

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTÉ DES SCIENCES DE

L'ÉDUCATION

DEPARTEMENT DE D'INGENIERIE

ÉDUCATIVE

CENTRE DE RECHERCHE ET DE

FORMATION

DOCTORALE EN SCIENCES

HUMAINES,

SOCIALES ET EDUCATIVES



REPUBLIC OF CAMEROUN

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCES OF

EDUCATION

DEPARTMENT OF OF
EDUCATIONAL ENGINEERING

POST COORDINATE SCHOOL

FOR

SOCIAL AND EDUCATIONAL

SCIENCES

**OMPORTEMENT D'AUTODETERMINATION ET
SENTIMENT D'EFFICACITE CHEZ LES DEFFICIENTS
INTTELECTUELS LEGERS: CAS DES ADOLESCENTS
PORTEURS DE TRISOMIE 21**

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de
Master en Sciences de
l'éducation

Par : **MAVEGAM OUEMBE Henriane Stéphanie**
Licenciée en Psychologie

Sous la direction de
Pr. EMBOUSSI NYANO Eugène
Maître de Conférences

Année Académique : 2018



RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES**

**UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE**



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

THE FACULTY OF EDUCATION

**POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES**

**DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL NGINEERING**

**COMPORTEMENT D'AUTODÉTERMINATION ET SENTIMENT
D'EFFICACITÉ CHEZ LES DÉFICIENTS INTELLECTUELS LÉGERS.
CAS DES ADOLESCENTS PORTEURS DE TRISOMIE 21**

*Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences de
l'éducation*

Spécialité : Handicaps mentaux, habiletés mentales et conseil

Par

MAVEGAM OUEMBE Henriane Stéphanie

Licenciée en Psychologie

Sous la Direction de :

Pr. EMBOUSSI NYANO Eugène

Maître de Conférences

Mars 2018

SOMMAIRE

Dédicace	III
Remerciements	IV
Liste des acronymes, sigles et abréviations.....	V
Liste des tableaux	VI
Liste des figures et graphiques	VII
Résumé	VIII
Abstract	IX
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	5
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME.....	10
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	17
1.4. HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE	17
1.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	18
1.6. INTÉRÊTS ET BUT DE L'ÉTUDE	19
1.7. LIMITES DE L'ÉTUDE	20
1.8. DÉFINITION DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE	21
CHAPITRE 2 DE LA TRISOMIE 21 À L'AUTODÉTERMINATION : UNE RÉCENSION DES ÉCRITS	24
2.1. GÉNÉRALITÉS SUR LA TRISOMIE 21	24
2.2. LES MODÈLES THÉORIQUES DE L'AUTODÉTERMINATION	37
2.3. AUTODÉTERMINATION ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	43
CHAPITRE 3 LES THÉORIES DE L'EFFICACITÉ DE SOI.....	46
3.1. LA THEORIE DE MOTIVATION.....	46
3.2. THEORIE DE L'AUTO EFFICACITE.....	57
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATIONNEL	67
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	67
4.1. RAPPEL DU PROBLEME DE LA RECHERCHE	68
4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	68
4.3. RAPPEL DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	68
4.4. DEFINITION DES METHODES D'APPROCHE.....	73

4.5. CADRE ET POPULATION DE L'ETUDE	74
4.6. ÉCHANTILLON ET METHODE D'ECHANTILLONNAGE.....	81
4.7. LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES	82
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	86
5.1. PRESENTATION DES DONNEES	86
5.2. ANALYSES DES DONNEES	91
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET SUGGESTIONS.....	114
6.1. SYNTHESSES DES RESULTATS	114
6.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	116
6.3. SUGGESTIONS.....	126
CONCLUSION GENERALE	128
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	133
ANNEXES.....	140
TABLE DES MATIERES	155

DÉDICACE

En la mémoire de

TCHETTA Georges

Qui a encadré mes premiers pas dans la recherche
et dont les conseils m'inspirent encore.

