

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et orthophonie



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention de diplôme en psychologie

Option : psychologie clinique

Le comportement adaptatif chez les enfants ayant un retard mentale (étude réalisé sur quatre cas âgées entre 09 et 14aau niveau du centre psychopédagogique d'Akbou

Réalisé par :

AZZOUG HANANE

AIT KACI SAMIA

Encadré par :

Mr GOUAS yacine

Promotion 2021/2022

Remerciement

En préambule à ce mémoire, Nous tenons à remercier notre bon dieu de nous avoir donné la force et le courage afin d'accomplir ce modeste travail.

Nos souhaitent adresser nos remerciements les plus sincères aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de cette dernière année d'étude.

Nos remerciements s'adressent à notre encadreur Mr. Ghouas yasmine pour avoir accepté de diriger ce travail. Son soutien, ses compétences et sa clairvoyance nous ont été d'une aide inestimable.

Nous témoignent également de notre profonde et sincère gratitude envers la psychologue du centre psychopédagogique d'Akbou, ainsi que tout le personnel de la Direction de ce centre pour leur orientation et accueil sympathique lors des jours précédant le stage.

Nous remercions chaleureusement les éducatrices du centre psychopédagogique pour leur patience et leur aide tout au long de notre stage.

Grand merci pour notre famille et amis qui nous ont encouragés durant ce travail.

Dédicace

Quoi que je fasse au que je dise, je ne saurai point de vous remercier comme il se doit, votre affection me couvre, votre bienveillance me guide, et votre présence a mes cotés a toujours été ma source de force. Je dédie se modeste travail a :

A mes très chers parents Hocine et Malika

Pour leurs sacrifices, leur amour et leur prières tout au long de mes études

A mes mes deux chère sœur : Soraya et Linda

Pour leur encouragement permanents et leur soutien moral

A Ramtane et ses chère parent, pour ses trois frères : Yoba , Larbi et mouloud

Pour leur présence a mes cotée tout au langue de mon parcours

Samia

Dédicace

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

A mes chers parents

Pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études.

A mes chères sœurs

Pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral,

A Hafid

Qui me soutien toujours , celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, que dieu te protège a t'es parents .

Un grand dédicace à tous mes amis qui m'ont soutenu tout a long de ce travail ,et plus précisément : Meriem ,khokha, kenza, Monica,souhila.zineb, Nouara,Sonia,Assia,Ahlam,lyna

A toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire,

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible,.

Merci d'être toujours là pour moi

Hanane

Le Sommaire

Le sommaire

Introduction	A
--------------------	---

I- La partie théorique

Chapitre I : Le cadre générale de la problématique

1- La problématique.....	04
2- Les hypothèses.....	06
3- L'opérationnalisation des concepts clé.....	06
4- Les principes objectifs de la recherche.....	07

Chapitre II : Le retard mental

• préambule.....	09
1- Définition du retard mental.....	09
2- Aperçu historique sur le terme retard mental.....	10
3- étiologie du retard mental.....	14
4- Les critères diagnostic du retard mental.....	17
5- Les degrés de sévérité du retard mental.....	20
6- Les manifestations d'un enfant retardé mental.....	22
7- Les type du retard mental.....	23
8- Les troubles associé a une déficience intellectuelle.....	27
9- L'accompagnement des enfants ayant une déficience intellectuelle.....	27
10- La prise en charge des enfants avec retard mental.....	29
• Synthèse	30

Chapitre III : Le comportement adaptatif

• Préambule.....	32
1- Définition du comportement adaptatif.....	32
2- Aperçu historique sur le terme adaptation.....	33
3- Les symptomatologie du trouble de l'adaptation chez l'enfant.....	36
4- Les critères diagnostique des troubles de l'adaptation selon DSM-5.....	38
5- Les caractéristiques développementale du comportement adaptatif.....	38
6- Les difficultés de l'inadaptation chez les enfants ayant un retard mental.....	39
7- Les conditions d'adaptation.....	41
8- L'évaluation du comportement adaptatif.....	42
• Synthèse.....	43

II- La partie pratique :

Chapitre IV : La méthodologie de recherche

• Préambule.....	47
1- La pré enquête.....	47
2- La population d'étude.....	49

3- La méthode de recherche.....	49
4-Les outils d'investigations	51

chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats des cas

<i>. préambule.....</i>	58
<i>1- Présentation des cas:.....</i>	58
<i>1-1- Premier cas : Algham.....</i>	58
<i>1-2- deuxième cas : Missipssa.....</i>	66
<i>1-3- Troisième cas : Abdellah.....</i>	73
<i>1-4- Quatrième cas : Nadine.....</i>	81
<i>2- Analyse et discussion des hypothèse.....</i>	88
<i>. Conclusion.....</i>	92
<i>• La listes des références.....</i>	96

La liste des abréviations

Abréviation	Signification
OMS	Organisation mondiale de la santé
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
DSM	Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentales
EQCA	Echelle québécoise du comportement adaptatif
AAMR	Association américaine pour le retard mental
DI	Déficiência intellectuelle
QI	Quotient intellectuel
AAIDD	American association on intellectual and developmental disabilities
APA	Association américaine de psychiatrie
CPPEIM	Centre psychopédagogique pour enfant inadapte mentaux

Introduction

Introduction :

L'enfant est une période de la vie qui commence dès la naissance à l'adolescence. C'est une étape nécessaire pour la transformation du nouveau-né à l'adulte, qui est marqué par le développement sensori-moteur, affectif et intellectuel de l'enfant dans les conditions de la normalité, mais dans le cas contraire, ou l'enfant peut rencontrer des difficultés qui empêchent le suivi normal de son évolution intellectuelle, est incapable de s'adapter à son environnement. Et parmi les troubles qui impliquent le développement de l'enfant, on trouve les troubles anxieux, la psychose, l'autisme, ainsi que le retard mental.

Longtemps considérée comme aspécifique, le retard mental a été négligé par la science neuropsychologique pédiatrique, car cette dernière cherchait à dégager les aspects cognitifs qui se différencient de ceux du retard mental par exemple la dysphasie, le syndrome de dysfonction non verbal...

Avec l'évaluation de la neurologie, la causalité des déficiences intellectuelles se concrétise de plus en plus et leur sémiologie se diversifie, les neuropsychologues ont donc concentré sur les spécificités des troubles cognitifs qui permettent de dégager des aspects particuliers. (syndrome de Williams, syndrome de Down, du X-fragile...). n'importe quel syndrome qu'il porte, l'enfant en retard mental est évalué avec son syndrome, même si le rythme est différent.

Il faudra alors par conséquent adapter la pédagogie nécessaire avec le retard mental pour que l'enfant puisse suivre son développement le plus normalement possible, car ces troubles ont un grand impacte sur la qualité de vie de ces enfants, et sur leur entourage également.

Pour réaliser notre recherche et répondre à la question de départ, on s'est basé sur la méthode descriptive et l'étude de cas, nous avons également opté pour deux outils d'investigation qui sont : la grille d'observation et l'échelle québécoise du comportement adaptatif.

Pour bien accomplir notre travail, et bien éclairer les idées, nous avons élaboré un plan de travail qui se compose d'une introduction et deux parties théoriques, dont la première parle sur le retard mental, et la deuxième sur le comportement adaptatif.

partie théorique

Chapitre I :

Le cadre générale de la problématique

1 -La problématique :

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, c'est une étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte et le développement d'un enfant dans cette période est très important car pendant ce temps une phase particulièrement importante de la vie va déterminer la qualité de la santé pour cet enfant. C'est une période riche de possibilités, mais dans le cas contraire, l'enfant peut rencontrer de multiples problèmes qui empêchent le suivi normal de son développement causés par une ou plusieurs pathologies particulières que parmi elles on cite le retard mental.

Nous avons pu établir que le retard mental ne se résume pas à une maladie ni à une déficience organique ou anatomique. Ce sont là des facteurs qui, dans un contexte donné, peuvent mener à une incapacité et donc à une situation handicapante. D'autre part, on aura noté que les facteurs et les conséquences contextuelles et sociales liés au retard mental font l'objet depuis vingt-cinq ans d'une attention toute particulière.

Si le handicap mental déroute, et inquiète parfois, c'est avant tout parce qu'il est mal connu. Nous nous proposons donc d'abord de tenter de définir cette notion complexe, et de cerner son contexte législatif et réglementaire. Au cours de l'histoire de son étude, les termes retenus pour désigner ce trouble ont été particulièrement changeants, en raison des glissements sémantiques qui régulièrement s'opèrent entre leur usage scientifique et leur utilisation péjorative dans le langage courant (**Dionne, Langevin, Paour et Roque, 1999**).

D'après **dionne** on peut proposer trois définitions officielles de la déficience intellectuelle (DI) :

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la Classification internationale des maladies (CIM-10 et 11) sous l'appellation de Troubles du développement intellectuel)

l'Association américaine de psychiatrie dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)

l'Association américaine des déficiences intellectuelles et développementales. chacune des définitions retient les mêmes caractéristiques principales pour décrire la DI En raison de sa précision.

Dans son travail on a retenu la définition que **L'AAIDD** donne pour le retard mental « La déficience intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans »

Schalock et al., 2011, p. 5)

A partir de là, nous pouvons adopter sous le terme général de « handicap mental » trois catégories particulières : le handicap intellectuel, le handicap psychique et le handicap induit par des troubles de l'apprentissage. Bien que renvoyant à des réalités bien distinctes, ces trois types de handicaps correspondent aux altérations de catégorie mentale (par opposition à la catégorie physique), et sont tous associés, au niveau de leur origine comme de leurs conséquences potentielles, à la problématique du contexte environnemental et social.

Concernent Les étiologies de la DI sont hétérogènes. Les facteurs traumatiques, infections et toxiques sont devenues des causes moins prévalences du fait de l'amélioration des prises en charge anténatales, des facteurs biologiques, étiologiques, familiale et sociaux qui peuvent agir à partir de début de la conception chez l'enfant jusque à la fin de la maturation psychomotrice

(Xiaoyan Ke & J.L. Manuel de la IACAPAP. P 2)

D'autre part, La classification des degrés de sévérité du trouble peut reposer sur la caractérisation de la profondeur des limitations du fonctionnement intellectuel. Elle peut également se fonder sur le niveau d'aide requis pour permettre aux personnes avec TDI de mener une vie sociale adaptée. Les critères de sévérité ont été jusqu'ici définis en référence à des fourchettes de quotient intellectuel. Le retard mental « léger » le retard mental dit « grave » et le retard mental « moyen. Ces types de déficience intellectuelle qu'on vient de citer touchent de nombreuses sphères du développement (habiletés cognitives mais également sensorimotrices et communicatives. L'autonomie l'apprentissage..) et tout cela peut être regroupé dans ce qu'on appelle « le comportement adaptatif ». **(Carr & O'Reilly, 2007).**

Le Comportement Adaptatif est défini comme étant : l'efficacité ou le degré par lequel un individu répond aux normes de maturité, d'apprentissage, d'indépendance personnelle et les responsabilités attendues selon son âge et son groupe culturel.

Cette définition implique trois principes de base. Premièrement, chez la plupart des individus, les comportements adaptatifs augmentent et deviennent plus complexes au fur et à mesure que la personne vieillit. En effet, chez l'enfant certaines activités comme jouer, s'habiller ou manger seul sont importantes. Par contre, chez l'adulte se chercher un emploi ou gérer un budget représentent des activités nécessaires.

Deuxièmement, le comportement adaptatif est défini selon les attentes, les demandes ou les standards de l'environnement par d'autres personnes. Ainsi, un comportement est jugé adéquat par les personnes qui interagissent, qui vivent ou travaillent avec l'individu.

Le comportement adaptatif est défini par une performance. Comme l'habileté est nécessaire pour la performance à une activité. le comportement adaptatif est inadéquat si l'habileté n'est pas démontrée lorsqu'elle est demandée. Par exemple, si la personne connaît et verbalise sur l'utilité des feux de circulation et que cette personne se retrouve confrontée à cette situation, elle peut adopter un comportement adéquat. Cependant, si elle n'observe pas la règle qui s'y rattache, nous considérons qu'elle émet un comportement inadéquat.

(Grossman, 1977, 1983, Fogelman, 1974, Magerotte, 1977)

Le comportement adaptatif comprend une série de dimensions qui sont considérées comme socialement acceptables et dont l'apparence varie chez les enfants retardés mentaux, dont les plus importantes sont : Les compétences d'autonomie, qui sont les compétences qu'une personne exerce dans sa vie quotidienne, et comprennent les compétences dans l'utilisation des couverts, la toilette, l'hygiène personnelle et l'entretien des vêtements. Les habiletés motrices, qui sont des habiletés basées sur les cinq sens comme la vue, le contrôle des mouvements de la main et l'équilibre corporel, y compris l'écriture et l'expression verbale, l'utilisation de mots pour faire des phrases, des instructions complexes et la lecture. Compétences en nombre et en temps, ce qui inclut la capacité de dire l'heure, l'horloge et les chiffres. Compétences d'autonomie et persévérance, et pratique d'activités souhaitables dans les loisirs. **(Alonso et coll, 2010, Navas et coll, 2012)**

La prise en charge des enfants ayant un retard mental selon le centre psychopédagogique, est centrée sur plusieurs pratiques, comme les jeux symboliques qui sont une étape très importante dans le développement de l'enfant, est particulièrement Les enfants trisomiques 21, aiment ce type de jeu car ils aiment être dans l'imitation, ainsi des jeux d'encastrement classiques qui sont faits ou joués par des jeunes ayant des difficultés motrices. La musique fait partie aussi de cette prise en charge, car écouter de la musique pour ces enfants en difficulté, les aide à se détendre et à mieux concentrer dans leurs prochaines travaux de classe.

On se base sur plusieurs lectures et sur la pré-enquête que nous avons effectuée auprès des enfants ayant un retard mental au centre psychopédagogique d'akbou. Nous avons dégagé la question suivante :

Est-ce que la prise en charge qui s'effectue au sein du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental, joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs ?

Pour répondre à cette question de départ en a-t-on fait une hypothèse générale et deux autres qui sont partielles :

2- Hypothèse générale :

La prise en charge au sein du centre psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatifs pour les enfants ayant un retard mental.

La première hypothèse partielle :

La prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide les enfants avec déficience intellectuelle à améliorer leurs comportements quotidiens tels que l'autonomie

La deuxième hypothèse partielle :

La prise en charge qui s'effectue au sein du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental, diminue les comportements inappropriés .

3- Opérationnalisation des concepts clés :

1-Le retard mental : La déficience intellectuelle (DI) est, au sens de l'Organisation mondiale de la Santé, « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence) »

www.hal.inserm.fr/inserm-02102567

2- Le comportement adaptatif : c'est la façon dont une personne essaye d'arriver à s'adapter à son environnement, à son entourage dans plusieurs axes comme par exemple l'autonomie, habileté domestique, communication, socialisation...

3-Le comportement inadéquat : les comportements inadéquats sont des comportements qui ne conviennent pas ou qui ne sont pas appropriés. On dit d'un enfant qui réagit de façon inappropriée et qui a une très faible capacité à supporter une frustration qu'il a un comportement inadéquat.

L'handicap intellectuel résulte selon l'OMS d'une déficience intellectuelle qui se manifeste par une perturbation des degrés de développement des fonctions cognitives.

4- Autonomie : Capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose comme : alimentation et cuisine, hygiène, l'utilisation de la toilette

5-Le centre psychopédagogique : les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) sont des établissements destinés à accueillir les enfants et les adolescents, en général de 0 à 20 ans, présentant une

déficience mentale. des difficultés psychomotrice, d'apprentissage, ou de comportement, ainsi que des troubles du développement.

Pour répondre aux attentes spécifiques de la prise en charge et d'optimiser l'intervention de l'équipes pluridisciplinaire, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogique à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfant comme les déficient jeux, la musique, le sport.. et dont l'objectif de cette prise en charge est de :

Développer les capacités de l'enfant à être attentif, et communiquer avec les autres personnes qui l'entourent.

Faciliter la compréhension et l'utilisation du langage.

Favoriser le développement de la construction et la création imaginaire

4- Les objectifs de la recherche :

IL existe dans chaque recherche scientifique des objectifs, et aussi des raisons afin d'identifier tous les aspects liés à notre sujet

Et pour obtenir les objectifs suivants :

1- premier objectif de cette recherche est d'arriver à répondre à notre question de départ, confirmer et affirmer l'hypothèse

2-le second but est d'approfondir nos connaissances à partir de cette recherche

3- obtenir un diagnostic complet et précis de l'état de l'enfant en particulier en cas de retard mental.

4- Identifier les zones de force et de faiblesse dans le comportement de l'enfant.

5- Comparer le comportement adaptatif de l'individu dans différentes circonstances et situations, comme son comportement à la classe, avec son entourage et les amis de classe ..ect .

7- connaître les enfants et avoir une idée sur leur développement soit l'autonomie et les habilités sociales au sein du centre psychopédagogique

8- Savoir si la prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide les enfants ayant un retard mental à s'améliorer et de s'adapter avec leur entourage.

Chapitre II :

Le retard mental

Préambule :

Le concept de la déficience mentale a subi de nombreuses modifications au cours de l'histoire, et sa définition a évolué au cours du temps. Dans ce chapitre nous allons aborder l'évaluation du concept de retard mental et son historique ainsi que ses différentes éthologies, et ses formes les plus connues comme en vas parler ainsi des différents critères de ce trouble et quelques troubles associés. et en terminant avec une synthèse générale.

1- Définition du retard mental :

A- Définition de L'AAIDD 2010 :

La déficience intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans (Schalock et al., 2010, p.1)

Les postulats suivants font partie intégrante de la définition, ils clarifient le contexte et indiquent comment la définition doit être appliquée :

- les limitations dans le fonctionnement à un temps donné doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel ;
- une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne, ainsi que des différences sur les plans sensorimoteurs, comportementaux et de la communication ;
- chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces ;
- la description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil du soutien requis ;
- si la personne présentant une déficience intellectuelle reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer.

B- Selon l'organisation mondiale de la santé L'OMS :

Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. (www.inshea.fr)

Ainsi L'OMS nous précise le degré de sévérité de retard mental et les définit par leurs scores comme suite :

-Retard mental léger entre 50 et 69

-retard mental moyen entre 35 et 49

-Retard mental sévère entre 20 et 34

2 Aperçu historique du retard mental :

La déficience intellectuelle a longtemps dominé les travaux de recherche et d'intervention en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Comme nous l'avons remarqué en début de chapitre, les premières tentatives visant à comprendre les différences individuelles dans une perspective scientifique et à soigner les manifestations diverses de la psychopathologie infantile proviennent du domaine de la déficience intellectuelle. Misès et al. (1994) présentent un survol historique des origines et de l'évolution des diverses approches dans ce domaine, dont nous nous inspirerons ici (**voir aussi Hodapp et Burack, 2006; Mazereau, 2002**).

Ambivalence: entre acceptation et rejet , Les personnes atteintes de déficience intellectuelle ont, de tout temps, suscité une ambivalence parfois extrême de la part de leur entourage. La peur et le rejet de

celui qui est différent parce que «simple d'esprit », dont l'apparence physique peut être repoussante et dont le comportement provoque la gêne ou la crainte, alternent avec la sollicitude et la bienveillance à l'égard de celui qui, justement parce qu'il manque de raison, a besoin d'être guidé et protégé, mais reste innocent et donc heureux dans un monde qui, souvent, ne l'est pas. (**ferrai,p.2012.475**)

Du Moyen Âge au XVI siècle, les personnes atteintes de déficience intellectuelle font avant tout l'objet de rejet social dans l'ensemble des sociétés européennes. On considère alors leur état comme un châtement divin dont il est essentiel de se protéger. En effet, ce châtement suscite une peur de contagion qui, si elle n'est pas physique comme celle de la lèpre ou de la plaie, est morale et peut entraîner la colère divine contre celui qui s'associe à un tel pécheur, de toute évidence condamné. Jusqu'à l'approche de la Révolution française, les personnes souffrant de déficiences mentales sont mises à l'écart ou placées dans des asiles plus ou moins pénitentiaires pour les empêcher de contaminer leur entourage. C'est ainsi, par exemple, que la Salpêtrière à Paris abritait les personnes mises au rebut par la société: non seulement les handicapés mentaux, mais tous ceux qui étaient différents et dont elle voulait se protéger. Comme le remarquent Misès et al. (1994)

On y envoyait pêle-mêle les indigents, les chômeurs, les paresseux et incapables, les vieillards sans ressources et sans famille, les libertins, les prostituées, les escrocs, les délinquants et criminels, les fous.

