue de 35 questions qui vont nous aider à répondre à notre thématique de départ. Toutefois les entretiens ont été réalisés dans le bureau du psychologue et on a remarqué que tous les parents étaient à l'aise durant la passation de ces entretiens, ils n'ont pas manifesté des refus pour répondre à nos questions concernant leurs enfants, au contraire malgré que c'est dur pour eux mais ils nous ont donné des réponses claires et nettes. Ainsi le choix des parents pour la langue française nous a énormément facilité le travail et rarement où j'ai expliqué des mots ou des phrases en langue maternelle des parents que ce soit en kabyle ou en arabe.

06-02- La Passation de l'échelle :

Dans les trois semaines qui ont suivi après la passation des entretiens avec les parents, et une fois qu'on a recueilli les informations nécessaires grâce à l'observation, et à l'aide d'un entretien semi-directif élaboré à l'avance avec les parents, et le témoignage des éducateurs, ainsi que celui du psychologue du centre, on s'est appuyé sur une échelle qui correspond à notre thème de recherche appelé « L'échelle Québécoise du Comportement Adaptatif ». Dans le but est non seulement de découvrir le degré des comportements chez ses enfants mais aussi pour recueillir des informations sur notre thématique et pour répondre à notre question de départ, et pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses.

La passation de l'échelle a pris énormément de temps et en la lisant nous avons remarqué que certains comportements ne peuvent pas être observés au sein du centre, c'est pour cela qu'on a profité de les poser aux parents lors de l'entretien, car ils concernent beaucoup plus l'enfant à la maison comme par exemple : Placer ses vêtements sales à l'endroit prévu à cette fin, Saluer une

personne qu'il connaît, marche sur le trottoir, identifie les personnes de son entourage par leur nom,...etc. Tandis que plusieurs autres item de cet échelle on les à réaliser sur place avec l'enfant concerner que ce soit on classe ou dans un autre endroit au sein du centre à titre d'exemple en classe concernant les habiletés préscolaires, on donne à l'enfant un stylo on observe tout d'abord s'il arrive à tenir le stylo pour voir s'il a développer sa motricité fine et s'il est capable de tracer des traits qui sont des comportements très difficile pour un enfant retardé mentalement. On à également observer les enfants dans la salle d'eau pour voir s'ils ont acquit les comportements d'autonomie au niveau de l'hygiène c'est-à-dire s'ils arrivent à rester assis sur la toilette même si on les laisse seul, à se laver seul, et même à l'heure du déjeuner on à pu répondre à divers questions au niveau de l'alimentation.

Alors que d'autres comportements on à eu leur réponse à travers des activités réaliser en classe avec les éducateurs, tout on demandant par ses derniers à l'enfant de nous montré par exemple quelque membres de son schéma corporelle en face du miroir, de nous montré dans le mur de la classe une couleur particulière, d'écrire des lettre en arabe dans une ardoise, de compter jusqu'à vingt, et de nombreuses autres comportements. Nous avons donc pu remplir notre échelle, à partir de nos propres observations, et la part la plus importante revient aux éducateurs et au psychologue du centre, vu que ses enfants passant la plus part de leur temps au sein du centre.

➤ **Synthèse :**

Il est nécessaire de préciser qu'il ne ya pas de travail scientifique sans méthodologie, sans outils méthodologiques. Et à partir de cette recherche on à pu comprendre que la méthodologie est un ensemble de règles et de moyens à suivre pour atteindre un objectif donné. C'est aussi et surtout l'ensemble des procédés, des techniques que le chercheur utilise pour mener son enquête et

collecter les données nécessaires à la recherche, ses règles et techniques de recherche sont des étapes très importante, est indispensable pour une meilleure planification et organisation.

La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigation ainsi que l'analyse des données recueillies, elle assure l'organisation et la planification de notre recherche portée sur « le comportement adaptatif chez les enfants en situation de retard mental » afin de vérifier les hypothèses élaborées au début de notre recherche.

En synthétise également que l'enquête est une étape cruciale qui Vient, immédiatement après la pré-enquête, elle nous permet de recueillir des données sur le sujet rechercher d'une manière générale. L'enquête tend à révéler les liens existant entre des variables pris en compte ou manipuler et les réponses des enquêtés.

Chapitre V: **Présentation, Analyse et discussion des résultats**

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter les cinq cas concernés par notre recherche puis on va exposer les données des entretiens et les résultats que nous avons obtenus dans l'échelle Québécoise du comportement adaptatif que nous avons utilisé, puis une synthèse sur les cinq cas. Pour pouvoir ensuite discuter les résultats et vérifier nos hypothèses.

I- Présentation des cas :

I-1-1- la présentation du cas n°01 : « Sonia »

Sonia est une fille âgée de 12 ans, elle est issue d'une famille qui se compose de trois sœurs, elle est la plus jeune dans sa famille et parmi sa fratrie, Sonia a été intégrée dans le centre des inadaptés mentaux de souk-el Tenine en 2015 quand elle avait l'âge de huit ans.

Sonia est actuellement dans la classe préparatoire 01, elle a un niveau moyen par rapport à ses camarades, et d'après le psychologue du centre le QI de cette jeune fille est à 40, elle est porteuse d'une trisomie 21 avec une déficience mentale moyenne. La maman de Sonia est une femme au foyer et son père travaille comme un commerçant, et leur niveau socioéconomique est moyen.

I-1-2- Les données de l'entretien :

Axe I : Les renseignements sur l'enfant et la famille :

On précise que dans cet entretien, on a pu rencontrer uniquement la maman de Sonia car le papa avait des occupations, on a donc commencé avec nos questions une fois qu'on a terminé de lui expliquer notre objectif.

on a invité la mère de Sonia à s'asseoir et à se mettre à l'aise et ensuite de nous parler sur ses enfants pour savoir si Sonia est l'unique fille avec handicap, et

nous explique clairement que sa fille est la seule qui souffre d'une pathologie dans la famille, et la seule parmi ses sœurs qui représente ce genre de problème. La maman rajoute que son enfant dès son plus jeune âge elle n'a pas eu un développement normal comme ses sœurs, mais elle ne l'a pas remarqué précocement vu qu'elle reste la plus part de son temps avec sa grande sœur, qui aider sa maman dans l'éducation de Sonia, car elle à eu un accouchement par césarienne, mais vers les quarante jours de sa naissance, et quand le pédiatre l'a vu il à soupçonné une trisomie mais il n'était pas sûr. Et vers un an Sonia avait toujours une petite taille comme si elle ne grandissait pas disais sa maman, elle avait une nuque plate, un visage plat, des yeux bridés...etc. L'essentiel tous les traits faciaux de la jeune fille en démontrer à la maman ce dont elle avait peur, en me disant « la question que je me posais depuis qu'elle avait quarante jours c'est est-ce que vraiment elle va être une fille trisomique ? Et vu ses traits, même avant de voir un médecin je le savais, j'étais sous le choc mais aussi énervé envers mon médecin qui ne me la pas dit quand j'étais enceinte » sa réaction c'est donc transformer en nerfs vers son gynécologue, elle était furieuse contre lui, mais depuis la famille de Sonia l'ont pris en charge et l'ont jamais laissé. Et cette trisomie est due au lien familial des deux parents qui sont des cousins (lien consanguin).

Une fois grandi, Sonia est devenue une fille très gentille calme, timide, très hésitante...etc. Elle aime jouer avec ses sœur, elle obéit à ce que sa famille lui demande de faire, mais des fois elle n'aime pas quand on lui donne des ordres, c'est aussi une fille qui entretient une bonne relation avec tout le monde. Certes elle est un enfant timide mais quand elle voit de nouveau visage à la maison elle ne s'isole pas, au contraire elle les salue, et ne trouve pas de problème à souriez à tout le monde mais actuellement disais sa maman « Sonia est très gentil et sociable avec tout le monde, sens seul et unique problème c'est le langage elle ne parle pas correctement, et la plupart des gens qui nous entourent lui

rapprochant cela en lui disant pourquoi en te comprends pas, il faut apprendre à parler correctement et cela la vexé énormément et je la sens qu'elle perd confiance en elle ». Mais aussi on a remarqué que le fait que cet enfant ne parle pas correctement, c'est-à-dire qu'elle a un manque au niveau du langage, elle se rapproche vers la personne à qui elle s'adresse et lui parle près du visage, car pour elle ce rapprochement va aider l'autre à la comprendre.

Axe II : Les Habiletés pratique chez l'enfant :

D'après la maman de Sonia, cette dernière comme tout enfant atteint de retard mental représente plusieurs difficultés dans la vie quotidienne, même si depuis son bas d'âge elle lui on appris le minimum pour qu'elle puisse être autonome. On a donc pu comprendre à travers les réponses de cette maman que sa fille mange seul et tient les outils alimentaires correctement, et elle s'est bien quand est-ce qu'on utilise une fourchette ou une cuillère, mais même si elle mange seul elle salit la table, ses vêtements et dès qu'elle se rend compte, sa famille la sens gêné, paniquer.

Et pour ce qui concerne les vêtements Sonia est une fille qui aime s'habiller elle demande à chaque fois qu'elle passe devant une vitrine d'une boutique de lui acheter quelque choses, que ses vêtements soyons déchirer ou pas, elle aime en avoir et si par exemple il y a une fête dans la famille elle insiste de mettre une robe, elle fait donc une différence entre les vêtements selon l'occasion mais aussi selon la température, sa mère nous disait que sa fille à chaque fois qu'elle à froid ou chaud dans ses habits elle le réclame, en précisant cela dans cette phrases « quand ma fille à froid ou chaud elle l'exprime à sa manière, ou je dirais comme un enfant de quatre ans vu ses difficultés de langage soit elle nous dit (ma) c'est-à-dire que j'ai chaud ou (mit) c'est-à-dire que j'ai froid, mais elle part jamais s'habiller ou ce déshabiller seul, elle demande toujours de l'aide et bouge un peu ses membres quand en l'aide elle est jamais inhiber au contraire »

on remarque à travers le discours de cette maman que Sonia fait la différence entre les habits d'une cérémonie particulière et ceux de tous les jours, mais aussi elle recommande dès qu'elle en a besoin.

Et actuellement pour le sujet de la toilette elle ne demande jamais de l'aide, mais quand elle était plus jeune elle demandait à un membre de la famille qu'elle avait besoin d'aller aux toilettes, mais en ce moment elle part toute seule et la fait toute seule mais sa maman me rajoute un détail en me disant « même si je la laisse partir aux toilettes seule mais dès qu'elle sort, je l'interpelle et je la nettoie à nouveau, car ses mains sont un peu sales elle n'arrive pas à ouvrir le robinet ou à s'essuyer correctement » on comprend que la maman de Sonia met sa fille à l'épreuve et la laisse faire les tâches quotidiennes pour être responsable, mais aussi pour ne pas se sentir différente du reste du monde de la maison.

Axe III : Les Habilités conceptuelles et sociales chez l'enfant :

A propos du langage et de la communication, comme on l'a déjà évoqué Sonia est une fille sociable elle aime jouer avec les autres et même si elle a de grandes difficultés dans le langage elle arrive à transmettre le message à l'aide des gestes que ce soit à la maison ou dans un autre endroit.

Pour ce qui a trait de la capacité de cet enfant à construire une phrase que ce soit simple ou complexe sa maman nous répond ainsi « ma fille est capable de le faire, d'ailleurs quand elle a faim elle le dit, quand elle a soif, froid, des choses simples elle les demande, mais à part ça elle ne peut pas faire plus, et ces paroles sont un peu difficiles à comprendre on dirait un bébé qui commence à parler, et déjà nous comme famille on attend pas un discours avec des arguments de la part d'un enfant trisomique pour être franche avec vous, mais aussi en aurait aimé et on se dit toujours dieu merci bien-sûr ». On articule cette question avec une autre dans le but de connaître, ce dont cette enfant exprime, et ressens envers les autres, et si elle comprend les consignes...etc. la maman témoigne sur

ce point ainsi « ma fille comprends la majorité de ce qu'on lui demande, et elle est consciente qu'elle s'appelle Sonia est dès qu'on l'interpelle elle vient vers nous, si elle est triste cela se voit directement sur son visage, mais elle ne l'exprime pas et si elle veut par exemple me dire je t'aime au tu ma manque elle le dit souvent, mais je la sens très timide et aussi gentil ».

On rajoute à la maman deux autre questions pour clôturer cette axe d'entretien, mais aussi pour savoir si Sonia imite les expressions qui circulant autour d'elle et si elle connaît toutes les personnes qui l'entourent par leur nom ? La mère de Sonia bouge la tête et prends un souffle et commence à parler « Sonia ma fille ne connais pas tout le monde pour que je sois honnête avec vous, mais elle connaît ses sœur, son papa, ses grands parents, les autres des fois elle les oublie et pour le sujet des imitations oui elle imite les geste plus que les paroles, et avant je me souviens elle répète le mot bébé car tout le monde lui appeler bébé ensuite avec la prise en charge elle l'oublie » on remarque que dans ce sujet là maman n'a pas beaucoup parler mais on obtient comme information que Sonia ne connais presque toutes les personnes qui l'entoure et pour limitation elle imite les geste plus que les paroles.

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

Comme on peut le constater d'après le discours de la maman dans les questions précédentes Sonia est une fille calme, gentil, timide...etc. et pour ce qui ait du comportement sa maman nous précise durant l'entretien, qu'avec les gens elle n'a jamais été agressive ou par exemple elle jette des objets, frappe les autres, elle ne fait jamais ce genre de comportement. Uniquement des fois préciser encoure sa maman « avec ses sœur elle se tapant, mais on ne peut pas considérer cela comme de l'agressivité, et même avec d'autre enfants que ce soit ceux de la famille ou ceux des voisins elle est gentil avec eux, le seul point négatif de Sonia c'est qu'elle est très nerveuse et elle n'aime pas partager ces objets, et elle

ne rend pas les objets des autres, des fois elle bouge la tête et la main et cela me gêne surtout à la présence des autres, et d'ailleurs son objet préféré est une poupée et elle ait très attaché à elle ». Malgré tous ces points positifs de Sonia, mais on découvre que c'est une fille qui s'énerve rapidement et souvent en classe quand elle fait une crise de nerfs elle déchire son cahier. On remarque également un autre point à partir du discours de la maman que sa fille n'aime pas partager ses jouets mais aussi elle ne rend pas les objets des autres.

Concernent le centre la maman répond « je dirais oui ils ont contribué énormément à l'évolution de ma fille dans tout ce qui ait de la socialisation, l'autonomie...etc. car grâce à la prise en charge Sonia à plus de confiance à parler aux gens de les saluer de souriez à leurs visage de ne pas avoir peur, alors qu'avant de rentrer au centre elle refuser de s'intégrer dans un groupe, de sortir pour jouer avec les enfants du village, mais actuellement elle est devenue même amis avec certains, et pour ce qui est de l'autonomie c'est aussi la même chose, avant malgré qu'on lui apprend à se laver, à s'habiller beaucoup plus, mais à connaître son schéma corporel c'est grâce au centre qu'elle à réussie à connaître toutes les parties de son corps est dès qu'elle rentre à la maison elle se regarde en face du miroir elle répète ce dont on lui à appris en classe, et même pour le manque de confiance qu'elle avait quand les gens la critiquant, elle représente aussi certains geste quand elle marche elle bouger les mains, elle marche sur la point des pieds, mais là c'est mieux ». On comprend que grâce à la prise en charge le cas de Sonia à évolué par rapport à avant, elle est devenu plus autonome, et sociable et la prise en charge l'aide à diminuer les points négatifs.

I-1-3-Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif appliquée sur l'enfant « Sonia » :

Tableau n°06 : Résultats de la sphère de l'autonomie.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	21	46
	24-31	Hygiène	10	16
	32-36	Utilisation de la toilette	08	10
	37-47	Habillage-déshabillage	15	22
			54	94

D'après ces résultats on peut constater que Sonia est une fille qui arrive à s'occuper d'elle durant la vie de tous les jours, pas forcément d'une façon complète mais au moins elle essaie de manger seul, elle accepte tout les aliments que ce soit en purée ou dur, elle bouge la langue et les lèvres quand elle prend un aliment, c'est-à-dire qu'elle essaie de le rendre plus facile à fin de l'avaler doucement, elle prend aussi des bouchées de taille approprié et même si elle renverse sur la table ou sur ses vêtements sa famille est souvent à coté d'elle pour l'encourager à devenir plus indépendante.

Les résultats montrant également que Sonia connait son schéma corporel car dès qu'on lui demande de présenter ses mains et sa figure lorsqu'on lui lave elle le fait, mais aussi de présenter ses bras et ses jambes lorsqu'on l'essuie elle ne trouve pas de difficultés à le faire. Et concernant ces résultats au niveau de la toilette elle à pu obtenir huit sur dix car Sonia est un enfant qui demande à un membre de sa famille ou même dans le centre à son éducateur d'aller au toilette pour faire ses besoins, et vu ces difficultés de langage qu'on ne comprends pas bien elle démontre plusieurs habileté nécessaires pour aller aux toilettes, et pour que l'autre puisse la comprendre. Pour le dernier sujet dans ce tableau concernant l'habillage et le déshabillage, Sonia à obtenu un score de quinze point sur vingt deux, ce qui fait que celle-ci à un niveau moyen car comme on

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

l'a déjà évoqué Sonia bouge ses membres pour aider la personne qui l'habille, et même en classe c'est ce qu'elle réalise également quand on lui met sa blouse.

Tableau n°07 : Résultats de la sphère des habiletés domestiques.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtement	05	08
	52-56	Intérieur	05	10
	57-62	Réparation	04	12
	63-65	Sécurité	04	06
	66-67	Extérieur	02	04
			20	40

Pour ce qui concerne les habiletés domestiques Sonia a également obtenu un niveau moyen, cette fille a la capacité de mettre en place les vêtements qui sont sales dans les endroits appropriés à cette tâche, elle arrive également à ranger ses vêtements est à s'habiller correctement, et bien évidemment en remarque que tout ces habiletés en été acquis grâce aux efforts fournis par sa famille, mais aussi grâce au centre spécialisé qu'elle fréquente chaque jour d'où elle a appris toutes ces habiletés, d'ailleurs on a remarqué cela en classe dès qu'elle a un déchet elle part le mettre dans la poubelle, des fois par l'ordre de son éducateur et des fois c'est elle qui se rend compte qu'il faut le mettre dans l'endroit approprié, et plusieurs autres comportements.

Tableau n° 08 : Résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	03	16
	76-91	Motricité fine	24	32
	92-106	Motricité globale	12	30

39	78
-----------	-----------

En arrivant au sujet de la santé, les résultats obtenus sont également moyennes **39/78**, comme on peut le constater Sonia, accepte souvent dès que nécessaire de prendre ses médicaments elle ne démontre aucun refus, mais elle ne prend jamais ses médicaments seule. Et concernant la motricité fine Sonia comme on la déjà cité elle à des mains un peut plates vu sa trisomie c'est pour cela qu'elle trouve un peu de difficulté à tourner les pages d'un livre à prendre de petit morceau de pain ou de petits objets, à tourner la clé d'une porte mais elle essaie en prennent plus de temps et à plusieurs tentatives, et si on la compare à avant la prise en charge sa motricité fine à énormément évolué. Tandis que dans la motricité globale, Sonia à la capacité de marcher sans aide, de monter des escaliers...etc. Mais d'après les résultats de l'échelle et nos propres observations elle ne peut pas adopter certains position, et de sauter avec une seul jambe.