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas existé si les efforts des uns et des autres, de près comme de loin, n'étaient venus me motiver, me soutenir et m'encourager. A tous ceux là, je vous dis toute ma gratitude. Ceux dont les noms ne vont figurer ici, et qui ont d'une manière ou d'une autre contribué à la réussite de ce travail, je tiens à vous adresser du plus profond de mon cœur mes sincères remerciements. Je tiens particulièrement à dire merci à :

- mon encadreur le Professeur EMBOUSSI NYANO Eugène, pour avoir accepté de diriger mes travaux et pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de cet engagement. Je vous remercie pour votre implication et pour le temps que vous m'avez consacré. Veuillez bien trouver ici l'expression de ma respectueuse et sincère gratitude.
- monsieur Song Esaïe Frédéric, pour m'avoir encouragé dans la rédaction de ce mémoire. Son encadrement, ses conseils et sa disponibilité ont contribué à la réussite de travail.
- tous mes enseignants de la Faculté des Sciences de l'Education, singulièrement ceux du Département de l'Education Spécialisée pour les précieux enseignements qu'ils m'ont donné tout au long de notre formation.
- les responsables du département de l'apprentissage, de la formation et de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées du CNRPH d'Etoug-Ebe pour toutes les informations mises à ma disposition dans la réalisation de ce travail.
- madame Njonkou Gisèle, Directrice de l'Institut Psychopédagogique « Einstein » pour toutes les informations qu'elle m'a permis d'avoir pour la réussite de ce travail.
- mon cher et tendre époux Tchetta Meli Evariste Rostand pour toute la tendresse et l'amour que tu m'as apporté tout au long de ce travail.
- mes parents Ouembé David et Magne Emilienne pour les conseils, le soutien et les encouragements dans la réalisation de ce travail.
- La famille Tchetta Georges pour tout le soutien et les encouragements.
- mes enfants Meli Inès, Yane, Franck, Armel et Arnaud pour leur affection et l'attention tout au long de ce travail.
- Djoum Jean Paul pour tous les efforts fournis et les documents mis à ma disposition pour ce travail.
- à la famille Mofor Jonathan pour les encouragements et le soutien moral.
- tous mes camarades de promotion pour le soutien et l'entraide.
- tous mes frères et sœurs pour leur soutien tant moral que financier.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

A.A.M.R. : Association Américaine du Retard Mental.

A.B.A.: Applied Behavior Analysis.

A.C.: Age Chronologique.

A.M.: Age Mental.

A.P.A. : American Psychiatrie Association.

C.N.R.P.H : Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger.

D.S.M.: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders.

G.I.R.A.Q. :Groupe International de Recherche sur l'Autodétermination et la Qualité de Vie.

L.A.R.I.D.I.: Laboratoire de Recherche Interdépartementale en Déficience Intellectuelle.

O.M.S. : Organisation mondiale de la santé.

O.N.U : Organisation des nations Unies.

P.E.C.S. : Pictures Exchange communication system.

P.N.R.B.C.: Programme National de Réadaptation à Base Communautaire.

Q.I. : Quotient Intellectuel.

R.B.C. : Réadaptation à Base Communautaire.

T.E.A.C.C.H.: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Dates et évènements liés à l'histoire de la trisomie 21	25
Tableau n° 01: Représentation synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices de l'H.G.....	71
Tableau 4 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Junior (adolescent 1)	87
Tableau 5 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Merveille (adolescente 2).....	88
Tableau 6 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Princesse (adolescente 3)	88
Tableau 7 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Luc (adolescent 4).....	89
Tableau 8 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Fred.....	90
Tableau 9 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives.....	98
Tableau 10 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section de l'échelle d'autodétermination du LARIDI	99
Tableau 11 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination	100
Tableau 12 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives.....	101
Tableau 13 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section	102
Tableau 14 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination	103
Tableau 15 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives.....	104
Tableau 16 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section	105
Tableau 17 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination	106
Tableau 18 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives	107
Tableau 19 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section	108
Tableau 20 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination	109
Tableau 21 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives	110
Tableau 22 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section	111
Tableau 23 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination	112
Tableau 24 : synthèses de pourcentages des réponses positives de la composante autonomie comportementale	114
Tableau 25 : synthèses de pourcentages des réponses positives de la composante autorégulation l'échelle d'autodétermination du LARIDI	115
Tableau 26 : synthèses de pourcentages des réponses positives de la composante autoréalisation l'échelle d'autodétermination du LARIDI	116
Tableau 27 : synthèses de pourcentages des réponses de l'autodétermination générale du LARIDI	116