Tout au long de cette période, on remarque cependant l'ambivalence de la société qui, si elle rejette la plupart des personnes atteintes de déficience intellectuelle, entretient une cour où le roi a ses fous et ses bouffons, et des villages qui ont habituellement chacun leur idiot. S'ils font l'objet de moqueries souvent cruelles, ces êtres sans entendement sont protégés. On leur accorde même parfois une certaine lucidité qui leur permet d'entrevoir et d'exprimer des vérités profondes que les personnes douées de raison sont incapables de saisir ou n'ont pas le courage de prononcer. Dans une perspective semblable, Montesquieu et Voltaire, par exemple, font des voyageurs venus de l'étranger (Usbek et Rica) ou du bon sauvage (Candide) des êtres simples et naïfs qui jettent un regard franc sur leur entourage. Ce stratagème littéraire leur permet de critiquer la société et les mœurs de leur époque tout en déjouant la censure royale et ecclésiastique. Le même stratagème est encore utilisé aujourd'hui. Dans Forrest Gump, Tom Hanks, le héros, s'appuie sur son interprétation

littérale des choses et sur son manque évident d'intelligence pour offrir des réflexions profondes sur la vie et montrer du doigt différentes réalités inconfortables que son entourage, qui s'estime beaucoup plus intelligent, préfère ne pas voir. Et dans Borat, Sacha Cohen joue le rôle d'un Candide moderne en voyage aux États-Unis, où il est venu chercher des leçons culturelles sur l'Amérique au profit de la glorieuse nation Kazakhstan» (jean,r2013p20)

La Révolution française conduit à un changement fondamental dans la manière de comprendre la déficience intellectuelle et de traiter les personnes qui en sont atteintes.. Se basant sur le postulat que tout être humain, quel qu'il soit, est digne de respect parce qu'il est humain, la Révolution suscite l'éveil d'une conscience sociale et d'un altruisme dans lesquels le rejet de l'autre pour sa différence n'est plus acceptable socialement. De la fin du XVII^e siècle au milieu du XIX, les milieux intellectuels d'Europe et des nouveaux États-Unis d'Amérique se passionnent pour les enfants handicapés et partagent un vif espoir que leur sort puisse être amélioré. En France, Itard se charge d'accueillir chez lui un enfant sauvage qu'il appelle Victor pour le soigner et l'éduquer (voir chapitre 3). En Bavière, von Feuerbach décrit en détail le cas d'un autre enfant sauvage, Kaspar Hauser, et les progrès de son éducation. En Suisse, Guggenbühl ouvre une maison où l'on s'occupe d'héberger et d'éduquer ceux qu'on appelait alors des «crétins ». Un peu plus tard, aux États-Unis. Howe et Wilbur fondent les premières institutions qui accueillent des personnes atteintes de déficience intellectuelle dans le but de les éduquer. (cyrielle r,2016,p130)

Si elles prônent non seulement le respect des personnes handicapées, mais leur éducation, voire même leur insertion sociale, ces premières entreprises se soldent souvent par des échecs ou des scandales. Itard, par exemple, ne put pas véritablement éduquer Victor malgré ses efforts et ceux de son entourage. Guggenbühl, quant à lui, se préoccupa davantage de soigner sa renommée personnelle que les personnes à sa charge et son projet se solda par un scandale. Ainsi, dans l'alternance de l'acceptation et du rejet, qu'évoque la déficience intellectuelle, l'enthousiasme idéaliste de ces pionniers cède peu à peu

Dans sa forme la plus bienveillante, cette perspective conduit à une approche moralisante. Cette approche justifie les traitements souvent abusifs des personnes atteintes de déficience intellectuelle, qui sont alors régulièrement placées dans des institutions plus ou moins carcérales, moins pour les éduquer que pour protéger des sociétés qui les redoutent de plus en plus. Dans ses formes plus pernicieuses, cette perspective justifie des propos racistes, encourage une discrimination systématique (souvent de l'enfant et de sa famille) et conduit à l'eugénisme et aux nombreuses atrocités commises en son nom (Lambert, 1997a).

Down qui, en 1866, décrit le syndrome qui porte encore son nom aujourd'hui dans les pays anglo-saxons, considérait ce qu'on appelait alors le mongolisme comme une dégénérescence raciale: un homme et une femme de race blanche (donc supérieure selon Down et la majorité de ses contemporains de même race) donnent parfois naissance à un enfant ayant les traits d'une race inférieure », la race jaune.

Ces propos sont extrêmes et sans fondement scientifique. Néanmoins, ils alimenteront rapidement une peur sociale grandissante des personnes atteintes de déficience intellectuelle et aboutiront aux excès eugénistes les plus pervers du XX^e siècle. Annonçant ces excès en 1912 déjà, Fernald (cité par Misès et al., 1994) attribue la plupart des problèmes de société à la déficience mentale (lussie,f 200,p450,455)

La période récente se caractérise par une prise conscience brutale tant chez les professionnels que dans le public, en ce qui concerne l'extension considérable de la déficience mentale, et quant à son influence comme source de misère pour le malade lui-même et pour sa famille, comme facteur causal dans le crime, la prostitution, le paupérisme, les naissances illégitimes, l'intempérance, et d'autres maladies sociales complexes. [...] Les femmes déficientes mentales sont presque invariablement immorales et, laissées en liberté, sont d'ordinaire des agents de propagation des maladies vénériennes, ou donnent naissance à des enfants aussi déficients que les-mêmes... Tout déficient mental, et surtout l'imbécile léger, est un criminel en puissance» (**lussie, f 200, p466**)

Toutes les personnes travaillant à la même époque dans ce domaine ne sont heureusement pas aussi extrêmes, et des progrès importants permettent petit à petit de mieux cerner l'envergure du problème. L'étude approfondie de la déficience intellectuelle débute vers la fin du XIX^e siècle, bien que les premières tentatives de description et de classification de cette déficience selon son degré de sévérité remontent à la première moitié de ce siècle (par ex., Esquirol, 1838, cité par Misès et al., 1994). En 1888, par exemple, Moreau de Tours s'applique à distinguer clairement l'idiotie de l'imbécillité, deux notions largement répandues à l'époque, et jette ainsi, avec d'autres, les bases d'un système de classification:

Bien que constituant deux états morbides différents, l'idiotie et l'imbécillité se confondent entre elles sous beaucoup de rapports.... Il est des individus chez lesquels les facultés morales n'ont pas même eu un commencement de développement, des enfants mort-nés, au point de vue intellectuel, et qui n'ont guère de l'humanité que les formes extérieures, et quelles formes encore ! Ce sont les idiots proprement dits. « Il en est d'autres chez qui les facultés morales se sont développées à un certain degré. Vicié dès le principe de sa formation, l'organe intellectuel, sans être dénué de toute activité, n'a jamais fonctionné que d'une manière plus ou moins défectueuse et imparfaite. Ici le désordre fonctionnel est congénital, c'est-à-dire remonte à la vie fatale, comme dans l'idiotie, mais il est moindre et il en diffère sensiblement au point de vue symptomatologique. C'est l'imbécillité congénitale.

Enfin, il est une classe d'individus dont les facultés morales se sont d'abord développées avec la plus parfaite régularité, puis se sont arrêtées tout à coup ou, si elles ont continué à croître, ce qui arrive le plus ordinairement, ce n'a été qu'au sein du trouble et de la confusion. Ces individus sont atteints d'imbécillité accidentelle ou acquise» (**pp. 320-321**).

Les efforts systématiques de classification sont liés historiquement à la démocratisation de l'éducation et à une de ses conséquences majeures: l'apparition de l'échec scolaire. Cet échec dont la responsabilité est largement imputée à l'enfant qu'on considère alors manquer de moyens intellectuels suffisants pour bénéficier de l'éducation qu'il reçoit nécessite à la fois des définitions et des méthodes pour distinguer les enfants aptes à suivre une scolarité normale de ceux qui ne le sont pas. On distingue alors l'arriération mentale, à laquelle une approche éducative adaptée peut plus ou moins remédier, de l'imbécillité et de l'idiotie, plus graves, et qui toutes deux sont jugées incurables. Au début du XX^e siècle, Binet publie le premier test de QI. Ce test introduit la psychométrie dans le domaine de la déficience intellectuelle et offre pour la première fois une méthode quantitative pour déterminer le fonctionnement intellectuel. Très rapidement, ce test deviendra le jalon principal utilisé pour définir différents degrés de sévérité de la déficience intellectuelle.

Les controverses qui ont caractérisé l'évolution des modes de pensée et d'approche de la déficience intellectuelle ont continué, cependant, à se manifester tout au long du xx siècle. Au plan théorique, les positions réductrices qui consistent à imputer la responsabilité de cette déficience à l'individu atteint ou à ses origines familiales se sont régulièrement affrontées et le font encore aux affirmations tout aussi simplistes qui tentent d'expliquer la plupart des cas de déficience intellectuelle en termes de désavantages sociaux et économiques uniquement. Au plan pratique, l'histoire récente a été marquée à la fois par une volonté de venir en aide aux enfants et aux adolescents. concernés et par des mesures de mise à l'écart et d'exclusion, de stérilisation forcée, voire d'élimination systématique (pendant la période nazie, par exemple). Lambert. (1997a) cite de nombreux exemples des excès du xx siècle, dont deux de propagande nazie que nous lui empruntons. **(Luc,b,1981,p20)**

La déficience intellectuelle, qui a depuis toujours suscité l'intérêt de différentes professions (médecine et psychiatrie, biologie, psychologie, éducation, travail social). reste un champ d'activité multidisciplinaire. À la suite de travaux classiques tels que ceux de Vygotsky (1934) et de Luria (1963) en Russie, de Wallon (1925) en France, de Piaget et Inhelder (Inhelder, 1943; Piaget, 1936; Piaget et Inhelder, 1947) en Suisse, et de Werner (1941, Werner et Strauss, 1939) aux États-Unis, la plupart des chercheurs adoptent aujourd'hui une approche multidimensionnelle et développementale. Selon cette approche, des processus génétiques, neurobiologiques, psychologiques, familiaux, sociaux et culturels agissent de concert pour déterminer la nature et la sévérité des difficultés de l'enfant, son comportement et ses efforts actifs d'adaptation, ainsi que l'évolution de son handicap tout au long de son existence. **(philippe,1830,p100)**

BHodapp et Dykens (1994) distinguent ce qu'ils appellent deux «cultures» dans l'étude de la déficience intellectuelle. Ces cultures, qui définissent les axes majeurs de la recherche et de l'intervention aujourd'hui, se recoupent mais abordent la problématique de la déficience sous des angles différents. La première met l'accent sur l'étiologie des phénomènes observés. Elle cherche à appréhender la complexité du champ en regroupant les personnes concernées selon l'origine de leurs difficultés, et prône avant tout les études génétiques et neurobiologiques pour développer des critères de regroupement objectifs. C'est l'approche la plus souvent adoptée par les chercheurs qui ont une formation en médecine, en biologie ou en neuropsychologie. La seconde s'intéresse davantage au niveau de fonctionnement des personnes atteintes de déficience intellectuelle qu'à l'étiologie de leurs difficultés. Cette approche est souvent caractéristique des psychologues cliniciens, des éducateurs et des travailleurs sociaux qui, dans leurs recherches, se penchent avant tout sur les facteurs permettant de prédire l'adaptation de l'enfant à différents stades de développement et, dans une perspective clinique ou éducative, de la faciliter. Hodapp et Dykens préconisent des échanges plus étroits qu'ils ne le sont habituellement entre ces deux approches. De tels échanges devraient permettre le développement de nouvelles définitions et de nouvelles méthodes d'évaluation des aspects multiples du comportement de l'enfant et de l'adolescent atteints de déficience intellectuelle, dans le but non seulement d'en mieux comprendre les manifestations très diverses, mais de développer des méthodes d'intervention efficaces permettant de répondre à des besoins précis qui varient selon la nature et la sévérité des difficultés rencontrées, et qui changent souvent considérablement au cours du développement. **(Jean.d.2013:p.71)**

3- Étiologie du retard mental :

Comme la déficience intellectuelle regroupe un nombre de troubles très hétérogènes, on ne peut pas en spécifier l'étiologie en tant que telle. Cependant, dans le but d'organiser les connaissances dans ce domaine, chercheurs et cliniciens font, depuis longtemps, une distinction entre les déficiences d'origine biologique et les déficiences d'origine sociale, culturelle ou familiale. Si cette distinction peut facilement conduire au dualisme opposant les influences endogènes et exogènes que nous avons critiquées plus haut, en pratique, elle consiste habituellement à dire que certaines formes de déficience intellectuelle ont une étiologie biologique connue et que d'autres n'en ont pas (soit parce qu'une telle étiologie n'existe pas, soit parce qu'elle est inconnue ou qu'elle reste à découvrir). Une étude norvégienne de plus de 30 000 enfants, âgés de 8 à 13 ans et nés entre 1980 et 1985, rapporte que dans 96 % des cas de déficience intellectuelle grave et dans 68 % des cas de déficience intellectuelle légère, une étiologie organique ante-péri- ou postnatale avait été établie (**Stromme et Hagberg, 2000**).

C'est dire que, si la plupart des personnes atteintes d'une déficience grave ont des antécédents génétiques ou neurobiologiques connus, ou ont souffert d'une affection médicale ou d'un traumatisme pouvant expliquer leur condition, une étiologie organique n'existe pas ou reste inconnue pour un tiers environ des personnes dont la déficience est légère (**Hodapp et Dykens, 2003**).

Lorsqu'elles peuvent être précisées, les causes biologiques de la déficience intellectuelle précèdent la naissance dans une majorité de cas (Misès et al., 1994). Inspiré des travaux de Luckasson et al. (2003) et de Misès et al. (1994).

les facteurs étiologiques les plus fréquents pouvant conduire à la déficience intellectuelle, distinguant entre les périodes anté, péri et postnatales. (Pour une revue détaillée des causes génétiques de la déficience intellectuelle, (**Winne penninckx, Rooms et Kooy, 2003**.)

3-1- Facteurs biologiques:

Les facteurs biologiques susceptibles de conduire à la déficience intellectuelle sont beaucoup trop nombreux et trop variés pour être décrits en quelques lignes. On a aujourd'hui, par exemple, identifié plus d'un millier de conditions génétiques en lien avec la déficience intellectuelle et les travaux en cours en découvrent de nouveaux à un rythme de plus en plus rapide (**King et al., 2005; Luckasson et al., 2003**).

En effet, les recherches biologiques dans ce domaine ont pris une ampleur considérable au cours des dernières décennies grâce au développement de nouvelles techniques d'investigation de génétique moléculaire et de neurophysiologie.

les facteurs biologiques associés à la déficience intellectuelle peuvent être d'origine génétique ou environnementale et agir à différentes périodes de développement. Lorsqu'elle est d'origine génétique, la déficience intellectuelle peut être causée par une aberration chromosomique ou par la mutation d'un gène entraînant la perturbation d'un ou de plusieurs processus de synthèse protéique. La plupart des aberrations chromosomiques sont liées à des anomalies de nombre (par ex., la trisomie 21) ou de structure (par ex., le syndrome de Prader-Willi) ou à la fragilité d'un site (syndrome de l'X fragile) (**Misès et al., 1994**).

Nous mentionnerons brièvement deux syndromes que nous n'avons pas décrits plus haut: le syndrome de Klinefelter et le syndrome de Turner.

3-1-1 Le syndrome de Klinefelter

Est une aberration des chromosomes sexuels caractérisée par la présence d'un chromosome X supplémentaire. Ce trouble, qui atteint environ 1 garçon sur 1000, est l'aberration chromosomique la plus fréquente chez l'homme: au lieu du génotype mâle normal XY apparaît un génotype XXY. Les personnes atteintes sont infertiles et ont une masculinisation incomplète (due à l'absence de production de testostérone à la puberté). Elles manquent d'énergie, sont susceptibles de développer des maladies graves (par ex., ostéoporose, lupus) et ont de nombreux retards de développement (par ex., difficultés motrices). Au plan psychologique, le syndrome de Klinefelter se caractérise par un niveau d'intelligence dans la limite de la normale ou par une déficience légère qui s'accompagne de difficultés multiples mais plus ou moins évidentes d'une personne à une autre: problèmes de communication, surtout au niveau du langage, et troubles des apprentissages contribuent fréquemment à une faible estime de soi, à un manque de tolérance à la frustration et à divers comportements impulsifs, agressifs et antisociaux (**Berthiaume, Aunos, Pidgeon et Méthot, 2001**).

3-1-2 Le syndrome de Turner

Est aussi une aberration des chromosomes sexuels. Caractérisé par l'absence d'un chromosome X, le trouble atteint environ 1 fille sur 2500, laquelle, au lieu du génotype féminin normal XX a un génotype XO. Les personnes atteintes sont presque toujours infertiles et ont fréquemment des problèmes sérieux de santé (par ex., complications cardiaques, rénales, auditives). Le trouble est rarement la cause d'une déficience intellectuelle marquée, mais il s'accompagne, dans de nombreux cas, de difficultés développementales (par ex., motricité), de difficultés d'apprentissage (par ex., relations spatiales, mathématiques) et d'anxiété sociale (**Rovet, 2004**).

La déficience intellectuelle peut aussi être causée par

3-1-3 Des mutations génétiques

Conduisant à des erreurs de métabolisme. Par exemple, la phénylcétonurie est un trouble du métabolisme de la phénylalanine, un acide aminé se trouvant dans de nombreux aliments. La transformation de la phénylalanine ne pouvant se produire, celle-ci s'accumule dans le sang qui devient toxique pour le système nerveux et entraîne une déficience intellectuelle de plus en plus grave (Butler et Meaney, 2005). Plus rarement, les troubles d'origine génétique sont transmis sur un mode gonosomique, comme dans le cas du syndrome de Lesch-Nyhan. Ce syndrome, qui provoque aussi un trouble du métabolisme, atteint uniquement les garçons. Il se caractérise par une déficience intellectuelle moyenne, une infirmité motrice cérébrale souvent marquée, des difficultés digestives et, surtout, des comportements d'automutilation graves. L'enfant se mord les lèvres ou les mains, par exemple, ou se cogne la tête au sol ou contre d'autres surfaces dures. Ces comportements provoquent régulièrement une détresse extrême chez l'enfant et dans son entourage (**Nyhan, 2002**).

Les causes immédiates de la déficience intellectuelle présentée comme la période de développement à laquelle on les rattache habituellement, doivent être considérées avant tout

dans une perspective descriptive, car chacune d'entre elles présuppose un contexte développemental et social pour pouvoir manifester ses effets. En d'autres termes, certains facteurs biologiques sont la cause directe de la déficience intellectuelle ou en augmentent plus, moins fortement la probabilité, mais la forme, la sévérité et l'évolution de cette déficience dépendent de processus transactionnels entre l'enfant et son environnement. La phénylcétonurie en offre un exemple classique. Comme nous venons de le mentionner, ce trouble provient de l'incapacité de l'organisme à transformer la phénylalanine que contiennent de nombreux aliments. On sait qu'un seul gène, situé sur le chromosome 12, provoque la phénylcétonurie qui peut conduire à une déficience intellectuelle grave ou profonde. Cependant, l'enfant porteur du gène naît normal et la probabilité qu'il manifeste une telle déficience dépend de son régime alimentaire. Effectuée à la naissance dans l'ensemble des pays industrialisés, une prise de sang permet le dépistage immédiat de la phénylcétonurie et un régime alimentaire adapté assure alors aux enfants atteints développement plus ou moins normal pour autant qu'ils adhèrent à ce régime (Butler et Meaney, 2005). Ainsi, lorsque la phénylcétonurie conduit à la déficience intellectuelle, celle-ci a des origines à la fois héréditaire et environnementale, anténatale et postnatale. Il en va de même de la déficience intellectuelle qui survient à la suite, par exemple, de sévices physiques conduisant à une hémorragie cérébrale ou de fœtopathie alcoolique perturbant la croissance intra-utérine. L'hémorragie ou les difficultés de croissance sont les causes immédiates qui expliquent la déficience de l'enfant, mais son origine est évidemment autant « exo gène » qu'« endogène », environnementale que biologique (**Inserm .2001; OMS, 2011**).

3-2-Facteurs familiaux, sociaux et culturels :

Comme nous l'avons mentionné plus haut, on présuppose une étiologie familiale, sociale ou culturelle à la déficience intellectuelle des enfants et des adolescents chez lesquels une étiologie biologique ne peut pas être établie. Cette hypothèse est non seulement très vague, mais elle est évidemment négative, car elle procède par exclusion . Elle est aussi insatisfaisante ou, tout au moins, insuffisante, car elle consiste en fait à dire qu'on ne peut pas, dans l'état actuel des connaissances, préciser clairement l'étiologie de la déficience intellectuelle d'un tiers environ des personnes qui en sont atteintes.

La majorité des chercheurs postule aujourd'hui que la plupart de ces personnes représentent la limite inférieure d'un continuum de capacités intellectuelles et adaptatives dans lequel les différences individuelles proviennent de processus transactionnels complexes entre facteurs biologiques, psychosociaux et culturels. Dans cette perspective, la déficience intellectuelle légère - car c'est avant tout de ce type de Déficience qu'il s'agit est l'expression à la fois du versant inférieur d'une distribution: normale de l'intelligence humaine et de multiples facteurs de désavantages familiaux et sociaux, comme la pauvreté, la psychopathologie parentale (par ex., alcoolisme, maltraitance), le manque de soins adéquats (par ex., soins médicaux, vaccinations) et la discrimination (par ex., racisme, scolarisation inadéquate).

Bien que ces processus transactionnels restent mal connus, de nombreux travaux démontrent qu'ils jouent très probablement un rôle important dans l'étiologie et l'évolution de la déficience intellectuelle, quelles que soient ses causes premières ou immédiates lorsque de telles causes existent. Ainsi, un nombre croissant de recherches dans les domaines du

soutien social et de la représentation sociale de la déficience intellectuelle montrent que l'adaptation de l'entourage aux difficultés de l'enfant influence et reflète à la fois l'adaptation de l'enfant lui-même (**Stoneman et Gavidia Payne, 2006**).

Les parents et surtout les mères d'enfants atteints de déficience intellectuelle rapportent, dans l'ensemble, un niveau de stress personnel plus élevé que les parents d'enfants sans difficultés particulières. voir aussi Lambert et Lambert-Boite, 1993, pour un résumé général des facteurs de stress associés à l'éducation d'un enfant atteint de déficience intellectuelle). Les sentiments de dépression, de manque de compétence et de culpabilité sont particulièrement fréquents chez ces mères, bien que leur sévérité dépende considérablement du soutien conjugal et social dont elles bénéficient et du niveau socioéconomique de la famille. Les données disponibles suggèrent que ces sentiments reflètent, dans une majorité de cas, les défis multiples liés à la responsabilité d'élever un enfant handicapé plutôt qu'une psychopathologie maternelle, et qu'ils sont moindres lorsque la famille a accès à un réseau diversifié de soutien social - ce qui semble en fait être plus souvent le cas des familles ayant un enfant atteint de déficience intellectuelle que des familles ayant des enfants qui ne sont pas handicapés (**Dumas et al., 1991**).

On notera enfin que l'adaptation familiale en général et le stress maternel en particulier changent à différentes périodes de développement de l'enfant et dépendent en grande partie de la nature de ses difficultés. Par exemple, les enfants atteints d'autisme sont dans l'ensemble beaucoup plus stressants que les enfants trisomiques. La présence d'un enfant trisomique peut en fait avoir un effet positif sur le fonctionnement familial (**Noh et al., 1989**).