Tableau n°09 : Résultats de la sphère de communication.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	23	32
	123-130	Réception	13	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	07	22
			43	70

Les résultats dans la sphère de la communication montrant que Sonia est une fille que malgré ses difficultés au niveau du langage elle donne tout ce qu'elle peut pour transmettre le message que ce soit par des gestes, des mimiques, elle se déplace même vers l'objet ou l'endroit dont elle explique pour que l'autre y la capacité de comprendre son message. Elle est aussi capable de répondre à son entourage par des sons, et quand on l'interpelle par son nom elle s'est bien qu'il s'agit d'elle, Sonia est aussi consciente de ce qui se passe autour d'elle même

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

s'il ne peut pas expliquer le fait, mais elle arrive à le comprendre par exemple si une ambulance passe devant le centre, le son attire son attention elle se retourne pour voir, et elle va s'exprimer avec des gestes qu'il y a quelque chose qui se passe, elle se rend donc compte malgré la déficience.

Tableau n°10 : Résultats de la sphère des Habiletés préscolaire et scolaire.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et scolaires	142-146	Graphisme	00	10
	147-151	Notion de temps	02	10
	152-158	Mathématiques pratiques	01	14
	159-162	Lecture	02	08
	163-164	Ecriture	00	04
			05	46

A partir des résultats obtenus on constate que le score de Sonia est faible concernant le graphisme elle n'écrit pas, elle ne dessine pas même si on lui met un exemple devant elle, mais par contre elle connaît Cinq couleurs d'après ce que j'ai vu en classe. Elle apprécie aussi qu'est-ce qu'un carré et un triangle en langue arabe bien sûr, elle arrive également à colorier mais pas à couper le papier avec un ciseau, elle peut compter jusqu'à vingt mais des fois elle lui faut l'aide de son éducateur, ce dernier a réussi à montrer chez cette fille tout ses habiletés grâce à des encouragements et plusieurs autres techniques.

Tableau n°11 : Résultats de la sphère de la socialisation.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	25	38
	184-193	Déplacements	09	20
	194-196	Ressources communautaires	00	06
	197-200	Magasinage	00	
	201-204	Services bancaires	00	08
	205-210	Loisirs	05	12

Dans cette échelle et dans la partie de la socialisation Sonia a obtenu un score de **39/92** qui est une note moyenne, car si en parle d'interaction Sonia Réagit lorsqu'on lui donne la main ou lorsqu'on lui tend les bras, elle établit aussi le contact visuel, sourit lorsqu'on lui sourit, manipule un jouet ou un objet...etc. Elle interagit avec son entourage et avec ses pairs dans le centre, elle ne trouve pas de difficultés à jouer avec tout le monde, elle participe activement aux activités, et pour le déplacement par exemple à l'intérieur du centre elle se déplace facilement elle connaît sa classe parmi tout les autres classes, elle connaît le coin des toilettes celui de la cantine et autres, mais pour rentrer toute seule à la maison où aller faire des courses elle est incapable.

Concernant les résultats des ressources communautaires, magasinage et services bancaire, nous avons coté zéro vue que les parents de Sonia ne la laissant jamais faire ce genre de comportement.

Tableau n°12 : Résultats de la sphère des habiletés de travail.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			00	30

En arrivant aux Habileté de travail en précise que dans l'échelle québécoise du comportement adaptatif pour les enfants de moins de 14 ans on coche non possible « NP » et cela signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 01 à 07 : 200/ 450 »

Tableau n° 13 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	08	24
	234-241	Comportement de Retrait et d'inattention	05	24
	242-275	Habitudes et Comportements inacceptables	08	102
	276-298	Comportements Antisociaux	05	69
	299-308	Comportement sexuels inadéquat	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	05	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			31	297

Les résultat de cette échelle se terminant par la sphère des comportement inadéquat qui montrent que Sonia manifeste certains comportements inapproprié, mais sans que sa soit agressif, certes elle manifeste quelques comportement de stéréotypie comme par exemple bouger la tête mais d'une façon léger, des fois elle bouge la main constamment mais ça ne demande pas vraiment une intervention de la part de son environnement, on remarque également à travers ses résultats que Sonia est une fille qui s'énerve rapidement et utilise quelques comportement inadéquat mais toujours d'une façon léger, c'est-à-dire qu'elle ne les manifeste pas tout le temps, mais aussi suite à la prise en charge cette fille a pu s'en débarrasser ou bien d'éliminer ce genre de conduite. Alors qu'avant la prise en charge ils étaient gênant pour son milieu de vie et ils étaient encours plus profond.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 226 à 324: 31/297»

➤ **Synthèse sur le cas n°01 « Sonia » :**

D'après les résultats de l'échelle, et de nos propres observations ainsi qu'à travers notre rencontre avec la maman de Sonia on peut résumer que cette dernière représente une trisomie 21 dû à un mariage consanguin, ce qui à causé un retard mental moyen chez cette jeune fille. Et on constate également qu'elle à un comportement adaptatif moyen par rapport à des enfants qui souffrent de la même pathologie qu'elle, et cela grâce à la prise en charge au sein du centre psychopédagogique quelle suit depuis l'âge de 08 ans, mais aussi aux efforts de sa famille, ainsi que la volonté de Sonia de vouloir être de mieux en mieux. On peut rajouter également que Sonia est une fille gentil, timide, et respectueuse malgré sa déficience.

I-2-1- présentation du cas n°02 : « Syphax »

Syphax est un jeune garçon âgé de 10 ans, il souffre d'un retard mental moyen, son QI est d'environ 35, il est dans la classe « d'éveil 01 », il a été intégré dans le centre psychopédagogique de Souk-El-Tenine en 2015 vers l'âge de quatre ans et demi, et il à Cinq sœur. C'est l'unique garçon et le plus petit de la maison et actuellement il vit avec ses parents, son père travaille dans la direction générale de la santé et sa maman est une femme au foyer, leur niveau socio-économique est moyen.

I-2-2 Les données de l'entretien :

Axe I : Les renseignements sur l'enfant et la famille :

on commence notre entretien avec le père de Syphax, et nous confie qu'il est l'unique enfant dans sa famille avec handicap, ce dernier est né normal et il s'est évolué normal mais vers le dix-septième mois il à fait un accident ischémique transitoire (AIT), d'une façon brutale ce qui à causer chez Syphax une épilepsie et cette dernier à créer bien évidemment un retard mental moyen, associée à une

brève perte de la vue et avant disait son père « il était normal il se développer comme tous les enfants sans problème et sans difficulté, mais dès le dix-septième mois il à fait un AIT, et il nous faisait une crise d'épilepsie mais avec de grands intervalles, c'est-à-dire qu'actuellement par exemple ça fait plus de trois mois depuis qu'il à manifesté une crise».

Comme tous les parents ils ont senti de la tristesse et ils était sous le choc disait le papa de Syphax « depuis notre mariage on voulait avoir des enfants et surtout moi je rêvais d'avoir un garçon, du coup en à eu cinq filles dieu merci oui, mais je voulait toujours un garçon car je me voyais avec lui et au tout début notre réaction était le choc, la tristesse je dirais, mais ensuite on l'a accepté car c'est le destin et on peut rien faire, mais aussi pour s'occuper de lui car il à besoin de nous au lieu de se plaindre» donc on comprend qu'au début quand Syphax est né ses parents étaient contents, car leur rêve s'est réalisé mais le fait de savoir qu'il souffre d'une déficience ils étaient sous le choc.

Syphax est très aimé par ses sœur et lui aussi il les aime beaucoup de son coté, il joue avec eux et il entretient une bonne relation avec tous ses sœurs, mais des fois il change d'humeur sans raisons. Et avec d'autres personne nous préciser son papa. Ce dernier nous rajoute également que son fils est très timide mais malgré cela il arrive à construire une phrases et à maintenir une court conversation avec une autre personne, et s'ils accueillant des invités il ne s'éloigne pas d'eux il les regarde seulement, en même temps il ne s'approche pas deux jusqu'à ce que eux même part vers lui et le saluant ensuite il reste tranquillement et calmement.

Axe II : Les Habiletés pratiques chez l'enfant :

Syphax est un enfant qui arrive à manger seul depuis l'âge de sept ans, ça à pris du temps certes mais il arrive à le faire tout de même , il est par contre très long dans toutes ces actes et l'alimentation en fait partie, de plus que ce soit à la

maison ou au niveau du centre ils lui donnant uniquement un verre, et une cuillère, pour s'en servir quand il mange, autres choses c'est sa famille ou l'éducatrice qui le fait à sa place. D'après son papa « Syphax utilise la cuiller et le verre pour manger, on ne le laisse pas utiliser la fourchette et le couteau car on à peur qu'il se blesse, vu qu'il ne connaît pas le danger, on lui coupe donc tous les aliments, et on lui demande de manger soit avec ses mains si nécessaire ou par la cuillère pour les aliments en purée, mais malgré cela il renverse un peu »

Pour les habits on ne peut pas dire qu'il arrive à s'habiller seul et à se déshabiller correctement mais il essaye, il peut le faire avec de l'orientation et un peu d'aide par exemple en classe il arrive à mettre sa blouse et fermer ses boutons il arrive également à l'enlever, et cela grâce à la guidances et à l'encouragement de son éducatrice lorsqu'il réussit à le faire. Et même son père nous rapporte que son fils « arrive à s'habiller à moitié c'est-à-dire si on va lui mettre un pull il va tendre ses mains, bouger un peu pour aider la personne qui l'habille. Si c'est une chemise il va la mettre seul, même s'il va mettre les boutons un peu faux mais il se débrouille, par-contre les chaussures non il ne peut pas ». D'ailleurs Syphax connaît presque tous son schéma corporel et rarement où il fait des fautes, et cela grâce à son intégration au centre précocement, c'est-à-dire il a été pris en charge précocement.

Alors que la toilette, n'est pas aussi facile que l'habillement pour Syphax il trouve des difficultés dans la toilette, il ne l'a fait pas correctement il a souvent besoin d'aide mais aussi quand il en a besoin il le demande à ses proches, et si on ne comprend pas il réalise des gestes signifiant qu'il en a envie de faire ses besoins. Et cela nous a été rapporté par son papa « sa toilette ils ne l'a fait pas complet mais il part tout seul si on est loin de lui ou non présent, et si on part avec lui on le place puis on le laisse dans les toilettes tout seul jusqu'à ce qu'il termine, sa mère ou moi rentrant pour lui laver, et si on n'est pas là il nous appelle pour lui changer car des fois il salit son corps ou même ses vêtements, mais on le trouve

toujours qu'on même il essaie de se laver et de rincer l'eau». On comprend que Syphax informe ses parents quand il veut aller aux toilettes, mais s'ils ne sont pas dans la même pièce que lui, il rentre faire ses besoins il essaie de se laver puis il interpelle ses parents pour l'aider encore plus.

Syphax range ses affaires et ses vêtements tout seul mais uniquement quand on lui demande de le faire c'est-à-dire après un ordre, sinon de sa propre volonté il n'y pense même pas, et il reconnaît tous ses affaires que ce soit des vêtements ou des jouets ou autre, et les place à l'endroit prévu, et s'il désire des vêtements ou des objets il le demande constamment surtout à ses sœur beaucoup plus que ses parents, et s'il est déchiré il l'enlève et demande à sa maman de le jeter et c'est la même chose pour un objet s'il se casse il doit voir sa maman le mettre dans la poubelle. Et pour l'hygiène il se lave et se savonne les mains et le visage seul sans problème il demande directement après la serviette pour s'essuyer.

Axe III : Les Habilités conceptuelles et sociales chez l'enfant :

En parlant du langage Syphax utilise le langage verbale et non verbale, s'il n'arrive pas à transmettre son message il essaye avec les gestes jusqu'à ce qu'il arrive à être compris par l'autre c'est-à-dire à transmettre son message. Il arrive donc à construire une phrase simple ou à répondre par un seul mot uniquement, mais quand il s'agit des sentiments il s'exprime souvent sans difficulté et sans problème devant tout le monde que ce soit la famille ou en classe malgré sa timidité son père disait que Syphax « même s'il est très timide face à un groupe il reste sociable. Et s'il ressent quelque chose pour autrui que ce soit de l'amour ou de la haine ou autre, il l'exprime et s'il est triste il l'exprime également et des fois je me dis est-ce que vraiment il est malade !!! ». On comprend que le papa ainsi que sa famille n'arrivant pas à croire que Syphax porte une déficience vu ses capacités, et on découvre aussi que cet enfant est très timide face à un groupe de personnes mais il arrive tout de même à être un enfant sociable malgré cela.

Certes Syphax est un enfant timide, calme, gentil, et ils obéie à ce qu'on lui demande, il comprend également les consignes, mais des fois il n'arrive pas à comprendre car c'est des phrases complexe pour lui, dans ce cas il reste inhibé dans sa place et nous regarde c'est sa façon pour dire qu'il na pas compris. C'est aussi un enfant qui répond et nous regardent quand on l'interpelle sur son nom et se déplace vers nous. Mais il na pas acquit pour le moment la notion de responsabilité, des fois nous expliquer son papa « il est conscient de certains actes mais pas toujours, s'il casse un objet à la maison et on la vu il peut aller vers sa maman et lui dire je m'excuse c'est moi qui à fait ça ou ça, mais il ne sait pas vraiment qu'est ce que la responsabilité vu son âge mental ».

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

Face à des personnes qui le saluant comme on l'a déjà évoqué, Syphax est un jeune garçon qui ne présente pas d'énormes difficultés au niveau du langage, il arrive à saluer les autres à construire une phrase simple, mais aussi à comprendre les consignes. Donc face aux personnes qui le saluant il leur rend le salue de sont côté il les regarde en face, et si on le touche dans la tête il n'aime pas il va directement bouger et mettre sa main dans sa tête et se caresser en se baissant tout bas, alors que si on le touche dans un autre endroit du corps il ne réagit pas il nous fait uniquement un sourire. Et même avec les enfants de sa classe ou de la famille il n'est pas du tout agressive il aime jouer avec eux calmement.

Le papa de Syphax nous rajoute « mon fils lorsqu'on lui donne une activité à la maison puisqu'il oublie un peu et l'éducatrice nous à demandé de l'aider plus à la maison, il prend énormément de temps vu son état il n'est pas du tout agité au contraire il ne bouge pas, jusqu'à ce qu'il à besoin d'aide dans une activité particulière puis il demande l'aide, et tout sa grâce au travail fourni au centre, car nous on est souvent occupé ». On à pu comprendre à partir de ce discours que Syphax ne mémorise pas ce qu'on lui apprend au centre c'est pour cela que

l'éducatrice à conseiller les parents de Syphax de lui faire des activités similaires à ceux qu'ils font en classe à chaque fois à la maison.

Avant d'une année il aimait le ballon et il voulait le prendre là où il part du coup ses parents lui ont acheté un en plastique qu'il prend avec lui là où il va même en classe, ensuite il a remarqué qu'au centre il devait mettre sa blouse, colorier, dessiner, aller manger, sortir, il a donc senti de lui-même qu'il ne pouvait pas faire plusieurs choses en même temps, c'est ainsi qu'il le prend plus avec lui mais à la maison il s'attache énormément à cet objet, cela est réalisé également par limitation c'est à dire expliquer son père « Syphax voyait les autres enfants sans aucun objet dans la main et son éducatrice lui répéter souvent que tous les enfants viennent sans objet particulier c'est donc avec le temps qu'il a pu se priver de ce ballon ».

Avant que Syphax intègre le centre disait son père « il connaissait pratiquement rien car même si sa maman faisait des efforts et lui apprenait des choses, mais y avait pas assez de moyens c'est insuffisant pour notre fils. Comme les testes, pour l'aider à comprendre son état savoir d'où commencé, que faire avec lui et dès que le centre a ouvert ses portes nous avons décidé de l'inscrire, pour qu'il puisse apprendre et à se développer avec des enfants qui souffrent de la même pathologie, et jusqu'à présente grâce à la prise en charge il a pu apprendre énormément de choses, et même les conduites qui ne sont pas appropriées ils ont diminué car avant et même actuellement ils répètent le mot bacalo qui nous dérange énormément, aussi concernant sa salive avant il jouait souvent avec mais la cava mieux et avant la prise en charge c'était tous les jours mais là au moins c'est une fois par hasard ».

I-2-3-Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le cas « Syphax » :

Tableau n° 14 : Résultats de la sphère de l'autonomie.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	27	46
	24-31	Hygiène	08	16
	32-36	Utilisation de la toilette	09	10
	37-47	Habillage-déshabillage	09	22
			53	94

Les résultats de l'échelle dans la sphère de l'autonomie son augmenter, cela prouve que Syphax est capable d'agir et de réagir non seulement librement mais indépendamment face à des tâches quotidiennes, il est capable d'avalier les aliments qui sont en purée lorsqu'il se nourrit, ferme sa bouche sur la cuillère pour retirer les aliments il déplace également les aliments dans sa bouche avec la langue, Syphax est aussi capable de manger seul mais il renverse un peu et il ait conscient qu'il renverse car on le voit gêné et commence à nettoyer son visage et son pull.

Et même dans l'hygiène en remarque d'après les résultats de nos observations que Syphax connait son schéma corporel donc si on lui demande d'aller se laver ou de tendre ses mains ou ses jambes il arrive à faire la différence, il arrive grossièrement à nettoyer son visage et l'essuyer mais pas son corps ou ses cheveux. On peut donc dire que Syphax est un enfant qui à acquis le minimum d'autonomie qui lui permet de s'en sortir durant la vie quotidienne et cela revient aux efforts mis en oeuvre au sein du centre.

Tableau n°15 : Résultats de la sphère des habiletés domestiques.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtement	03	08
	52-56	Intérieur	04	10
	57-62	Réparation	03	12
	63-65	Sécurité	02	06
	66-67	Extérieur	02	04
			14	40

On remarque d'après les résultats obtenus dans la sphère des habileté domestiques que Syphax à un niveau un peu faible, car l'enfant est trop jeune pour qu'il soit évalué à ce genre de comportement et à l'émettre aussi.

Alors que les comportements dont il était évalué il arrive à les appliquer mais sur demande, comme déposer les déchets au bon endroit dès que son éducatrice lui demande il part les jeter ou il le fait à peu près, comme par exemple ranger ses vêtements dans la commode, donc même s'il applique ces comportements par ordres ou d'une façon incomplet mais il essaie et il s'évolue avec le temps.

Tableau n° 16 : 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	24	32
	92-106	Motricité globale	14	30
			42	78

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

C'est résultats dans la troisième sphère de l'échelle témoignent que Syphax à évolué au niveau de la motricité, c'est un enfant qui est capable de prendre un objet particulier momentanément, il tourne les yeux vers un objet de couleur vive, il est trop attiré par la couleur rouge et connaît actuellement Cinq couleurs, il attrape également un objet et le fait passer d'une main à une autre facilement mais des objets de petite taille. Et si on parle de la motricité globale même si le score est moyen mais il est capable tout de même de réaliser divers comportements comme par exemple de rester en position assise, adopter la position quatre pattes, monter des escaliers....etc.

Tableau n°17 : Résultats de la sphère de communication

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	26	32
	123-130	Réception	15	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	09	22
			50	70

On aperçoit dans ce tableau que les résultats sont bons au niveau de la communication, car Syphax établit à travers le verbal et le non verbal un lien avec ceux qui l'entourent, on le trouve donc capable de s'exprimer par des gestes ou des mimiques, pour transmettre le message mais aussi par des cris et des sons pour attirer l'attention des autres, il s'exprime donc par diverses façons pour qu'il puisse être compris, mais dans certaines situations sociales face à un groupe de personnes qu'il ne connaît pas bien qu'il devient très timide. Au niveau de la réception c'est aussi un enfant qui réagit à son nom, et regarde autour de lui quand un son est produit dans son environnement...etc.