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Figure 1. <i>Modèle fonctionnel de l'autodétermination tiré de Lachapelle et Wehmeyer</i>	40
<i>Graphique 1 : scores convertis</i>	100
<i>Graphique 2 : percentiles correspondant aux réponses positives</i>	101
<i>Graphique 3 : scores convertis</i>	103
<i>Graphique 4 : percentiles correspondant aux réponses positives</i>	104
<i>Graphique 5 : scores convertis</i>	106
<i>Graphique 6 : percentiles correspondant aux réponses positives</i>	107
<i>Graphique 7 : scores convertis</i>	109
<i>Graphique 8 : percentiles correspondant aux réponses positives</i>	110
<i>Graphique 9 : scores convertis</i>	112
<i>Graphique 10 : percentiles correspondant aux réponses positives</i>	113

RÉSUMÉ

La recherche que nous avons menée est intitulée « Comportement d'autodétermination et sentiment d'efficacité chez les déficients intellectuels légers : cas des adolescents porteurs de trisomie 21 ». Elle s'insère dans le vaste courant des recherches sur l'autodétermination des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Nous avons pour objectif l'analyse et la compréhension de l'influence que peut avoir le comportement d'autodétermination sur le sentiment d'efficacité personnelle des personnes déficientes intellectuelles légères, notamment les adolescents porteurs de trisomie 21. Il a été question pour nous de mettre en lumière comment le comportement d'autodétermination pourrait favoriser le sentiment d'efficacité personnelle des adolescents porteurs de trisomie 21. En effet, le manque de comportement autodéterminé freine le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21. Or, il a été établi dans la littérature scientifique qu'il existe une adéquation entre le comportement d'autodétermination et le sentiment d'efficacité personnelle des adolescents porteurs de trisomie 21.

En guise de réponse provisoire à cette question, une hypothèse générale prévoyant que le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité des adolescents porteurs de trisomie 21 a été formulée. L'opérationnalisation de l'hypothèse générale a donné lieu aux hypothèses de recherche suivantes :

HR1 :L'autonomie comportementale favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

HR2 :L'autorégulation favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21

HR3:L'autoréalisation de soi favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

Pour éprouver ces hypothèses de recherche, nous avons administré l'Échelle d'autodétermination du LARIDI à un échantillon composé de cinq (05) adolescents porteurs de trisomie 21 choisis dans deux centres de la ville de Yaoundé accueillant les personnes à besoins éducatifs spéciaux. Cette échelle a été complétée par un guide entretien semi-directif à l'endroit des enseignants.

L'analyse basée sur une approche qualitative et l'interprétation des résultats obtenus montrent que notre hypothèse a été confirmée. Donc, plus ces adolescents sont capables d'agir par eux-mêmes et pour eux-mêmes, plus, la confiance en ses propres capacités va l'influencer dans ses choix. Ses croyances personnelles en son efficacité vont également avoir un impact considérable sur sa motivation à poursuivre ou non son action. Au terme de ce travail, quelques suggestions ont été faites à l'endroit des personnes qui sont le plus impliquées dans l'accompagnement de ces personnes notamment les parents et les professionnels.

Mots Clés : comportement, adolescent, autodétermination, sentiment d'efficacité.

ABSTRACT

The topic that has been carrying out is titled “self-determination behavior and self-efficiency of people with mild intellectual disabilities, especially adolescents with trisomy 21.” This research falls in line with a vast body of research on the self-determination of people with intellectual disabilities. Our main goal is to analyze and understand the influence that self-determination behavior can have on the feeling of efficiency of people with mild intellectual disabilities, especially adolescents with trisomy 21. This is to highlight through the characteristics of self-determination how self-determination behavior could promote the sense of effectiveness for adolescents with trisomy 21. It is from this preoccupation that we come out with the question that guided us sought to know how self-determination behavior could promote the sense of effectiveness for adolescents with Trisomy.

To answer our main question, we a general hypothesis was formulated saying that self-determination behavior would promote the sense of effectiveness of adolescents with trisomy 21. To better understand our general hypothesis, we operationalize it to have the following research hypotheses:

HR1: Behavioral autonomy would promote self-efficiency in the person with trisomy 21.

HR2: Self-regulation would promote self-efficiency in the person with trisomy 21.

HR3: Self-efficacy would promote self-efficiency in the person with trisomy 21.

To experience our research hypotheses, we administratedthe LARIDI Self-Determination Scale to a sample made up of five (05) adolescents with trisomy 21 chosen from two centers of the city of Yaoundé that host people with special educational needswhichenabled us to collect our data. This scale has been completed by the semi-directed interviews with the teachers of those adolescents.