4 Les critères diagnostic de retard mental:

Le diagnostic positif de la déficience intellectuelle peut s'opérer avant même que soit établi le diagnostic étiologique (**des Portes et coll, 2002**).

Il s'agit de vérifier la présence des critères fournis par le DSM-V ou l'AAIDD, à savoir la limitation intellectuelle, des difficultés adaptatives et l'âge d'apparition des troubles (**Handen, 2009**)

Les critères diagnostiques de la déficience intellectuelle de la CIM-10 et du DSM-IV stipulent que cette déficience survient par définition avant 18 ans, Ce critère d'âge est relativement arbitraire. Il correspond dans de nombreuses sociétés à la fin de la scolarité et à l'âge auquel la personne devient un adulte. Il exclut l'utilisation du diagnostic dans la classification des perturbations intellectuelles et sociales majeures pouvant survenir à la suite d'un accident ou d'une maladie à l'âge adulte, comme un traumatisme crânien ou une démence (**Hodapp et Dykens, 2003**)

Mis à part ce critère d'âge, la CIM-10 et le DSM-IV précisent que la déficience intellectuelle ne peut être diagnostiquée qu'en présence de déficits du fonctionnement intellectuel et adaptatif. Le fonctionnement intellectuel est défini dans la plupart des cas par le OI. Ce résultat quantitatif, qui doit être inférieur de deux écarts types ou plus à la moyenne sur un test standardisé, est utilisé pour qualifier la déficience de légère, moyenne, grave ou profonde. Le fonctionnement intellectuel est parfois aussi défini en termes d'âge mental. Ce critère permet d'estimer la déficience de l'enfant par rapport à son âge chronologique. Un enfant dont l'âge chronologique et l'âge mental correspondent est considéré être d'intelligence moyenne. Par contre, un enfant dont l'âge chronologique est supérieur à l'âge

mental a une certaine déficience intellectuelle, alors que dans le cas contraire l'enfant est dit avoir une certaine avance. Si cette définition du fonctionnement intellectuel est claire, il n'est pas toujours facile de déterminer le OI parce que l'intelligence est une faculté à dimensions multiples et que l'enfant ou l'adolescent peut faire preuve de capacités intellectuelles satisfaisantes dans certains des domaines évalués, mais de lacunes importantes dans d'autres. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un enfant obtienne un score qui le place au niveau normal inférieur aux épreuves non verbales d'un test comme l'Echelle de Wechsler, mais au niveau de la déficience intellectuelle légère aux épreuves verbales du même test. Être à la moyenne des scores de l'enfant pour obtenir un OI global conduit, dans de tels cas, à prendre une décision arbitraire, car cette moyenne aura une réalité statistique, mais peu ou pas de sens clinique. Cette situation est cependant courante lorsque le fonctionnement intellectuel de l'enfant ou de l'adolescent est relativement faible sans pour autant être manifestement limité.

Alors que les scores de OI définissant les différents niveaux de la déficience intellectuelle sont clairement précisés dans la CIM-10, nous avons vu plus haut que le DSM-V propose des fourchettes permettant à ces niveaux de se recouper quelque peu. Les scores exacts ont évidemment l'avantage de faciliter le travail diagnostique et ainsi d'en augmenter la fiabilité, mais présentent le désavantage de manquer de souplesse. Le OI n'étant pas une entité fixe, une différence d'un ou deux points entre une déficience moyenne et légère, par exemple, n'a guère de sens pour définir les difficultés de l'enfant et préciser les services dont il a besoin **(Smith, 2006)**.

Si, comme nous l'avons déjà souligné, l'emploi des fourchettes du DSM-IV peut avoir des conséquences majeures lorsqu'on désire établir l'épidémiologie de la déficience intellectuelle ou planifier différents services médicaux ou éducatifs, ces fourchettes se justifient dans un bilan individuel pour des raisons à la fois scientifiques et cliniques. Scientifiquement, il existe une marge d'erreur dans toute évaluation psychométrique qui est de l'ordre de 5 points environ pour la plupart des tests de OI et qui, lorsqu'une personne obtient un score à la limite entre deux degrés de sévérité, ne permet pas de déterminer la sévérité du trouble sans donner une importance majeure au fonctionnement adaptatif. Et donc cliniquement, lorsque le score de OI se trouve à un tel seuil, une fourchette donne au clinicien et au chercheur la possibilité de déterminer la déficience intellectuelle de l'enfant ou de l'adolescent, en prenant en considération ses capacités d'adaptation ainsi que son contexte social et culturel.

Les deux systèmes de classification reconnaissent aussi qu'une évaluation intellectuelle n'est pas toujours possible. L'enfant peut être trop jeune, par exemple, ou trop handicapé pour être évalué. Il est alors nécessaire de se baser uniquement sur des observations cliniques et sur des évaluations obtenues de tiers. La CIM-10 et le DSM-IV soulignent enfin l'importance de prendre en considération les facteurs pouvant contribuer à un QI faible avant de poser un diagnostic de déficience intellectuelle, comme le contexte socioculturel et la langue maternelle de l'enfant ou le fait que celui-ci présente un handicap physique ou un trouble associé (par ex., un trouble du comportement) **(APA, 2000; OMS, 1993)**.

Un diagnostic de déficience intellectuelle ne peut être posé que si l'enfant ou l'adolescent présente aussi une déficience marquée ou des altérations significatives de son fonctionnement adaptatif. Dans la plupart des cultures occidentales, ce fonctionnement peut

être évalué à l'aide d'une échelle standardisée, comme l'Échelle de maturité sociale de Vineland (Sparrow, Balla et Cicchetti, 1984) qui doit être remplie par une personne connaissant bien l'enfant ou l'adolescent. Ces échelles permettent de déterminer jusqu'à quel point celui-ci est capable de répondre aux exigences quotidiennes auxquelles il se voit confronté dans divers domaines. Elles fournissent habituellement un score global qui résume l'ensemble du fonctionnement adaptatif de l'enfant et permet de déterminer si celui-ci est comparable à ce qu'on peut attendre d'une personne du même âge. Bien que l'emploi d'échelles standardisées soit préférable à un diagnostic basé uniquement sur un jugement qualitatif du fonctionnement adaptatif, ces échelles sont toutes limitées par le fait que ce fonctionnement dépend considérablement du contexte social et culturel de l'enfant et de l'environnement dans lequel on s'attend à ce que son fonctionnement soit adapté. Quand on cherche à savoir, à l'aide de l'échelle de Vineland, par exemple, si l'enfant est capable de réciter l'alphabet sans aide ou d'utiliser les transports en commun, cette échelle présuppose qu'il a eu de nombreuses occasions d'apprendre à le faire. De même, un enfant qui, à 5 ans, est toujours nourri à la cuillère peut être tout à fait adapté dans son milieu familial, mais ne pas l'être du tout dans une école où l'on s'attend à ce que les enfants de cet âge mangent sans aide ou dans un pays où l'on mange avec ses doigts.

Le fonctionnement adaptatif est donc difficile à évaluer de manière objective. Comme dans le cas de l'intelligence, c'est particulièrement vrai lorsque le niveau d'adaptation se situe au seuil de la zone normative et de la déficience intellectuelle (**Hodapp et Dykens, 2003**).

Le score inférieur d'un enfant sur une échelle de maturité sociale reflète-t-il un déficit qui lui est propre ou le fait que, dans son environnement familial, éducatif ou culturel les opportunités de développer son comportement adaptatif soient beaucoup moins nombreuses qu'elles ne le sont pour un enfant plus favorisé? Faut-il évaluer ce fonctionnement sur la base du comportement scolaire de l'enfant ou sur celle de son comportement en dehors des heures de classe? Peut-on l'évaluer sur la base d'une moyenne des deux? Si oui, quel sens doit-on donner à cette moyenne? Ces questions illustrent à nouveau l'importance des critères sociaux et des jugements de valeur qu'ils imposent dans le diagnostic de la déficience intellectuelle quand le fonctionnement adaptatif de l'enfant n'est pas limité au point d'entraîner des difficultés majeures, quel que soit le contexte dans lequel il est évalué.

La CIM-10 ne définit pas de critères diagnostiques spécifiques pour la déficience intellectuelle comme elle le fait pour les autres troubles qu'elle présente. Les éditeurs de cette classification considèrent, en effet, qu'il n'est pas possible d'établir de tels critères sur le plan international pouvant tenir compte des facteurs sociaux et culturels qui influencent toujours la définition et l'évaluation de la déficience intellectuelle dans un contexte donné. Comme le DSM-IV, cependant, la CIM-10 définit quatre degrés de sévérité de la déficience intellectuelle:

- la déficience légère regroupe environ 85 % des personnes atteintes de déficience intellectuelle:

- la déficience moyenne environ 10%;

la déficience grave 3 à 4 %:

la déficience profonde 1 à 2% (APA, 2000)

.Validité scientifique :

La validité d'un diagnostic de déficience intellectuelle dépend avant tout du niveau de fonctionnement intellectuel et adaptatif de la personne évaluée, comme des méthodes d'évaluation utilisées. La déficience intellectuelle moyenne, grave ou profonde ne fait habituellement pas de doute, bien qu'un diagnostic précis puisse parfois être impossible à établir (par ex., lorsque l'enfant ne peut pas être évalué). La déficience intellectuelle légère, par contre, reste une catégorie diagnostique qui suscite la controverse (Smith, 2006).

5-Les degrés de sévérité du retard mental selon le DSM-5 :

Le retard mental est un état permanent caractérisé par une intelligence inférieure à la moyenne qui entraîne des limitations de l'apprentissage et du fonctionnement adaptatif. Les sujets ayant un retard mental peuvent être capables de vivre de manière autonome dans la collectivité et d'obtenir divers niveaux d'emploi, selon le niveau de sévérité du trouble; à mesure que la sévérité augmente, une formation et un soutien peuvent devenir nécessaires pour accomplir même de simples tâches quotidiennes

Selon le DSM5 le degré de sévérité du retard mental est classifié de façon suivante :

1-Retard mental – Léger

Une personne reçoit le diagnostic de retard mental léger si elle a un QI de 50 à 69, et la majorité des cas rentrent dans cette catégorie. Les personnes atteintes d'un retard mental léger acquièrent habituellement des compétences sociales et de communication adéquates pour vivre de manière autonome, mais peuvent avoir besoin d'aide durant les périodes de stress inhabituelles.

Le niveau de sévérité du retard mental léger dans le domaine conceptuel, social et pratique :

A- Le domaine conceptuel :

La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge...

B- Le domaine social :

La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales; a un jugement social immature pour son âge

C- Le domaine pratique :

Besoin d'assistance plus important que les pairs pour des tâches plus complexes de la vie quotidienne. Achats, transports, pris en charge d'enfants.

La personne occupe souvent un emploi exigeant, moins d'habiletés conceptuelles. (DSM-5 p 34)

2- Retard mental – Moyen

Une personne reçoit le diagnostic de retard mental moyen si son QI est de 35 à 49. Environ 10 % des cas de retard mental rentrent dans cette catégorie. Les personnes présentant un retard mental moyen peuvent leur niveau d'études ne dépasse habituellement pas celui de

la deuxième année primaire. L'apprentissage du langage est lent et la coordination motrice est passable. Elles vivent habituellement en milieu supervisé et sont capables de prendre soin d'elles-mêmes sous supervision

Le niveau de sévérité du retard mental moyen dans le domaine conceptuel, sociale et pratique

A- Le domaine conceptuel

La personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle. (DSM-5 p34)

B- Le domaine sociale :

- 1 communication et comportement sociaux différents des pairs
- 2 capacités présentes de lier des relations avec la famille et des amis
- 3 jugements sociaux et capacités décisionnelles limités.

C- Le domaine pratique :

Présence, chez une minorité importante, de comportements mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social...

3-Retard mental – Grave

Une personne a un retard mental grave si son QI est de 20 à 34⁶. Environ 3 % à 4 % des cas de retard mental rentrent dans cette catégorie. Les personnes présentant un retard mental grave peuvent apprendre à parler et à communiquer, mais leur compétence verbale et leur vocabulaire sont limités.

A- Le domaine conceptuel : la personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, aux quantités, au temps...

La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...

B- Le domaine social :

- 1 le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire.
- 2 discours limité à des mots ou phrases simples, complétés par des outils supplémentaires
- 3 Les relations avec les proches sont sources de plaisir, d'aide.

C- Le domaine pratique :

La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes...

4-Le retard mental -profond :

QI au-dessous de 20 (chez les adultes, âge mental en dessous de 3 ans). Aboutit à une limitation très marquée des capacités de prendre soin de soi-même, de contrôler ses besoins naturels, de communiquer et de se déplacer.

A- Le domaine conceptuel :

La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir)... Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel...

b- Le domaine sociale :

La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples...

C- Le domaine pratique :

La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités...

(DSM-5 p34-36)

6-Les manifestations d'un enfant retardé mental :

1- Langage : Les enfants 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 légère ont des compétences langagières légèrement appauvries comparées à des enfants au développement normal. Les enfants avec DI sévère et profonde n'ont pas du tout accès à la parole, ou alors de façon très limitée

2- Cognition : Les mécanismes de raisonnement des déficients mentaux d'appliquer des épreuves issues de la théorie piagétienne. Les travaux « D'Inhelder » montrent que l'évolution intellectuelle des enfants déficients mentaux se fait de façon comparable à celle des enfants normaux, elle se fait cependant plus lentement et s'arrête plus tôt

(Guidetti & Tourette ,2004 p107)

3- Motricité et comportement :

Les enfants DI manquent souvent de coordination, peuvent être maladroits ou agités. Des mouvements stéréotypés.

4- Emotion : Les émotions d'un enfant retardé mental sont plus souvent naïves et immatures. Et leurs comportements agressifs sont fréquents. et certains peuvent être timides et en retrait .

5- Capacité visuelle : les enfants présentant une déficience mentale ne disposent pas d'un grand problème concernant la capacité visuelle. Ils ont des difficultés à distinguer de petites différences de forme de taille et même de couleur.

6 -Problèmes de santé : Comparés aux enfants normaux, les enfants DI ont plus de risques d'avoir d'autres problèmes de santé. Les maladies les plus fréquemment retrouvées sont : l'épilepsie . la paralysie cérébrale .les troubles anxieux, les troubles oppositionnels avec provocation. (Oesburg et al, 2011).

7-Les types du retard mental :

On va citer différents types de retard mental les plus fréquents dans le monde :

7-1 La Trisomie 21: est une aberration chromosomique génétique qui représente pour un enfant atteint un ensemble d'anomalies physiques et mentales très graves. La triplication de la plus petite région du chromosome 21 est nécessaire pour provoquer le phénotype de cette pathologie. La présence du 21 en trois exemplaires n'est pas indispensable car une seule zone étroite du bras long est responsable du syndrome de Down

(Huret J.L. et coll. 1990).

Le déficit mental de la trisomie 21 peut varier dans des limites assez larges selon les individus. Il varie également en fonction de l'âge. En moyenne, le QI se situe à 50 à l'âge de 5 ans. Il décroît ensuite de façon progressive jusqu'à une valeur moyenne de 38 vers 15 ans. Avant l'âge de 5 ans le QI est plus difficile à évaluer. Il décroît jusqu'à 50 entre 2 et 3 ans, puis croît jusqu'à 58 entre 3 et 4 ans et décroît à nouveau **(Prieur M. 1968).**

De part et d'autre de cette évaluation moyenne, on peut voir des malades avec des QI relativement élevés de l'ordre de 70-80, d'autres condamnés à une vie végétative. Un auteur expérimente si cette décroissance du QI chez les trisomiques 21 peut être influencée par l'environnement **(Brown Frank R. et coll. 1990).**

D'une manière générale, ce sont surtout les facultés de raisonnement abstrait qui sont les plus touchées, alors que l'affectivité et la sociabilité sont relativement conservées du moins chez l'enfant. Chez l'adulte, l'acquisition d'un certain nombre d'automatismes peut masquer l'importance du retard mental. Un auteur suggère des interventions favorisant l'intégration sociale des enfants atteints de trisomie 21 **(Gompertz J. 1990),**

La minorité des cas de syndrome de Down sont dus à des translocations qui sont responsables de 4,8 % des cas (Giraud F., Mattei J. F. 1975). La translocation est un changement de structure chromosomique caractérisé par un changement de position de segments chromosomiques. Elle correspond à un transfert d'un segment chromosomique de sa place normale à un autre endroit du génome. Les caryotypes d'une translocation 21/21 et d'une translocation 14/21 causant le phénotype du syndrome de Down sont présentés dans les figures 4 et 5.

Une translocation est équilibrée lorsque la reconstitution du stock génique est normale, par conséquent le phénotype est normal. Une translocation est déséquilibrée lorsqu'elle entraîne une perturbation du patrimoine génétique et du phénotype.

7-2-Le syndrome de Down :

peut être acquis par un parent porteur d'une translocation équilibrée (phénotype normal, mais génotype anormal). En effet, un parent normal (en apparence) peut posséder dans son génome une translocation réciproque équilibrée (échange d'un stock normal de gènes), mais transmettre un phénotype de trisomie 21 ou un phénotype de trisomie 14 (en supposant que le chromosome 14 est impliqué dans la translocation réciproque équilibrée du porteur).

La trisomie 21 est la principale altération du caryotype à la naissance. Toutefois, sous le terme très général de trisomie 21, ou syndrome de Down, on regroupe en fait une multitude de cas différents, aussi bien par l'explication du phénotype (trisomie libre et homogène,

translocation, etc.) que par la gravité du phénotype. En effet, de multiples graduations sont observées dans l'atteinte des individus : ceci est dû à une modulation par l'ensemble du génome, à la présence d'individus mosaïques, à l'importance du fragment de chromosome concerné dans les cas de translocations,

Si la trisomie 21 est si importante en termes de nombre d'individus atteints, c'est parce que c'est l'une des rares anomalies chromosomiques viables. Un dépistage prénatal (échographies, analyses biochimiques, voire caryotype, etc.) est ainsi mené lors du suivi d'une grossesse. L'importance de ce dépistage (en particulier le choix de réaliser un caryotype) dépend de certains signaux d'alerte : âge maternel, antécédents, observations (clarté nucale et autres mesures à l'échographie) et analyses (dosages sanguins maternels en particulier) Rodolphe Dard, de celle publiée en novembre 2003 par (Gilles Furelaud.)

7-3 Les anomalies chromosomiques (les autosomes et les chromosomes) :

Tijo et Levan's, découvrent en 1956 que le nombre exact des chromosomes humains était 46. La première découverte d'aberrations chromosomiques de l'espèce humaine a été faite en 1959 par Lejeune j et Coll. Les aberrations chromosomiques peuvent être de nombre, ou de structure. Chaque individu résulte normalement de la fécondation d'un ovule ayant un nombre haploïde de chromosomes (23) par un spermatozoïde porteur également de 23 chromosomes. La première

cellule de cet individu possède un nombre diploïde de chromosomes provenant pour la moitié du père et pour la moitié de la mère. Cette cellule se divise aussitôt, puis les deux cellules filles et le phénomène (mitose) répété un nombre considérable de fois aboutit à la formation de toutes les cellules somatiques de l'organisme. Celles-ci contiennent chacune le même nombre de chromosomes que celle de la cellule mère grâce au mécanisme de duplication chromosomique qui se produit à chaque division cellulaire. Par contre, la méiose aboutit à la formation des gamètes qui ne contiennent qu'un lot haploïde de chromosomes. Les erreurs mitotiques et méiotiques peuvent donner des anomalies chromosomiques portant sur le nombre

Si l'erreur se produit au cours de l'une des deux divisions de la méiose, toutes les cellules sont porteuses de l'anomalie qui est dite homogène. Si celle-ci se produit lors du stade de développement embryonnaire sur les premières mitoses post zygotiques, le sujet aura deux populations différentes, l'une normale, l'autre porteuse de l'anomalie qui est dite en mosaïque

constitutionnelles constituent une cause fréquente d'anomalie du développement embryofœtal. Les anomalies chromosomiques sont à l'origine d'environ 50 % des avortements spontanés survenant pendant le premier trimestre de la grossesse. Deux grands types d'anomalies chromosomiques peuvent être diagnostiqués :

L'on parle de trisomie en présence d'un chromosome supplémentaire, d'une monosomie en cas de perte d'un des deux chromosomes d'une paire chromosomique. Les trisomies les plus fréquentes à la naissance sont les trisomies 21, 18 et 13 et la trisomie 8 en mosaïque. Les trisomies des chromosomes sexuels sont très fréquentes et portent aussi bien sur l'X que sur l'Y : 47,XXX , 47,XXY , 47,XYY

Les monosomies autosomiques sont rarement observées à la naissance du fait, car probablement non viables avec un arrêt précoce de la grossesse. Concernant les chromosomes sexuels, la monosomie X est fréquente, responsable du syndrome de Turner.

7-4 Les anomalies de structure des chromosomes :

Elles résultent de la survenue de cassures chromosomiques suivies par un ou plusieurs recollements anormaux. Par définition les trisomies et les monosomies partielles résultent de remaniements de structure. Les anomalies de structure peuvent affecter un chromosome, ou plusieurs chromosomes (par exemple les translocations). Ces anomalies peuvent être équilibrées ou non équilibrées.

Les anomalies équilibrées n'entraînent pas de déséquilibre du matériel chromosomique et n'ont habituellement pas d'effet phénotypique, à l'exception de la situation au cours de laquelle la cassure en interrompant un gène entraîne une maladie génétique correspondante. Les anomalies équilibrées peuvent entraîner, lors de la méiose, la formation de gamètes déséquilibrés donnant des zygotes anormaux, ce qui se traduira par la survenue d'avortements ou par la naissance d'enfants porteurs d'anomalies congénitales.

Les anomalies non équilibrées peuvent survenir de novo c'est-à-dire de façon accidentelle (délétions, translocations non équilibrées de novo, etc.) ou être la conséquence d'un remaniement parental équilibré.