Tableau n°18 : Résultats de la sphère des habiletés préscolaire et scolaires

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et scolaires	142-146	Graphisme	05	10
	147-151	Notion de temps	02	10
	152-158	Mathématiques pratiques	02	14
	159-162	Lecture	01	08
	163-164	Ecriture	00	04
			10	46

Concernant les habiletés préscolaire et scolaires, Syphax a obtenu un niveau très inférieur par rapport au score maximum, mais cela n'empêche de dire que Syphax est doué dans le graphisme, il arrive à tracer des traits à dessiner irrégulièrement, et en observant un exemple, il est également apte à compter jusqu'à vingt, à colorier, et ce développement est apprécié aujourd'hui chez ce jeune enfant grâce à la prise en charge.

Tableau n°19 : Résultats de la sphère de socialisation.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	33	38
	184-193	Déplacements	11	20
	194-196	Ressources communautaires	00	06
	197-200	Magasinage	00	08
	201-204	Services bancaires	00	08
	205-210	Loisirs	03	12
			47	92

Tel que la communication, en note une augmentation dans la sphère de socialisation, surtout au niveau des interactions, Syphax est capable de réagir au bruit, quand une personne lui donne la main, il sourit quand l'autre lui sourit...etc. Il est aussi capable de se déplacer d'une pièce à une autre sans

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

difficulté mais lentement. Alors qu'il ne peut pas voyager seul avec les transports en commun sauf dans les cas où ses parents ou un proche soi présent avec lui.

Concernant les résultats des ressources communautaires, magasinage et services bancaire ce sont tous des comportements que les parents de Syphax ne le laisse jamais les faire tout seul.

Tableau n°20 : Résultats de la sphère des Habiletés de travail.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			00	30

En arrivent au Habilité de travail en précise que dans l'échelle québécoise du comportement adaptatif, pour les enfants de moins de 14 ans en coche non possible « NP » et cela signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 01 à 07 : 216/ 450 »

Tableau n°21 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	03	24
	234-241	Comportement de Retrait et d'inattention	04	24

	242-275	Habitudes et Comportements inacceptables	11	102
	276-298	Comportements Antisociaux	02	69
	299-308	Comportement sexuels inadéquats	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	00	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			20	297

Comme dernier résultat nous avons les comportements inadéquats et on peut observer que les résultats sont de 20 sur 297 points, ce qui représente un niveau léger. Syphax tape des fois le pied ou la main continuellement et répète souvent un seul mot qui est « bacalo », il est aussi timide dans des situations social et joue également avec sa salive mais actuellement malgré quand aperçoit ce genre de comportement chez cette enfant mais avec un degré tres léger donc suite à la prise en charge tout ses comportements inacceptable on diminué. Sinon il ne frappe personne et ne provoque aucune dispute, et ne manifeste pas des comportements agressifs envers les autres et qui nécessite l'intervention d'autrui. En peut dire aussi que le fait d'avoir diminué ses conduites il a pu acquérir les comportements adaptatif.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 226 à 324: 20/ 297 »

➤ Synthèse sur le cas n°02 « Syphax » :

On peut englober que Syphax est un enfant qui souffre d'un retard mental moyen causer après un Accident Ischémique Transitoire (AIT), et cela à changé la vie de ses parents. Mais c'est un enfant qui insiste et qui veut réussir à vivre indépendamment, d'ailleurs c'est ce que les résultats de l'échelle nous ont prouvé, car le degré du comportement adaptatif chez cette enfant est moyen avec un score de 216 points.

C'est un cas impressionnant qui évolue de jour en jour car ses parents sont à jour avec lui, il lui apprenant ce qu'il faut avoir comme êtres humains, et le centre lui offre une prise en charge spécialisée comme un enfant retardé mental, et grâce à la prise en charge précoce ces difficultés au niveau du langage en diminuer énormément au point où il arrive à s'exprimer par un mot ou même à construire une phrases simple, grâce au centre il est devenu capable de se laver les mains et le visage seul, à manger seul même s'il renverse un peu (à s'occuper de soi même). On remarque également que Syphax est un enfant qui ne manifeste pas des comportements agressive ou inapproprié à son entourage et qui nécessitant l'intervention des autres et cela l'a aidé à se focaliser dans l'acquisition des comportements adaptatifs.

I-3-1- Présentation du cas n°03 :« Salim ».

Salim est un enfant âgé de 08 ans il à été intégré dans le centre en 2015 quand il avait l'âge de quatre ans, actuellement il est dans la classe d'éveil 01 il est porteur d'une trisomie 21 ce déséquilibre à engendré un retard mental moyen avec un QI de 49, d'après le psychologue du centre, en rentrant au centre il était diagnostiqué avec un QI plus faible que celui d'aujourd'hui.

Il occupe le deuxième rang dans une fratrie qui se compose d'une grande fille et d'un petit garçon, sa maman travail dans la maison de jeunes comme une technicienne informatique, et son papa travail dans le laboratoire alimentaire, leur niveau socio-économique est moyen.

I-3-2- Les données de l'entretien :

Axe I : Les renseignements sur l'enfant et la famille :

Dans cet entretien on à rencontré la maman de Salim, elle nous retrace la façon dont elle à découvert que son fils souffre de tel trouble et quelle était leur réaction.

D'après cette maman, son médecin lui à informer que son enfant peut-être un trisomique quand elle était enceinte de Cinq mois, mais le médecin n'était pas certain de l'information elle à donc poursuivie ces échographies durant chaque mois jusqu'à la naissance de Salim, et rien n'était clair jusqu'à ce jour et même durant la naissance il était normal jusqu'à deux mois de la naissance, il est tombé gravement malade il avait de la fièvre et son nez était gravement bouché et respirer que peu, et même face à cet état le médecin n'a toujours pas pu diagnostiquer l'enfant comme trisomique. Mais vers le sixième mois disait la maman « on à commencer à remarquer les traits d'un enfant trisomique mais ça reste à ce jour flou on ne dirait pas un enfant trisomique physiquement ». Mais au début comme tout parents ils ont pas accepté cet déficience et même le reste de la famille refuser l'idée qu'il soit un enfant avec un retarde mental car pour eux disait la maman « quand on à un bébé différent on sait déjà qu'il aura un avenir difficile, ce sont également des enfants qui ont beaucoup de soucis de santé, de plus ils n'ont pas forcément une place importante dans notre société, c'est pour cela que moi et tout notre famille on a pas pu l'accepter directement » mais peu à peu avec le temps ils ont accepté la déficience de leur enfant, et ils ont pensé à lui, ainsi ils l'on intégré au centre afin de s'évoluer.

La maman rajoute « au début quand il avait qu'une sœur, ils jouait avec elle il imite ce qu'elle fait et il comprenait facilement au point où on l'a pas senti qu'il à des problèmes mais avec la naissance de son petit frère à la maison il n'avance pas il revient en arrière car il joue avec un bébé il fait des gestes de bébé il veut jouer avec des peluches des jeux de bébé en quelque sortes » mais sa maman demande souvent à sa fille de le détacher de son frère dans le sens qu'il poursuit son évolutions pour que son état ne rechute pas après tout une évolution. Mais sinon il joue avec tout le monde sans problème.

Il ne refuse pas également de parler à des personnes qui viennent chez eux que ce soit de la famille ou des amis, des voisins il les salue mais pas en parlant mais

en leur faisant des câlins, et ensuite il part dans sa chambre après l'ordre de sa maman pour rester avec sa sœur.

Axe II : Les Habiletés pratique chez l'enfant :

On commence cet axe par notre premier question qui concerne l'autonomie au niveau de l'alimentation, ainsi la maman commencer de la façon suivante pour être franche « avant de rentrer au centre c'est moi-même qui ne le laissez pas manger seul puisqu'à chaque fois que je le laisser faire tout seul il devient tout sale, et je devais non seulement le nettoyer mais refaire toute la maison je lui donne donc à manger seul sauf s'il y a quelqu'un pour le surveiller, mais actuellement et depuis qu'il est rentré au centre c'est bon il mange tout seul mais uniquement par la culière, je lui donne un verre normal il ne le fait pas tomber il est devenu plus autonome et ne pars pas manger à la maison avant de lui mettre un torchon pour ne pas se salir et si moi j'oublie il me le demande car il s'ait habituer au centre de mettre toujours un torchon. Il arrive aussi à tenir les outils alimentaire correctement ». On comprend a partir de ce passage que l'enfant et devenu plus autonome au niveau de l'alimentation après la prise en charge.

Concernant l'habillage et le déshabillage, Salim arrive à mettre le pull tout seul mais le pantalon il trouve des difficultés, il demande toujours l'aide mais par exemple s'il est au toilette il peut remettre son pantalon seul car il l'enlève à moitié mais complètement il n'est pas capable. Des fois il demande de l'aide car il trouve des difficultés mais quand même il bouge ses jambes, et ses mains pour aider sa maman ou la personne qui l'habille quand ils lui mettant ses vêtements, et avec la prise en charge il va réussir à développer d'autres comportements, espérer sa maman en disant à la fin de son discours « je l'espère bien ». Mais il demande toujours de lui acheter de nouvelles choses, il choisit dans les boutiques tout seul ce qui lui plaît mais avec supervision, il n'aime pas quand un de ses vêtements soyons déchiré, et s'il est attaché à cette chose il va pleurer et demandé une autres exactement pareil ou la réparer, s'il fait chaud ou froid il est

conscient et il sait bien ce qu'il doit mettre selon la température d'ailleurs la matinée quand il se réveille il court vers la fenêtre pour voir quel temps il fait pour dire ensuite à sa maman ce qu'il doit mettre. Par contre on apprend que Salim ne met pas ses chaussures tout seul c'est souvent ses parents ou sa sœur qui l'aide, mais il sait ce que c'est qu'une chaussure il les ramène à une personne capable et lui demande en lui montrant les chaussures sa maman nous confie « malgré je le laisse les mettre seul il va les mettre à l'envers donc je préfère que je l'aide et il se habituera à mon aide sur ça ».

Pour dire qu'il fait sa toilette seul c'est un peu difficile déjà pour un enfant normal c'est pas facile à l'âge de 8 ans alors la celui qui vit avec des difficultés mentales, ainsi la maman rajoute « Salim part seul quand il a besoin sauf s'il met une ceinture dans le pantalon il vient vers moi je lui enlève la ceinture, ensuite il fait sa toilette, sinon si c'est un pyjama il part seul, et même pour se laver il m'appelle mais il connaît presque tout son schéma corporel surtout les membres essentiels, je veux dire la main les jambes, tout le visage...etc. Donc si on lui demande de nous les montrer ou de nous les tondre pour lui laver il le fait facilement. Et il le fait seul quand on lui demande ou quand moi je suis occupé, il prend le savon il se lave, il s'essuie si ya pas de serviette dans la salle de bain il part me le demander par le geste si non il s'exprime pas à part ».

Avant que Salim rentre au centre « je ne lui ai donné rien et je lui apprenais rien de peur de ce que je dois lui apprendre, et le fait qu'il soit trisomique tout ce que je fais je me dis ce n'est pas de cette façon. Et la psychologue du centre et même l'éducatrice m'ont encouragé à avoir plus de courage et de confiance en moi et à aider mon fils et pour son bien, tout ça pour arriver à vous dire qu'actuellement je commence à lui dire voilà tes vêtements, voilà tes affaires de classe, de loisirs, tu les ranges et tu les mets dans la commode, ou ton placard comme ta sœur, et je peux pas vous dire qu'il le fait correctement à cent pour cent sans faute comme tout le monde mais tout de même il va de mieux en mieux ».

Axe III : Les Habilités conceptuelles et sociales chez l'enfant :

Comme on peut le constater dans les réponses précédentes de la maman, Salim est un enfant qui trouve des difficultés langagières il ne parle pas dès son bas d'âge il babille certes, il reconnaît toute sa famille il prononce les noms à moitié mais avec le temps sa famille s'est habitué à ce langage mais actuellement il prend des séances chez l'orthophoniste du centre pour améliorer son langage et il évolue de mieux en mieux et si on l'écoute bien on peut comprendre ce qu'il désire, il utilise donc le langage gestuel pour faire comprendre à son entourage ce qu'il désire, mais aussi à transmettre son message et même s'il s'agit d'émotions c'est la même chose il ne s'exprime pas d'une façon très compréhensive il fait des câlins quand il est heureux, il donne même des bisous, sa maman lui a appris quand il veut dire je t'aime à une personne qu'il touche son cœur avec la main ce geste c'est ancré dans sa mémoire il exprime cependant ses émotions de cette façon ». On peut donc dire qu'il imite plus les gestes que les paroles, uniquement des fois disait sa maman « il imite les paroles mais pas une phrase complète, uniquement des mots et même ces derniers on les comprend pas facilement comme les couleurs par exemple rouge il va dire quelque lettre et le fait d'être habitué à son handicap en le comprend normal mais ceux qui le connaissent pas c'est très difficile. Mais il comprend les consignes, tout ce qu'on lui demande il nous obéit sans problème ».

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

Quand une personne salue Salim, il rend le salut avec la main, et si la personne s'approche de lui, pour lui faire une bise il ne s'éloigne pas surtout si un membre de la famille est présent. Et avec d'autres enfants il ne réagit pas d'une façon agressive, il est gentil, calme il joue avec tout le monde, quand on lui donne une activité particulière si elle lui plaît il va la réaliser calmement et se concentre sur ce qu'il fait et même s'il y a du bruit il ne va pas se déconcentrer facilement mais s'il n'aime pas il va être agité et refusera de travailler, et avant on lui

proposer de l'aide mais actuellement on le laisse jusqu'à ce qu'il le demande. Sa maman nous rajoute « que son objet préféré est un peluche qui fait référence à un dessin animé, et qui porte tout le temps même au centre, il part avec le matin et dès qu'il arrive il demande à son éducatrice de le ranger pour le récupérer avant de rentrer, mais actuellement il le porte plus ».

La maman nous précise également « que tout ce que mon fils a appris aujourd'hui et l'état dans laquelle il est actuellement c'est grâce à la prise en charge au sein du centre, je le dis et je le redis, la prise en charge précoce que mon fils a eue l'a énormément aidé, puisque actuellement à huit ans je le vois capable de réaliser plusieurs choses il est de plus en plus autonome il lui manque le langage mais avec la poursuite je sais qu'il va réussir, je dirais également que le centre nous a aidé même nous le fait qu'on travail on aurait jamais pu l'aider à s'évoluer comme maintenant, et comme je l'ai précisé avant il était pas sociable mais actuellement ça va mieux, aussi avant quand on l'aide dans une activité il commence à pleurer, même crier mais actuellement ses comportements difficiles en diminuer, il y a également plusieurs autres comportements, je me souviens qu'il tape avec le pied, il pouvait rester assis toute la journée...mais le seul comportement qui me dérange moi personnellement malgré que c'est mon fils mais les bruits qu'il manifesté avec la gorge tout le temps me tué à l'intérieur de moi surtout le regard des gens mais à présent ça se diminue de plus en plus on voit ses comportements disparaître, dieu merci ». On comprend que plusieurs conduites qui étaient jugées comme déficitaires et très difficiles par la maman ont diminué grâce à la prise en charge.

I-3-3- Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le cas « Salim » :**Tableau n°22 : Résultats de la sphère de l'autonomie.**

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	28	46
	24-31	Hygiène	08	16
	32-36	Utilisation de la toilette	09	10
	37-47	Habillage-déshabillage	12	22
			57	94

Les résultats de l'échelle dans la sphère de l'autonomie appliqué sur Salim montrant ses capacités au niveau de l'autonomie, car lorsqu'il mange ferme sa bouche sur la cuillère pour retirer les aliments, il déplace les aliments dans sa bouche avec sa langue, suce ou aspire la nourriture dans la cuillère, accepte des aliments en purée présenter à la cuillère et plusieurs autres comportements concernant l'alimentation. En remarque aussi que Salim arrive à faire sa toilette seul et à se laver, il tente même de s'habiller tout seul et aider toute personne qui l'habille en bougeant ses membres et cela à été prouvé dans les résultats de ce sphère.

Tableau n°23 : Résultats de la sphère des Habilitéés domestique.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilitéés domestiques	48-51	Vêtement	03	08
	52-56	Intérieur	04	10
	57-62	Réparation	03	12
	63-65	Sécurité	02	06

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

	66-67	Extérieur	02	04
			14	40

Dans les habilité domestique, Salim à obtenu un score très faible même s'il arrive à placer ses vêtements sales à l'endroit prévu à cette fin, il range ses vêtements dans la commode mais ça reste faible car ce sont des comportements qu'il applique qu'à partir des ordres que sa maman lui donne, en même temps d'une façon qui n'est pas très correcte. Pour les autres items ou question en précise que ce ne sont pas des comportements qui corresponde à l'âge et aux capacités de cet enfant il ne peut pas donc les réaliser. Comme par exemple Remplacer un fusible ou replacé le disjoncteur, Réparer une couture défaite, ajuster un thermostat.

Tableau n°24 : Résultats de la sphère de la santé et sensori-moteur.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	03	16
	76-91	Motricité fine	28	32
	92-106	Motricité globale	18	30
			49	78

La majorité des questions dans la sphère de la santé et sensori-moteur sont également moyenne par-rapport au score maximum, grâce à cette échelle on constate donc que Salim est capable de prendre un objet momentanément, regarde alternativement deux objets, il est capable de s'asseoir et de rester en position assise, mais il trouve d'autre difficultés dans d'autre comportements par exemple il ne peut pas nommer cinq objets familier ou à tracé des lignes ou des courbes avec ses doigts à l'aide de la peinture ou autre. Il à donc pu apprendre grâce à la prise en charge certains comportements, et n'arrive toujours pas à acquérir d'autres.

Tableau n°25 : Résultats de la sphère de communication.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	20	32
	123-130	Réception	14	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	02	22
			36	70

La communication fait partie des éléments les plus importants dans cette échelle ainsi Salim obtient des résultats moyenne, ces résultats nous montrant qu'il arrive à réaliser divers comportements. Cet enfant est capable de crier pour attirer l'attention, il est aussi capable de répondre à son entourage par des sons et de s'exprimer par des gestes ou des mimiques faciales significatives pour qu'il puisse transmettre son message, mais pour le langage verbal il ne s'exprime pas du tout et s'il essaye rarement où on peut le comprendre, sauf si on est habitué à ce communiquer avec lui. Il exécute également un ordre simple associé à un geste.

Tableau n°26: Résultats de la sphère des Habiletés préscolaire et scolaire.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés préscolaire et scolaire	142-146	Graphisme	09	10
	147-151	Notion de temps	03	10
	152-158	Mathématiques pratiques	02	14
	159-162	Lecture	02	08
	163-164	Ecriture	00	04
			16	46

Par contre les résultats obtenus dans la sphère des habiletés préscolaire et scolaire sont un peu faible vu que certaines activités ou comportements n'ont jamais été appris à Salim, ni au centre ni à la maison par sa famille, alors que libellé du graphisme est élevé car d'après nos observations on a remarqué qu'il

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

est capable de tracer un trait horizontal et vertical il est aussi capable de tracer un carré à partir d'un exemple mais d'une façon incomplète c'est-à-dire avec des erreurs, et il n'a toujours pas la capacité d'écrire.

Tableau n°27 : Résultats de la sphère de socialisation.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	32	38
	184-193	Déplacements	10	20
	194-196	Ressources communautaires	00	06
	197-200	Magasinage	02	08
	201-204	Services bancaires	00	08
	205-210	Loisirs	04	12
			48	92

Dans la sphère de socialisation Salim a également obtenu un score moyen, ces résultats nous montrant que c'est un enfant qui réagit à ce qui l'entoure comme le bruit, un son, ou même quand une personne l'appelle. Il est également capable d'interagir avec un groupe de pairs et participe activement aux activités de groupe, et on peut noter aussi que Salim ne peut pas se déplacer seul avec les transports en commun et plusieurs autres comportements.

Comme on peut l'observer dans le tableau les questions sur les ressources communautaires et services bancaires ont été noté par zéro les parents de Salim ne le laisse pas faire ce genre de conduite.