The analysis based on a qualitative approach and the interpretation of results reveal that, despite some limitations observed on the self-regulation component in some adolescents, they have self-determined behavior, and this favors their sense of effectiveness which confirms our hypothesis. Finally, we made suggestions to the people who are most involved in supporting these people, especially parents and professionals.

Key words: behavior, adolescent, self-determination, self-efficiency.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le handicap mental selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2010), est « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». Plus que jamais, le handicap est au cœur de nombreux débats aussi bien dans les milieux politiques, les milieux sociaux que dans les milieux éducatifs. Ainsi, la participation et l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle constituent les enjeux majeurs dans les politiques gouvernementales de nombreux pays au cours des dernières années. L'intérêt pour cette notion tient du fait que, dans l'imagerie populaire, la personne vivant avec une déficience intellectuelle est victime d'un sort et doit être tenue en marge de la société. Elle est donc marginalisée, stigmatisée et traitée de tous les noms selon les aires culturelles, les caractéristiques de la maladie. C'est fort de ce constat que de profondes résolutions sont entreprises pour que celle-ci soit considérée non plus comme une « malédiction », mais comme membre à part entière de la société. Une personne dont les rôles sociaux doivent être valorisés et dont les droits doivent être reconnus comme ceux de tout autre être humain.

Au niveau éducatif, l'une de ces résolutions est la promotion de l'éducation spécialisée qui vise l'inclusion et la participation sociale de la personne handicapée. Aussi appelée enseignement spécialisé, elle se réfère à une méthode d'enseignement destinée aux personnes ayant des besoins spéciaux dans le but de leur fournir un enseignement adapté à leurs besoins et différences propres. A cet effet, l'éducation spécialisée en milieu scolaire vise à favoriser, par un suivi particulier et une relation aidante, l'intégration scolaire et l'adaptation socio affective de l'élève dans les conditions les plus favorables au développement de comportements adaptés. Il s'agit de promouvoir l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap afin de les rendre autonomes, qu'elles puissent exercer leur pouvoir de décision, faire des choix selon leurs propres intérêts, ainsi que connaître, défendre leurs droits et se sentir efficaces.

Etant donné que déficience intellectuelle rime avec insuffisance, l'on a tendance à croire que ces personnes sont faites pour exécuter ou subir ce qu'on leur demande de faire parce qu'incapables de s'autodéterminer. La perception que l'on a souvent de ces personnes comme incapables d'assumer des rôles, d'envisager les différentes pistes, la présence d'environnements trop structurés, trop protecteurs, ou encore le fait de les enfermer à longueur de journée, ne laissent pas de place pour proposer des opportunités et sont des freins à l'attitude d'autodétermination. Aussi, il existe des facteurs pouvant constituer un frein à

l'autodétermination de ces personnes malgré des efforts significatifs qui ont été déployés. A côté des facteurs individuels pouvant porter ombrage au développement de l'autodétermination des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, des facteurs environnementaux peuvent également contribuer à diminuer le degré d'autodétermination de ces personnes.

Mais, de nombreuses recherches à l'instar de celles développées par Lachapelle et Wehmeyer (2005) qui précisent qu'il existe un lien entre l'autodétermination et la personne ayant une déficience intellectuelle. Elles s'accordent toutes le rôle que jouent les occasions fournies à ces personnes, l'encadrement, le type de soutien et sur leurs capacités individuelles. C'est donc dans ce sens que nous avons voulu nous pencher sur le lien entre le comportement d'autodétermination et le sentiment d'efficacité et avons formulé notre sujet de recherche ainsi : « ***le comportement d'autodétermination et le sentiment d'efficacité chez les déficients intellectuels légers : cas des adolescents porteurs de trisomie 21*** ». Il est question pour nous dans ce travail de montrer à travers les composantes d'autodétermination, en quoi un comportement autodéterminé peut favoriser le sentiment d'efficacité des personnes porteuses de trisomie 21. Voulons nous aussi, faire baisser les stéréotypes dont sont victimes ces personnes et montrer que celles-ci sont capables, si certains éléments sont réunis pour les aider, de se fixer des buts, de développer des stratégies de résolution des problèmes, de prendre des décisions qui les concernent, de faire des choix et développer le sentiment d'efficacité afin de s'épanouir pleinement.

À la lumière des éléments soulevés, notre travail s'articulera autour de deux parties de six chapitres constitué de trois chapitres chacune.