7-5 Syndrome de Turner

Le syndrome de Turner est une affection chromosomique liée à l'absence complète (monosomie X) ou partielle d'un chromosome X. L'origine en est accidentelle, liée à une non-disjonction des chromosomes sexuels lors de la méiose avec perte d'un chromosome X. Les formes partielles ou en mosaïque) peuvent avoir des conséquences plus modérées. Cette affection concerne un nouveau-né féminin sur 2500 : son incidence à la conception est beaucoup plus élevée mais de nombreuses conceptions 45,X conduisent à une fausse-couche au premier ou deuxième trimestre.

Les circonstances de diagnostic sont variables selon la période considérée :

En prénatal, la mise en évidence d'une hyper clarté nucale dans le cadre du dépistage chromosomique au premier trimestre, et surtout d'un hygroma colli voire d'un œdème généralisé plus ou moins associé à des malformations cardiaques conduit à proposer un caryotype fœtal ,

à la naissance, le diagnostic peut être proposé chez une petite fille présentant une petite taille, des œdèmes des mains et des pieds, ainsi que des malformations cardiaques et/ou rénales ,

Dans l'enfance, c'est le retard de croissance qui doit impérativement faire évoquer le diagnostic ,

à l'adolescence ou chez l'adulte, le diagnostic sera évoqué en cas d'impubérisme ou d'infertilité chez une femme d'une petite taille.

Seules les formes à révélation prénatale et postnatales précoces pourront être recensées par les registres de malformations congénitales. La prise en charge concerne en particulier la mise en place d'un traitement substitutif hormonal (tant pour la taille que pour le

développement sexuel), la surveillance et le traitement des malformations éventuels et des troubles sensoriels visuels et auditifs fréquemment rapportés.

7-6 Trisomie 13 (Syndrome de Patau) ;

La trisomie 13 est une anomalie chromosomique due à la présence d'un chromosome 13 supplémentaire. Elle est caractérisée par l'association de malformations cérébrales (holoprosencéphalie notamment), de dysmorphie faciale avec fréquence des fentes labio-palatines, d'anomalies oculaire (microphthalmie)s, de malformations des mains (polydactylie), de malformations viscérales (cardiopathie) et d'un retard psychomoteur très sévère. Plus de 95 % des fœtus atteints décèdent in utero. La présentation neurologique est sévère : hypotonie, hyporéactivité avec quasi-absence de contact. Les anomalies faciales sont variables. La moitié des enfants décèdent le premier mois et 90 % avant 1 an de complications cardiaques, rénales ou neurologiques.

7-7 Trisomie 18 (Syndrome d'Edwards)

La trisomie 18 est une anomalie chromosomique due à la présence d'un chromosome 18 supplémentaire. Elle est caractérisée par un retard de croissance, de malformations viscérales touchant tous les organes dont le cœur dans plus de 90 %, les membres (pieds bots, mains et doigts repliés et fixés), le tube neural (anencéphalie, spina bifida) le tube digestif, les reins, la face (fente labio-palatine). Plus de 95 % des fœtus atteints décèdent in utero. Hypotonie et difficultés de succion dans les premières semaines évoluent vers une hypertonie, avec quasi-absence de contact. Un retard psychomoteur sévère est constant..

7-8 Syndrome de Klinefelter

Le syndrome de Klinefelter regroupe un ensemble d'anomalies chromosomiques caractérisées chez l'humain par la présence d'au moins un chromosome sexuel X supplémentaire. L'origine en est accidentelle, liée à une non-disjonction des chromosomes sexuels lors de la méiose. Le facteur de risque essentiel de survenue est l'âge maternel avancé. La formule chromosomique est 47,XXY. Dans 10 % à 20 % des cas, ce chromosome X supplémentaire n'est pas présent dans toutes les cellules : il s'agit d'une mosaïque chromosomique 47,XXY/46,XY dont les conséquences peuvent être plus modérées. Ce syndrome concerne un individu de sexe masculin sur 600. Ce syndrome est responsable d'un dysfonctionnement testiculaire responsable d'un défaut pubertaire et d'une infertilité fréquente. Le développement cognitif est superposable à celui de la population générale, des difficultés d'apprentissage légères et inconstantes (notamment retard d'acquisition du langage) sont parfois observées. Le développement physique est normalement masculin, en dehors d'un retard des signes pubertaires. Compte tenu de l'absence de malformation, le diagnostic est volontiers tardif, à l'adolescence ou à l'âge adulte. Son diagnostic en prénatal est ainsi fortuit, notamment dans le cadre du dépistage chromosomique. Le recensement via les registres de malformations congénital ne peut donc être prétendre à l'exhaustivité. Le syndrome de Klinefelter ne doit pas être confondu avec d'autres formules chromosomiques de type 48,XXXY, 48,XXYY et 49,XXXXY ("variants du syndrome de Klinefelter") volontiers responsables d'un déficit mental et de malformations.

Registres français d'anomalies congénitales, Insee pour les naissances en 2011-2015

8- Les troubles associé a une déficience intellectuelle :

8-1 Au niveau comportemental : jusqu'à 40% des individus ayant une DI présentent également des problèmes de comportement. Dans les cas de déficiences plus sévères, certains de ces comportements ressemblent à ceux présentés par les autistes, tels le balancement et les mouvements stéréotypés des mains (**Munir, , Friedman, Wilska, & Szymanski, 2008**).

8-2 Au niveau moteur, la pathologie la plus communément associée avec la DI est la paralysie cérébrale. Les individus ayant une paralysie cérébrale peuvent avoir des capacités intellectuelles dans la norme ou encore présenter une DI de légère à sévère, Environ 20% des personnes ayant une DI ont également la paralysie cérébralemais cette proportion varie de 7% à 30%, selon le niveau de sévérité (**Maulik & Harbour, 2012**).

8-3 L'épilepsie est une autre condition répandue chez les personnes atteintes d'une DI Étant donné que l'épilepsie est le résultat d'une activité électrophysiologique anormale due à des anomalies de la structure du cerveau, qui sont sous-jacentes à la DI, il y a une relation directe entre le niveau des capacités cognitives et la présence d'épilepsie

8-4 troubles psychologiques tels les troubles émotionnels, comportementaux, affectifs, anxieux et de personnalité, sont également susceptibles de coexister avec la DI.

9-Accompagnement des enfants ayant un retard mental :

9-1 Les parents des enfants qui présentent un TDI font face à des enjeux universels partagés par tous les parents (assurer la socialisation de leur enfant, étayer leur développement, suivre leur scolarité, accompagner la transition de l'adolescence vers la vie adulte, etc) mais ils font également face à des enjeux spécifiques (**Hodapp & Burack, 2006**)

-Intégrer les remaniements représentationnels et émotionnels associés à l'annonce du handicap de leur enfant .

-apprendre à connaître et à découvrir les spécificités de son fonctionnement, l'ampleur de ses difficultés et de ses possibilités (lesquelles sont perpétuellement réajustées au fil du développement) .

-comprendre les nombreux systèmes d'aide et d'aménagements institutionnels possibles .

-collaborer et communiquer à cette occasion avec de multiples interlocuteurs.

-Faire face à une organisation quotidienne plus lourde que dans la plupart des autres familles.

La multiplicité de ces enjeux affecte le bien-être parental par son incidence sur la fatigue ressentie, la préoccupation quotidienne et l'inquiétude de la projection dans l'avenir, les difficultés financières, etc. (**Heiman, 2002**).

Dans le cas des familles de plusieurs enfants, l'incidence du TDI de l'un d'entre eux sur le développement des frères et sœurs constitue également une fréquente source de préoccupation. On a en effet pu faire l'hypothèse qu'à travers son influence sur le niveau de stress familial et la réduction de la disponibilité parentale, le TDI d'un enfant pouvait constituer un facteur de risque pour le développement psychologique de la fratrie. Une recension des études par Summers, White et Summers (1994) met en lumière des résultats

contradictoires : si l'on retrouve bien une légère augmentation de la susceptibilité à l'anxiété, on observe également des effets positifs sur les compétences sociales dont ils témoignent. En grandissant, les frères et sœurs peuvent investir progressivement un rôle d'accompagnant et d'aidant. Cette implication de la fratrie constitue une source de réassurance pour les parents dans la mesure où le devenir de leur enfant handicapé lorsqu'eux-mêmes auront disparu constitue l'une de leurs préoccupations centrales.

9-2 L'éducation et la scolarité des enfants avec TDI

Les premières réflexions sur l'éducation des enfants avec TDI datent des efforts engagés par un médecin français – Jean Itard – dans la prise en charge de Victor, un enfant sauvage retrouvé aux abords d'une forêt de l'Aveyron, et consignés dans un ouvrage paru en 1801. L'un des disciples d'Itard – Édouard Seguin – est pour sa part reconnu comme un pionnier dans l'élaboration d'une approche institutionnelle dans l'éducation des enfants avec TDI. Cette approche, fondée sur la création d'établissements spécialisés dans l'accueil de groupes d'enfants présentant des troubles du développement intellectuel, a longtemps prévalu. En France, les instituts médico-éducatifs (IME) sont les établissements spécialisés dans l'accueil de ces enfants et adolescents.

Le mouvement de l'éducation inclusive est encouragé par les résultats d'un ensemble d'études montrant que les enfants peuvent tirer bénéfice d'un parcours en milieu ordinaire en termes d'acquisitions scolaires mais également de compétences sociales. Il convient cependant de noter que les dispositifs bénéficiant d'évaluations favorables ne se contentent pas d'intégrer les enfants dans des classes ordinaires : ils y transposent des principes d'éducation spécialisée, avec des objectifs et des moyens propres à assurer la progression de l'enfant **Nakken & Pilj, 2002**).

9-3 Les enjeux de l'adolescence

L'adolescence se caractérise par une aspiration de plus en plus forte à l'émancipation et à l'indépendance, qui s'exprime également chez les adolescents avec TDI même si la période durant laquelle elle s'épanouit est plus étalée dans le temps et si son ampleur varie avec la profondeur du TDI (**Perron, 2004**).

Cette aspiration constitue une problématique centrale dans la mesure où la déficience intellectuelle est associée – par définition – à une limitation des ressources adaptatives qui compromet le sentiment d'autonomie et d'autodétermination. Nombre d'aptitudes à la vie autonome se mettent en place chez l'adolescent tout-venant par des formes d'apprentissages incidents basés sur l'expérience mais requièrent dans les situations de TDI une réflexion approfondie des professionnels ; c'est le cas par exemple des questions qui entourent l'éducation à la sexualité (**Valenti-Hein & Choinski, 2007**).

Les psychologues qui accompagnent les adolescents avec TDI leur offrent – par un suivi régulier – un espace d'expression et d'élaboration des remaniements identitaires et relationnels qui s'opèrent durant cette période. Ils sont également sensibles aux tâches de développement qui attendent ces adolescents dans la conquête toujours fragile de leur autonomie. Ils réfléchissent donc avec les jeunes, les équipes qui les encadrent et leurs familles aux contextes favorisant le développement de compétences sociales décisives. Certaines ont trait à la gestion de la vie quotidienne : prendre soin de soi, repérer les situations de danger, apprendre à cuisiner, à gérer un budget, etc. D'autres, plus complexes

et subtiles, ont trait aux habiletés relationnelles et communicatives qui conditionnent pour beaucoup les opportunités de relations interpersonnelles à venir et les possibilités d'insertion dans un environnement professionnel : parvenir à se présenter, à initier et interrompre un échange, à identifier et exprimer ses états émotionnels, à reconnaître une incompréhension et demander des explications, à témoigner de l'intérêt et de l'empathie en faisant des hypothèses sur l'état émotionnel d'autrui, à refuser des requêtes inopportune, etc. Là encore, nombre de ces compétences sociales qui s'affinent spontanément chez l'enfant tout-venant sous l'effet des expériences relationnelles successives doivent chez les adolescents avec TDI faire l'objet d'un travail d'explicitation au service de leur autonomie futur

(Parmenter, Harman, Yazbeck & Riches, 2007)

10-La prise en charge d'un enfant avec déficience intellectuelle :

La prise en charge des enfants et des adolescents retardés mentaux requiert toute une série de mesures dont l'utilisation dépendra de chaque cas particulier. Ces mesures ont pour objectif principal de permettre aux enfants et aux adolescents de développer une qualité de vie optimale et de prévenir les difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans leur fonctionnement psychosocial.

Les enfants et les adolescents retardés mentaux présentant généralement des handicaps multiples, leur prise en charge nécessite toujours l'intervention de plusieurs spécialistes qui peuvent avoir des points de vue différents sur l'enfant

10-1 Approches rééducatives :

C'est une prise en charge en psychomotricité qui est généralement indiquée pour les enfants les plus jeunes . **(Tissier G, Alais C, Charrier-Jassin E, Soins et éducations des jeunes enfants handicapés. Paris), Psychiatrie, 4-103-C-10, Pédiatrie1-15)**

Des propositions d'expériences motrices et ludiques selon différentes techniques sont utilisées. Quand l'enfant est capable d'en bénéficier, généralement à partir de 3 ans, une rééducation orthophonique est mise en place. Celle-ci vise à maintenir, chez ces enfants, l'acte social de communication en proposant à l'enfant, dans un premier temps si le retard est sévère, des outils de communication alternative (pictogramme, geste...).

10-2 Approches pédagogiques

En fait, l'intégration des enfants présentant une déficience intellectuelle dans les écoles « normales » est bénéfique lorsqu'elle leur permet, non seulement d'être perçus comme étant « autres », mais de faire également reconnaître ce qui, en eux, est « comme » les autres **(AndréG.Méthodes de communication et aides techniques chez l'enfant sans expression orale. Rev Int Pédiatr 1991 ; 215 : 17-25)**

10-3 Aide à la famille

d'après ' Elisabeth Zucman' il est intéressant de progressivement parler aux parents de tous leurs enfants, de parler à tous les enfants afin d'éviter une centration exclusive sur le handicap

10-4 Soin psychiatrique

Le rôle du pédopsychiatre s'inscrit dans deux dimensions : apporter à l'enfant des soins et des propositions éducatives et rééducatives adaptés à sa déficience intellectuelle pour renforcer ses capacités adaptatives ; le soutenir dans sa vie relationnelle, la constitution de sa personnalité. Différentes structures de soins existent pour le jeune enfant, centre d'action médicosociale précoce (CAMSP) pour les enfants de zéro à 6 ans, centre médico-psychopédagogique . Certaines équipes interviennent : pédiatre, psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, pédagogue, éducateur, infirmière

Synthèse :

A partir de ce chapitre on peut déduire que : Lorsque l'on parle de retard mental , il ne s'agit pas proprement parler d'une pathologie psychologique. Le retard mental renvoie à une très grande diversité de situations souvent associées à d'autres troubles. C'est pour cela que un enfant retardé Montoux doit bénéficier d'un soutien et d'un suivi particulier par rapport aux autres

On a constaté également que le retard mental est un trouble de développement est donc un état très douloureux non seulement pour cet enfant mais aussi pour son entourage.

Chapitre III :

Le comportement adaptatif

Préambule :

Il n'est pas toujours possible de protéger un enfant face à des facteurs de stress familial ou social. La manière dont un enfant gère la situation varie au cas par cas. Lorsqu'un enfant a du mal à s'adapter à des situations qui changent, que ce soit positivement ou négativement,

Tous les enfants ne réagissent pas de la même manière à une situation donnée ou un événement traumatique en particulier. La réaction de l'enfant dépendra fortement de sa vulnérabilité. Les réactions de l'entourage et de l'accompagnement éventuel de l'enfant jouent aussi un rôle important dans cette affection.

1-Définition du comportement adaptatif

Le terme « comportement adaptatif » est plus ancien et, au singulier, est synonyme de « fonctionnement adaptatif ». Par contre, au pluriel, les comportements adaptatifs réfèrent généralement aux comportements observables par lesquels seront mesurées les habiletés adaptatives. Ces dernières se manifestent dans des sphères ou des domaines du fonctionnement adaptatif. Ainsi, le fonctionnement adaptatif est un concept large dont on mesurera les habiletés les plus évidentes par l'évaluation des comportements adaptatifs manifestés dans différents domaines www.memoireonline.com>m-Adaptation-transc

Le comportement adaptatif est défini par l'ensemble des activités quotidiennes assurant une adaptation personnelle et sociale suffisante. Il est évidemment fonction de ce qu'on peut attendre de l'enfant, compte tenu de son âge, et il est défini par l'attente des parents et par les représentations sociales.

Le comportement adaptatif présente de multiples facettes allant des compétences communicatives aux relations interpersonnelles, en passant par l'autonomie dans les actes de la vie courante : alimentation, hygiène, (Tourrette, 2006).

En 1959, l'American Association on Mental Retardation (AAMR) a formellement introduit le concept de comportement adaptatif dans le cadre du retard mental, alors qu'avant, seule l'évaluation du quotient intellectuel (QI) était nécessaire pour poser un diagnostic de retard mental. À cette époque, la majorité des gens a perçu la notion de comportement adaptatif et celle de son évaluation comme étant importantes (AAMR, 2002).

L'AAMR commande de faire un diagnostic de la déficience mentale on prennent en considération le niveau de fonctionnement intellectuelle de l'individu :

habiletés conceptuelles : langage, lecture et écriture, argent, temps et concepts

L'AAMR a recommandé de diagnostiquer la déficience mentale en prenant en considération le niveau de fonctionnement intellectuelle de l'individu

1- habiletés conceptuelles : comprendre les processus symbolique, le langage, l'écriture, concepts mathématiques . ce type de habiletés inclut la notion traditionnelle de quotient intellectuel.

2- habiletés sociales : se comporter de manier convenable en société , responsabilité sociale, être empathique, réfléchi et être capable d'atteindre ses objectifs interpersonnels.

3- habiletés pratiques : concernent les activités de la vie quotidienne, soins personnels, sécurité, santé, voyage/transport, et capacité d'agir de manière indépendante sans aide humaine.

selon l'AAIDD (2010), le comportement adaptatif correspond à « l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne et qui lui permet de fonctionner au quotidien ». L'introduction du comportement adaptatif dans les critères diagnostiques a été relativement tardive. Elle s'est faite en 1959, aux États-Unis, en réponse aux limites des tests d'intelligence qui commençaient à être perçues. (Harrison et Boan, 2004 ; Tasse et coll., 2012, p7).

2-Aperçu historique sur le terme adaptation :

Le terme Adaptation est emprunté au latin médiéval *adaptatio*, attesté au 13^{ème} siècle mais ne se diffuse qu'au 16^{ème} siècle pour désigner l'action d'adapter, d'approprier, d'ajuster (1561). Il se spécialise très tôt en rhétorique pour "convenance (d'un mot, de l'expression) à l'idée" (1539). Le sens de "modification (d'un organisme vivant) selon le milieu, la situation" date du 19^{ème} siècle avec l'essor de la biologie qui lui donne 'statut' de concept scientifique. (Allain T p23)

Tout porte à croire, en effet, que le corpus d'origine de l'adaptation est la biologie. Une recherche bibliographique approfondie montre la primauté de cette discipline par rapport aux autres dans la définition de l'adaptation. On peut, par exemple, repérer l'importance de la production intellectuelle - nombre d'ouvrages et d'articles, de sites internet consacrés à l'adaptation par la biologie. L'adaptation y est un concept incontournable et la référence au modèle biologique est quasiment inévitable dès que l'on aborde cette notion. À partir de son emploi en biologie, l'adaptation a suscité, par diffusion dans le champ scientifique, différentes tentatives d'appropriation et d'intégration de la part d'autres disciplines. Nous verrons d'ailleurs, en relation avec notre projet de définition, que les transpositions en psychologie et en sociologie ne peuvent que difficilement se comprendre sans l'arrière-fond des travaux menés par la biologie. 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 davantage à la nécessité d'actualisation que l'on évoquait supra. (Allain T p23)

L'adaptation tire sa gloire conceptuelle de la théorie de l'évolution, sujet effleuré depuis longtemps à travers l'éternelle question: Qu'est-ce que la vie ?

(Smit et Wandel, 2006; Lambert et Rezsöhazi, 2004).

L'un des premiers écrits suggérant la notion d'évolution de la vie par adaptation au milieu est attribué à Anaximandre de Milet (Obenga, 2005). Après quelques autres mentions chez Empédocle et Démocrite, Aristote, dans son Histoire des animaux, traite « De l'influence des climats sur les animaux... » et « De l'influence des lieux sur le caractère des animaux » en défendant une vision téléologique selon laquelle tout développement biologique s'effectue dans une optique finale préétablie (Labarrière, 2005). La forme même que la nature a imaginée pour la main est adaptée à la fonction de saisir et de tenir » (Aristote, cité par Piveteau, 1991, p. 8).

Au bas Moyen Âge, la philosophie aristotélicienne, redécouverte et traduite, fut amalgamée aux préceptes de l'Église catholique par Thomas d'Aquin. Son influence fixiste empêcha tout débat à propos des sciences de la vie d'émerger, jusqu'au renouveau scientifique du XVII^{ème} siècle. Les liens entre milieu naturel et vivant se limitaient en observations sur l'apparition de maladies sous certaines conditions environnementales (Moran, 2000).

L'apparition au XIXe siècle des premières théories évolutives heurta la conception établie d'une vie issue d'une création divine, générant une fracture épistémologique de laquelle naquit l'adaptation. L'idée d'une adaptation évolutive provient de la notion d'adaptation au milieu naturel, pierre angulaire des théories transformistes de Lamarck (1809), qu'influencèrent Buffon et Maupertuis. Lamarck voyait dans les êtres vivants une capacité à coller aux « circonstances influentes » (ensemble des actions externes, incluses aujourd'hui dans la notion de milieu) en développant certaines fonctions organiques selon les besoins. Cette adaptation transformiste était perçue comme un effort continu du vivant pour tirer profit du milieu dans lequel il évolue. Une fois acquise, l'adaptation était héréditaire. Les idées de résistance et de survie étaient prépondérantes: le milieu ignore le vivant, voué à lui-même, qui en subit les lois (Canguilhem, 1952). L'explication darwinienne d'une sélection naturelle comme moteur évolutif éclipsa l'adaptation lamarckienne, perçue alors comme un simple résultat évolutif et non comme un processus, avant de tomber à son tour dans une impasse face à la redécouverte des travaux sur la génétique et face à la notion d'organisation. Les travaux sur l'adaptation biologique de Rabaud (1922) puis de Cuénot (1925) marquèrent le début d'une ère féconde pour l'enrichissement de la notion. Dans la seconde moitié du XXe siècle, l'apport provint de nouvelles sciences, telle la cybernétique, et des avancées en théorie de l'information et en thermodynamique des systèmes ouverts. D'abord définie au niveau individuel, l'adaptation fut ensuite étudiée à l'échelle des collectivités humaines (**Orlove, 2005**).