Tableau n°28 : Résultats de la sphère des habiletés de travail.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			00	30

En arrivant au Habiletés de travail en précise que dans l'échelle québécoise du comportement adaptatif pour les enfants de moins de 14 ans en coche non possible « NP » et cela signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 1 A 7 : 220/ 450 »

Tableau n°29 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	03	24
	234-241	Comportement de Retrait et d'inattention	03	24
	242-275	Habitudes et Comportements inacceptables	03	102
	276-298	Comportements Antisociaux	01	69
	299-308	Comportement sexuels inadéquats	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	02	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			12	297

Les résultats obtenus dans cette seconde partie de l'échelle qui représente les comportements inadéquats justifient que Salim certes se comporte d'une façon

inapproprié, mais d'une façon très légère tel qu'il bouge un pied constamment, il peut tenir une seule position pendant des heures et cela perturbe son entourage et d'autres comportements aussi, mais qui ne sont pas agressifs et ne nécessitent pas l'intervention d'un tiers au point où la société le rejette. Cet enfant ne démontre donc pas de comportement agressif à l'égard des autres et cela lui a permis d'acquiescer les comportements adaptatifs.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 226 a 324: 12/ 297 »

➤ Synthèse du cas n °03 « Salim » :

D'après les données de l'entretien que nous avons réalisé avec la maman de Salim on constate que les parents ont pu s'adapter à l'handicap de leur enfant, mais avec un fond triste.

On synthétise également que Salim est un enfant trisomique ce qui a provoqué chez lui un retard mental moyen. Ce garçon et grâce à la prise en charge il a pu franchir les difficultés au niveau de l'alimentation et dans l'hygiène mais aussi dans plusieurs autres sphères, il est actuellement capable de manger seul même s'il renverse un peu, mais cela a diminué, il arrive également à tenir les outils alimentaires correctement, et à se laver approximativement les mains et le visage tout seul, et cela a été vérifié à travers les résultats obtenus dans l'échelle, mais aussi avec nos propres observations. Il s'est aussi développé dans l'habillement.

On peut aussi dire sur Salim que c'est un enfant qui ne maintient pas des comportements agressifs envers son entourage et ce point a été poussé à ce basé sur l'acquisition des comportements adaptatifs. Et tout cela revient à la prise en charge précoce.

I-4-1- présentation du cas n°04 : « Saïd ».

Saïd est un petit garçon âgé de 08 ans il à été intégré dans le centre psychopédagogique en 2015 quand il avait l'âge de 4 ans, il souffre d'une trisomie 21 avec un retard mental moyen, son QI est d'environ 35, il est actuellement dans la classe d'éveil. Son père est un enseignant au lycée et sa maman est une femme au foyer, Saïd est le plus petit dans sa fratrie qui se compose de trois garçons et d'une fille. Il ait donc issue d'une famille avec des moyen socio-économique moyen.

I-4-2- Les données de l'entretien :

Axe I : Les renseignements sur l'enfant et la famille :

Dans cette entretien on à pu rencontrer le père de Saïd et d'après lui c'est le deuxième enfant avec handicap dans la famille, après son grand frère qui représente lui aussi une trisomie, les parents de Saïd en découvert ce trouble dès la naissance est au troisième jour plus exactement préciser le papa de Saïd on nous disant « quand il est né nous avons rien remarqué mais dans le troisième jour après la visite du petit Saïd, le médecin nous l'a annoncé vu qu'il est au courant que nous avons eu déjà un enfants trisomique il avait peur de notre réaction au départ, mais de toutes les manières vers le troisième mois on à pu le découvrir avec nos propres yeux, car il y avait des traits dans le visage d'un enfant trisomique mais aussi qui ressemble énormément à son grand frère malade, notre réactions c'était le choc, ma femme est resté bloquer avec des larmes qui couler, car pour nous on à fait des efforts à accepté le premier garçon qui souffrait de cette maladie ensuite on à eu la naissance d'un autre garçon, puis une fille normale, donc on ne sait pas préparer psychologiquement, donc ça été très douloureux pour nous mais ça restera comme ça on peut rien y changer ». On peut dire par là que les parents étaient sous le choc d'avoir un deuxième enfant avec une déficience mental car il ne s'y attendait pas.

Saïd à une bonne relation avec ses frères, il se comporte bien avec eux et même avec d'autres personnes c'est souvent le cas mais il est plus sociable avec ceux qu'il connaît. C'est-à-dire qu'il ne refuse pas de parler à des étrangers que ses parents connaissent et quand quelqu'un leur rend visite il ne s'isole pas il les salue après l'ordre de ses parents et reste tranquillement. Alors qu'avant disait son père « avant il part en courant vers les personnes qui nous rendent visite qu'il la connaît ou pas et le serre, puis je dois intervenir et m'excuser, mais actuellement impossible il sourit il dit bonjour mais autre chose non ». On comprend que l'état de Saïd a énormément changé il ne court plus vers des personnes qu'il ne connaît pas ou leur invité au contraire il obéit aux ordres de ces parents en saluant la personne et restant tranquillement.

Axe II : Les Habiletés pratiques chez l'enfant :

Le père de Saïd nous informe également que « Saïd est capable de manger en utilisant les différents outils alimentaires et s'il n'arrive pas, il utilise la main mais c'est des cas très rares où il n'utilise pas de cuillère, et aussi malgré qu'il mange seul mais il renverse un peu ». Mais toute sa famille est rassurée d'un côté qu'il va réussir à éviter de salir et de faire tomber les aliments lorsqu'il mange car avant d'aller au centre il ne mange pas seul, et même à la maison rarement où on lui explique comment faire mais avec la prise en charge il a réussi à acquiescer ce comportement, c'est pour cela qu'ils sont persuadés qu'il va réussir à développer d'autres comportements.

Saïd est capable de se déshabiller seul mais il trouve toujours des difficultés à s'habiller seul il demande donc de l'aide à sa grande sœur ou à sa maman et même s'il ne leur demande pas, sa maman lui propose et part pour l'aider, mais à chaque fois il aide celui qui l'habille en bougeant ses membres que ce soit ses mains ses jambes, ses pieds...etc. Mais aussi le papa précise que son fils connaît presque toutes les parties de son schéma corporel, et en parlant du sujet

des vêtements et de l'habillage on demande au papa de Saïd de nous dire s'il choisit ses vêtements selon la température et si l'on recommande ? Et nous répond que « mon fils demande souvent de lui prendre un vêtement quand il est déchiré sinon il n'acceptera pas de le mettre même s'il a juste un petit trou ».

Alors que pour les chaussures il s'est bien qu'est-ce que ça veut dire mais il ne les met pas seul il peut les ramener pour demander à une autre personne de l'aider à les mettre, mais de lui-même il peut essayer mais il ne va pas réussir à les mettre correctement.

Concernant l'hygiène et la toilette son papa nous à répondu ainsi « Oui Saïd fait sa toilette seul, je veux dire par tout seul qu'il part d'une façon individuelle dès qu'il on à besoin. Certainement au tout début surtout avant qu'il rentre au centre il ne partez pas seul et il nous le disait même pas qu'il à besoin d'aller au toilettes, c'est-à-dire il nous prévenez pas jusqu' à ce qu'on le trouve mouillé ou autre, mais une fois il est rentré au centre il est devenu plus autonome dans la toilette il part seul il reste assis sans avoir besoin d'aide, il tente même de se laver les mains et le visage seul aussi, mais pas correctement alors que les cheveux ou le corps non ». On note donc d'après les dires du père que Saïd à évolué et il a développé de nouveaux comportements grâce a la prise en charge et parmi l'hygiène.

Le papa nous rajoute « tandis que ses affaires ils les rangent après un ordre et avec la présence de sa sœur ou de sa mère dans la chambre et en lui expliquant comment les plier, les ranger, si non par sa propre volonté il ne range rien si on lui demande pas, il ne va pas y pensé, et ils les reconnaissent ». D'après les dires du père Saïd reconnais ces affaires et les range avec supervisions et après un ordre ce n'est pas par sa volonté.

Axe III : Les Habilités conceptuelles et sociales chez l'enfant :

Lorsqu'on parle du langage le père de Saïd nous informe que son fils utilise les deux types de langage et cela nous a été restitué ainsi « Saïd utilise les deux types de langage que ce soit le langage verbal ou le non verbal, depuis qu'il a commencé à grandir en parlant avec lui car on a eu de l'expérience avec notre premier fils trisomique donc on ne sait pas laisser aller cette fois, on parle avec lui on l'amène chez l'orthophoniste avant même de rentrer à ce centre, donc il utilise des phrases simples il identifie les membres de la famille ainsi que son éducatrice, il s'exprime également par les gestes quand on ne le comprend pas. Tandis que les objets il connaît ce dont ils lui ont appris au centre la cuillère, le chat, quelques couleurs en kabyle et en arabe, mais pas beaucoup de choses seulement ce qui est approprié à son âge et à sa maladie, et même les personnes de la famille ils les reconnaît » on comprend que Saïd arrive donc à construire une phrase et à s'exprimer que ce soit par un mot ou une phrase simple et il utilise les gestes et la parole dans le but de pouvoir transmettre son message d'une façon ou d'une autre.

Et pour l'imitation des paroles son père nous parle également sur ça et nous précise que Saïd imite énormément les autres tout ceux qui l'entourent et cette imitation est devenue presque comme une stéréotypie car il imite un mot puis il le répète tout le temps sans arrêt un bon moment puis dès qu'il entend un autre mot il l'imité sans arrêt encore une autre fois, ce qui dérange sa famille.

Quand on a voulu savoir si Saïd exprime ses émotions que ce soit de l'amour, de la haine ou de la peur, et s'il pleure devant une personne quand quelqu'un le blesse, ces situations ont été décrites par son père de cette façon « moi et toute la famille on peut tous témoigner de son amour, c'est-à-dire quand il veut dire à une personne je vous aime il le dit alors que pleurer je dirais que c'est un enfant qui pleure sans raison, des fois on le trouve bien et d'un coup on le voit

pleurer mais en réalité tous ses enfants trisomique et mon fils en fait partie, ils ont énormément d'émotion qu'il les exprimant ou pas ».

Saïd est un enfant qu'on peut discerner qu'il prend en considération ce qu'il fait il aime les compliments et les encouragements, ça le renforce souvent à réaliser plus et d'aller vers l'avant c'est pour cette raison que nous avons cherché auprès de son père s'il se sent responsable de certains actes à la maison et celui-ci nous réponds « que Saïd n'a jamais dit qu'il est responsable d'un acte particulier en même temps il ne sais pas ce que ça veut dire mais des fois si on lui demande qui sait qui à fait un acte particulier il nous répond, mais quand c'est lui qui l'a réalisé est c'est lui le responsable il ne le dira pas ».

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

Face à des personnes qui le saluant, Saïd est un enfant très sociable il ne s'isole pas du monde ni des enfants de son âge il salut et parle beaucoup plus avec ceux qu'il connaît, il ne part pas vers d'autres personnes qu'il ne connaît pas et si c'est eux qui lui parlant il baisse la tête et il devient tout rouge et ne discute pas mais face a des personnes qui viennent a la maison il les salut et part dans sa chambre, si non pour son comportement il est un peu nerveux mais il n'agresse pas ceux qui l'entoure. Et ceci nous à été restitué par son père de cette façon « Saïd est un enfant un peut comme tout le monde mais sans qu'il y ait d'agressivité, il ne frappe personne ni avec des coups de pied ni par la main, s'il n'aime pas la personne il reste à l'écart. Et comme je l'ai déjà dit pour vous il est sociable il aime jouer, sortir, mais en sort souvent en famille autrement on ne le laisse pas aller seul, mais s'il connaît la personne il la salut s'il ne connaît pas la personne non il ne parle pas beaucoup avec lui et si moi ou sa mère on lui dit pas va dire bonjour il ne part pas vers lui, il y a une sorte de peur ».

Comme on le sait Saïd est issu d'une famille qui contient déjà un enfant trisomique ils ont donc une certains connaissance sur ce trouble. C'est ainsi que

le papa de Saïd nous rajoute « qu'il lui donnent souvent certains activités comme la pate à modeler, jeux de compte jusqu'à dix, je lui donne une feuille je lui demande de déchiré, et plusieurs autres activités et il aime bien, et il ne refuse pas de travailler même si moi j'oublie mais vers 18h dès mon arrivée du travail il me demande d'aller les réalisé mais il se concentre pas vraiment, en même temps il bouge énormément d'une façon dès fois ingérable et s'il trouve des difficultés il ne demande pas de l'aide et si je l'aide il va s'énerver et pleurer et croire qu'il ait incapable ».

Dans toutes ces activités Saïd est attirée par les couleurs il aime quand on lui demande de deviner quelle est la couleur d'un objet, de ces vêtements...etc. sont père nous précise alors que son objet préféré est une voiture rouge avec quoi il joue depuis son plus bas d'âge, et qu'il aime jusqu'à présent et l'emmène avec lui par tout, à part au centre son père disait « il insiste de la portée en classe mais en lui disant qu'elle va se casser il évite depuis de l'emmener avec lui ».

Avant la prise en charge disait son père Saïd ne mangeait pas seul et ne part jamais faire sa toilette tout seul mais aussi il avait certains comportements qu'on ne peut pas considérer comme de l'agressivité ou de la violence mais qui sont un peu dérangent. on reprend les dires de son papa concernant le rôle de la prise en charge « comme je l'ai déjà dit Saïd à un frère trisomique aussi, et ce premier enfant handicapé on ne l'a pas traité c'est-à-dire pris en charge dès le départ, et même à la maison on ne l'aider pas, de peur d'aggraver la situation tandis que le cas de mon petit Saïd, c'est différents dès que le médecin nous l'a annoncé même à trois jours de sa naissance on était certes choqué mais nous avons décidé de le mettre dans un centre spécialisé, et aujourd'hui on est satisfait de son cas, car on le voit s'améliorer de plus en plus grâce à la prise en charge, car avant cela il ne manger pas seul ils nous aider pas quand en l'habille il ferme pas les bouton d'un vêtement, mais aussi avant qu'on en laide dans une activité il commence a pleurer même crier mais actuellement ses comportements

déficitaire en diminuer, je peux vous rajouter un point Saïd avant qu'il soit pris en charge il bougeait énormément mais grâce à la prise en charge toute cette énergie ils la dépensé dans des activité et en rentrant a la maison il dore directe en même temps il répète moins les mots qui disait sans arrêts ».

I-4-3-Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif appliquée sur l'enfant « Saïd » :

Tableau n°30 : Résultats de la sphère de l'autonomie.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	27	46
	24-31	Hygiène	09	16
	32-36	Utilisation de la toilette	09	10
	37-47	Habillage-déshabillage	12	22
			66	94

A partir de ces résultats au niveau de l'autonomie dans le tableau ci-dessous et en s'appuyant sur nos propres observation on peut dire que Saïd est autonome dans quelques habileté, alors que dans d'autres il est un peu faible, il est certes capable de manger seul mais il renverse partout et il arrive à faire sa toilette mais pas d'une façon complète et même l'habillage ce n'est toujours pas d'une façon complète il à souvent besoin d'aide dans divers comportements. C'est ainsi que nous avons obtenu un score moyen de 66 point au niveau de l'autonomie.

Tableau n°31 : Résultats de la sphère des habiletés domestiques.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtement	03	08
	52-56	Intérieur	03	10
	57-62	Réparation	04	12
	63-65	Sécurité	02	06
	66-67	Extérieur	02	04
			14	40

En ce qui concerne les habiletés domestiques on peut remarquer un score faible au niveau de différents libellé puisque même si l'enfant réalise un comportement mais soit il y a une personne qui lui à demandé où qui lui rappelle pour le faire, et même s'il les réalise il les fait d'une façon incomplètes ou incorrectes, comme par exemple ranger ses vêtements dans la commode. Alors que d'autre comportements il n'a pas la capacité de les réaliser comme laver son linge sale, faire des réparations mineures sur les vêtements à l'aide de la machine à coudre vu son.

Tableau n°32 : 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	27	32
	92-106	Motricité globale	19	30
			48	78

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

La santé et la sensori-motricité chez cet enfant sont élevés en les comparants avec le score maximum. Saïd est un enfant qui à pu malgré la déficience acquérir la motricité qui lui permet d'utilisé certains muscles de ses mains grâce à sa il arrive à tenir adéquatement des objets, à fermer et/ou à ouvrir des boutons, tenir un Créon...etc. Et cela grâce aux efforts éprouvées au sein du centre avec cet enfant qui travail énormément pour évoluer sa situation, et même la motricité globale on note un score élevé car c'est un enfant qui arrive a rampé est à rester on positions assise, tandis que certains comportements ils ne sont pas acquise chez Saïd.

Tableau n°33: Résultats de la sphère de communication.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	25	32
	123-130	Réception	12	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	11	22
			48	70

A partir des données obtenues dans l'échelle et plus précisément dans la sphère de communication on observe que Saïd présente toujours un niveau moyen par rapport au score maximum, il dispose toutes les capacités de transmettre son message que ce soit par le langage ou par les gestes et procède même à des mimiques faciales qui ont une signification pour communiquer avec autrui.

Tableau n°34 : Résultats de la sphère des Habilités préscolaire et scolaire.

Sphère	Question	Libellé	score	Maximum
Habilités préscolaire et scolaire	142-146	Graphisme	03	10
	147-151	Notion de temps	01	10
	152-158	Mathématiques pratiques	01	14
	159-162	Lecture	00	08
	163-164	Ecriture	00	04

Alors que les habiletés préscolaire et scolaire nécessaire dans l'acquisition des connaissances fondamentale pour la vie de tous les jours on remarque que Saïd à obtenue un score très faible dans divers libellé de ce sphère, car même s'il peut tracer des traits mais il n'écrit pas et il ne lit pas et il n'a toujours pas acquêter les mathématiques. On précise également que la plus part des questions ou activité comme la lecture et l'écriture ne sont toujours pas acquises chez Saïd.

Tableau n°35 : Résultats de la sphère de socialisation.

Sphère	Question	Libellé	score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	28	38
	184-193	Déplacements	09	20
	194-196	Ressources communautaires	00	06
	197-200	Magasinage	01	08
	201-204	Services bancaires	00	08
	205-210	Loisirs	04	12
			42	92

C'est résultats au niveau de la socialisation démontrent que Saïd est un enfant sociable, qu'il s'est adapté à son environnement et il réagit à tout ce qu'il l'entoure et il établit également le contact avec autrui. Ces résultats montrent aussi que malgré ses difficultés il participe activement a des activités de groupe que ce soit en classe ou en d'hors du centre.

Alors que les résultats des ressources communautaires, magasinage et services bancaire en précise toujours que ce sont des activités ou dès comportements non approprier a notre société mais aussi les parents de Saïd de leur coté ne le laissant jamais faire ce genre de comportements.