La première partie titrée cadre théorique et conceptuel comporte les chapitres 1, 2 et 3.

- Le premier chapitre qui situe le phénomène, présente les éléments contextuels, expose la problématique, met en évidence la pertinence d'étudier l'autodétermination, soumet les hypothèses et questions de recherche à l'étude et définit les concepts à l'étude.
- Le deuxième chapitre accorde une attention particulière aux généralités sur la trisomie 21. Il donne tour à tour, l'histoire et l'évolution de la maladie, son épidémiologie dans le monde, les causes et les facteurs à risque en passant par sa typologie et sa prise en charge, avant d'expliquer quelques modèles théoriques de l'autodétermination.

- Le troisième chapitre, lui, fait état de la recension des écrits sur les théories de l'efficacité de soi.

Comme la première partie, la deuxième partie intitulée cadre méthodologique et opérationnel comporte les chapitre 4, 5 et 6.

- Le quatrième chapitre « méthodologie » qui fait un bref rappel sur le problème de l'étude, la question de recherche, les hypothèses d'une part, et précise d'autre part les méthodes d'approche, la population, l'échantillon et la méthode d'échantillonnage ainsi que l'instrument de collecte des données, la méthode utilisée et aussi les difficultés auxquelles nous avons fait face lors de la passation de l'instrument et même lors du dépouillement des données.
- Le cinquième chapitre propose la présentation et l'analyse des résultats, une interprétation de ces derniers, aborde les limites à l'étude, soumet des pistes de recherches et élabore des propositions d'intervention.
- Le chapitre six aborde l'interprétation et les suggestions que nous pouvons apporter sur divers plans. Ainsi, nous aurons dans un premier temps, une synthèse des données suivie d'une interprétation à la fois statistique et théorique ; puis, nous ferons des suggestions et recommandations au plan théorique, au plan pratique et méthodologique et au plan des apprentissages.

A la fin, nous ferons le point sur l'ensemble de la démarche dans la conclusion.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre de notre travail, il est question pour nous de faire une description de ce que nous avons observé et d'exposer le problème qui a été soulevé. Par la suite, il s'agira de présenter les objectifs de l'étude, l'intérêt et la pertinence, la question de recherche, les hypothèses formulées, la délimitation de l'étude et, pour finir, on définira les concepts fondamentaux.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Sous ce titre, nous évoquerons d'abord le contexte dans lequel s'inscrit notre étude puis la justification qui motive notre choix pour ce sujet avant d'aborder sa problématique.

1.1.1. Contexte de l'étude

Aujourd'hui plus que par le passé dans de nombreux pays du monde entier, l'on note un intérêt particulier pour l'intégration, l'inclusion sociale et l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle. L'une des motivations qui caractérise cette lutte est sûrement le fait que, les personnes handicapées se trouvaient incluses dans une catégorie inadéquate des monstres dont il fallait s'en éloigner. Des efforts dès lors sont faits tant dans la conceptualisation de la normalisation que dans la promotion de la reconnaissance de leurs droits et aussi de la mise en valeur des rôles sociaux. En effet, cet intérêt mondial à l'amélioration des conditions de vie de la personne handicapée relève de ce que, l'on note dans diverses sociétés que les personnes handicapées en général, et les personnes vivant avec une déficience mentale en particulier, sont souvent marginalisées. Elles sont victimes de discrimination, d'isolement et d'exclusion.

C'est ainsi que le «Groupe International de Recherche sur l'Autodétermination et la Qualité de Vie» (GIRAQ), regroupant actuellement cinq nations, dans le but de redonner aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle leurs droits de s'approprier et d'exercer un plus grand contrôle sur leur vie tout en leur témoignant une motivation sur le sujet (Lachapelle, Haelewyck et Leclerc 2002).

Selon l'article 3 de la convention des Nations Unies (ONU) de 1971 relative aux droits des personnes handicapées, il ressort que la participation et l'inclusion sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle constituent des droits essentiels à leur développement. Elles sont également au cœur des efforts des intervenants œuvrant au sein des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et constituent des enjeux majeurs dans les politiques

gouvernementales de bon nombre de pays. C'est dire que des efforts allant dans ce sens doivent alors être maintenus car, comme précisé plus haut, l'intégration sociale de ces personnes est l'un des facteurs qui concourent au bien-être de la personne déficiente intellectuelle et favorise aussi le développement de leur degré d'autodétermination (Taylor, Racino, Knoll et Lutfiyya, 1987).