Les recherches des années 1990 sur l'auto-organisation, la complexité et la systémique participèrent au raffinement de l'adaptation, devenue alors un concept. Malgré toutes ces avancées, l'adaptation reste prisonnière de son étymologie, qui fait référence à la fois à une action (processus) et à la finalité (état) qui en résulte, dualité terminologique résumée par l'adaptation état et l'adaptation-processus de Piaget (1967). La difficulté d'interprétation réside dans la perception humaine du temps: les adaptations observées paraissent d'une relative stabilité, alors qu'elles sont le fruit d'une évolution permanente (**Bocquet, 2002**)

Cette ambivalence est à l'origine d'une richesse sémantique et d'un niveau de réflexion avancé, comme en témoigne son usage transdisciplinaire.

1-L'usage de concept en biologie:

Le mot adaptation Issu principalement des études sur le vivant, le concept d'adaptation reste central

En biologie, adoptant diverses terminologies (adaptation biologique, physiologique ou évolutionniste) [Bock, 1980]. Toutefois, malgré la construction d'une théorie de l'adaptation la dualité sémantique du terme rend difficiles la définition et la compréhension du concept, qui reste glissant et non consensuel malgré les nombreuses contributions (**Huneman, 2005**).

De façon largement résumée, l'adaptation biologique peut se définir ainsi: est adapté un être vivant. Ce raccourci inspiré de Laborit (1976) introduit l'idée que, si un être vit et se reproduit, c'est qu'il a réalisé un ajustement de ses fonctions biologiques avec les conditions extérieures. Morin (1985) rejoint cette idée générale en affirmant que l'adaptation est la condition première et générale de toute existence. De façon plus approfondie, l'adaptation biologique désigne tout d'abord un processus qui peut se traduire au niveau individuel (résultant d'une organisation génétique), au niveau cellulaire (le système immunitaire est capable de perception et d'apprentissage) ainsi qu'au niveau physiologique (dans ce cas, le processus est qualifié d'acclimatation ou d'« entraînement » [Prochiantz, 1997 Stewart, 1994]. Au niveau de l'espèce, le

concept d'adaptation se traduit par une évolution à long terme produite par la sélection naturelle, et l'échelle spatiale peut atteindre celle de la population, d'un écosystème, voire de la Terre-ce qu'illustre l'hypothèse Gaia de Lovelock, en 1970, qui définit la Terre comme un système physiologique dynamique incluant la biosphère et maintenant notre planète en harmonie avec la vie. Mais l'adaptation biologique désigne également le produit (état, caractère) des processus évolutifs. Ainsi, Gould et Vrba (1982) définissent une adaptation comme les caractères produits par sélection naturelle dans l'objectif du rôle actuel accompli, alors que Bock (1980) définit un caractère comme une adaptation s'il contribue au succès reproducteur de l'individu. Ces nuances amènent Reeve et Sherman (1993) à souligner l'importance de définir l'adaptation de manière appropriée, en lien avec la problématique abordée. En ce qui concerne l'origine des mécanismes et des interactions entre les organismes et leur environnement, la recherche a progressé grâce à la définition d'un terrain interdisciplinaire théorique commun, l'interdisciplinarité étant ici définie comme l'intégration de savoirs issus d'une multiplicité de disciplines dans un objectif commun (Leroy, 2004). Ainsi, la plasticité », définie par Lambert et Rezsöházy (2004, p. 319)

comme la propriété des systèmes susceptibles de se déformer de manière cohérente et autonome pour répondre à des sollicitations internes ou externes », s'apparente à la capacité adaptative du vivant de par son rôle dans l'ouverture du système à la réception d'information venant de l'environnement. Parmi les facteurs d'origine de la plasticité, on retrouve les mutations géniques, dont la flexibilité et la robustesse favorisent l'assemblage de modules biologiques aux fonctions élémentaires essentielles (horloge interne, régulation génique, reconnaissance moléculaire) selon de nouveaux plans favorisés par la sélection naturelle, modularité qui permet une grande capacité d'adaptation et une riche capacité combinatoire à l'origine de la diversité du vivant (Orr, 2005; Csete et Doyle, 2002).

La recherche sur la dimension temporelle de l'adaptation évolutive est plus théorique. Sa difficulté de conception réside dans la différence entre l'échelle de temps des observations humaines et celle de l'histoire de la vie. Le paysage adaptatif développé par Wright (1932) puis Kauffman (1993) permet une représentation des mécanismes adaptatifs de l'évolution dans le temps. Symbolisé par une série de pics en trois dimensions dont l'altitude représente le niveau d'adaptabilité, il souligne l'idée de plasticité et de multistationnarité, caractéristiques des processus de la vie

2- L'usage du concept d'adaptation en psychologie:

Influencé par la biologie, le concept d'adaptation est central dans la modélisation psychologique depuis son origine, à travers l'adaptation psychologique, définie comme le processus qui entoure l'incessante interaction entre l'homme et le monde en mouvement dans lequel il évolue. Il s'agit d'une dynamique complexe qui articule différentes actions du sujet et divers développements permettant l'émergence de perspectives de transformation (Jakubowicz, 2002).

Celles-ci sont actualisées via le traitement de l'information et la prise de décision, pour agir récursivement sur l'organisation interne du sujet, lui donnant la possibilité de s'adapter aux nouvelles situations. (Taché, 2003). Le sujet n'est jamais isolé des collectifs auxquels il participe et l'Autre (acteur, situation, organisation) est partie prenante des scénarios d'adaptation. La discipline distingue également la faculté d'adaptation, aptitude d'un individu à modifier sa structure ou son comportement pour répondre harmonieusement à des situations nouvelles. La psychologie clinique dégagea une conception de l'adaptation complexe grâce à la découverte de l'inconscient via la psychanalyse et ses implications dans l'évolution identitaire. La psychologie sociale

développa elle aussi une définition de l'adaptation d'après une dynamique réflexive de « transconstruction » où vont s'ajuster les valeurs du sujet et les valeurs du milieu ou des organisations. La psychologie génétique développa le concept d'adaptation en le positionnant dans une modélisation constructiviste (théorie de l'apprentissage), inspirant Piaget (1967): l'adaptation du sujet est issue de la recherche permanente d'un équilibre (équilibration) entre les processus d'assimilation et d'accommodation, et demeure inséparable de la connaissance et de l'acte d'organiser. Piaget distingue ainsi l'adaptation état (associée à la fermeture, à la reconstitution et à l'organisation du système) de l'adaptation-processus (associée à l'ouverture du système et aux échanges avec l'environnement). L'adaptation psychologique s'articule également à l'inadaptation, les deux antonymes formant une frontière sur laquelle évolue constamment le sujet humain. L'inadaptation, associée au sentiment de décalage entre soi et les autres, source d'inspiration comme de repli ou de troubles psychiques, est traitée à travers l'exclusion sociale en se basant sur le fait que la capacité d'adaptation est considérée comme le meilleur indicateur de la santé mentale **(Roufion, 1996)**.

De manière générale, l'homme est évolutivement inadapté, malgré son immense potentiel d'adaptation en témoigne sa longue dépendance postnatale, pourtant à l'origine de la construction collective de par son obligation de coopération **(Taché, 2003)**.

Paradoxalement, la ville, projet à dimension collective, concentre les facteurs d'inadaptation et les sources de stress, notamment en rapport avec l'environnement matériel et le rythme de vie.

Donc, l'adaptation c'est l'ensemble des phénomènes qui permettent la mise en accord et l'interaction harmonieuse d'un organisme et, plus généralement, d'un individu, avec de nouvelles conditions d'environnement, en particulier des circonstances éprouvantes.

D'un point de vue comportemental, les maladies mentales sont souvent perçues comme des troubles de l'adaptation. **(Allain T p23.24.25)**

3-Les symptômes de trouble de l'adaptation chez l'enfant :

Parfois, les enfants ont du mal à se remettre d'événements stressants de la vie. Alors que certains enfants ont la capacité de s'adapter à des événements stressants et à d'autres changements majeurs dans la vie, d'autres ont du mal à rebondir. Un enfant qui montre des changements d'humeur ou de comportement après un événement stressant de la vie peut avoir un trouble d'adaptation.

1-3 Le DSM-IV définit 6 types de troubles de l'adaptation, classifiés par leurs symptômes cliniques :

1-Avec humeur dépressive

2-Avec anxiété

3-Avec à la fois anxiété et humeur dépressive

4-Avec perturbation des conduites

5-Avec perturbations à la fois des émotions (dépression, anxiété) et des conduites Non spécifié

Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs,

soit sous forme d'une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress,

soit sous forme d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).

3-2 D'autres spécifications:

1-La perturbation liée au stress ne peut être expliquée par la présence d'un autre trouble (par exemple si les critères de la dépression majeure ou de l'état de stress post-traumatique sont rencontrés, ces diagnostics s'appliqueront plutôt que celui de trouble de l'adaptation).

2-Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.

3-Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

4-Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins que 6 mois. Il est dit chronique si elle persiste 6 mois ou plus.

5-Les symptômes du registre émotionnel peuvent être: reliés à une humeur dépressive: des pleurs, des sentiments de désespoir, etc.

6-reliés à l'anxiété: nervosité, inquiétude, agitation (chez l'enfant, la peur de se séparer des personnes auxquelles il est le plus attaché).

7-Les symptômes comportementaux peuvent comporter: une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet (p. ex., l'école buissonnière, le vandalisme, une conduite automobile imprudente, des bagarres, un manquement à ses responsabilités légales).

Le trouble d'adaptation est un problème de santé mentale qui peut nécessiter une aide professionnelle. Avec une intervention appropriée, les troubles d'adaptation répondent généralement bien au traitement.

Ce n'est pas parce qu'un enfant a peu de difficulté à s'adapter à une nouvelle circonstance ou à une situation neurologique qu'il a nécessairement un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué. Pour être admissible à un trouble d'adaptation, la déficience de l'enfant doit être supérieure à ce qui serait considéré comme normal dans les circonstances.

Le trouble d'adaptation nuira au fonctionnement social ou scolaire de l'enfant. Quelques exemples incluent de faibles notes, des difficultés à maintenir des amitiés ou une réticence à aller à l'école. Les adolescents peuvent présenter un comportement antisocial, comme le vandalisme ou le vol.

Signalent souvent des symptômes physiques, tels que des maux d'estomac et des maux de tête. Les troubles du sommeil et la fatigue sont également fréquents. Les symptômes doivent apparaître dans les trois mois suivant un événement stressant particulier.

Mais les symptômes ne peuvent pas durer plus de six mois. Si un enfant présente des symptômes persistants après six mois, il sera admissible à un trouble différent, comme un trouble anxieux généralisé ou une dépression majeure. Les enfants peuvent éprouver une condition pathologique. Par exemple, un enfant ayant déjà reçu un diagnostic de TDAH ou de trouble oppositionnel avec provocation peut avoir un trouble convulsif après un événement stressant.

(Journal des troubles affectifs . 2014, 168 : 78-85.)

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

Le diagnostic est posé lorsque ces symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble tel que dépression, trouble anxieux, état de stress aigu, état de stress post-traumatique...

1- Développement de 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 **www.psychomedia.qc.ca/diagnostcs> qu-est-ce...**

2- Les symptômes doivent être cliniquement significatifs comme indiqué par un ou plusieurs des éléments suivants :

A- Souffrance marquée, disproportionnée par rapport au déclencheur (en tenant compte des facteurs culturels et autres

B- Symptômes qui entravent considérablement le fonctionnement social ou professionnel de la personne **(Par John W. Barnhill, MD, New York-Presbyterian Hospital)**

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 sont pas l'expression d'un Deuil.

5-Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois. **(American psychiatric association,2013)**

5-Les caractéristiques développementale du comportement adaptatif :

Le comportement adaptatif est conçu comme une la façon dont une personne répond aux attentes de son environnement dans sa vie tout les jours. **(tassé .2012)**

L'analyse de centre sur l'activité de l'enfant et son niveau de développement intellectuel, et les interactions sociales qui jouent un rôle fondamental dans le développement général , cognitif, et adaptatif de l'enfant au cours de la vie **(Ziegler,2001)**

On cite ici quelques éléments importants reliés aux difficultés d'adaptation chez l'enfant ,parmi ces éléments , l'insécurité , l'agressivité ,et d'opposition

5-1 L'insécurité :

L'enfant pour se développer harmonieusement compte sur la disponibilité et la permanence dans l temps des personnes sur lesquelles reposent ses indentifications. Plus il est jeune plus leur proximité doit être réelle. En grandissant, il les intériorise ce qui l'autorise à ne pas les trouver dans son environnement immédiat. Quand ce processus lent d'intériorisation n'est pas respecté s'installe chez lui un sentiment d'insécurité. Les symptômes liés à celle-ci sont nombreux et varies:pipi au lit, pleurs, cauchemars, angoisses, violence, dépression. Ils sont à entendre comme une demande de réassurance. Ce que l'enfant ne peut pour le moment pas intégrer, c'est la question de l'absence et notamment celle des personnes qui lui sont chères. Il doit pouvoir leur faire confiance et acquérir la certitude de leur amour inconditionnel. En l'absence de cette pierre de voûte psychique, tout son édifice est fragilisé et il présente les symptômes d'une incapacité à la séparation. En fait pour pouvoir se séparer, l'enfant doit avoir initialement fait l'expérience que la séparation n'est pas irrémédiable et qu'elle ne se double pas d'un définitif retrait d'amour. **(sahur. S 2000)**

5-2 L'agressivité :

Les enfants ayant une déficience intellectuelle ont du mal à s'adapter au monde, et l'incapacité d'y faire face les pousse souvent à agir de manière agressive. Leur développement mental retardé les rend retardés sur le plan académique et les empêche d'interagir avec leurs pairs. Cela conduit à la frustration, à l'isolement et à l'infériorité, qui résultent parfois d'un comportement anormalement volatil. Dans une telle situation, les parents et les tuteurs sont tenus d'établir un contact avec leur enfant et de créer un environnement sûr pour lui /elle.

Les bébés ayant des besoins spéciaux ont besoin de soins spéciaux que vous ne trouverez pas dans un guide parental régulier. Les règles normales ne s'appliquent pas ici, et la rigueur ne calmera pas les bouleversements de votre enfant mais les aggravera. Chez les enfants ayant une déficience intellectuelle, l'agression est généralement causée par la frustration et la colère de ne pas pouvoir communiquer leurs besoins et leurs désirs. Elle découle aussi parfois d'une incapacité à répondre aux attentes sociales et académiques.

L'agressivité peut être autodirigée, d'autres (généralement proches de la famille) ou des biens. Les comportements d'automutilation comprennent le fait de frapper la tête avec un poing ou un mur ou de se mordre les doigts ou les avant-bras. Il peut également y avoir des niveaux élevés d'excitation sans aucune agression physique envers les personnes ou les choses. (dounod.2014.300)

5-3 L'opposition:

Lorsqu'un enfant a un trouble d'opposition, une lutte de pouvoir peut s'installer, et les parents peuvent se sentir dépassés. Ils ont l'impression que c'est l'enfant qui décide. Ce trouble de comportement tend même à s'aggraver si rien n'est fait et peut nuire au fonctionnement de l'enfant. Le trouble d'opposition avec provocation touche de 3 à 5 % des enfants.

Ainsi, lorsque ses parents ou d'autres figures d'autorité, comme une éducatrice ou un grand-parent lui font une demande, l'enfant avec un trouble d'opposition peut réagir de façon passive en ne répondant tout simplement pas agressivement en se mettant en colère, en criant et en frappant en provoquant ses parents pour avoir de l'attention ou obtenir ce qu'il veut. chez certains enfants ayant, cette période s'avère particulièrement intense. Lorsque la désobéissance de l'enfant est presque constante, on parle alors de trouble d'opposition avec provocation. (Cyrielle.r.2018.)

6-Les difficultés de l'inadaptations chez les enfants ayant un retard mental

Les enfants ayant des besoins spéciaux avec une déficience intellectuelle présentent des difficultés de comportements inadaptés, dont les plus importants sont l'agressivité, les comportements stéréotypés et perturbateurs, la rébellion, les dommages matériels et l'automutilation

De nombreuses études liées à la question du comportement inadapté ont indiqué que la proportion de son incidence chez les enfants handicapés mentaux inscrits dans des centres spécialisés est relativement élevée

Il a été constaté (Matson et al.) que l'incidence des problèmes de comportement chez les enfants ayant une déficience mentale est plus élevée que celle des enfants normaux.

Parmi les troubles du comportement chez les enfants handicapés mentaux, vous avez besoin de méthodes de traitement, et vous avez besoin de conseils psychologiques en plus du traitement médical.

6-1 Difficulté mentaux et psychologiques :

Certaines personnes handicapées mentales ayant des besoins spéciaux souffrent de troubles mentaux et psychologiques graves, tels que des troubles affectifs tels que la dépression, en plus de la schizophrénie.

Certaines études ont indiqué que l'incidence des maladies mentales chez les personnes ayant des besoins spéciaux qui souffrent d'un handicap mental est plus élevée que chez les personnes sans handicap mental, variant entre (4-5) fois.

Ces difficultés entraînent chez les personnes ayant des besoins spéciaux des problèmes d'adaptation à leur environnement et nécessitent donc un traitement spécialisé dans les hôpitaux psychiatriques

6-2 Difficulté impulsif du développement :

Où les personnes ayant des besoins spéciaux sont classées avec un handicap mental en deux catégories, selon le développement émotionnel, une catégorie émotionnellement stable, et cette catégorie d'individus est caractérisée comme étant gentille, coopérative et obéissante.

Il ne nuit pas non plus aux autres et ses problèmes ne vont pas au-delà des problèmes des enfants ordinaires. Catégorie émotionnellement instable Cette catégorie d'individus se caractérise par le fait qu'ils ne s'installent pas dans beaucoup d'activités de mouvement, ils éclatent et se mettent en colère pour les moindres raisons.

Cette catégorie souffre d'explosions d'agitation difficiles à contrôler, de plaisanteries volatiles, parfois calmes et parfois féroces, et elles peuvent se faire du mal à elles-mêmes et aux autres, et cette catégorie a besoin de conseils et d'un traitement psychologique.

Où des conseils et une psychothérapie sont fournis afin de développer les aspects positifs de sa personnalité et de l'aider à former des attitudes émotionnelles stables, et (**Frederic Thorne**) a développé un programme pour traiter de tels cas.

Le programme développé par (**Frederic Thorne**) est basé sur la modification des réponses émotionnelles, les entraînant à résister à la frustration, à contrôler leurs émotions et à augmenter leur confiance en soi en leur offrant des opportunités de réussite

6- 3 difficultés d'élocution :

Les difficultés d'élocution et les défauts d'élocution sont fréquents chez les enfants ayant des besoins spéciaux avec un handicap mental. Dans une étude, il a été constaté que (25 %) souffrent de ces difficultés, alors qu'il a été constaté que (75 %) souffrent de défauts d'élocution.

Les troubles de la parole courants chez les personnes ayant une déficience intellectuelle comprennent l'aphasie, les troubles de l'élocution, le bégaiement, les troubles de la voix et les vocalisations.

La plupart des cas de handicap mental grave souffrent d'incapacité à parler; en raison d'une baisse de ses capacités mentales.

Quant aux handicapés légers et modérés, un grand nombre d'entre eux souffrent de difficultés et de défauts d'élocution. Pour des raisons organiques, psychologiques et sociales.

Les causes organiques comprennent la perte ou la déficience auditive, les anomalies dentaires et une augmentation de la cavité mandibulaire.

Parmi les raisons sociales et psychologiques figurent la présence de défauts d'élocution et de prononciation chez les personnes handicapées mentales, leur incapacité à acquérir des schémas d'élocution corrects et la formation de mauvaises habitudes d'élocution ; Parce qu'ils sont privés de langage et de stimuli vocaux.

Une étude de Fred Lander a indiqué que les parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle sont éloignés de leurs enfants, de sorte qu'ils n'entendent pas une voix aimante ou une histoire intéressante.

Et que l'enfant handicapé mental ne comprend pas la parole et n'écoute pas ceux qui lui parlent, et mène le traitement des difficultés d'élocution et des défauts d'élocution sur la base du traitement de leurs causes physiques et psychologiques, en améliorant la relation de l'enfant autour de lui.

Et aussi le former à la prononciation correcte et à l'acquisition de bonnes habitudes verbales, en lui fournissant des stimuli verbaux qui développent son rendement linguistique et l'encouragent à gérer le langage dans la vie quotidienne.

Ce problème est l'un des problèmes les plus importants auxquels sont confrontés les enfants handicapés mentaux, et il a un impact sur le manque d'adaptation de l'enfant avec lui-même et avec les autres.

Cela peut également l'empêcher d'étudier et de s'entraîner, et ce problème est dû à des raisons psychologiques et physiques et au manque d'entraînement, et l'une des stratégies de traitement les plus importantes consiste à entraîner l'enfant dans le programme d'entrée aux toilettes avant, pendant et après le sommeil. .