Tableau n°36 : Résultats de la sphère des habiletés de travail.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés de travail	211-221	Habiletés d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			00	30

En arrivant aux habiletés de travail on précise que dans l'échelle québécoise du comportement adaptatif pour les enfants de moins de 14 ans en coche non possible « NP » pour ce type d'habiletés, et cela signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 1 A 7 : 223/ 450 »

Tableau n°37 : Résultats de la sphère des comportements inadéquats.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	03	24
	234-241	Comportement de Retrait et d'inattention	01	24
	242-275	Habitudes et Comportements inacceptables	10	102
	276-298	Comportements Antisociaux	01	69
	299-308	Comportement sexuels inadéquats	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	02	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			17	297

Dans la deuxième partie de cette échelle on observe que le degré des comportements inadéquats chez l'enfant Saïd est léger, comme on a pu

l'observer et l'entendre de la part de son père il pleurer uniquement quand on l'aide face à des difficultés et aussi il bouger dans tout les sens et cela déranger son entourage et ce qui été inacceptable pour eux c'est le faite qu'il répète un mot tout le temps, qui risquer d'être rejeter ou mis à l'écart de la part de son milieu. Mais avec la prise en charge Saïd ne pleur plus quand une personne l'aide à dépasser ses difficultés, et pour ce qui est de l'agitation certes c'est un comportement qui n'a toujours pas été disparu totalement mais il à été diminué et la répétition des paroles également, et cela à été confirmer par les dires du papa ainsi que celui de l'éducatrice.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 226 a 324: 17/ 297 »

➤ **Synthèse du cas n° 04 « Saïd »:**

On peut résumer que Saïd est un enfant trisomique qui souffre d'un retard mental moyen, c'est un enfant pris en charge précocement depuis l'âge de quatre ans et demi. Grâce à nos propres observations ainsi qu'aux résultats de l'échelle appliquer sur différents sphère et sur l'entretien semi directif avec le père de Saïd on à découvert que ce dernier à pu acquérir un minimum de comportement adaptatif grâce à sa famille qui l'aider et l'encourager des que le diagnostique est posé mais aussi grâce à la prise en charge au sein du centre psychopédagogique qui lui à permis d'évoluer et de développer des comportements et de diminuer d'autres. On peut également synthétiser que cet enfant malgré qu'il manifeste certains comportements inacceptable mais ils ne sont pas agressifs et aussi ils son un niveau très léger, et on apprend de la part du père de Saïd de son éducatrice ainsi que du psychologue, qu'ils ce sont diminué énormément.

I-5-1- présentation du cas n°05 : « Sara ».

Sara est une fille âgée de 08 ans elle à été intégré dans le centre de Souk-Eel-Ténine en 2015 quand elle avait l'âge de quatre ans, elle est actuellement dans la classe d'observation avec un QI de 50 elle souffre d'un retard mental moyen.

Elle est la deuxième dans sa famille avec un garçon, sa maman est une femme au foyer et son père c'est un commerçant elle est donc issu d'un milieu socioéconomique moyen.

I-5-2- Les données de l'entretien :

Axe I : Les renseignements sur l'enfant et la famille :

Dans cet entretien nous avons vu la maman de Sara qui s'est présenter au bureau du psychologue et avec qui on à eu la chance de parler sur le cas de sa fille, elle nous confie que Sara est l'unique enfant avec handicap dans sa famille, et nous récite que cela à commencé chez sa fille ainsi « Sara est la seule et l'unique enfant avec handicap dans toute notre famille, ce trouble à commencé ou bien on l'a découvert à partir de neuf mois, mais sans y penser au retard mental. c'est-à-dire à partir de certains signes elle ne ramper pas, elle ne babiller pas, elle ne se développer pas comme tous les enfants de mes sœurs et de mes voisins, car Sara est ma première fille, je me sui dit je connais pas mais ensuite vers deux ans le médecin la diagnostiquer comme retardé mental, et une années âpres vers trois ans est demi puisque avant je travaillais je l'ai mis dans une crèche privée, et l'éducatrice ma convoqué pour me dire qu'elle ne s'améliore pas, qu'elle trouve des difficultés, ensuite je me sui dit je doit accepter la réalité et en à décidé moi et son père de l'intégrer au centre »

Elle nous rajoute « quand ils m'ont annoncé ça à moi et à mon mari on était sous le choc, on ne l'a pas accepté facilement surtout que c'est modéré on les croyait pas j'ai pleuré des heures voire des mois mais ensuite en la voyant grandir et elle

va de mieux en mieux grâce à la prise en charge on l'accepte de plus en plus de notre côté ».

Elle nous transmet également que « Sara avec son frère elle est très gentil mais un peu agité et jalouse elle aime jouer avec lui mais elle veut qu'elle soit toujours la chef comme on le dit, c'est elle qui commande tout le jeu, et la maison, sinon elle à une bonne relation avec tout le monde ». On remarque que Sara représente un certain égoïsme au sein de sa famille.

Par contre elle n'aime pas se mélanger avec un groupe de personnes qu'elle ne connaît pas, mais ceux qu'elle connaît elle aime bien, elle s'enfuit pas vers sa chambre non, et pour répondre à votre question quand elle reçoit des invités elle ne parle pas trop elle les salue puis elle rejoint sa chambre pour jouer ou rester à l'intérieur, mais si je lui demande de rester elle ne trouve pas de difficultés au contraire elle est très sociable.

Axe II : Les Habiletés pratiques chez l'enfant :

Avant de commencer à nous répondre, la maman de Sara commence tout d'abord par un sourire et me dit « je vous jure, sur l'autonomie on dirait pas qu'elle souffre de retard mental elle utilise les outils alimentaires non seulement la cuillère et la fourchette mais dès qu'elle rentre du centre par exemple elle me ramène une poêle et me demande de lui préparer des œufs, et elle sait à quoi servent les outils alimentaires, et comme toute enfant souffrent ou non de retard elle renverse les aliments en mangeant, mais elle tient bien la cuillère et le verre et cela grâce au centre ». La maman nous a expliqué que sa fille a évolué au niveau de l'autonomie et de l'alimentation plus précisément dans ce passage et cela revient à la prise en charge.

Concernant l'habillement disait sa mère « elle s'habille seule mais pas tous les vêtements c'est à dire comme la jupe mais elle n'arrive pas à mettre le pantalon

toute seule mais si par exemple elle part aux toilettes elle peut l'enlever seul et le remettre seul, mais complètement elle à besoin de moi souvent, le pull également et pour se déshabiller je sais pas si je dois dire qu'elle ne trouve pas de difficulté ça reste presque la même chose que l'habillage mais tout ce qui est jupe, robe de maison, c'est facile pour elle mais pantalon et pull elle le fait pas vraiment, c'est pour cela que j'interviens pour l'aider mais elle reste pas inhiber elle bouge ses membres pour m'aider de son coté et même quand je lui met ses chaussures elle pousse son pied vers l'avant, elle reste pas sans rien faire ».

Sara est une fille également précisé sa maman « qui fait sa toilette seul si on considère faire la toilette c'est uniquement de vouloir faire ses besoins et d'aller aux toilettes mais se laver et tirer la chasse d'eau non, elle ne le fait pas. Sara part donc aux toilettes seul mais elle me le dit toujours, elle vient elle me dit maman je veux aller aux toilettes ensuite je lui dis vas-y si elle ne me trouve pas elle part d'elle-même et pour les mains elle les lave correctement sans problème, le visage aussi elle se savonne et s'essuie seul sans même lui rappeler et pour le schéma corporel elle connaît la moitié». On comprend que Sara fait sa toilette seul et demande à sa mère de aller pour faire ces besoins dès qu'elle en a envie, on note aussi qu'elle se lave seul et connaît son schéma corporel.

La maman rajoute « Sara est une fille qui aime énormément les vêtements et les poupées elle range donc toutes ces affaires que ce soit des vêtements ou des jouets mais une fois que je lui demande de le faire mais pas de sa propre volonté et elle le fait à peu près, et pour elle sait considérer comme ranger. Il recommande souvent des vêtements que se soit déchiré ou pas et elle choisit souvent ses vêtements selon l'occasion, l'endroit et la température ». En peut comprendre à partir des dires de la maman que Sonia obéit à ce qu'elle lui demande et elle réalise les activités qu'elle lui demande mais d'une façon incorrecte.

Axe III : Les Habilités conceptuelles et sociales chez l'enfant :

Sara est une petite fille qui procède au langage verbal pour transmettre son message elle parle mais on ne saisit pas vraiment ce qu'elle veut dire mais elle réussit à construire une phrase simple et à transmettre son message, pour le langage non verbal que ce soit par des gestes ou des mimiques elle en produit à chaque fois mais uniquement quand une personne ne saisit pas réellement ce qu'elle veut dire, donc elle fait des gestes uniquement quand on la comprend pas. Et bien évidemment cela nous a été rapporté par sa maman « Sara dans la vie quotidienne elle parle et elle utilise les gestes certes, mais quand elle est bloquée ou quand une personne ne saisit pas ce qu'elle veut réellement. Tandis qu'à la maison et dans son milieu de vie elle utilise le langage normal » la maman de Sara veut expliquer par là que sa fille parle mais des fois on n'y arrive pas à saisir ce qu'elle dit, cependant elle associe cela aux gestes, mais à la maison vu que sa famille est habituée à sa situation ainsi elle arrive à comprendre ce qu'elle dit et elle s'exprime sans geste. Ce que sa mère appelle un langage normal

Elle nous rajoute « pour les sentiments c'est une fille qui ne discute pas vraiment, je veux dire par là que malgré que Sara est sociable et elle aime les gens, mais des fois elle fait certains gestes que je déteste ont elle comme craché...etc. mais elle est souvent limitée dans ses discours, donc pour prouver des sentiments à une personne c'est quelque chose qu'il lui est difficile. Elle pleure uniquement si on la frappe, mais pour prouver une émotion de tristesse et de pleurer non, ou dire à une personne je vous aime non je la trouve plutôt comme une fille très dure du côté sentimental et ça me fait du mal de mon côté »

La maman poursuit son discours « quand on s'adresse à Sara elle se tourne et regarde la personne qui lui parle. C'est une fille qui comprend les consignes qui sont simples mais aussi complexes, mais en lui réexpliquant les choses. C'est aussi une fille très dure malgré les ordres elle n'obéit que lorsque sa maman lui

oblige ou lui enlève un de ses objets préférés, pour faire tout ce dont on lui demande ».

Et en parlant d'objets on lui demande si Sara identifie certains objets ou même des personnes, animaux ? Elle nous répond de cette manière « Sara comme ils lui ont appris au centre elle arrive à identifier certains objets pas tout ce qu'elle l'entoure que ce soit des objets, des animaux ou autres par contre les personnes elle connaît toute notre famille un par un elle leur interpelle par leur nom elle connaît toute sa classe le nom de son éducatrice mais je ne dirai pas plus que ça et c'est déjà bien ».

D'après sa maman « Sara n'imites pas souvent elle le fait plutôt rarement que ce soit les expressions (mais uniquement par un mot), ou bien les gestes mais je dirais les gestes beaucoup plus que les paroles ».

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

selon sa maman Sara « est une fille qui reste sans rien dire face à des personnes étrangères même si elles l'a saluant je dois lui demander de dire bonjour sinon elle le dit pas mais si quelqu'un la touche elle aime pas du tout, elle commence à pleurer à cause de ça, elle peut même cracher sur la personne jusqu'à ce que je lui demande d'arrêter, c'est aussi une fille qui réalise divers actes mais elle ne se responsabilise jamais c'est-à-dire elle me dit jamais que c'est moi et je suis désolé». On peut donc dire que Sara est une fille nerveuse, et malgré qu'elle crache sur des personnes mais ceci se réalise uniquement quand une personne lui fait une chose qu'elle n'aime pas de plus c'est un comportement qui à diminuer.

Sa maman nous à raconté également que quand elle lui donne des activités elle ne se concentre pas bien, elle bouge constamment dans tous les sens et joue avec ses cheveux, jusqu'à ce qu'elle intervienne et elle reste devant elle est quand elle à besoin d'aide elle ne le demande jamais c'est souvent sa maman qui le

propose et cela été découvert suite à notre entretien avec la maman cet dernier nous rajoute « Sara ne me demande pas de l'aider mais c'est toujours moi qui lui propose car dès que je la sans pas bien elle ne sourit pas, je devine directement qu'elle à besoin d'aide dans quelque chose c'est ainsi que j'intervins ».

Elle nous rajoute également que « Sara n'a pas un objet bien particulier qu'elle aime beaucoup et qu'elle prend souvent avec elle car c'est une fille qui veut avoir tous les objets pour elle-même, et elle n'aime pas partager avec qui que ce soit ».

Avant de s'inscrire au centre la maman de Sara disais toujours « grâce à la prise en charge Sara à énormément évolué je la suivrai et je donnerai tout pour qu'elle poursuit sa prise en charge, comme je l'ai déjà dit elle connaît tous son schéma corporel cela est fait grâce a la prise en charge, l'autonomie aussi elle arrive même à écrire son nom, je vois ça impressionnant pour une fille retardé et même les comportements qui me déranger il ce sont diminuer, limiter ou même éliminer grâce à ça, mais sa ne s'est pas passée directement sa à prit beaucoup de temps et sa continue encours c'est-à-dire le faite quelle bouge beaucoup, elle ne ce concentre pas , quand elle s'énerve elle peut te craché, elle déchire en classe des cahier ce sont tous des comportements qui disparaissent peu à peu ». Donc selon sa maman grâce a la prise en charge sa fille à développer divers comportement et cela bien sûr revient aux méthodes utilisées au centre et grâce aux différents tests et outil d'apprentissage spécialisée.

I-5-3-Résultats de l'échelle Québécoise du comportement adaptatif appliquée sur le cas « Sara » :

Tableau n°38 : Résultats de la sphère de l'autonomie

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	30	46
	24-31	Hygiène	09	16
	32-36	Utilisation de la toilette	09	10
	37-47	Habillage-déshabillage	14	22
			62	94

A partir de ces résultats au niveau de la sphère de l'autonomie on peut dire que Sara à la capacité de s'occuper d'elle-même que ce soit au niveau de l'alimentation, de l'hygiène ou autre. Malgré ça déficiences mais elle est capable de manger seul, de se laver les mains et de se savonner seul, elle est aussi capable de faire sa toilette mais pas d'une façon complète, tandis que pour l'habillage et le déshabillage c'est aussi une fille qui est plus doué dans le déshabillage que l'habillage et cela à été prouvé grâce aux résultats de l'échelle, mais aussi aux réponses des parents l'or de l'entretien.

Tableau n° 39 : Résultats de la sphère des Habiletés domestique.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habiletés domestiques	48-51	Vêtement	03	08
	52-56	Intérieur	05	10
	57-62	Réparation	04	12
	63-65	Sécurité	04	06

Chapitre V : Présentation, Analyse et discussion des résultats

	66-67	Extérieur	04	04
			20	40

Concernant les habilités domestique Sara est une fille très active mais elle n'aime pas les ordres comme elle a déjà précisé sa mère. Et comme on peut le voir dans les résultats même si elle a les capacités mais elle ne fait pas les choses de sa propre volonté, donc même si elle range ses vêtements elle les met dans les endroits appropriés mais tout cela est réalisée après les ordres de sa maman mais toujours d'une façon incomplète ou fausse.

Tableau n°40 : 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	30	32
	92-106	Motricité globale	22	30
			56	78

Les résultats obtenus dans ce sphère sont bon et élevé par-rapport au score maximum cela indique que Sara a pu acquérir un des comportements les plus difficiles chez un enfant et surtout ceux on difficultés qui est la motricité que ce soit fine ou globale. Car elle a pu manifester divers comportements et elle les fait souvent, elle tourne les yeux vers un objet de couleur vive, elle prend un objet momentanément, elle suit des yeux un objet de couleur vive et le déplace, et plusieurs autres comportements.

Tableau n°41 : Résultats de la sphère de communication.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-122	Expression	24	32
	123-130	Réception	12	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	10	22
			46	70

A travers ces résultats on remarque que Sara est apte et elle à toutes les capacités grâce à la prise en charge de ce communiqué que ce soit par les gestes ou par la parole, mais d'une façon limitée concernant le langage malgré qu'elle comprend toutes les consignes. C'est une fille qui réagit à son nom et à tout ce qu'elle l'entoure que ce soit un bruit, un son, ou autre. Mais le langage reste toujours un obstacle pour Sara.

Tableau n°42 : Résultats de la sphère des Habilités préscolaire et scolaire.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités préscolaire et scolaires	142-146	Graphisme	07	10
	147-151	Notion de temps	03	10
	152-158	Mathématiques pratiques	02	14
	159-162	Lecture	01	08
	163-164	Ecriture	02	04
			15	46

Tandis que dans la sphère des habiletés scolaires et préscolaire, Sara à obtenu un niveau qu'on peut considérer comme moyen par rapport aux autres enfants car elle écrit son nom même si elle fait des fautes, mais au moins elle connaît les lettre nécessaires pour l'écrire, et le graphisme également elle est très doué vu que ce sont des activités qu'elle répète en classe et qu'elle poursuit chez elle à la maison, et elle arrive également a lire deux a trois lettre de son prénom.

Tableau n°43 : Résultats de la sphère de la socialisation.

Sphère	Question	Libellé	score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	28	38
	184-193	Déplacements	09	20
	194-196	Ressources communautaires	00	06
	197-200	Magasinage	02	08
	201-204	Services bancaires	00	08
	205-210	Loisirs	03	12
			42	92

Dans la sphère de socialisation on remarque que le score est plus élevé dans libellé des interactions par rapport aux autres libellés, Sara établit le contact visuel, elle sourit lorsqu'on lui sourit, elle peut se déplacer d'une pièce à une autre d'une quelconque façon sans difficultés, que ce soit à la maison ou au centre, et plusieurs autres comportements. Alors qu'elle trouve des difficultés dans d'autres comportements tel que le magasinage quelle peut réaliser uniquement en supervision. Et les autres items ce sont des comportements qui ne correspondent pas à l'âge de Sara.

Tableau n°44 : Résultats de la sphère des Habilités de travail.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités de travail	211-221	Habilités d'emploi et recherche d'emploi	NP	22
	222-225	Comportements et relations interpersonnels au travail	NP	08
			00	30

En arrivent aux habiletés de travail en précise que ans l'échelle québécoise du comportement adaptatif pour les enfants de moins de 14 ans en coche non possible « NP » et cela signifie que l'environnement physique de la personne ne lui permet pas de faire le comportement.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 1 A 7 :241 / 450 »

Tableau n°45: Résultats de la sphère des comportements inadéquats.

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquats	226-233	Comportements stéréotypés	06	24
	234-241	Comportement de Retrait et d'inattention	02	24
	242-275	Habitudes et Comportements inacceptables	04	102
	276-298	Comportements Antisociaux	00	69
	299-308	Comportement sexuels inadéquats	00	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	02	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			14	297

Dans la seconde partie de cette échelle qui est consacré à l'évaluation des comportements inadéquat chez cet enfant, on peut constater grâce aux résultats obtenu qu'elle ne manifeste pas des comportements d'automutilation comme par exemple (se mord, se tapé où se frapper contre un objet). Des comportements de violence ou d'agressivité comme par exemple (déchirer ses vêtements, exprimer des menaces de violences à une personne) mais on peut noter qu'elle est une fille qui bouge constamment elle manque de concentration, quand elle s'énerve contre une personne elle le crache malgré que tous ses derniers sont considérer

comme des comportements inadéquats mais ils sont devenus légers grâce à la prise en charge c'est-à-dire qu'ils ont diminué en les comparant avec les premiers jours de son intégration au centre et cela l'a aidé à acquérir des comportements adaptatifs comme l'autonomie...etc.

« TOTAL POUR LES SPHERES DE 226 a 324: 14/ 297»

➤ Synthèse du cas n°05 « Sara » :

Suite à notre entretien avec la maman de Sara en remarque qu'ils ont l'air habitués à l'handicap de leurs enfants, ainsi que toute sa famille malgré qu'au tout début ils avaient du mal à l'accepter. On reconstitue également que Sara est une fille qui souffre d'un retard mental moyen et cette déficience ne lui a pas embouteillé sa vie et celle de sa famille et cela grâce au centre psychopédagogique où elle est prise en charge. On constate également que Sara est une fille dure elle aime faire ce qu'elle veut sans obéir aux autres, elle est un peu agitée mais cela a diminué depuis sa prise en charge et grâce à cette dernière elle a aussi réussi à avoir le score le plus élevé au niveau des comportements adaptatifs ce qui lui permet de vivre en société d'une façon plus autonome.

A travers les résultats obtenus dans l'échelle on aperçoit aussi que Sara est une fille qui peut manifester certains comportements de stéréotypie comme par exemple bouger une main continuellement, des fois elle roule la tête, mais ça reste des comportements légers qui ne nécessitent pas l'intervention d'une autre personne.