Pris dans le sens de Taylor et al. (1987), les personnes présentant une déficience intellectuelle ont la liberté de faire leurs propres choix, rendant ainsi plausible la notion de l'autodétermination comme étant la capacité d'une personne à faire des choix par elle-même et pour elle-même. Dans cette perspective, les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent prendre leurs propres décisions et être soutenues lorsque le besoin se fait sentir. C'est tout le sens de Lachapelle et Wehmeyer (2003), lorsqu'ils relèvent qu'*une facette majeure du principe de la normalisation consiste à créer des conditions grâce auxquelles une personne présentant des incapacités obtient le même respect que toutes les autres personnes... Ainsi, les choix, les souhaits, les désirs et les aspirations d'une personne présentant des incapacités doivent être pris en considération pour les actions qui la concernent ... le chemin vers l'autodétermination est à la fois difficile mais d'une importance capitale pour les personnes présentant des incapacités.*

Ainsi, si l'autodétermination renvoie généralement pour la personne handicapée à avoir les capacités et les possibilités d'orienter sa vie dans une direction qui contribue à une vie personnelle satisfaisante, force est de signaler que les personnes handicapées qui estiment avoir réussi leur vie, acceptent généralement leur handicap comme faisant partie de leur propre personne. Elles ne se définissent pas au travers de leur handicap. Elles savent qu'elles ne sont pas responsables de leur handicap et qu'elles ne sont pas affaiblies par nature. Elles n'accusent pas les autres pour leur situation et ne pensent pas non plus que tout leur est dû. Au lieu de cela, elles se sentent responsables de leur propre bonheur et de leur avenir.

Or, dans notre société moderne, « le mot handicap fait peur », selon l'imagerie populaire, il bouleverse l'image de l'être humain invulnérable, décontenance et peut pousser ce dernier au renoncement, à la perte de l'espoir que les choses peuvent changer, voire, être différentes. C'est cette image que nous avons reçue avec violence lors de nos diverses expériences avec les enfants trisomiques dans le monde du handicap, cette représentation à laquelle nous n'avons pas crue, ou du moins, à laquelle nous n'avons pas adhéree et c'est pour essayer de changer les mentalités que nous cherchons à cerner les difficultés d'insertion de ces populations dans la société. C'est dans ce contexte que s'inscrit cette recherche sur

le comportement d'autodétermination chez l'adolescent déficient intellectuel léger et singulièrement chez celui atteint de trisomie 21.

En Afrique, force est de constater que la Convention relative aux droits des personnes handicapées a été ratifiée par plusieurs pays dont le Sénégal et le Cameroun entre autres.

Au Sénégal, promouvoir les droits des personnes handicapées est l'une des préoccupations des autorités. Le Président Sénégalais Macky Sall en a d'ailleurs pris conscience dès son accession au pouvoir et son engagement n'a pas tardé à se matérialiser par la signature du 1^{er} décret d'application de la Loi d'Orientation Sociale n°2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées. L'article 19 de cette loi parle de *l'autonomie de vie et l'inclusion dans la communauté*. Ainsi, les personnes handicapées doivent vivre de façon autonome, en participant à la vie sociale sur la base de l'équité et de l'égalité des chances.

Cette loi faut-il le préciser, est venue renforcer les acquis du Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC) initié depuis 2006 par l'Etat du Sénégal conformément aux directives issues du 1^{er} conseil interministériel sur le handicap du 30 octobre 2001. À toute fin utile, la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) renvoie à une stratégie de développement local inclusif recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suite à la Déclaration de Alma Ata en 1978. La RBC permet de répondre aux besoins à plus grande échelle des personnes handicapées, dans le but d'assurer leur participation et leur inclusion dans la société et améliorer leur qualité de vie. Afin de consolider le PNRBC, l'article 5 de la loi d'orientation sociale N°2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées recommande l'adoption de la RBC par décret présidentiel. L'orientation du PNRBC dans le cadre d'une gouvernance locale est matérialisée par la lettre circulaire N°6847/MSAS/DGAS du 17 juin 2013 qui recommande la création d'organes locaux de gestion du handicap constitués au plan régional de cadres de concertation et au niveau départemental de comités de réadaptation à base communautaire.