En plus d'utiliser les stimuli que l'enfant préfère lorsqu'il s'engage à entrer dans la salle de bain, d'étudier les problèmes psychologiques de l'enfant, d'améliorer les façons de le traiter et d'augmenter sa confiance en soi . www.e3arabi.com.cdn

7-Les condition d'adaptation :

7-1 La théorie de la dissonance cognitive :

En 1957, Festinger proposait une théorie qui évoquait un moyen redoutable d'amener les individus à changer d'attitude. La théorie de la dissonance cognitive expliquait, en effet, comment un sujet induit à réaliser un comportement contraire à ses convictions transforme ses opinions en direction de ce comportement. (ALAIN .C 1993 p 237)

7-2 Group d'appartenance

selon H. Hyman : « le groupe d'appartenance est le groupe auquel l'individu dit-on est censé appartenir ». En d'autres termes, l'individu est membre de ce groupe et peut en être conscient ou non. En outre, par groupe d'appartenance, nous entendons, un groupe de personnes auquel un individu appartient réellement et dans lequel il joue un rôle.

Pour Fisher La notion de groupe d'appartenance se réfère aussi au fait que les individus sont situés quelque part, qu'ils entrent dans des catégories sociales données et qu'ils en acceptent, de façon plus ou moins explicite, les valeurs pour exprimer leur identité et vont s'appuyer sur ces critères d'appartenance pour manifester leur différence à travers des rôles et un style de vie particulier

(in F.P. Nze-Mba, 2001. P8)

Selon H. Tajfel & C. Turner, on ne peut parler de groupe, à partir du moment où des personnes ont le sentiment « d'en faire partie » et où des personnes extérieures le confirment. (in Petard & al. (1999, p. 182)

7-3 Group de référence :

Dès 1892, W. James , dans *The principles of psychology*, définit implicitement ce concept :

À proprement parler, un homme a autant de Soi sociaux qu'il y a d'individus qui le reconnaissent et ont à l'esprit une image de lui... Mais comme les individus qui ont ces images se rangent naturellement en classe, nous pouvons dire pratiquement que l'individu a autant de soi sociaux différents qu'il y a autant de groupes distincts de personnes dont l'opinion lui importe (W. Doise & al., 1978, p. 43).

Pour H. Hyman Il s'agit d'expliquer l'aspect subjectif du statut social, ne pouvant se déduire que de facteurs objectifs (revenu, éducation), mais perçu et estimé par rapport à des entités ou des personnes auxquelles le sujet s'identifie ou se compare. (in Ferreol, 1995.p. 107)

Newcomb (1943) opère une distinction entre groupe de référence positive et groupe de référence négative, et sa conception est la suivante :

« Un groupe va constituer un groupe de référence pour un individu si les valeurs ou ses attitudes sont influencées par certaines normes de ce groupe. Dans cette perspective, un groupe de référence positif serait un groupe par lequel l'individu cherche à être accepté en tant que membre et traité comme tel ; alors qu'un groupe de référence négatif serait un groupe dont l'individu ne veut pas être considéré comme membre »

8-L'évaluation du comportement adaptatif

L'évaluation du comportement adaptatif s'obtient à l'aide d'outils normalisés. Cette exigence est nouvelle, et ces outils sont actuellement peu nombreux. Ils sont souvent complétés en questionnant des proches sur le fonctionnement quotidien de la personne évaluée. Habituellement, une entrevue est nécessaire à cette fin.

8-1 Tests psychométriques :

L'évaluation psychologique, qui permet d'affirmer l'existence et le degré du retard mental chez un enfant avant 6 ans, est à la fois qualitative et quantitative

La psychométrie du comportement adaptatif est plus récente que celle de l'intelligence, mais les qualités psychométriques des échelles de comportement adaptatif ont fortement progressé ces dernières années (Tasse, 2009 .p8)

8-2 L'échelle Brunet-Lézine

Est une échelle française de développement psychomoteur de la première enfance. Elle permet l'évaluation d'un âge de développement entre 2 mois et 30 mois dans quatre domaines (postural, oculomoteur, de langage, de sociabilité) (**Emmanuelle Dor service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 124, Paris, France.p2**)

8-3 La Vineland II

évalue le comportement adaptatif à tous les âges de la vie selon quatre domaines (communication, vie quotidienne, socialisation, motricité), L'échelle permet de définir des scores pour chaque sous-domaine Elle renvoie aussi un score composite fournissant une évaluation globale du comportement adaptatif (**Harrison et Boan, 2004 ; Raines et Van Acker, 2009 ; Reva et Bardos, 2011 p8**).

8-4 l'échelle québécoise

De comportement adaptatif (EQCA), L'échelle fonctionne effectivement sur la base de critères établis par 26 experts et les protocoles sont corrigés à l'aide d'un algorithme qui, à notre connaissance

Les échelles d'évaluation du comportement adaptatif elles évaluent les compétences fonctionnelles réelles de la personne dans des situations de la vie quotidienne Le corolaire de cette approche est que le comportement adaptatif n'est pas conceptualisé comme un trait stable, tel le QI, mais plutôt comme une donnée en partie modifiable (**Harrison et Boan, 2004.p9**)

8-5 L'évaluation qualitative

se fait par l'observation directe de l'enfant, dans une situation d'entretien familial et/ou de jeu, selon son âge. Le clinicien a une première impression clinique sur l'enfant. Sont observés, par exemple, ses interactions, son regard, le développement de son « langage »,

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.

Par ailleurs, la motivation de la personne et sa perception d'elle-même sont d'autres variables importantes à considérer. Les hypothèses des années 1930 sur une rigidité et la persévérance chez les personnes avec DI persistent encore jusqu'à nos jours,

Synthèse :

En peut synthétiser à partir de cette recherche que ,ce concept fait référence à la mesure dans laquelle l'individu est capable d'assumer ses responsabilités personnelles, en particulier les compétences de la vie quotidienne telles que les compétences alimentaires, la santé personnelle et l'habillement, et d'autres compétences d'indépendance telles que le mouvement, et l'utilisation du langage pour s'exprimer. lui-même, et l'étendue de sa capacité à assumer ses responsabilités sociales attendues, en particulier dans les tranches d'âge. Les responsabilités développées et

sociales qu'elle exige sont d'interagir avec les autres et de faire ce qui lui permet de vivre de manière indépendante.

L'objectif de cette recherche est d'identifier les personnes déficientes mentales capables d'apprendre et de proposer un programme d'entraînement sur la base des compétences d'autonomie dans le cadre d'une mesure adaptative du comportement

La partie pratique

Chapitre VI :
Méthodologie de la recherche

Préambule :

On peut pas faire une recherche, sans savoir des outils méthodologique et sans suivre une démarche propre pour cette recherche. Dans ce chapitre méthodologique, on va présenter le lieu de notre recherche, puis la méthode utilisé et les techniques sur lesquelles notre recherche est réalisée, et enfin notre population d'étude et ses critère de sélection.

1- La pré-enquête :

Notre travail de recherche s'est déroulée au sein du centre psychopédagogique des enfant inadapté Monteux d'akbou. D'une d'une duré qui a commencé du 23/03/2022 jusqu'au 05/05/2022 (2 fois par semaine).

1-Pendant la premier semaine : Le premier jour de notre arrivée au terrain de recherche, elle nous a accueilli la psychologue du centre, et elle nous a accompagné pour visiter les classe pédagogique. Et aussi pour prendre contacte avec les enfant de chaque groupe. Nous avons alors poursuivi notre deux jour de la semaine a faire notre pré- enquête.

2-Pendant la deuxième semaine :

Une fois terminé notre pré-enquête, dans se cas nous avons sélectionné les cas qui correspondent a notre recherche, et donc les enfants avec qui on vas travailler tout au long de notre recherche. Ensuite on a commencé de les observer par tout dans leurs tache : pendant leurs activité a la classe, pendant leur moment de pause , a la cantine, a la salle de sport... et on prend note.

3-Pendant la troisième semaine : ont a consacré cette semaine a l'application de l'échelle et de la grille d'observation ou enfants concerné par la recherche

4-La dernier semaine de notre recherche est concerné au calculations des résultats trouver, et aussi la dernier correction Effectue par la psychologue du centre.

2 présentation de lieu de notre recherche :

1- L'organigramme :

Le centre Psychopédagogique pour enfant inadaptés mentaux d'Akbou est situé au chef lieu communal de la ville d'akbou sur la route nationale N 26 a 70 Km au sud-ouste de la wilaya de bejaia.

Il a été crée sous le decret n 89.57 du 02.05.1989 , il a ouvert ses porte en 1992, concu initialement en crèche, il a été réaménagé pour accueillir les enfant inadapté mentaux.

2- Présentation de l' infrastructures de l'établissement :

A-Infrastructures administratives :

- .Bureau de directeur
- .Bureau de l'économe
- .Bureau du personnel
- .Bureau de secrétariat
- .Bureau d'inventaire

.Magasin général

B- infrastructures pédagogiques :

1 Bureau pour le secrétariat pédagogique

10 salles pour les activités pédagogiques

7 Ateliers : couture, coiffure, informatique , culinaire, élevage, jardinage et activités domestique pour filles

1 salle de détente

1 salle de jeux

1 Bibliothèque

1 Dortoir pour pensionnaire

1 stade combiné

magasin alimentation

buanderie

3-Nombre de bloc :

A- Bloc restauration

1 Cuisine

2 Réfectoire

B- Bloc d'enseignement qui comprend

1 groupe précoce

2 quatre groupes d'éveil

3 deux groupes préparatoire

4 trois group parascolaires

C- Bloc de consultation psychologique

1 cabinet de consultation pour le médecin.

5 Bureau de consultation psychologiques

1 salle de psychomotricité

2 salles de consultation orthophonique

4- Concernent les enfants :

Le nombre d'enfants prise en charge est de 134 enfants, dont 86 garçons et 48 filles, ils sont répartir comme suite : 127 admis en demi pension dont 07 interne :

4-1 Répartition selon l'Age :

03 a 06 ans : 11 enfants

06 a 12 ans : 53 enfant

12 a 14 ans : 18 enfants

14 a 18 ans : 47 enfants

plus de 18 ans : 05 enfants

4-2 Répartition selon type de déficience :

Trisomie 21 : 46 enfants

épileptique : 08 enfants

psychotique : 09 enfants

IMC : 08 enfants

Autre déficience : 63 enfants

4-3 Répartition selon le degré de déficience :

Déficience profonde : 06 enfants

Déficience sévère : 20 enfants

Déficience moyenne : 89 enfants

Déficience légère : 19 enfants

3- La population de la recherche :

C'est « Un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils ont les mêmes propriétés et qu'ils sont tous de même nature ». Autrement dit, c'est aussi l'univers statistique auquel le chercheur s'interroge, se questionne afin de recueillir d'amples informations nécessaires.

(GRAWITZ 1998, 593)

Pour R.MUCCHIELLI, la population est définie comme « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête ». La population peut être finie ou infinie. Elle finit lorsqu'on connaît exhaustivement le nombre d'individus qui la constitue. Si par contre, le nombre d'individus n'est pas connu avec exactitude, on parle alors d'une population infinie (**MUCCHIELLI (1971 ,p, 28)**

Notre recherche est réalisée sur 04 cas d'enfants, deux sont dans la classe Eveil 3, et deux autres enfants dans Eveil 4. Ils sont âgés entre 10 jusqu'à 14 ans se sont des enfants qui souffrent d'une déficience mentale moyenne d'après leurs fiches de renseignement.

4- La méthode de recherche utilisée :

4-1 La méthode descriptive :

La méthode de recherche c'est une manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à un but. Tout chercheur doit à tout prix se servir d'une ou de plusieurs méthodes afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est assignés. (Chahraoui & Benony (2003, p. 1)

Considérant les objectifs spécifiques assignés à notre étude, nous avons opté pour la méthode clinique (descriptive). Ce qui implique une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique, à la relation intra et inter individuelle, à l'histoire personnelle et à la situation actuelle du sujet. Toutefois, compte tenu du fait que nous étudions les pratiques culturelles, cette démarche sera appuyée par les théories de l'ethnographie qui est un modèle qualitatif que définissent comme une description analytique ou une reconstruction des scènes et groupes intacts qui prend en compte les croyances partagées, les pratiques, l'art, les connaissances folkloriques, et les comportements d'un groupe du peuple. (Spradley et McCurdy cités par Goetz & Le Compte (1984, p.2)

Dans ce travail de recherche nous avons utilisé La méthode clinique du genre descriptif est l'étude approfondie des cas, de l'écoute du patient, de son histoire existentielle, selon **Western(2000)**, elle est une approche subjective plus heuristique Elle comprend : une clinique à mains nues (l'entretien et l'observation pour développer l'étude de cas unique qui prend en compte la totalité de l'individu) et une clinique instrumentale (les tests, les échelles d'évaluation, le jeu). Pour ce qui est de notre étude à ce stade, nous trouvons que seule la clinique à mains nues suffit pour décrire les conséquences, expliquer les pratiques thérapeutiques, Notre travail consiste bien sûr à organiser les faits observés autour de l'étude de cas

Cette méthode va nous guider dans une activité pratique visant à la connaissance et à la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif, ou une forme de conseil permettant une modification positive de l'individu.

Plus précisément, la méthode clinique laisse entendre aussi bien l'ensemble des techniques utilisées dans le cadre de la pratique des cliniciens que la démarche centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication, et implique une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique, à la relation, à la demande (instrumentale, individuelle, groupale), à l'implication, aux champs du social et aux valeurs culturelle et à la complexité du fonctionnement de l'être humain.

(Chahraoui & Benony, 2003).

La méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, décèle les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. (Lagache cité par **(Chahraoui & Benony (2003, p. 11).**

Dans notre recherche nous avons également fait appel à l'un des clinique de type descriptif qui est la méthode ou la technique de l'étude de cas pour décrire le retard mental:

4-2 l'étude de cas:

L'étude de cas, souvent appelée aussi plus ou moins justement « observation », est, avec l'entretien, la méthode la plus anciennement et la plus fréquemment utilisée dans les « Sciences humaines cliniques » tant en ce qui concerne la pratique que la recherche. On peut dire, pour les distinguer, que « l'observation » met l'accent sur le regard jeté sur une réalité et sur le matériel recueilli, alors que l'« étude de cas » porte l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation. **(Revault d'Allonnes, 2014)**

L'étude de cas est au centre de la méthode clinique, avec le principe de singularité ci-haut cité, de subjectivité, de prise en compte de l'histoire et de la totalité des situations qu'elle sous-tend. Chartier, dans le prologue de 9 études de cas en clinique projective adulte expose l'écriture de l'étude de cas cliniques comme une démarche parfois utopique et même un risque. Il finit par conclure que la rédaction de cas cliniques demeure une nécessité, donc un acte indispensable. Il ajoute qu'écrire une étude de cas, c'est parler de soi et donner à penser à nos collègues à partir du partage d'une expérience, tout en gardant à l'esprit que le but de l'étude de cas n'est pas de rapporter les faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique préalablement élaborée

Plus précisément, on comprend donc que l'étude de cas ne procède pas seulement de la description de la situation et des signes présentés par le patient, bref de la sémiologie ou du diagnostic, elle s'appuie sur l'écoute du discours concret du sujet pour Comprendre sa souffrance et accueillir sa subjectivité **(Dana Castro, 2009)**

Cette méthode nous a permis de décrire en détails le comportement des cas dans notre recherche.

5- Les outils d'investigations :

5-1- l'échelle québécoise des comportement adaptatifs :

L'évaluation du comportement adaptatif peut être utile pour chacune des trois fonctions : le diagnostic, la classification et la planification du soutien. L'échelle peut être administré au enfant plus de 3ans.

Les diverses mesures et méthodes d'évaluation du comportement adaptatif présentent des avantages et des limites selon les buts à atteindre. Dans le cas d'un diagnostic, les instruments utilisés doivent :

- 1- être vérifiés sur le plan psychométrique.
- 2- inclure les trois domaines de la définition du comportement adaptatif.
- 3- comprendre une normalisation auprès d'une population de personnes avec et sans retard mental.

Pour déterminer les meilleures méthodes d'évaluation des comportements adaptatifs lors de la classification ou la planification du soutien, les caractéristiques des différents instruments de mesure important pour bien analyser les niveaux d'habiletés.

Dans la suite nous nous pencherons essentiellement sur l'évaluation du comportement adaptatif dans le cadre d'un diagnostic du retard mental.

L'Échelle québécoise de comportements adaptatifs permet d'évaluer le niveau d'adaptation des personnes chez qui l'on soupçonne la présence d'un retard mental ainsi que le comportement inadéquate. (ÉQCA; Maurice, Morin et Tassé, 1993).

Sa durée de passation est environ de 45 minutes. Sept domaines des comportements adaptatifs sont considérés : autonomie, habiletés domestiques, santé et sensori- moteur, communication, habiletés préscolaires et scolaires, socialisation et habiletés de travail. Ce dernier domaine n'a pas été évalué auprès de l'échantillon puisqu'il ne s'applique pas à des jeunes.

L'ÉQCA permet une classification critériée du niveau de fonctionnement de la personne évaluée selon les spécifications de l'American Association on Mental Retardation (Grossman, 1983).

En tenant compte de l'âge chronologique, il devient possible de qualifier le degré de déficit comme non déficitaire, léger, moyen, grave ou profond.

5-1-1 La consigne de passation :

L'échelle québécoise du comportement adaptatif doit être complétée par une personne qui connaît très bien la personne à évaluer, il doit être rempli que se soit par l'éducateur(tric), le psychologue, parent etc...

Il est très important aussi de savoir que tous les sections de la page doivent être rempli. On indiquant le non du sujet ,et sa date de naissance, ainsi les critères d'évaluation dépendent de l'Age de la personne à évaluer. Le cas supérieur est réservée à l'information concernant le sujet tente dit que le cas inférieure, est destinée à la personne qui remplit le questionnaire.

5-1-2 La cotation :

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

La partie Comportements adaptatifs contient sept thématiques soit:

- 1-Autonomie: alimentation-cuisine, hygiène, utilisation de la toilette et habillage-déshabillage
- 2-Habiletés domestiques: vêtements, intérieur, réparation, sécurité et extérieur
- 3-Santé et sensorimoteur: santé, motricité fine et motricité globale
- 4-Communication: expression, réception et langage élaboré et complexe
- 5Habiletés préscolaires et scolaires: graphisme, notion du temps, mathématiques pratiques, lecture et écriture
- 6Socialisation: interactions, déplacements, ressources communautaires, magasinage, services pr é-bancaires et bancaires et loisirs
- 7Habiletés de travail: habiletés d'emploi et recherche d'emploi et comportements et relations interpersonnels au travail

La partie Comportements inadéquats se divise en sept catégories soit:

- 1-Comportements stéréotypés et postures bizarres
- 2-Comportements de retrait et d'inattention

3-Habitudes et comportements inacceptables

4-Manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux

5-Comportements sexuels inadéquats ou divergents

6-Comportements de violence ou d'agression

7-Comportements d'automutilation

La Parti 01 : comportement adaptatif utilise le système de cotation qui suit:

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

1 = Le fait mais : La cotation le fait mais réfère aux situation ou la réponse ne peut franchement être « le fait » ni « le fait pas ». on veut ainsi par cette cote récupérer les situation ou le sujet ne fait le comportement que avec stimulation.

2 = Le fait : La cotation « le fait » s'applique aussi aux comportement qui ne sont pas émis parce qu'ils impliquent nécessairement des apprentissage antérieurs du sujet NP = Non possible : l'environnement de la personne évaluée ne lui permet pas de faire le comportement. Le niveau des comportement adaptatifs :

Il existe trois niveau du comportement adaptatif : le léger, moyen, et le profond, ainsi on identifie le niveau de ces comportement chez les personne ayant une déficience intellectuelle de la façon suivent :

Tableau N 01 : Le niveau des comportement adaptatifs

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

Partie 02 :Le comportement inadéquate utilise le système de cotation qui suit:

0 = N'émet pas ce comportement

1 = Léger : comportement occasionnel ou bénin

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

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

Le niveau des comportement inadéquate :

Il existe trois niveau du comportement inadéquate : le léger, moyen, et le profond, ainsi on identifie le niveau de ces comportement chez les personne ayant une déficience intellectuelle de la façon suivent :

Tableau N 02 : Le niveau des comportement inadéquate :

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

(Morice.p,et al,1993 :86)

Tableau N 03 : Le niveau des comportement inadéquate ::

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- désabillage	22
Habilités domestiques	48-51	Vêtements	08
	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 fin	32
	92-106	Motricité global	30
Communication	107-122	Expression	32
	123-130	Réception	16
	131-141	Langage élaboré	22
Habilités préscolaire et scolaire	142-146	Graphisme	10
	147-151	Notion de temps	10
	152-158	Mathématiques pratique	14
	159-162	Lecture	08
	163-164	Ecriture	04
Socialisation	165-183	Interaction	38
	184-193	Déplacement	20
	194-196	Ressources communautaires	06
	197-200	Magasinage	08
	201-204	Services bancaires	08

	205-210	Loisirs	12
Habilités de travail	211-221	Habilités d'emploi et recherche d'emploi	22
	222-225	Comportements relations interpersonnels au travail	08

Tableau N 04 : les sphères de la deuxième partie de l'échelle(comportement inadéquate) :

Question	Libellé	Score maximum
226-233	Comportement et postures stéréotypés	24
234-241	Comportement de retrait et d'inattention	24
242-275	Habitudes et comportement inacceptable	102
276-298	Manières interpersonnelles inappropriées et comportement antisociaux	69
299-308	Comportement sexuels inadéquats ou divergents	30

Chapitre V :
présentation,Analyse et
discussion des résultats des
cas

Préambule :

Dans ce chapitre, nous allons présenter les quatre cas concernés par notre recherche, ensuite nous allons exposer les résultats que nous avons obtenus par l'échelle québécoise du comportement adaptatif, enfin nous allons discuter ces résultats pour vérifier nos hypothèses à la fin.

1-Présentation des cas

1-1 Le premier cas :Algham

1-1-1 Les données personnelles :

Il s'agit de l'enfant C. Algham, âgée de 14 ans, intégrée au sein du centre psychopédagogique d'Akbou le 08.01.2018, elle est actuellement dans la classe Eveil 3, Elle est d'un mariage non consanguin et d'une grossesse désirée, Elle est d'une fratrie qui se compose de cinq enfants, trois filles et deux garçons, concernant les conditions socio-économiques de sa famille, sont moyennes, le père âgé de 63 ans "fella" et la mère âgée de 48 ans sans emploi,

Son développement psychomoteur est marqué par un retard d'après sa fiche de information Algham n'a jamais fréquenté l'école normale.