II- Synthèse sur les cinq cas :

Tableau n°46 : Niveau des comportements adaptatif et inadéquats des cinq cas.

Les cas	Le score des comportements adaptatifs	Le niveau des comportements adaptatifs	Le score des comportements inadéquats	Le niveau des comportements Inadéquats
Sonia	200	Moyen	32	Moyen
Syphax	216	Moyen	20	Léger
Salim	220	Moyen	12	Léger
Saïd	223	Moyen	17	Léger
Sara	241	Moyen	14	Léger

A partir des résultats indiqués dans le tableau ci-dessous, on peut remarquer que tout le groupe de recherche représente un degré moyen au niveau des comportements adaptatifs, ce qui fait que ses enfants ont pu développer divers comportements grâce à la prise en charge, comme par exemple la connaissance du schéma corporelle, ce dernier désigne selon **Caudry**, « la représentation de notre corps et la place qu'il occupe dans l'espace, le schéma corporel n'est pas inné, il se construit au cours du développement de l'enfant ». (**Michele. G, 2002 : 88**). C'est donc à partir de la prise en charge qu'ils ont pu acquérir la notion du schéma corporel, c'est-à-dire ils ont devenu capables de nous montrer le nez, la bouche, le ventre...etc. Et de connaître aussi leur sexe c'est-à-dire à savoir s'ils sont une fille ou un garçon, et cela grâce à des activités dans laquelle on montre à ses enfants une image qui contient deux personnes (fille et garçon) et c'est à lui d'identifier son sexe.

On peut noter également que ces enfants ont réussi à devenir plus autonome qu'avant, et cela a été confirmé par tous les parents mais aussi par nos propres

observations, on prend le témoignage de l'un des parents et plus précisément le père de Saïd « Avant la prise en charge disait son père Saïd ne mangeait pas seul... ». Ce dernier arrive à manger seul malgré qu'il se salit et il renverse un peu, et tous ces enfants le font également ils sont aussi la capacité de se savonner et lavez grossièrement leur mains et leur visage tout seul...etc. comme **Dupuy** le souligne que « l'autonomie est avant tout une valeur dans notre société. Au même titre que l'honnêteté, le courage ». (Cuilleret. M, 2007 :15).

Tandis que les habits en remarque que ces enfants ont souvent besoin d'aide de l'un de leurs proches pour les aider à s'habiller ou à se déshabiller, et les parents attestant que leurs enfants malgré les difficultés ils bougent leurs membres dans le but d'aider de leur côté la personne qui les habille, et grâce à la prise en charge ces difficultés ont diminuer, ils sont actuellement apte à fermer les boutons et la fermeture de leurs vêtements, y a certains qui peuvent même se déshabiller seul, on peut donc dire qu'il y a une évolution au niveau de la motricité, et si on prend pour exemple le cas de **Sonia** celle-ci est une fille qui s'habille avec l'aide de sa maman mais concernant le déshabillage elle arrive à le faire toute seule surtout quand il s'agit de jupe ou de robe de maison.

Comme on peut le savoir les enfants déficients mental n'ont pas uniquement un retard d'intelligence mais un retard qui touche toutes les opérations cognitives, la compréhension, l'attention, la perception et la mémoire et les difficultés dans l'organisation spatio-temporelle qui est la faculté importante des jeunes enfants, ainsi à travers cette recherche on a pu remarquer que notre population d'étude n'a toujours pas acquis la notion de temps, ils ne peuvent pas faire la différence entre le jour et le soir et ne peuvent pas préciser l'heure durant la journée.

Concernant la communication on peut dire que notre groupe de recherche arrivant à transmettre leurs messages que ce soit verbalement ou avec les gestes, et certains parmi eux utilisant uniquement le langage non verbale comme le cas

de « **Salim** », malgré que des fois il essaie de parler mais on le comprend pas bien ce qu'il veut dire sauf ceux qui sont habituer comme ses proches et son éducatrice. Tandis que d'autres comme le cas de « **Saïd** » il s'exprime verbalement et associe souvent ces dire avec des gestes pour que ses demandes soyons assimilé par autrui. Nous avons également vu et appris que d'autres enfants comme « **Sara** » utilisent les mimiques associées au langage pour transmettre son message.

On peut dire également que ses enfants et grâce à la prise en charge ils ont pu développer quelques habiletés préscolaire comme par exemple, **compter** : tous les cas cités dans cette recherche arrivant à compter jusqu'à vingt des fois ils oublient un chiffre mais avec l'aide et l'encouragement ils poursuivent à compter tout seul. Ils sont capables également de colorier, de nommer des personnes, des objets, des animaux comme le chat, le chien, la poule. Mais aussi à désigner les couleurs comme le rouge, vert, bleu et noir. Malgré que l'enfant Salim est faible dans le langage et on ne comprend pas bien ce qu'il prononce mais à chaque activité son éducatrice l'encourage quand il prononce et lui demande de lui montré si par exemple c'est une activité de couleur il va répondre en même temps montré la couleur et pour compter il le fait avec des petit disquettes dans sa table et ils réussie bien.

On peut également synthétiser à partir du score noter dans le tableau, que quatre cas de notre groupe de recherche manifestant des comportement inapproprié mais d'une façon très légère, c'est-à-dire que les enfants : Syphax, Salim, Saïd et Sara on obtenu un score qui varie entre 12 et 20 et cela représente selon le manuel un score léger, ce sont donc des enfants qui manifestent des comportement inadéquat mais il ne sont pas agressif et ne touchant pas aux valeurs du milieu social, au contraire ce sont uniquement des comportements de stéréotypie, des comportements antisociaux et par ce dernier on veut dire que certains enfants comme « **Sara** » refusé au tout début de s'intégrer avec les

autres mais avec la prise en charge elle est devenu plus sociable qu'avant, et l'agitation dont la maman nous à parlé à également diminué.

Pour le cas de « **Sonia** » c'est une fille qui à acquis énormément de comportement durant sa prise en charge, même si elle manifeste quelques comportement inadéquat dont on voit le score est élevé à 32 point au niveau de ses comportements, mais ils ont aucun impact sur son milieu de vie, c'est-à-dire malgré que le score montre que le niveau des comportement inadéquat est moyen, mais ce ne sont pas vraiment des comportement qui on influencé sur l'acquisition d'autres conduites adaptatif, ce ne sont également pas des comportements violents ou d'automutilation, ils sont plutôt gérable et grâce a la prise en charge certains ont diminué et d'autres ont disparu, donc non seulement elle à acquis des comportements adaptatif mais elle à pu également diminuer ceux qui sont inadéquat.

III- Analyse et discussion des hypothèses :

Dans notre recherche nous avons voulu savoir si les enfants en situation de retard mental arrivant à acquérir les comportements adaptatifs grâce a la prise en charge, c'est pour cela que nous avons posé une question de départ qui consistée en :

- **Est-ce-que la prise en charge au sein du centre psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatif chez les enfants en situation de retard mental ?**

Ainsi lors de l'élaboration de notre travail, nous avons mis au point une hypothèse générale et deux hypothèses partielles, afin de répondre à la question de départ. La vérification de nos hypothèses se feront grâce aux résultats obtenus dans nos entretiens semi-directifs adressée aux parents des enfants ciblés. Ainsi qu'aux résultats de l'échelle appliquer avec ses enfants.

Nous allons donc reprendre nos hypothèses pour rappeler le principe de cette recherche afin de les confirmer ou de les infirmer, et qui sont comme suite :

La première Hypothèse partielle:

- **La prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide l'enfant déficient mental à améliorer son aspect développementale, tel que l'autonomie.**

Après l'analyse des données de l'entretien établi avec les parents des enfants sélectionnés comme une population d'étude de notre recherche, mais aussi après l'analyse des résultats obtenus suite à la passation de l'échelle il est apparu que le centre psychopathologique joue un rôle primordial dans l'amélioration de l'aspect développemental. Chez cette catégorie d'enfant qui souffrant d'un retard mental, et cela **confirme** notre première hypothèse partielle.

En effet grâce à la prise en charge, toutes les démarches psychologique, pédagogique et orthophoniste effectué au sein du centre psychopédagogique, on conduit ses enfants vers l'acquisition des comportements adaptatifs.

Effectivement nous avons pu avoir comme informations qu'avant la prise en charge ses enfants ne réalisé pratiquement aucun comportement adaptatif, il n'arrivait pas à s'occuper deux même, de manger seul même de tenir correctement les outils alimentaires, faire leur toilette seul et plusieurs autre comportement. Tandis qu'après la prise en charge la motricité de ses enfants à évolué, il sont devenus apte à déboutonner les boutons de leurs vêtements, a tenir des objets avec deux doigt, et cela à commencé tout d'abord bien évidemment par essaie-erreur mais ensuite peu à peu avec des encouragements et des récompenses de la part de leurs éducateurs ils se sont améliorés, on veut dire par là que ses enfants lorsqu'ils n'arrivait pas à déboutonner leur blouse en classe l'éducateur leur dit « aller tu peux le faire, et si tu arrive je vais te donner

un sachet de bonbon que tu préfères, où je vais dire à ton père que t'as réussi et il va te ramener un vélo dont tu me parles depuis longtemps » en remarque directement que grâce à ses techniques l'enfant réalise plus d'efforts afin d'avoir une récompense. On constate également sur le sujet des vêtements que certains enfants en plus de capacité à se déshabiller qu'à s'habiller.

Il est important aussi de préciser que ses enfants représentent des difficultés à s'intégrer à la vie sociale et à s'adapter au changement, et le fait d'être intégré au centre de ce problème a diminué car ils sont en interaction constante avec les groupes de pairs. Et le témoignage des parents nous a confirmé qu'à l'aide de la prise en charge leurs enfants ont pu devenir plus sociable. On peut prendre pour exemple les dires de la maman de notre premier cas **Sonia** « je dirais oui, ils ont contribué énormément à l'évolution de ma fille dans tout ce qui a trait de la socialisation, grâce à la prise en charge Sonia a plus de confiance à parler aux gens de les saluer de sourire à leurs visages... ».

Nous avons également discerné que ses enfants perçoivent les sons et les bruits produits autour d'eux et notamment la voix humaine et dès qu'une personne les interpelle ils se rendent compte qu'il s'agit d'elle. Par contre le développement du langage chez ses enfants est incomplet et n'ont pas un profil communicatif et langagier unique, et bien précis. Car ils utilisent le langage verbal et non verbal (geste, mimique et vocalisation) pour transmettre leurs messages. Cette communication pré linguistique prépare ses enfants au langage verbal. **Madeleine Féve-Chobaut** souligne « qu'une bonne communication s'appuie sur des pré-requis qui naissent et s'enracinent peu à peu ». (**Madeleine.F.-Ch, 2002 :09**). À titre d'exemple l'enfant Saïd qui utilise les deux types de langage pour transmettre son message et à fin de se communiquer avec son milieu de vie.

Il en résulte que même si l'apprentissage des règles et des conventions sociales leur était difficile mais grâce à la prise en charge ils ont pu dépasser à priori

ces difficultés, et d'appréhender le minimum de comportement. Comme on l'a vu l'apprentissage de cette catégorie d'enfant se fait souvent lentement, ainsi leur compréhension et utilisation du langage sont généralement limitées. L'acquisition d'un niveau d'autonomie personnelle et social est comparable à celui des sujets d'intelligence normal même s'il nécessite davantage de temps et de soutien, et même leurs familles les considérant parfois comme des personnes normaux car leurs difficultés ne posent pas de problème majeur. A titre d'exemple les propos du père de Syphax concernant la situation de son fils « ... s'il est triste il l'exprime également et des fois je me dis est ce que vraiment il est malade !!! ».

Dans notre recherche nous avons travaillé avec une population d'étude qui porte le même trouble qui ait la déficience mentale avec un degré de sévérité moyen. Mais avec des QI différent. Ainsi toute notre population de recherche confirme notre première hypothèse, malgré que jusqu'à présent ils sont faibles dans certains habiletés comme l'écriture, la lecture mais ils sont pu développer différents autre comportement adaptatif.

Chez certains enfants comme le cas de **Sonia et Sara** elles ont certes des difficultés qui ralentissent considérablement le développement au niveau de différents sphère mais elles ont pu s'en sortir grâce à la prise en charge, et à acquérir un langage rudimentaire et apprendre à accomplir divers tâches simple. Mise à part le langage et l'autonomie Sara est l'unique enfant qui à pu grâce a des années de prise en charge et malgré qu'elle souffre d'une déficience mental, à écrire son nom qui s'avère être une habilité très difficile pour un enfant déficient.

Durant notre travail de recherche en à vu certains stratégie adoptée par les éducateurs du centre durant les activités de classe avec ses enfants, comme l'activité du compte jusqu'à vingt, nommé les couleurs...etc. on peut prendre

comme exemple : le cas de **Salim**, quand son éducateur lui demande de se présenter, ils se trouvent devant des difficultés à s'en souvenir de sa date de naissance mais une fois qu'on lui propose « soit de se concentrer et de se rappeler de sa date de naissance sinon il ne va pas manger à midi », on aperçoit directement que le fait d'enlever une chose que Salim aime beaucoup (manger) il réalise des efforts pour réussir son activité, et pour ne pas se priver de nourriture. On précise également que ses enfants arrivent à comprendre les consignes mais uniquement ceux qui sont simples à assimiler, c'est-à-dire en utilisant des mots simples, par contre les mots complexes ou des phrases avec métaphore ou qui ont un sens d'humour ils trouvent des difficultés.

En clarifie un autre point qui confirme le rôle important que joue la prise en charge au sein du centre, en effet nous avons découvert que notre population d'étude avant de s'intégrer au centre il ne prononçait pas grand-chose il y avait uniquement du babillage mais avec les techniques d'imitation que l'orthophoniste et les éducateurs utilisés en leur disant « regarde ma bouche comment je prononce et répète ça comme moi » ils ont réussi à évoluer et à prononcer des mots voir des phrases simples. **Selon Roland** : « toutes productions vocales ainsi que l'évolution au travers des divers phases du babillage doivent être accueillies et soigneusement renforcées (socialement) de manière à promouvoir le développement pré-langagier de l'enfant porteur d'une déficience » (Roland, J.-A, 1985 :20).

Comme on l'a déjà évoqué dans la partie théorique, quand on parle de comportement adaptatif, on parle d'habileté sociale (interaction sociale, responsabilité, obéir aux lois) conceptuel (compréhension du langage oral) et pratique (soins personnels, autonomie). Ainsi ses enfants grâce à la prise en charge ils ont pu acquérir grossièrement ces comportements adaptatifs, ce qui fait que notre première hypothèse a été **confirmé**.

En reprend la deuxième hypothèse de ce travail :

La deuxième Hypothèse partielle :

- **La prise en charge dans le centre psychopédagogique diminue les comportements inadéquat, inapproprié, chez les enfants retardé mental tel que les comportements de retrait et d'inattention.**

A partir des résultats obtenus lors de la passation de l'échelle, les cinq cas de notre groupe de recherche confirmons notre deuxième hypothèse. Effectivement les cas Syphax, Salim, Saïd Sonia et Sara, manifestant certes des comportements inadéquats mais qui nécessitant pas vraiment l'intervention d'une autre personne car ils ne sont pas profond ni agressive. Et cela grâce à la prise en charge. Donc même si jusqu'à présent ses enfants présentant certains comportements répétitifs, des stéréotypies, des conduites d'inattention...etc. mais d'une façon très légère, voir moyenne pour le cas de Sonia, et en les comparant à la période d'avant la prise en charge il manifester ce genre de conduite avec un degré plus profond. Donc la prise en charge à aider ces enfants à diminuer les comportements inappropriés, ce qui fait que notre deuxième hypothèse partielle est **confirmée**.

On s'appuie sur les dires de certains parents comme témoignages sur ce qu'on Vient de dire dans le passage précédant, comme la maman de **Sara** qui nous à précisé que : « ...ma fille à énormément évolué dans plusieurs habiletés, et même les comportements qui me déranger ils se sont diminué, limitée... » Ceci indique que la prise en charge non seulement elle a amélioré l'état de Sara ont développant des comportements adaptatif, elle à même réussi à diminuer les comportements perturbateurs chez cette enfant.

Parmi les cas de notre groupe de recherche en note un degré moyen au niveau des comportements inadéquats chez l'enfant **Sonia**, comme en peut l'apercevoir dans les résultats de l'échelle mais aussi à travers les déclarations de sa mère sur ce sujet, cet enfant manifeste certains comportement inadéquat, quand elle s'énerve par exemple : elle déchire des feuilles des cahiers, elle berce son Corps, elle émet des bruits, si en la taquine elle peut cracher sur la personne...etc. Mais avec les techniques de punition utilisé au sein du centre elle à pu s'en débarrasser de divers conduite et de diminuer certains. Actuellement à titre d'exemple rarement où elle crache sur une personne, au contraire elle est devenue plus sociable.

Avant, quand elle déchire un cahier, personne ne lui expliquer que c'est un mauvais comportement, mais en classe son éducatrice lui fait des punitions en lui interdisant de jouer à la salle des jeux avec ces camarades, ou bien on lui disant tu te mets derrière la porte les mains en haut, et au fur et à mesure en remarque que le degré de ces comportements ont diminué et la même ceci aider à acquérir des comportements plus adaptatif.

Si on parle de l'enfant **Saïd** d'après sont père avant qu'il soit pris en charge il était un enfant agité, il bougeait énormément, mais avec la prise en charge ce comportement à diminué on peut même dire qu'il à disparue, on reprend donc un passage exprimé par son papa « ...Saïd avant qu'il soit pris en charge il bougeait énormément mais grâce à la prise en charge toute cette énergie il la dépensé dans des activités et ça à diminué dieu merci ». bien-évidement cela revient aux techniques utilisées au sein du centre. Au début les éducateurs donné pour Saïd, les autres enfants de sa classe comme modèle ou exemple, pour apprendre à se calmer et à faire les choses tranquillement, mais en précise encore que ça n'a pas été facile est ça à pris du temps pour que Saïd s'en débarrasse de ce type de comportement. Les éducateurs ne se sont pas limitées sur la technique du modelage il s'appuyant également sur le jeu pour que Saïd

sort tout son énergie dans le jeu et en lui promettant de lui donner à dessiner ou à colorier s'il reste sage et calme, ce sont donc toutes des techniques que les éducateurs utilisés et qu'ils ont réussi sur le cas de Saïd pour diminuer sont agitation. Et sur d'autres enfants également.

On représente un autre témoignage d'un des parents de notre population d'étude et cette fois il s'agit du cas de Syphax. Un passage dans lequel son père disait « Grâce à la prise en charge il à pu apprendre énormément de choses, et même les conduites qui ne sont pas approprié ils sont diminué car avant et même actuellement il répète le mot « bacalo » et avant la prise en charge c'était tous les jours mais là au moins c'est une fois par hasard » cela prouve que leurs enfants manifeste des conduits inapproprié qui ont diminué suit à la prise en charge. Dans ce travail on ne s'est pas limité uniquement sur les dires des parents pour vérifier nos hypothèses et atteindre notre objectif, on s'est appuyé aussi sur les résultats de l'échelle qui nous ont montré que Syphax est un enfant qui représente certains habitudes et comportements inacceptables mais avec la prise en charge le degré de ces comportements à diminuer.

Le degré le plus léger dans notre population d'étude est représenté par l'enfant **Salim**, ce dernier comme on l'a déjà vu dans les données de l'entretien, il à eu une prise en charge précoce et avant cela il pleurait à chaque fois qu'on l'aider dans une activité particulière, car pour lui si on l'aider il va se juger incapable, et comme sa mère la déjà cité « ...avant quand on l'aide dans une activité il commence à pleurer, même crier mais actuellement ces comportements difficile en diminuer, il à également plusieurs autres comportements, je me souviens qu'il tape avec le pied, il pouvait rester assis toute la journée ».