Selon la psychologue du centre, l'enfant présente une déficience mentale moyenne de type trisomie 21, mais elle ne présente aucun trouble de comportement

Algham est une adolescente aimable, obéissante très sociable. Excuse toutes ces tâches, elle est autonome et propre.

1-1-2 Les résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatifs appliqués sur l'enfant Algham :

Tableaux N 05 : Le sphère de l'autonomie :60/94

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	24	46
	24-31	Hygiène	10	16

	32-36	utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage-désabillage	16	22
			60	94

Discussion :

Résultats de la sphère de l'autonomie appliqué sur l'enfant "Algham" montrent ces capacités au niveau de l'autonomie , elle a obtenu la note 60/94 . "Algham" est une fille qui arrive à s'occuper d'elle tout les jours , intelligente, pas forcément d'une façon Complète ,mais il arrive à prendre le verre sur la table boit et le remplace, manger seul, elle accepte tout les aliments (liquide _ ou solide) , manger seul avec la cuillère , la fourchette, au niveau de l'hygiène "Algham" présente ses mains et son visage lorsqu'on le lave, toutes de se savonner et de se laver tout seul, et peigne ou brosse ses cheveux , elle arrive à faire sa toilette tout seul avec une note de 10/10 elle démontre l'ensemble des habitudes nécessaire pour aller à la toilette , elle demande aussi régulièrement d'aller à la toilette et c'est nécessaire et par lui même ,et concernant l'habillage et le déshabillage , elle met son pantalon ,son chandail tout seul, enlève aussi ses bas ,son pantalon ,monte sa fermeture éclair sans aucune difficultés .

Tableau N 06 : Le sphère habilités domestique 08/40 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités domestique	48-51	Vêtements	02	08
	52-56	Interieur	06	10
	57-62	Réparation	00	12

	63-65	Securité	00	06
	66-67	Extérieur	00	04
			08	40

Discussion :

Dans l'axe des habilités domestiques on peut remarquer un score faible au niveau de la libellé "vêtements" avec une note de 02/08, mais il arrive à déposer les déchets aux bons endroits (poubelle Corbeille à papier), nettoie aussi seul un dégât avec un chiffon, et il balayer et range une pièce sur demande. Algham elle peut pas cours des boutons même des réparations mineurs sur les vêtements à l'aide de la machine à coudre.

Tableaux N 07 : Le sphère de la santé et sensori moteur 36/78 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximume
Santé et sensori motrice	68-75	Santé	00	16
	76-91	Motricité fine	16	32
	92-106	Motricité globale	20	30
			36	78

Discussion :

Dans l'axe de sensori-moteur ,en a remarqué aussi un score faible Avec une note de 00/16 , Algham elle peut suit, prendre des objets de taille moyenne, les tournés et le relâche ,elle arrive tire sur une corde , à tourné les pages d'un livre où d'un journal ,et concernant la motricité globale Algham a obtenu la note 20/30 ,elle s'assoit et se tient assis ,montre un escalier,court, aussi elle peut passer d'une position assise à la position pour ranper.

Tableaux N 08 : Le sphère de communication 54/70 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	Expression	107-222	28	32
	Réception	123-130	16	16
	Langage élaboré et complexe	131-141	10	22
			54	70

Discussion :

Dans l'axe de communication et d'après les résultats obtenus 28/32 ,en constate que Algham Elle émet des bruits de gorge, émet des sons ,vocalises ,elle s'exprime très bien par des gestes où des mimiques faciales, elle communique bien en montrent un objets où une personne

Algham, aussi elle réagit à son nom ,donne un objets sur demande .

Tableaux 09 : Le sphère des habilités pré scolaire et scolaire 07/46 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité préscolaire et scolaire	142-146	Graphisme	04	10
	147-151	Notion du temps	02	10
	152-158	Mathématique pratique	00	14
	159-162	Lecture	01	08
	163-164	Ecriture	00	04
			07	46

Discussion :

Dans l'axe de pré scolaire et scolaire ,on peut remarquer un score faible dans différents libellé avec une note de 7/46 ,dans la libellé de mathématiques pratique avec une note de 00/14 ,mais elle arrive à identifier certains objets servent à déterminer l'heure comme (horloge ,montre ...

Tableaux N 10 Le sphère de la socialisation 54/92 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
	165-183	interactions	34	38

Socialisation	184-193	Déplacement	14	20
	194-196	Rosources communautaire	00	06
	197-200	Magasinage	00	08
	201-204	Service-pré bancaires et bancaire	00	08
	205-210	loisire	06	12
			54	92

Discussion:

Dans l'axe de socialisation, d'après nos observations et les résultats obtenus elle à une bonne interactions avec une note de 34/38 ,par rapport à d'autres libellé Algham réagit lorsqu'on lui donne les mains où lorsqu'on lui rend les bras ,sourit lorsqu'on lui sourit ,elle réagit au bruits , salue une personne qu'il connait ,elle participe aussi activement Aux activités de groupe ,elle peut aussi identifier les personnes de son entourage par leur nom (les travailleurs du centre,ces camarades membres de sa famille) elle fais des sorties avec des personnes ressources comme ses parents .

Tableaux N 11 : Le sphère des habilité de travail 14/30 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité de travail	221-22	Habilité d'emploi et recherche d'emlpoi	08	22
	222-225	Comportement et relations interpersonnels au travail	06	08
			14	30

Discussion :

Dans l'axe des habiletés de travail Algham elle cherche et apporte quelque chose sur demande elle arrive aussi à complète son travail et se qui concerne les comportements et les relations de groupe avec les éducatrices , même les travailleurs du centre .

1-3 Tableaux N 12 : Les résultats du sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
	226-233	Comportement stéréotypés et postures bizarres	10	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	09	24

Comportement inadéquate	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	16	102
	276-298	Manière interpersonnelles inappropriées et comportement anti-sociaux	26	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	05	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	04	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			70	297

Discussion :

Dans la deuxième partie de l'échelle qui est pour l'évaluation du comportement inadéquate chez l'enfant Algham , concernant les comportements stéréotypes et postures bizarre ,elle tapé du pied contielllement, bouge constamment une main ,elle berce son corps ,tient sa tête penchée, et concernant les comportements de retrait et d'inattention ,elle reste assis où debout dans la même position pour de grandes périodes de temps , reste à l'écart de groupe , les habitudes inacceptable répète un mot où phrase sans arrêt (par exemple, en va sortir et jouer) ,elle èmet les bruits de gorge ,elle change d'humour sans raison apparente elle présente pas des comportements d'automutilation

Synthèse :

D'après les résultats de l'échelle et nos propres observations ,on constate que Algham qu'elle a un comportement adaptatif moyen ,et grâce à la prise en charge du centre qui a évalué de jours

après jour avec l'aide de ses parents ,elle a devenu capable de prendre de soin d'elle , à se laver les mains et son visage seul ,

Algham ne démontre aucun comportement agressifs ou inapproprié et maintenant elle est capable de développer ces comportements adaptatif avec son entourage .

1-2-Le deuxième cas : Missipssa

1-2-1 Les donnée perdonnel :

Il s'agit de l'enfant B.M agée de 10 ans, il a été intégrer au sein du centre psychopédagogique d'akbou le 27.09.2021, Il est d'un mariage non consanguin, et d'un grossesse non désirer, il est innée parmi sa fratrie qui se compose de trois frère. Les conditions socio-économique de sa famille sont moyenne, le per âgée de 44 ans, il est cuisinier, et la mer est âgée de 42 ans sans emploi.

Le développement psychomoteur de cette enfant est marquée par un retard, il a été scolarisé a l'Age de 5ans, il a un niveau de premier année primer,

Missipssa présent une déficience mental moyenne, mais il ne présent aucun trouble de comportement.

L'enfant est très aimable, calme, obeissen. Autonome est propre

1-2-2 Les résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatif appliquer sur l'enfant missipssa :

Tableaux N 13 :Le sphère de l'autonomie : 53/94

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	21	46
	24-31	Hygiène	10	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage-désabillage	12	22
			53	94

Discussion :

D'après Les résultats de l'axe "autonomie" appliqué sur l'enfant "missipssa" , en constate que il est autonome dans quelques habilités avec une note de 21/46 ,et d'autre libellé est un peu faible, il est capable de manger tout seul ,mais il renverse partout , tandis que dans la libellé de l'hygiène ,missipssa il présente ses mains et ses bras lorsqu'on l'essieue ,tente de se savonner et de se laver , il arrive aussi à faire sa toilette avec une note de 10/10 , d'après que il démontre l'ensemble des habiletés nécessaire pour aller à la toilette ,mais où contraire dans la libellé habillage et déshabillage Il a besoin d'aide pour enlever ses bas ,son pantalons ,et surtout il arrive pas à fermer où attaché les boutons ,les fermetures éclairs d'une façon complète.

Tableaux N 14 : Le sphère habilités domestique 06/40 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités domestique	48-51	Vêtements	0	08
	52-56	Interieur	06	10
	57-62	Réparation	00	12
	63-65	Securité	00	06
	66-67	Extérieur	00	04
			06	40

Discussion :

Dans l'axe des habilités domestiques ,en peut remarqué un score faible au niveau de vêtements avec une note de 00/08, mais il arrive à netoie tout seul un dégât avec un chiffon , déposé les déchets aux bons endroits (poubelle, Corbeille à papier) ,ainsi d'autre comportement ,il n'a pas la

capacité de coudre les boutons lorsque nécessaire , fais des réparations mineurs sur les vêtements à l'aide de la machine à coudre , aussi il indique pas les conséquences possibles de laisser la maison non verrouillés .

Tableaux N 15 : Le sphère de la santé et sensori moteur 39/78 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximume
Santé et sensori moteur	68-75	Santé	00	16
	76-91	Motricité fine	20	32
	92-106	Motricité globale	19	30
			39	78

Discussion :

Dans l'axe santé et sensori-moteur en a remarqué aussi un score faible dans la libellé de santé par contre dans la libellé de motricité fine , missipsa il arrive à passer les objets d'une main a l'autre ,et même la motricité globale on note un score moyen avec une note de 19/30 ,il s'assoit,et se tient assis ,court, saute sur place à pieds joints .

Tableaux N 16 : Le sphère de communication 51/70 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	Expression	107-222	24	32

	Réception	123-130	16	16
	Langage élaboré et complexe	131-141	11	22
			51	70

Discussion :

Dans l'axe de communication ,missipssa il a un score moyen par rapport à le score maximum avec une note de 51/70 ,en constate que il répond à son entourage par des sons où des gestes ,des mimiques faciale pour communiquer avec ses camarades de classe, et même il vocalises bien pour répondre à d'autre personne dans son entourage (soit dans le centre ,la psychologue ,les éducatrices.ect) .

Tableaux N 17 : Le sphère des habilités pré scolaire et scolaire 07/46 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité préscolaire et scolaire	142-146	Graphisme	05	10
	147-151	Notion du temps	01	10
	152-158	Mathématique pratique	00	14
	159-162	Lecture	01	08
	163-164	écriture	00	04
			07	46

Discussion:

Dans l'axe pré scolaire et scolaire ,on peut remarqué un score faible au niveau de différentes libellé avec une note de 07/46 ,il arrive pas a lit de chiffres écrit en lettre , aussi les mathématiques avec une note de 00/04 ,il arrive pas à écrire son nom et même son prénom .

Tableaux N 18 : Le sphère de la socialisation 48/92 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Interactions	30	38
	184-193	Déplacement	12	20
	194-196	Rosources communautaire	00	06
	197-200	Magasinage	00	08
	201-204	Service-pré bancaires et bancaire	00	08
	205-210	Loisire	06	12
			48	92

Discussion :

Dans l'axe de socialisation ,il a obtenu la note de 48/92 ,on constate que missipssa est un enfant sociable ,il réagit lorsqu'on lui donne la main , établit le contact visuel sourit lorsqu'on lui sourit ces résultats montrent malgré les difficultés ,il participe à des activités de groupe avec ses camarades de classe, il suit le règlements dans le jeux de groupe .

Tableaux N 19 : Le sphère des habilité de travail 14/30 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité de travail	221-22	Habilité d'emploi et recherche d'emlpoi	08	22
	222-225	Comportement et relations interpersonnels au travail	06	08
			14	30

Discussion :

Dans l'axe des habilités de travail ,missipssa il a obtenu la note 8/22 ,il cherche et apporte quelque chose sur demande de l'éducatrice , où d'un membre de sa famille , aussi il tient des outils simples son nécessairement les utiliser ,tendis que il salue les autres enfants et même les éducatrices des autres groupe ,Il a des bonnes relations avec son entourage .

2-3 Tableaux N 20 : Les résultats du sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquate	226-233	Comportement stéréotypés et postures bizarres	7	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	08	24
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	08	102

	276-298	Manière interpersonnelles inappropriées et comportement anti- sociaux	11	69
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	01	30
	309-316	Comportements de violence ou d'agression	03	24
	317-324	Comportements d'automutilation	00	24
			38	297

Discussion:

Dans la deuxième partie de cette échelle, on observe que le degré des comportements inadéquats chez l'enfant missipssa est moyen, il tient sa tête penchée par contre dans les comportements de retrait de l'inattention, il est timide et réserve dans les situations sociales, il dort souvent pendant le jour, par contre dans les habitudes et comportements inacceptables, il ne reste pas assis sans intervention de l'adulte. On a observé aussi que il change d'humeur sans raison apparente, aussi dans les manières interpersonnelles inappropriées, il parle trop et de façon inappropriée, par contre il présente aucun problème dans la sphère d'automutilation grâce à la prise en charge des éducatrices et tous les travailleurs du centre psychopédagogique.

Synthèse :

On peut résumer que missipssa est un enfant calme, sociable, aimable avec ses camarades de classe et ses éducatrices,

L'enfant il a acquis un minimum de comportement adaptatif grâce à la psychologue et des éducatrices qui l'a aidé et encouragé,

Aussi il est pas agressif et ne touche pas aux valeurs du milieu social et son environnement.

1-3- Le troisième cas : Abedallah

1-3-11 Les données personnel :

Il s'agit de l'enfant abedallah, âgé de 12 ans ,admis au niveau du centre psychopédagogique de akbou le 15/09/2013, il est actuellement dans la classe éveil 04 , issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse désiré ,il est le troisième d'une fratrie de 03 enfants du deuxième lit, les conditions socio-économiques de sa famille sont moyenne, le père âgé de 58 ans chauffeur privé, la mère âgée de 51 ans sans emploi,

Le développement psychomoteur de l'enfant est été marquée par un retard important , il n'a pas fréquenté l'école normal. .

L'enfant présente une déficience mentale moyenne du type Trisomie 21 ,avec une cardiopathies ,il ne présente aucun trouble de comportement

Abedallah est un adolescent sociable, aimable, comprendre toutes les consignes et excuse toutes les tâches ,Il acquis les notions ,il est autonome et propre .

1-3-2- Les résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatifs appliqué sur l'enfant Abdallah :

Tableaux N 21 : Le sphère de l'autonomie :74/94

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	30	46
	24-31	Hygiène	16	16
	32-36	utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage-désabillage	18	22
			74	94

Discussion :

D'après les résultats de l'autonomie dans le tableau ci-dessous ,en a constaté que l'enfant abedallah arrivé à s'occuper de lui tout les jours ,il mange seul avec la cuillère et la fourchette correctement ,il boits et le remplace sans demande de l'aide ,il accepte tous les aliments que ce soit dure où liquide .

Abedallah dans la libellé hygiène, il a arrivé à obtenus la note complète 16/16, IL prendre soin de lui ,il lave ses mains et sa figure tout seul ,et il peut laver et sécher ses mains d'une façon efficace il trouve pas des difficultés quand il Brosse ses cheveux , ainsi que il présente ces bras et ces jambes lorsqu'on l'essieue .

Ainsi que les résultats dans la libellé utilisation de toilette ,il a pu obtenu 10/10 il arrive à reste assis sur la toilette même si on le assis seul donc, il demande régulièrement d'aller à la toilette .

Pour le dernier libelle ,dans ce tableau ,ce qui concerne l'habillement et le déshabillage , Abedallah à obtenus 18/22 ,il arrive à s'habiller seul, et peut mettre ses vêtements et peut boutonner et monter la fermeture éclair, il met son Pantalon En peut dire que abedallah peut répondre seul à ses exigences quotidienne sans avoir des difficultés .

Tableaux N 22 : Le sphère habilités domestique 16/40 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilités domestique	48-51	Vêtements	04	08
	52-56	Interieur	06	10
	57-62	Réparation	00	12
	63-65	Securité	03	06
	66-67	Extérieur	03	04
			16	40

Discussion :

Dans l'axe des habilités domestiques , abedallah à obtenu 16/40 ,il mettre en place des vêtements sale à l'endroit prévu à cette fin avec une note de 04 ,il arrive également à ranger ses vêtements dans la commode .

En classe, il dépose les déchets aux bons endroits soit (poubelle, où corbeille à papier) , encore nettoie seul un dégât avec un chiffon à l'ordre de l'éducatrice on à remarqué aussi que l'enfant Abedallah il range et balayer une pièce sur demand

Tableaux N 23 : Le sphère de la santé et sensori moteur 63/78 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Santé et sensori-moteur	68-75	Santé	08	16
	76-91	Motricité fin	29	32
	92-106	Motricité globale	26	30
			63	78

Discussion :

Dans l'axe la santé , Abedallah est sous un traitement, il prend ses médicament, et ne démontre aucun refus. concernant la motricité fine, il trouve pas des difficultés de passer les objets d'une main a l'autre ,et insère des pièces de monnaie dans une fente , aussi aucun difficultés de tournée les pages d'un livre où d'un journal Une à une ,tendis que dans la motricité globale, abedallah il monte les escaliers sans aide et court ,saute sur place sans avoir des difficultés .

Tableaux N 24 : Le sphère de communication 61/70 :

sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	107-222	Expression	27	32
	123-130	Réception	16	16
	131-141	Langage élaboré et complexe	18	22
			61	70

Discussion :

Le résultat dans la sphère de la communication ,en constate que abdallah il répond à son entourage par des sons , où des gestes ,il parle correctement ,et quand on l'interpelle par son nom il réagit ,et il s'agit que c'est son nom. Il peut nommer des objets simple même nommer des membres de sa famille avec leur nom, et il comprend des directives simple comme (assis ,va chercher ton manteau ,,ect).

Tableaux N 25 : Le sphère des habilité préscolaires et scolaires 17/46 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité préscolaire et scolaire	142-146	graphisme	08	10
	147-151	Notion du temps	05	10

	152-158	Mathématique pratique	02	14
	159-162	Lecture	02	08
	163-164	écriture	00	04
			17	46

Discussion :

D'après ses résultats obtenus, on constate que le score est faible concernant l'écriture ,au contraire concernant la lecture il se débrouille pas mal, il arrive à nommer les trois intervalles de la journée (matin, après midi)

Tableaux N 26 : Le sphère de la socialisation 52/92 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	Intéraction	34	38
	184-193	Déplacement	12	20
	194-196	Ressources communautaires	00	06

	197-200	Magasinage	00	
	201-204	Service bancaire	00	08
	205-210	Loisir	06	12
			52	92

Discussion :

D'après les résultats de la sphère socialisation , Abdallah à obtenus un score de 52/92 ,si en parle de l'interaction , l'enfant il réagit au bruit lorsqu'on lui donne la main , où lorsqu'on tend les bras il établit aussi le contact visuel , sourit lorsqu'on lui sourit . Il interagit avec ses pairs dans le centre il arrive aussi à identifier les personnes dans son entourage par leur nom .

Et pour le déplacement , Abdallah il déplace facilement à sa classe avec ces camarades et ses éducatrices .

Concernant les résultats des ressources communautaire , magasinage, service bancaire ,en a côté zéro 00 par ce que l'enfant il peut pas déplacer sans ses parents. par contre il fait des sorties avec des personnes ressources ,et il participe à des jeux avec ses camarades , et les enfants du centre.

Tableaux N 27 : le sphère des habilité de travail 20/30 :

Sphère	question	Libellé	Score	Maximum
Habilité de travail	211-221	Habilité d'emploi et recherche d'emploi	13	22

	222-225	Comportement et relation interpersonnels au travail	07	08
			20	30

Discussion :

Le dernier sphère dans l'échelle québécoise du comportement adaptatif c'est l'habilité de travail en constate que Abdallah il complète son travail ,et il fini son travail donné par les éducatrices sans aucun difficultés.

3-3 Tableaux N 28 : Les résultats du sphère des comportements inadéquate :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquate	226-233	Comportement stéréotypés et postures bizarres	06	24
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	00	24
	242-275	Habitudes et comportement inacceptables	08	102
	276-298	Maniéré interpersonnelles inappropriées et comportement anti-sociaux	03	69
	299-308	Comportement sexuels inadéquats ou divergents	00	30

	309-316	Comportement de violence ou d'agression	00	24
	317-324	Comportement d'automutilation	00	24
			17	297

Discussion :

Dans la deuxième partie de l'échelle qui est pour l'évaluation des comportements inadéquats chez l'enfant Abedallah ,on peut constater d'après les résultats obtenus que il bouge ,roule la tête ,par contre il manifeste par des comportements de retrait et l'inattention comme (être timide, reste assis où debout dans la même position .ect) il présente aucun problème dans la sphère d'inattention ,par contre il bouge trop et cela dérange son entourage , mais d'une façon générale abedallah avec la prise en charge il a dépassé beaucoup des difficultés grâce à la prise en charge c'est à dire qu'il sont diminuer on les comparent avec les premiers jours de son intégration au centre psychopédagogique de akbou et cela a l'aidé à acquérir des comportements adaptatif comme l'autonomie ... ect

Synthèse :

En peut résumé que Abedallah malgré est un enfant qui a un retard mental moyen, mais il à pu être autonome grâce à la prise en charge ,il arrive à franchir les difficultés de l'alimentation ,et dans les habilités domestiques , aussi dans plusieurs autres sphère ,il est actuellement capable de manger seul ,et à se laver approximativement les mains et le visage sans aide ,et cela à été vérifiée à travers les résultats obtenus dans l'échelle , aussi avec nos propre observations ,il s'est aussi développé dans la motricité fine, global ,il exprime très bien de façon cohérente .