Cependant en se basant sur les résultats de l'échelle qui nous montre que tout les comportements inacceptable que Salim manifester ce sont tous des comportements d'inattention, de posture et de stéréotypie, mais qui ont diminué

grâce à la prise en charge qu'il a eu précocement, ceci la aidé énormément dans l'acquisition des comportements adaptatif et dans la diminution de ceux qui sont inapproprié. D'ailleurs de nombreux spécialistes sont d'accord sur le fait que la prise en charge précoce est indispensable pour les enfants déficients, selon **Cuillert. M** : « la prise en charge précoce concerne la période de la vie qui s'étend de la naissance à l'entrée à l'école. Elle doit se mettre en place le plus tôt possible, avant le sixième mois de vie ». (Cuillert. M., 2007 :10).

On peut donc dire que l'accompagnement psychologique et pédagogique au sein du centre aide beaucoup les enfants dans la construction de divers comportements et dans la destruction de ceux qui sont perturbateur pour leur développement, on peut dire aussi que la prise en charge permet à ses enfants d'avoir un développement global plus harmonieux. Et le critère le plus important d'une prise en charge psychopédagogique qu'on à pu découvrir durant cette recherche, sait qu'il dispose et offre un climat très stable, on veut dire par ce point que dans ce lieu les enfants sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, et ils réalisant des activités qui correspondent a leur déficience dans le but de développer divers habiletés, surtout quand il s'agit d'une prise en charge précoce.

Ainsi l'objectif tracé dans notre recherche depuis le départ de ce travail était de dévoiler si les centres psychopédagogiques jouent un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs. On à souhaiter également découvrir si la prise en charge au sein de ces centres diminue les comportements inadéquats. Et grâce à ce travail on à pu atteindre notre objectif et confirmé nos deux hypothèses partielle et donc confirmé **l'hypothèse générale** qui consister en :

- **La prise en charge effectuée au sein du centre psychopédagogique joue un rôle primordial dans l'acquisition des comportements adaptatif, chez les enfants en situation de retard mental.**

Effectivement, nos cinq cas ont confirmé nos hypothèses partielles, ce qui fait que même notre hypothèse générale à été confirmé. Et il reste à souligner que nos hypothèses sont réfutables et non absolues, car les résultats obtenus de notre population d'étude est restreinte, et ne représentent pas la population mère d'enfant retardé mental.

Conclusion

Conclusion :

Le retard mental correspond à une incapacité caractérisé par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, lequel se manifeste dans les habilités conceptuels, sociales et pratiques, et cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. Le retard mental à des causes multiples et des degrés de gravité très distincte et cela se diffère d'une personne à une autre. De ce fait, le retard mental quelque soit sa sévérité est considéré comme un handicap mental, qui engendre un vécu particulièrement douloureux dans la psyché parental, et il met en rude épreuve le milieu familial et plus précisément celui des parents. Car pour ces derniers l'éducation d'un enfant retardé mental sera prolongé tout au long de la vie, vu que ses enfants manifestant des difficultés dans différents habilités quotidiennes qu'on peut regrouper sous le terme du comportement adaptatif.

Ainsi a travers cette recherche, on a essayé d'aborder la question suivante :

- **Est-ce que la prise en charge au sein du centre psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs chez les enfants en situation de retard mental ?**

Et pour répondre à cette question nous avons proposé trois hypothèses. Et dont l'hypothèse générale consiste en :

- **La prise en charge effectuée au sein du centre psychopédagogique joue un rôle primordial dans l'acquisition des comportements adaptatif chez les enfants en situation de retard mental.**

Alors que les deux autres hypothèses qui sont partiels elles ont été formulées de la manière suivante :

Conclusion

- **La prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide l'enfant déficient mental à améliorer son aspect développemental tel que l'autonomie.**
- **La prise en charge dans le centre psychopédagogique diminue les comportements inadéquats, inappropriés, chez les enfants Retardé mental tel que les comportements de retrait et d'inattention.**

Et afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses nous nous sommes basés sur des lectures en s'appuyant plus précisément sur l'approche cognitive et développemental ainsi que sur nos observations sur le terrain durant notre pré-enquête. Nous avons également adopté la méthode clinique à base de l'étude de cas qui nous a permis de décrire en profondeur les cas que nous avons ciblés. Nous nous sommes également appuyés sur deux outils d'investigation, l'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle québécoise du comportement adaptatif

Nous avons alors choisi de travailler dans le centre psychopédagogique de Souk-el-Tenine, qui prend en charge près de 52 enfants retardés mentalement, et dans lequel nous avons effectué une recherche auprès de cinq enfants âgés entre 08 et 12 ans.

Cependant après avoir choisi le lieu de recherche et une fois qu'on a sélectionné une population d'étude nous avons pris le consentement des parents pour pouvoir travailler avec le groupe que nous avons sélectionné. Ensuite après le consentement nous avons réalisé des entretiens avec les parents et le témoignage de ces derniers nous a énormément aidé pour la réalisation de ce travail de recherche car sans eux on n'aurait jamais eu les informations nécessaires.

Conclusion

Bien évidemment l'outil de base de cette recherche est l'échelle du comportement adaptatif qui nous a permis d'explorer le comportement adaptatif et de recentrer sur un profil de compétence chez notre population d'étude, elle nous a donc montré que même si ses enfants souffrant d'un retard mental et ils ont divers difficultés dans différents domaines, mais ils ont réussi à acquérir et à développer des comportements qui les aident à avancer dans la vie de tous les jours.

L'analyse des données de l'entretien ainsi que les résultats de l'échelle nous ont dévoilé que tout le groupe de recherche avec qui nous avons travaillé tout au long de notre pratique sur le terrain, manifestant d'une façon légère et moyenne des comportements inadéquats et cela ne les a pas empêchés d'acquérir des comportements adaptatifs.

Pour ce fait notre première hypothèse partielle a pu être confirmée grâce aux témoignages des parents, celui des éducateurs du centre ainsi que celui du psychologue, mais aussi à travers les résultats obtenus à partir de l'échelle et de nos propres observations, effectivement la prise en charge à aider ses enfants a acquis énormément de comportement adaptatif que ce soit au niveau de l'autonomie, de la motricité ou autre.

Nous avons également relevé à travers cette recherche que la prise en charge au sein du centre psychopédagogique a réussi à réduire les comportements qui étaient inacceptables chez notre population d'étude, et cela nous a été confirmé par les parents et le personnel concerné par la prise en charge. Ce qui fait que même notre deuxième hypothèse partielle a été confirmée.

Toutefois si nos deux hypothèses partielles qui relèvent à la base de l'hypothèse générale ont été confirmées donc automatiquement notre hypothèse générale est aussi confirmée.

Conclusion

Les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restant relative, non statique et non absolu et nos résultats en font partie, cependant nos hypothèses à propos du rôle de la prise en charge à l'égard des enfants retardés mentaux sont réfutables et cela est dû à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Pour cela, on tient à inviter nos collègues étudiants en psychologie clinique à poursuivre le chemin de la recherche afin d'approfondir ultérieurement notre sujet de recherche et de mettre l'accent sur les troubles du développement cognitif chez l'enfant et plus précisément sur le retard mental. Ce qui nous a incité à poser des questions de recherche, et qui sont les suivantes :

01- quel est l'importance de la prise en charge précoce chez les enfants retardés mentaux ?

02- quels sont les processus d'apprentissage chez les enfants déficients mentaux ?

03- qu'elles sont les difficultés d'intégration des enfants retardés mentaux au sein des centres psychopédagogiques

La Liste des Références

La Liste des Références

I- Le Liste des Ouvrages :

- 01- Agnès, F. (2016). **Le développement du langage**. Paris, France : Dunod.
- 02- Alain, B., et Anne, G. (1992). **L'enquête et ces méthodes : L'entretien**. Paris, France: Nathan
- 03- Allain, T. (2003). **Adaptation concept systémique**. Paris, France : Harmattan.
- 04- Albert, B. (2004). **De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnel**. Paris, France : Harmattan.
- 05- Annick, C., et Fayda, W. (2006). **Les relations sociales chez l'enfant : Genèse, développement, fonctions**. Paris, France : Aromnd coline.
- 06- Antonie, B., et Grégoire, B. (2011). **Pédiatrie**. Paris, France : Masson.
- 07- Aurèle, S.-y. (1982). **Psychologie de l'apprentissage-enseignement: Une approche individuelle ou de groupe**. Québec, canada : UPQ.
- 08- Bailey, DB., Blasco, PM., et Simeonsson, RJ. (1992). **Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities**. Atlanta, Usa : Random House.
- 09- Baudier, A., et Céleste, B. (2004). **Le développement affectif et social du jeune enfant**. Paris, France : Armand Colin.
- 10- Bertrand, A., Christian, G., et Franck, R. (2007). **Les grandes questions sociales contemporaines**. Paris, France : l'Etudiant.
- 11- Bénony, H., et Chahraoui, K. (1999). **L'entretien clinique**. Paris, France : Dunod.
- 12- Bénony, H., et Chahraoui, K. (2003). **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**. Paris, France: Dunod.
- 13- caroline, S. (2006). **Comprendre son enfant**. Paris, France : Studyrama
- 14- Carlier, M., et Ayoun, C. (2007). **Déficiences intellectuelles et intégration sociale**. Paris, France : Mardaga.
- 15- Catrine, T. (2014). **Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement**. Paris, France : Dunod
- 16- Chadwick, O., et Cuddy, M. (2005). **Handicaps and the development of skills between childhood and early adolescence in young people with severe intellectual disabilities**. Washington, New York, Etats-unis : Springer Publishing Company

- 17-Chavaroche, P.-H. (2012). **L'accompagnement des adultes gravement handicapé.** Toulouse, France : Eres
- 18- Cory,L., et Williams,R. (2006). **Effects of a leisure education program on social knowldge and skills of youth with cognitive disabilitie , ther recreation.** New york, USA : Nova
- 19- Cuilleret, M. (2007). **Trisomie et Handicaps génétiques associé.** Paris, France : Masson.
- 20- Cyrielle, R. (2018). **Déficiences intellectuelles : de la compréhension a la prise en charge.** Paris, France : De Boeck
- 21- Danion, G. (1961). **Psychiatrie de l'enfant.** Paris, France : Lavoisier.
- 22- David, V. (2011). **La dissonance cognitive.** Paris, France: Dunod
- 23- Davis, P., et Rehfeldt, R. (2007). **Functional skills training for people with intellectual and developmental disabilities.** New York, USA : Handbook.
- 24-Djaouida, P. (2003). **L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant.** Paris, France : Dunod.
- 25-Dionne, C., Langenvin, J-P. et Rocque, S. (1999). **Le retard du développement intellectuel.** Québec, canada : Gaetan Morin.
- 26- Doll, E.-A. (1947). **Vinland social Maturrity scale.** Minneapolis, Minnesota : American guidance service
- 27- Dunod, J. (2004). **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.** Paris, France : Heures de France.
- 28- Esquirol, E. (1838). **Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.** Bruxelles, Belgique : J.B Baillière.
- 29-Ferrari.P., et Bonot,O. (2012).**Traité européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.** Paris, France : Lavoisier.
- 30- François, D. (2010). **La démarche d'une recherche en sciences humaines : De la question de départ à la communication des résultats.** Paris, France : de Boeck supérieur.
- 31- Frcine, L., et Janine, F. (2001). **Neuropsychologie de l'enfant.** Paris, France: Dunod.
- 32-George, M.-T., et Marc, A.-P. (2008). **L'évaluation Psychologique Auprès de Familles Vulnérables.** Québec, canada : PUQ.
- 33-Ghiglione, R., et Richard,J.-F.(1999). **Cours de psychologie,** paris, France : Dunod
- 34-Girimaji,S.-C. et Srinath,S.(2010). **Perspectives of intellectual disability in india : epidemiology, policy, services for children and adults.** Scholarly.New York,USA : Simon et schuster .

- 35-Greenspan,S.(1996).**There is more to intelligence Than QI**. Cambridge, Angleterre : Brookline Books
- 36-Henri, L., et Daniel, M. (2002). **Psychologie du développement d'enfance et d'adolescence**. Paris, France : Dunod
- 37- Hugette, B. (2004). **Développement et examen psychomoteur de l'enfant**. Paris, France : Elsevier Masson.
- 38- Ionescu, S. (1987). **L'intervention en déficience mentale**. Belgique, Bruxelles : mardaga
- 39- Janik,S. (1997).**Place aux personnes handicapées dans nos bibliothèques**. Québec, canada : Asted.
- 40-Jean Adolphe, R. (1986). **Le développement du langage chez l'enfant trisomique 21 : manuel pratique d'aide et d'intervention**. Paris, France : Mardaga.
- 41- Jean, E.-D. (2013). **Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent**. Belgique, Bruxelles : de Boeck Supérieur
- 42- Jean, L. (2005). **L'enfant inefficent intellectuel**. Rosny-Sous-Bois, France : Bréal.
- 43- Joachim, M.-E. (2014). **Psychopathologie africaine de l'enfant : Manuel des pratiques**. Paris, France : Publibook
- 44- John, D. (1897). **Démocratie et éducation: introduction à la philosophie de l'éducation**. Laussane, suisse : L'âge d'homme.
- 45- jourdan,I.-C. (2003). **l'intervention précoce et les programmes de prévention**. Québec, Canada : Gaëtan Morin.
- 46- Juhel, J. (2000). **La déficience intellectuelle : connaitre, comprendre, intervenir**. Paris, France : presses université Laval.
- 47- Kante,E.(1981). **Traité de pédagogie, Traduction**. Paris, France : Hachette.
- 48- Karinne, G. (2007). **Psychopathologie de l'enfant**. Paris, France : Armond coline.
- 49- Kraijer, D.-W. (1993). **L'utilisation de la classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages (CIH) dans le domaine du retard mental**. Strasbourg, France : Conseil de l'Europe
- 50- Lambert,J-L. (1981). **Enseignement spécial et handicap mental**. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- 51- Lenay, A., et Blason, B. (2009). **Des faits qui parlent. Étude comparative du projet de communication de quatre ONG à Cuba et au Costa Rica**. Belgique, Louvain : PUL.
- 52- Luc, B., et Jean-Luc, L. (1981). **Les autres : expressions artistiques chez les handicapés mentaux**. Paris, France : Mardaga.

- 53- Luckasson, R., et Borthwick-D, S. (2002). **Mental Retardation, définition, classification, and systems of supports**. Washington. New York, USA: American association on mental retardation.
- 54- Lussier,F., et Flessas, J. (2001). **Neuropsychologie de l'enfant : trouble développementaux et de l'apprentissage**. Paris, France : Dunod.
- 56-Lyliane, J. (2000). **Handicap mental, Handicap psychique, de quoi parle-t-on**. Loire-Atlantique, France : petit futé.
- 57-Marie-Claude, M.-C. (1999). **Les aides spécialisées au bénéfice des élèves : une mission de service public**. Paris, France : ESF
- 58- Marie-Noel,T.-G., et Thérèse,D.(2006). **Les troubles de la personnalité chez l'adolescent**. Lavallois-perret, france : Stadyrama
- 59-Michele, G. (2002). **Handicaps et développement psychologique de l'enfant**. Paris, France : Armand Colin
- 60-Michèle,G., et Catrine, T.(2014). **Handicaps et développement psychologique de l'enfant**. Paris, France : Armand colin.
- 61-Miller, J. (2003). **School violence and children in crisis**. Denver, Colorado : Love.
- 62-Nathalie, G., et Régine, V. (2004). **Comportement du consommateur et de l'acheteur**. paris, France : Bréal.
- 63-Nathalie, N.-G. (2014). **Développement cognitif et communicatif du jeune enfant : Du normal au pathologique**. Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur
- 64- Nihira, K. (1999). **Adaptive behavior and its measurement implication for the field of mental retardation**. Washington, États-Unis : American Association on mental retardation.
- 65-Organisation mondiale de la santé. (1988). **Classification international des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages**. Paris, France : OMS, INSERM, CTNERHI.
- 66-Organisation mondiale de la santé. (2001). **Classification mondiale des troubles du comportement**. Paris, France : Masson
- 67- Papalia.M.-D., Olds.S.-M., et Feldman, M.-R., (2010). **Psychologie de développement humaine**. Montréal, Canada : De Boeck.
- 77- Pedinielli,J.-L. (1994). **Introduction à la psychologie clinique**. Paris, France : Nathan.
- 78-Randriantsara,C., et Ramamojisaoui,I (2002). **Document de référence sur la déficience mentale : l'usage des parents instituteurs et éducateurs à Madagascar**. Madagascar, Afrique : EJM.

- 79- Robert, M. (1993). **Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale : connaissance du problème, applications pratiques**. Montrouge, France : ESF.
- 80- Roland, J.-A. (1985). **La trisomie 21 : perspective historique sur son diagnostic et sa compréhension**. Paris, France : Primento.
- 81- Rivier, R. (1997). **Le développement social de l'enfant et de l'adolescent**, Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- 82- Sahuc, S. (2000). **Comprendre son enfant 0-10 ans**. Paris, France : Studyrama.
- 83- Senon, J.L., Rossinelli, G., et Pascal, J.-C. (2007). **Expertise psychiatrique pénale**. Paris, France : John Libbey Eurotext.
- 84- Stewart, E., et Eric, E. (2016). **Les Comportements-défis : Analyse, Comprendre et traiter**. Paris, France : De Boeck Supérieur
- 85- Tasse, M., et Schalock, B. (2012). **The construct of adaptive behavior : its conceptualization, measurement and use in the field of intellectual disability**. Chicago, Usa : AZ BOOKS.
- 86- TRAN, T. (1967). **Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine**. Paris, France : Vrin
- 87- Willaye, E., et Magerotte, G. (2003). **L'évaluation fonctionnelle du comportement**. Québec, Canada : Gaëtan Morin.
- 88- Wilkninson, I-M-S. (2002). **Neurologie**. Paris, France : De Boeck université
- 89- Yves-Chantal, G. (2012). **L'étude de cas comme méthode de recherche**. Québec, Canada : PUQ
- 90- Zaouche, G.C. (2002). **Le développement social de l'enfant, du bébé à l'enfant d'âge scolaire**. Paris, France : Dunod.

II- La liste des manuels :

- 01- Ajuriaguerra, J. (1980). **Manuel de psychiatrie de l'enfant**. Paris, France : Masson.
- 02- American Psychaitric association. (2004). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-4- TR**. Paris, France : Elsevier Masson.
- 03- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5**. Paris, France : Elsevier Masson.
- 04- Antoine, B., et Damien, F. (2002). **Manuel de psychologie du soin**. Paris, France : Bréal
- 05- Maurice, P., Morin, D., et Tassé, M-J. (1993). **Echelle québécoise de comportements adaptatifs (EQCA) Manuel technique**. Montréal, Canada : UQAM

06-Grossman, H.-J. (1983). **Classification in mental retardation**. Washington, États-Unis : American Association on Mental Retardation.

07-Jean Adolphe, R. (2001). **Manuel de psychologie des handicaps : sémiologie et principes de remédiation**. Sprimont, Belgique : Mardaga.

III- La liste des revues :

01-Madeleine, F.-Ch. (2002). **Accompagner l'enfant atteint de trisomie 21 de la naissance à l'âge adulte**. *L'éducation précoce, un passeport pour l'avenir*, (88) ,09-18.

02-Mercer,J.-R.(1973).**The Pluralistic Assesment Project : Sociocultural effects in clinical assesment**. *school psychology Digest*. (2) ,10-18.

03- sterberg, RJ. (1995). **Testing common sense**, *Americanpsychologist*. (11), 912-927.