1-4-Le quatrième cas : Nadine :

1-4-1 Les donnée personnel :

Il s'agit de l'adolescente Nadine , âgée de 13 ans, intégrer au sein du centre psychopédagogique d'akbou le 06/09/2015, elle est actuellement à la classe éveil 04 , issue d'un mariage non consanguin et d'une grossesse désiré ,elle est la troisième d'une fratrie de 04 enfants , composé de 03 fille et un garçon, Les conditions socio-économiques de sa famille sont moyenne ,le père âgé de 50 ans commerçants à akbou, la mère âgée de 49 ans sans emploi.

Le développement psychomoteur de l'enfant est été marquée par un retard moyen elle n'a pas fréquenté l'école normal.

L'enfant présente une déficience mentale moyenne du type Trisomie 21 avec une cardiopathies stabilisé , elle ne présente aucun trouble de comportement .

Nadine est une fille autonome , aimable, calme, obéissante, elle est attentives comprend toutes les consignes ,et excuse toutes ses tâches, Elle a une bonne motricité globale et fine

1- 4-2 Les résultats de l'échelle québécoise du comportement adaptatifs appliqué sur l'enfant nadine :

Tableaux N 29 : Le sphère de l'autonomie 58/94

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Autonomie	01-23	Alimentation et cuisine	14	46
	24-31	Hygiène	12	16
	32-36	Utilisation de la toilette	10	10
	37-47	Habillage-désabillage	22	22
			58	94

Discussion :

Les résultats de l'échelle dans la sphère de l'autonomie appliqué sur "Nadine "monteront les capacités au niveau de l'autonomie, elle s'occupe d'elle-même que ce soit au niveau de l'alimentation, de l'hygiène où d'autres, elle mange toute seule avec une cuillère, une fourchette sans renverser, au niveau de l'hygiène elle présente ses bras, ses jambes, lorsqu'on l'essuie toute seule, elle brosse ses cheveux elle arrive aussi à faire sa toilette d'une façon complète, et pour l'habillage et le déshabillage, c'est une fille qui est douée, elle enlève ses bas, son pantalon, même ferme où attaché les boutons les fermetures éclair, elle enlève toute seule ses vêtements.

Tableaux N 30 : Le sphère des habilité domestiques 13/40 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité domestique	48-51	Vêtement	05	08
	52-56	Intérieure	06	10
	57-62	Réparation	00	12
	63-65	Sécurité	02	06
	66-67	Exterieur	00	04
			13	40

Discussion :

Concernant les habilités domestiques, on a remarqué que elle a pas obtenu le score dans différents libellés, puis elle peut ranger ses vêtements dans la commode mais elle fait pas un lavage à la main

Nadine, elle nettoie seul un dégât, avec un chiffon où un balai-éponge après l'ordre de sa maman où l'éducatrice, mais elle n'a pas la capacité aussi de faire les réparations mineurs sur les

vêtements à l'ordre de la machine à coudre ,et elle peut pas aussi indiqué les conséquences de laisser la maison non verrouillés.

Tableaux N 31 : Le sphère de la santé et sensori moteur 46/78 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximume
Santé et sensori motrice	68-75	Santé	00	16
	76-91	Motricité fine	26	32
	92-106	Motricité globale	20	30
			46	78

Discussion :

D'après le score de la sphère santé et sensori-moteur en constate que Nadine elle peut prendre des objets de taille moyenne ,le tourne ,et les relâcher , elle tourne les yeux vers un objets de couleur vivre et le déplace ,avec d'autres comportement acquis (trace des lignes tourner les pages ..ect)

Et concernant la motricité globale , Nadine elle s'assoit ,et se tient assis sans aide, elle monte les escaliers ,court ,saut sur place ,sans avoir des difficultés , elle a une bonne motricité fine et globale elle acquis des comportements dans son entourage, avec ces pairs dans avoir de difficulté

Tableaux N 32 : Le sphère de communication 56/70 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Communication	Expression	107-222	26	32
	Réception	123-130	16	16
	Langage élaboré et complexe	131-141	14	22
			56	70

Discussion :

A partir des résultats obtenus 56/70 ,Nadine émet des bruits de gorge , des sons où des vocales elle transforme son message ,et exprime ça par des gestes, elle a des bonnes relations avec ces camarades de classe, elle peut aussi nommé cinq éléments d'une autre image lorsqu'on les montres ,elle communique aussi très bien ,et réagit à son nom dès que personne l'appelle .

Tableaux N 33 : Le sphère des habilités pré scolaire et scolaire 13/46 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
	142-146	Graphisme	04	
	147-151	Notion du temps	04	

Habilité préscolaire et scolaire	152-158	Mathématique pratique	02	
	159-162	Lecture	03	
	163-164	écriture	00	
			13	46

Discussion :

Dans la sphère des habilités préscolaire et scolaire elle a obtenus 13/46 ,qui peut dire que c'est moyen par rapport aux le score maximum , nadine elle arrive à dessiner ,et bien colorer d'après les activités qu'elle répète avec ses éducatrices ,et aussi arrive à compter jusqu'à vingt , elle peut aussi lire les chiffres écrit en lettre.

Tableaux N 34 : Le sphère de la socialisation 51/92 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Socialisation	165-183	interactions	31	38
	184-193	Déplacement	12	20
	194-196	Rosources communautaire	00	06
	197-200	Magasinage	00	08

	201-204	Service-pré bancaires et bancaire	00	08
	205-210	loisire	08	12
			51	92

Discussion :

D'après la sphère de la socialisation ,en a remarqué que la libellé 'interaction' est élevé par rapport à d'autres, Nadine sourit lorsqu'on lui sourit , établit le contact visuel, réagit lorsqu'on lui donne la main. Tend les bras , elle se déplace d'une pièce a une autre sans aide , elle identifier les personnes de son entourage par leur nom ,par exemple dans la famille ,ces camarades de classe ces éducatrices aussi bien les travailleurs de centre..ect

Tableaux N 35 : Le sphère des habilité de travail 00/30 :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Habilité de travail	221-22	Habilité d'emploi et recherche d'emlpoi	17	22
	222-225	Comportement et relations interpersonnels au travail	04	08
			21	30

Discussion :

Le dernier sphère les habilités de travail ,dans le côté de travail manuel et les activités préparer par les éducatrices , nadine elle complète son travail sans supervision , elle cherche d'apporter

quelques choses sur demande et aussi de fois elle demande de l'aide à ces camarades de classe où les éducatrices lorsque est nécessaire

4- 3 Tableaux N 36 : Les résultats du sphère des comportements inadéquats :

Sphère	Question	Libellé	Score	Maximum
Comportement inadéquate	226-233	Comportement stéréotypés et postures bizarres	03	
	234-241	Comportement de retrait et d'inattention	03	
	242-275	Habitudes et comportements inacceptables	01	
	276-298	Manière interpersonnelles inappropriées et comportement anti-sociaux	01	
	299-308	Comportements sexuels inadéquats ou divergents	00	
	309- 316	Comportements de violence ou d'agression	02	
	317-324	Comportements d'automutilation	00	
			10	297

Discussion :

Dans la seconde partie de cette échelle qui est pour l'évaluation des comportements inadéquats on peut constater grâce aux résultats obtenus qu'elle ne manifeste pas des comportements d'automutilation par exemple (se tapé, où se frappé contre un objets), des comportements de violence où d'agressivité comme par exemple (déchiré ses vêtements , exprimé des menaces de violence à une personne , malgré que tous ses derniers sont considérer comme les comportements inadéquats ,mais ils sont devenus grâce à la prise en charge c'est à dire qu'il sont diminuer avec les premiers jours de son intégration au centre .

Synthèse :

En peut résumé que Nadine est une adolescente qui a un retard mental moyen , d'après les résultats de l'échelle appliquer sur différents sphère ,on à découvert que Nadine ,elle acquérir beaucoup de comportement adaptatif grâce à sa famille qui l'aider et l'encourager surtout sa tante et grâce à la prise en charge au sein du centre psychopédagogique qui lui permet de développer des compétences d'autonomie .

Nadine elle est pas agressifs, elle provoque pas des disputes entre ses camarades , elle est une fille aimable , gentille ,calme.

2-Analyse et discussion des hypothèse :

Pendant notre recherche, nous volent s'avoir si les enfant ayant un retard mental arrivent a s'adapter et a acquérir des comportement adaptatifs grâce a la prise en charge qui leurs est effectuée au sein du centre psychopédagogique. Pour cela nous avons dégager une question de départ qui est la suivent :

Est-ce que la prise en charge qui s'effectue au sein du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental, joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatif ?

Cependant, dans notre recherche, nous avons optée pour mètre une hypothèse général et deux autre qui sont partielles, a fin de reprendre a la questionne de départ, concernent la vérification de ces hypothèse elle se foras grâce aux résultats obtenu dans l'application du l'échelle québécoise du comportement adaptatif.

Nous allons donc faire un rappel sur nous hypothèses afin de de les confirmer au les infirmer, est qui sont comme suit :

La premier hypothèse partielle :

La prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide les enfant avec déficience intellectuelle a améliorer leurs comportement quotidienne tel que l'autonomie.

D'après notre observation et d'après l'analyse des résultats de l'échelle québécoise appliquer sur notre population d'étude, qui sont des enfants avec retard mental, il est apparu que la prise en charge du centre psychopédagogique, joue un rôle primordial dans l'amélioration des comportements quotidiennes chez cette catégorie d'enfants.

En effet grâce a la prise en charge psychologique, orthophoniste et pédagogique, elle conduisent ses enfant vers l'amélioration de leurs conduite quotidienne. Car on a constaté d'après la

psychologue du centre, et d'après les données personnelles de chaque enfant, que ces derniers avant la prise en charge, ne peuvent réaliser aucun comportement d'une façon seule, ils n'arrivent pas à s'occuper eux-mêmes, de se laver seuls, de manger seuls, de faire leur toilette sans aide.

Tandis que après la prise en charge, les comportements de ces enfants sont améliorés, leurs motricités évaluées, ils sont devenus capables de faire leur toilette avec l'aide de quelqu'un, capable de déboutonner les boutons de leur vêtement, de manger seuls... et bien évidemment tout cela après plusieurs répétitions. Et aussi grâce au programme du centre psychopédagogique comme, la musique, les jeux, le sport, les sorties pédagogiques, l'enfant réalise plus d'efforts pour réussir, les encouragements des éducatrices(eur), ont également un effet sur l'amélioration des conduites de ses enfants. En d'autres termes, quand l'éducatrice(eur) demande à l'enfant de refaire une conduite seule ou de la réaliser tout seul, elle lui dit : « aller tu peux le faire, et si tu réussis de le faire tout seul, je vais te donner un bonbon »

Donc on a remarqué directement que grâce à ces techniques l'enfant fait plus d'efforts juste pour avoir son bonbon.

Chez certains enfants, comme le cas de Algham et Missipssa, ils ont des difficultés considérables dans plusieurs sphères, comme par exemple dans la sphère de **l'autonomie** et exactement dans le libellé de **l'alimentation et cuisine**, l'enfant Algham avant sa prise en charge a de grands problèmes pour manger, elle tient la cuillère difficilement, mais après d'être accueillie dans le centre psychopédagogique, elle s'est améliorée, dont son score dans ce libellé est de 24/46

la deuxième hypothèse partielle :

La prise en charge qui s'effectue au sein du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental, diminue les comportements inappropriés .

À partir des résultats obtenus lors de la passation de l'échelle Québécoise, les quatre cas de notre recherche confirment notre deuxième hypothèse.

Effectivement, les cas Algham, Abdallah, Nadine et Missipssa, manifestant des comportements inadéquats certes, mais qui nécessitent pas vraiment une intervention d'urgence, car ils ne sont pas profonds ni agressifs, et cela grâce à la prise en charge effectuée par le centre psychopédagogique. Même si ces enfants présentent certains comportements inappropriés, répétitifs des conditions de l'inattention, stéréotypes, des comportements d'automutilation, mais d'une façon légère. Pour le cas de Algham par exemple, en la comparant à la période d'avant la prise en charge, elle manifeste des conduites inappropriées avec un degré profond, et après la prise en charge, ces comportements sont diminués, comme par exemple dans le libellé de **manière interpersonnelles inappropriées et comportement anti-sociaux**, elle présente un score de 26/69 qui est un score qu'elle ne présente pas avant la prise en charge, donc cela confirme notre deuxième hypothèse partielle.

Si on parle de l'enfant Abdallah, d'après l'éducatrice, avant qu'il soit pris en charge, il était un enfant avec des comportements bizarres, mais avec la prise en charge, ces comportements ont diminué comme par exemple dans le libellé de **comportement stéréotypés et posture bizarres**, il présente un score de 06/24 est-ce qu'après sa prise en charge bien évidemment, et aussi les techniques utilisées au sein du centre psychopédagogique comme les jeux éducatifs, le jardinage, les travaux manuels. font partie de cette prise en charge et qui jouent un rôle primordial.

Cependant, ils ont fait appel à des nombreux intervention, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, pour que cette prise en charge soit complit et arriver à aider l'enfant dans la rééducation, et l'amélioration de leur comportement quotidienne

L'objectif principal de notre recherche : depuis le départ est de savoir si la prise en charge du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental jeux un rôle dans l'évaluation de leurs comportements adaptatif, en a voulu également savoir si cette prise en charge diminue les comportement inadéquate chez cette catégorie d'enfant.

Effectivement grâce a cette recherche et le résultats obtenue dans chaque cas(4 cas) on a pu atteindre notre objectif et confirmer nos deux hypothèses partielle et donc confirmé l'hypothèses générale qui est comme suite :

La prise en charge au sein du centre psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements adaptatif pour les enfants ayant un retard mental.

Conclusion

Conclusion :

Le retard mental suppose une déficience aux niveaux cognitif, comportemental, et sensoriel ce qui réduit les capacités d'adaptation sociale, et les limitations significative intellectuel et du comportement adaptatif, lequel se basé sur la capacité à s'adapter à l'environnement , et cette incapacité avant l'âge de 18 ans , l'évolution du retard mental est fonction des facteurs biologique sous-jacents qui l'on provoqué ainsi que des facteurs environnementaux, ces derniers font référence aux opportunités éducatives , à la stimulation de l'environnement , à la planification. Aussi le retard mental à des niveaux de gravité ,en distinguant quatre type: léger,moyenne, grave et profond qui considère comme une capacité intellectuelle limite .

Le retard mental à des multifactoriel avec plusieurs facteurs organique et environnementaux et peuvent être à l'origine du trouble

A travers cette recherche,on a abordé la question suivante :

Est-ce que la prise en charge qui s'effectue au sein du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental, joue un rôle dans l'acquisition des comportements Adaptatifs ?

Et pour répondre à cette question de départ en à opté de faire une hypothèse générale ,et deux autres qui sont partielle .

L'hypothèse générale consiste-en :

La prise en charge au sein du centre psychopédagogique joue un rôle dans l'acquisition des comportements Adaptatifs pour les enfants ayant un retard mental.

Les deux autres hypothèses ont été formulé de la même manière suivante :

La première hypothèse partielle :

La prise en charge au sein du centre psychopédagogique aide les enfants avec déficience intellectuel à améliorer leur comportement quotidienne tel que l'autonomie.

La deuxième hypothèse partielle :

La prise en charge qui s'effectue au sein du centre psychopédagogique des enfants ayant un retard mental , diminuer le comportement inapproprié .

Et pour confirmer nos hypothèses en a basé sur des lecteurs et sur nos observations plus précisément sur l'approche subjective plus heuristique ,nous avons aussi opté la méthode clinique du genre descriptif est l'étude approfondie des cas du l'écoute de patients ,de son histoire existentielle .

En a aussi opté la méthode clinique à base de l'étude de cas qui nous a permis d'observer et de décrire les cas que nous avons choisi . Aussi en a utilisé deux outils d'investigation la grille d'évaluation et l'échelle québécoise du comportement adaptatif.

En a effectué nôtre recherche dans le centre psychopédagogique pour enfants inadapés mentaux d'akbou ,qui prend en charge pré de 134 enfants retardés mentalement ,dans lequel nous avons choisi quatre cas âgés de 9 à 14 ans pour entamé notre recherche.

L'outil de base de notre recherche est l'échelle québécoise de comportement adaptatif qui nous à permis à faire l'évaluation de ces comportements inadéquats de personnes chez qui on

soupçonne la présence d'un retard mental. Donc, il nous a montré que même si les enfants souffrant d'une déficience intellectuelle et il ont des difficultés dans divers domaines que se soit la socialisation, l'autonomie....ect mais il ont réussi à à acquérir et développer leur comportement par la prise en charge et la rééducation qui les aident à avancer dans leur vie quotidienne.

Les résultats de l'échelle dans le groupe de recherche avec qui nous avons travaillé tout a long de notre pratique ,sa était léger et moyenne par rapport à les comportements inadéquats ,mais il ont acquérir des comportements Adaptatifs.

Pour notre première hypothèse partielle est confirmée grâce au témoignage des éducatrices du centre, ainsi que celui de la psychologue ,aussi a travers les résultats obtenus à partir de l'échelle , donc la prise en charge à beaucoup aider ses enfants à acquérir et développer leur comportement Adaptatifs que ce soit au niveau de l'autonomie,la communication,et la socialisation .

La deuxième hypothèse partielle à été confirmé, donc automatiquement notre hypothèse générale est aussi confirmé, donc la prise en charge de ses enfants est importante pour réduire les comportements inapproprié.

Et encourager l'enfant à essayer de nouvelles choses dans sa vie, sans le réprimander ni le sous-estimer et lui laisser suffisamment de temps pour les maîtrise, a travers aussi de L'inciter à participer à différentes activités de groupe comme le chant, la danse ou le dessin

La liste des références

La liste des références :

I- Liste des ouvrages :

- 1)-Allain, T. (2003). Adaptation concept systémique, Paris, France: Harmattan.
- 2)- Américain psychiatric association (2000). «<mini DSM-IV-TR, critère diagnostiques», paris, Masson.
- 3)- Carlier. Michele. & Ayoune. Chthrine. (2007). « Déficiences intellectuelles et intégration sociale », Wavre.
- 4)- Catherine Tourette: & Michèle guidetti (2004), (handicapés et développement psychologique de l'enfant », Armand colin, paris
- 5)- Cyrielle, R. (2018). Déficience intellectuelles: de la compréhension a la prise en charge. Paris, France: De Boeck
- 6)- Djaouida, P. (2003). L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant. Paris, France: Dunod.
- 7)- Ferrari.P., et Bonot,O. (2012) Traité européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, France: Lavoisier.
- 8)- Jean, E.-D. (2013). Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Belgique, Bruxelles: de Boeck Supérieur
- 9)- Jean, L. (2005). L'enfant inefficent intellectuel. Rosny-Sous-Bois, France: Bréal
- 10)- Henti, L., et Daniel, M. (2002). Psychologie du développement d'enfance et d'adolescence. Paris, France: Dunod
- 11)- Lambert,J-L. (1981). Enseignement spécial et handicap mental. Bruxelles, Belgique :Mardaga
- 12)- Lambert, Jean Luc. (1986). Handicap mental et société », Cousset Suisse, Ed. Delval.
- 13)- Michele, G. (2002). Handicaps et développement psychologique de l'enfant. Paris, France: Armand Colin
- 14)- Michèle, G., et Catrine, T.(2014). Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Paris, France: Armand colin.
- 15)- Organisation mondiale de la santé. (2001). Classification mondiale des troubles du comportement. Paris, France: Masson.
- 16)- Pedinielli, J.-L. (1994). Introduction à la psychologie clinique. Paris, France: Nathan.
- 17)- Willaye.E., et Magerotte,G.(2003). L'évaluation fonctionnelle du comportement. Québec, Canada: Gaëtan Morin.

II- La liste des manuels:

- 1)- 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 (EOCA) Manuel technique. Montréal, Canada: UQAM

2)-Grossman, H.-J. (1983). Classification in mental retardation. Washington, États-Unis: American Association on Mental Retardation.

3)- Jean Adolphe, R. (2001). Manuel de psychologie des handicaps: sémiologie ,Belgique,mardaga

4)- Mairie,P MorinD, et tessé M-J (1993) , Échelle québécoise de comportement Adaptatifs (EQCA) Manuel technique. Montréal, Canada.

III- La sitographie :

www.inshea.fr

www.hal.inserm.fr/inserm-02102567

www.memoironline.com

www.psychomedia.qc.ca/diagnostic

Résumé :

Le comportement adaptatif est la capacité d'une espèce à savoir s'adapter à des conditions environnementales diverses. La réponse comportementale est déclenchée sous certaines conditions, en particulier avec l'habitat et l'évolution. L'évolution adaptative chez une espèce peut conduire à l'apparition de sous-espèces.

Un caractère adaptatif est un trait génétique qui aide un organisme à maximiser son succès de reproduction. Par exemple, chez les colibris, un long bec peut être un trait adaptatif puisqu'il est à la fois héréditaire et adaptatif. Et depuis longtemps, de plus en plus de colibris possèdent un long bec puisqu'il maximise le succès reproducteur de ces oiseaux.

Mot clé : comportement adaptatif, conditions environnementales

Abstract :

Adaptive behavior is the ability of a species to know how to adapt to diverse environmental conditions. The behavioral response is triggered under certain conditions, especially with habitat and evolution. Adaptive evolution in one species can lead to the appearance of subspecies.

An adaptive trait is a genetic trait that helps an organism maximize its reproductive success. For example, in hummingbirds, a long beak may be an adaptive trait since it is both heritable and adaptive. And for a long time, more and more hummingbirds possess a long beak since it maximizes the reproductive success of these birds.

Key word: Adaptive behavior, environmental conditions