IV- La liste des dictionnaires :

01- Bloch, H., et al. (1992). **Le Grand Dictionnaire de la Psychologie**. Paris, France : Larousse

02- Charlotte, M., et Adeline, V.- D. (2004). **L'indispensable de la psychologie**. Paris, France : Studyrama.

03- Roland,D., et francoise, P. (1998). **Dictionnaire de psychologie**. Paris, France : PUF

04-Sillamy, N. (2003). **Dictionnaire de la psychologie**, Paris, France : Larousse.

05-Sillamy, N. (2004). **Dictionnaire de psychologie**. Paris, France : Bordas.

V- La liste des Thèses :

1- Zemour, A. et Tatar, L. (2016). Le développement affectif chez les enfants infirme motrice cérébrale Agées de 04 à 12 ans. (Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master).université Abderrahmane mira Bejaia.

2- Lassaigne, M. (2014). L'apprentissage en groupe chez un enfant avec autisme et retard mental associé. (Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien). Université Paul Sabatier Toulouse.

3- Hassan, D. (2016).Adaptation transculturelle de l'échelle Québécoise. (Thèse en vue de l'obtention du diplôme de doctorat). Académie universitaire de Wallonie Bruxelles.

VI- La sitographie :

1- fred-h.net>uploads>2015/08>le_sent...consulte le 30/11/2018 à 13H.

2-iacapap.org>wp-content>uploads>c....consulté le 29/11/2018 à 14H.

3- https://www.ordrepsy.qc.ca>document consulté le 12/11/2018 à 18H.

4- [unesdoc.unesco.org>images](https://unesdoc.unesco.org/images), consulté le 19/11/2018 à 20H.

5- [www.geopsy.com>cours_psycho>psyc...](http://www.geopsy.com/cours_psycho/psyc...)consulté le 19/11/2018 à 19 H.

6- [www.rbc.com>pdf>decembre1978](http://www.rbc.com/pdf/decembre1978). Consulté le 28/11/2018 à 21 H.

Les Annexes

Annexe n°01:

Le Guide D'entretien

LE GUIDE D'ENTRETIEN.

Axe I : Les Renseignements sur l'enfant et la famille :

- 01- La fonction de la mère et du père ?
- 02- La situation socio-économique ?
- 03- Le nombre d'enfants dans la famille ?
- 04- Quelle est la position de cet enfant dans sa fratrie?
- 05- Est-ce que c'est l'unique enfant avec handicap dans sa famille ?
- 06- Il avait quel âge quand vous aviez su qu'il souffre d'un retard mental ? Et quel était votre réaction ?
- 07- Est-ce qu'il à une bonne relation avec ses frères et sœurs, et joue avec eux ?
- 08- Refuse-t-il de parler à des étrangers par exemple quand vous accueillez des invités chez vous est-ce qu'il s'isole dans sa chambre ou au contraire il s'intègre sans problème ?

Axe II : Les Habiletés pratiques chez l'enfant :

- 09- Est-ce qu'il arrive à manger seul et correctement avec les outils alimentaires ? (fourchette, cuillère...etc.)
- 10- en mangeant est-ce qu'il renverse les aliments ?
- 11- Il arrive à s'habiller et à se déshabiller seul, ou il dépend des autres ?
- 12- Est-ce qu'il bouge ses membres quand on l'habille?
- 13- Met-il ses chaussures correctement et seul ?
- 14- Est-ce qu'il fait sa toilette seul ?
- 15- L'enfant est capable de se laver et de s'essuyer le visage et les mains tout seul ?
- 16- Range t'il ses affaires personnelles tout seules. (Exemple : ses Vêtement dans son armoire...etc.) ?

17- Est-ce qu'il connaît tous les parties de son schéma corporel?

18- Choisis t-il ses vêtements selon l'occasion, l'endroit et la température ?

19- Choisis t-il des vêtements dont les couleurs et les styles s'harmonisant (relier, combiner) ?

20- Recommande un vêtement lorsqu'il est déchiré, ou un objet bien particulier?

Axe III : Les Habilités conceptuelle et sociale chez l'enfant :

21- Est-ce qu'il utilise le langage gestuel (non verbal) lors de son discours ou il arrive à se communiquer verbalement et à transmettre le message ?

22- Est-ce qu'il arrive à construire une phrases avec un langage simple ou il à des difficultés langagières?

23- Est ce qu'il exprime ses émotions (la peur, L'amour, la haine, la joie) envers les autres et devant tout le monde?

24- Comprend-il les consignes quand en s'adresse à lui?

25- Est-ce qu'il imite les expressions des autres ?

26- Identifie t-il les objets et les personnes par leur nom ?

27- Est-ce qu'il obéit aux lois et aux règlements ?

Axe IV : Le comportement de l'enfant :

28- Est-ce qu'il s'est déjà rendu compte qu'il est responsable d'un acte ?

29- Comment il se comporte face à des personnes étrangères qui le saluant, qui le touchant...etc. ?

30- Quel est son comportement avec les autres enfants : est-ce qu'il est agressif, nerveux ou plutôt calme ?

31- Quand vous lui donnez des activités à réaliser est-ce que vous remarquer qu'il se concentre sur le travail où il reste inhiber sans rien faire ou bien il est agité ?

32- A-t-il un objet particulier qui porte souvent avec lui ?

33- Frappe-il avec des coups de pied ou jette des objets sur une personne quand il désire quelque chose ?

34- Est-ce qu'il partage ses activités avec l'autre et demande l'aide face à une difficulté ?

35- Est-ce qu'avant la prise en charge il avait la capacité de réaliser toutes ses activités ou bien c'est grâce à la prise en charge qu'il s'est évolué ?

Annexe n°02:
L'échelle Québécoise
du Comportement Adaptatif

Échelle québécoise de comportement adaptatif

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.

Page couverture de l'ÉQCA

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

Cotation

Le questionnaire de l'ÉQCA est divisé en deux parties, «Comportement adaptatif» et «Comportements inadéquats», chacune avec son propre système de cotation.

Partie 1: Comportement adaptatif (items 1 à 225)

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	

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. Démonstre 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. Constate 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)	

59. Remplace un fusible ou replace 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	

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	

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. Emploi des qualificatifs	
134. Utilise la forme négation dans ses phrases (p.ex. "je ne veux pas")	
135. Emploi 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. Emploi 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)	

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	

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	

208. Joue aux cartes	
209. Fréquente un centre communautaire	
210. Pratique un loisir ou un passe-temps	
7- Habbités de travail	
Habbités 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	

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 son 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.

Partie 2 : Comportements inadéquats

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	

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. Agresse 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	

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.

Section à compléter par le professionnel responsable de l'évaluation

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
Courriel : info@labadapt.org

Télécopieur : (514) 287-0700
Web: http://www.labadapt.org/

Annexe n°03:

Les Résultats de l'échelle

Les Résultats de L'échelle

01- Les Résultats du cas n°01:

Prénom : Sonia

Milieu de vie : Centre psychopédagogique de souk-el-tenine

Date de naissance : 02/10/2007

Sexe : féminine.

Autonomie	Domestique	santé	communication	scolaire	Social	Travail	Comportement inadéquats	
01=02	48=02	68=02	107=02	142=00	165=02	211=00	226=00	284=01
02=02	49=01	69=01	108=02	143=00	166=02	212=00	227=02	285=00
03=01	50=02	70=00	109=01	144=00	167=02	213=00	228=02	286=02
04=00	51=00	71=00	110=02	145=00	168=02	214=00	229=01	287=00
05=01	52=02	72=00	111=02	146=00	169=02	215=00	230=02	288=00
06=01	53=01	73=00	112=02	147=01	170=01	216=00	231=01	289=00
07=02	54=01	74=00	113=02	148=01	171=01	217=00	232=00	290=00
08=01	55=01	75=00	114=01	149=00	172=01	218=00	233=00	291=01
09=02	56=00	76=02	115=02	150=00	173=02	219=00	234=02	292=00
10=00	57=01	77=02	116=01	151=00	174=02	220=00	235=00	293=01
11=02	58=01	78=02	117=00	152=01	175=02	221=00	236=01	294=00
12=02	59=00	79=02	118=02	153=NP	176=01	222=00	237=00	295=00
13=01	60=00	80=02	119=02	154=NP	177=00	223=00	238=00	296=00
14=01	61=02	81=02	120=00	155=NP	178=01	224=00	239=00	297=00
15=01	62=00	82=02	121=00	156=NP	179=01	225=00	240=03	298=00
16=00	63=02	83=02	122=02	157=NP	180=01		241=00	299=00
17=02	64=02	84=02	123=02	158=NP	181=02		242=00	300=00
18=00	65=00	85=01	124=02	159=02	182=00		243=02	301=01
19=00	66=01	86=00	125=02	160=00	183=00		244=00	302=00
20=00	67=01	87=02	126=02	161=00	184=02		245=00	303=00
21=00		88=01	127=02	162=00	185=02		246=01	304=00
22=00		89=01	128=02	163=00	186=02		247=00	305=00
23=00		90=00	129=00	164=00	187=02		248=00	306=00
24=02		91=01	130=01		188=00		249=00	307=00
25=02		92=02	131=02		189=01		250=00	308=00
26=02		93=02	132=00		190=00		251=01	309=02
27=02		94=00	133=00		191=00		252=00	310=02
28=01		95=01	134=02		192=00		253=00	311=00
29=01		96=01	135=01		193=00		254=00	312=01
30=00		97=01	136=00		194=00		256=01	313=00
31=00		98=01	137=01		195=00		257=01	314=00
32=02		99=00	138=01		196=00		258=00	315=00
33=02		100=00	139=00		197=00		259=00	316=00
34=02		101=00	140=00		198=00		260=00	317=00
35=02		102=02	141=00		199=00		261=00	318=00
36=00		103=01			200=00		255=00	319=00
37=02		104=01			201=00		262=00	320=00
38=02		105=00			202=00		263=00	321=00
39=02		106=00					264=00	322=00

40=01					203=00		265=00	323=00
41=01					204=00		266=02	324=00
42=01					205=01		267=00	
43=01					206=01		268=00	
44=01					207=01		269=00	
45=01					208=00		270=00	
46=02					209=00		271=00	
47=01					210=02		272=00	
							273=00	
							274=00	
							275=00	
							276=00	
							277=00	
							278=00	
							279=00	
							280=00	
							281=00	
							282=00	
							283=00	

02- Les Résultats du cas n°02:

Prénom : Syphax

Milieu de vie : Centre psychopédagogique de souk-el-tenine

Date de naissance : 15/05/2009

Sexe : masculin.

Autonomie	Domestique	santé	communication	scolaire	Social	Travail	Comportement inadéquats	
01=02	48=01	68=02	107=02	142=02	165=02	211=00	226=01	284=00
02=01	49=01	69=01	108=02	143=02	166=02	212=00	227=01	285=00
03=02	50=01	70=01	109=02	144=00	167=02	213=00	228=00	286=00
04=02	51=00	71=00	110=02	145=01	168=02	214=00	229=00	287=00
05=01	52=02	72=00	111=02	146=00	169=02	215=00	230=00	288=00
06=02	53=01	73=00	112=02	147=01	170=01	216=00	231=01	289=00
07=02	54=01	74=00	113=02	148=01	171=02	217=00	232=00	290=00
08=02	55=00	75=00	114=02	149=00	172=01	218=00	233=00	291=01
09=02	56=00	76=02	115=02	150=00	173=02	219=00	234=02	292=00
10=00	57=02	77=02	116=02	151=00	174=02	220=00	235=00	293=00
11=02	58=00	78=02	117=00	152=02	175=02	221=00	236=00	294=00
12=02	59=00	79=02	118=02	153=00	176=02	222=00	237=00	295=00
13=02	60=00	80=02	119=02	154=00	177=02	223=00	238=00	296=00
14=02	61=01	81=01	120=00	155=00	178=02	224=00	239=00	297=01
15=01	62=00	82=02	121=01	156=00	179=02	225=00	240=02	298=00
16=01	63=01	83=02	122=01	157=00	180=02		241=00	299=00
17=01	64=01	84=01	123=02	158=00	181=02		242=00	300=00
18=00	65=00	85=01	124=02	159=01	182=00		243=02	301=00
19=00	66=01	86=00	125=02	160=00	183=01		244=01	302=00
20=00	67=01	87=02	126=02	161=00	184=02		245=00	303=00

21=00		88=02	127=02	162=00	185=02		246=02	304=00
22=00		89=02	128=02	163=00	186=02		247=00	305=00
23=00		90=00	129=01	164=00	187=02		248=00	306=00
24=02		91=01	130=02		188=00		249=00	307=00
25=02		92=02	131=02		189=01		250=00	308=00
26=02		93=01	132=01		190=02		251=00	309=00
27=01		94=02	133=00		191=00		252=03	310=00
28=01		95=02	134=01		192=00		253=00	311=00
29=00		96=01	135=01		193=00		254=00	312=00
30=00		97=02	136=00		194=00		255=00	313=00
31=00		98=01	137=01		195=00		256=00	314=00
32=02		99=00	138=01		196=00		257=00	315=00
33=02		100=2	139=00		197=00		258=00	316=00
34=02		101=00	140=02		198=00		259=00	317=00
35=02		102=01	141=00		199=00		260=00	318=00
36=01		103=00			200=00		261=00	319=00
37=02		104=00			201=00		262=00	320=00
38=01		105=00			202=00		263=00	321=00
39=01		106=00			203=00		264=00	322=00
40=00					204=00		265=00	323=00
41=01					205=01		266=02	324=00
42=01					206=02		267=00	
43=01					207=00		268=00	
44=01					208=00		269=00	
45=01					209=00		270=00	
46=00					210=00		271=00	
47=00							272=01	
							273=00	
							274=00	
							275=00	
							276=00	
							277=00	
							278=00	
							279=00	
							280=00	
							281=00	
							282=00	
							283=00	

03- Les Résultats du cas n°03:

Prénom : Salim

Milieu de vie : Centre psychopédagogique de souk-el-tenine

Date de naissance : 10/01/2011

Sexe : Masculin.

04- Les Résultats du cas n°04:

Prénom : Saïd

Milieu de vie : Centre psychopédagogique de souk-el-tenine

Date de naissance : 25/02/2011

Sexe : masculin.

Autonomie	Domestique	santé	communication	scolaire	Social	Travail	Comportement inadéquats	
01=02	48=01	68=02	107=02	142=01	165=02	211=00	226=00	280=00
02=00	49=01	69=00	108=02	143=01	166=02	212=00	227=01	281=00
03=02	50=01	70=00	109=02	144=00	167=02	213=00	228=01	282=00
04=02	51=00	71=00	110=02	145=01	168=02	214=00	229=01	283=00
05=01	52=02	72=00	111=02	146=00	169=02	215=00	230=00	284=00
06=02	53=01	73=00	112=02	147=01	170=01	216=00	231=00	285=00
07=02	54=00	74=00	113=02	148=00	171=02	217=00	232=00	286=00
08=02	55=00	75=00	114=02	149=00	172=00	218=00	233=00	287=00
09=02	56=00	76=02	115=02	150=00	173=02	219=00	234=01	288=00
10=00	57=02	77=01	116=02	151=00	174=02	220=00	235=00	289=00
11=02	58=00	78=02	117=00	152=01	175=01	221=00	236=00	290=00
12=02	59=00	79=02	118=02	153=00	176=02	222=00	237=00	291=00
13=02	60=00	80=02	119=02	154=00	177=02	223=00	238=00	292=00
14=01	61=02	81=02	120=00	155=00	178=01	224=00	239=00	293=00
15=01	62=00	82=02	121=00	156=00	179=01	225=00	240=00	294=00
16=02	63=01	83=02	122=01	157=00	180=02		241=00	295=00
17=02	64=01	84=01	123=02	158=00	181=02		242=00	296=00
18=00	65=00	85=02	124=02	159=00	182=00		243=02	297=01
19=00	66=01	86=00	125=02	160=00	183=00		244=02	298=00
20=00	67=01	87=02	126=02	161=00	184=02		245=00	299=00
21=00		88=02	127=01	162=00	185=02		246=01	300=00
22=00		89=02	128=01	163=00	186=02		247=00	301=00
23=00		90=01	129=01	164=00	187=02		248=00	302=00
24=02		91=01	130=01		188=00		249=00	303=00
25=02		92=02	131=02		189=01		250=00	304=00
26=02		93=00	132=02		190=00		251=00	305=00
27=02		94=02	133=00		191=00		252=00	306=00
28=01		95=02	134=02		192=00		253=00	307=00
29=00		96=01	135=02		193=00		254=00	308=00
30=00		97=02	136=00		194=00		255=00	309=00
31=00		98=02	137=00		195=00		256=01	310=01
32=02		99=00	138=02		196=00		257=00	311=00
33=02		100=02	139=00		197=01		258=00	312=01
34=02		101=00	140=01		198=00		259=00	313=00
35=02		102=02	141=00		199=00		260=00	314=00
36=01		103=01			200=00		261=00	315=00
37=02		104=02			201=00		262=00	316=00
38=02		105=00			202=00		263=00	317=00
39=02		106=01			203=00		264=00	318=00
40=00					204=00		265=00	319=00
41=02					205=01		266=02	320=00

42=01					206=02		267=02	321=00
43=01					207=01		268=00	322=00
44=01					208=00		269=00	323=00
45=01					209=00		270=00	324=00
46=00					210=00		271=00	
47=00							272=00	
							273=00	
							274=00	
							275=00	
							276=00	
							277=00	
							278=00	
							279=00	

05- Les Résultats du cas n°05:

Prénom : Sara

Milieu de vie : Centre psychopédagogique de souk-el-tenine

Date de naissance : 21/04/2011

Sexe : masculin.

Autonomie	Domestique	santé	communication	scolaire	Social	Travail	Comportement inadéquats	
01=02	48=01	68=02	107=02	142=02	165=02	211=00	226=00	277=00
02=01	49=01	69=02	108=02	143=02	166=02	212=00	227=02	278=00
03=02	50=01	70=00	109=02	144=01	167=02	213=00	228=02	279=00
04=02	51=0	71=00	110=02	145=01	168=02	214=00	229=02	280=00
05=00	52=02	72=00	111=02	146=01	169=02	215=00	230=00	281=00
06=02	53=01	73=00	112=02	147=02	170=01	216=00	231=00	282=00
07=02	54=01	74=00	113=01	148=01	171=02	217=00	232=00	283=00
08=02	55=01	75=00	114=02	149=00	172=00	218=00	233=00	284=00
09=02	56=00	76=02	115=02	150=00	173=02	219=00	234=02	285=00
10=02	57=02	77=02	116=02	151=00	174=02	220=00	235=00	286=00
11=02	58=00	78=02	117=00	152=02	175=02	221=00	236=00	287=00
12=02	59=00	79=02	118=02	153=00	176=02	222=00	237=00	288=00
13=02	60=00	80=02	119=02	154=00	177=01	223=00	238=00	289=00
14=02	61=02	81=02	120=00	155=00	178=02	224=00	239=00	290=00
15=01	62=00	82=02	121=00	156=00	179=01	225=00	240=00	291=00
16=01	63=02	83=02	122=01	157=00	180=01		241=00	292=00
17=02	64=02	84=02	123=02	158=00	181=02		242=00	293=00
18=00	65=00	85=02	124=02	159=01	182=00		243=01	294=00
19=00	66=02	86=00	125=02	160=00	183=00		244=01	295=00
20=01	67=02	87=02	126=02	161=00	184=02		245=00	296=00
21=00		88=02	127=00	162=00	185=02		246=00	297=00
22=00		89=02	128=01	163=01	186=02		247=00	298=00
23=00		90=02	129=02	164=01	187=02		248=00	299=00
24=02		91=02	130=01		188=00		249=00	300=00
25=02		92=02	131=02		189=01		250=00	301=00
26=02		93=02	132=02		190=00		251=00	302=00