1.1.2. Justification de l'étude

Mettre ensemble les termes autodétermination et déficience intellectuelle semble de prime à bord surprenant. En effet dans notre pratique pédagogique ou même dans notre vie quotidienne, nous avons plus d'une fois été témoin de situations où une personne ayant une

déficience intellectuelle, s'était trouvée dans l'incapacité de prendre une décision. Nous nous demandions alors dans quelle mesure ces personnes pouvaient effectuer un choix éclairé, libre et sans pression externe. Dès lors, nos préoccupations sur les enfants porteurs de trisomie 21, nous ont permis de comprendre que le malaise que nous ressentions lors de nos contacts était directement lié à la notion d'autodétermination. Il nous a alors paru évident qu'il s'agissait d'un sentiment d'injustice à l'égard de ces personnes présumées incapables et qui n'avaient, semble-t-il, jamais eu l'occasion d'essayer de faire de choix et de s'autodéterminer et nous avons perçu chez les trisomiques une autre approche du handicap.

Nos motivations pour ce thème résident donc dans le fait qu'autour de nous, nombreux sont encore des parents d'enfants présentant des déficiences intellectuelles qui continuent à croire que ces enfants sont des malédictions pour eux, qu'il faut les enfermer à longueur de journée et même les abandonner dans des coins de rues ou de rivières pour enfin vivre une « vie normale ».

Cependant, l'ouverture de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, et singulièrement, le Département d'Education Spécialisée, nous a permis de nous familiariser avec les personnes porteuses de handicap, de comprendre que ces personnes sont des personnes à part entière et non entièrement à part. Nous nous rendons compte que, si des occasions leurs sont offertes pour s'exprimer, pour faire des choix, et bien d'autres encore, elles se sentiraient mieux et feraient éclore des talents qui nous surprendraient énormément. Lors de nos stages académiques, nous avons eu l'occasion de côtoyer les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et avons eu des témoignages selon lesquels elles ne se sentaient pas prises en considération dans certaines activités les concernant. Elles étaient juste des membres passifs de ces activités dans lesquelles elles souhaitaient pourtant avoir leurs mots à dire. Nous avons également par la même occasion rencontré des parents qui se disaient être « perdus » dans l'orientation de ces enfants notamment en ce qui concerne leurs choix de vie (atelier, activités, etc.).

Pour cette raison, nous nous sommes questionnés sur la place de l'autodétermination des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. La priorité pour nous dans ce travail est la valorisation de la personne handicapée. Nous pensons que la personne handicapée doit être considérée comme une personne à part entière et qu'il lui soit permis d'avoir un pouvoir de décision, une influence sur sa vie en général et les choix qui en découlent.

1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

1.2.1. Eléments du constat expérimental

L'on note dans nos sociétés actuelles que les personnes handicapées et celles vivant avec une déficience mentale singulièrement, sont marginalisées, victimes de discrimination, d'isolement et même d'exclusion.

Le cas par exemple de la France, en dit long sur cette situation. Avec le dépistage prénatal systématiquement proposé, 96% des fœtus détectés trisomiques sont éliminés (Eric Favereau, 2014, *Libération*).

Aussi, la venue d'un enfant trisomique est considérée beaucoup plus comme une punition pour bon nombre de familles dans le monde. Elle est à l'origine des divorces, des déceptions et tragédies.

C'est dire que vivre avec un enfant porteur de trisomie 21, est un «enfer au quotidien». Les personnes porteuses de trisomie 21 sont considérées comme des personnes entièrement à part. Si elles ne sont supprimées, elles sont confiées aux orphelinats.

Pour des sociétés modernes comme celle de France, elles sont une souffrance pour les familles et la société devait se protéger d'elles car elles sont perçues comme une tragédie dont il vaudrait mieux se passer. Vu l'ampleur que prenait déjà cette situation, Ban Ki-Moon, alors Secrétaire Général de l'ONU parle à ce sujet de « stéréotypes dont les trisomiques font l'objet ». En outre, lors de la 3^{ème} Journée mondiale de la trisomie 21, dans son discours, Ban Ki-Moon revient sur la discrimination dont sont victimes les personnes trisomiques en ces termes : « *les trisomiques, comme d'autres personnes qui souffrent d'un handicap mental, sont souvent privés de leur droit de voter et de participer pleinement au processus démocratique* » (Ban Ki-moon, 2016).

Ainsi, malgré quelques avancées de façade, le diagnostic de l'effectivité de l'accès aux droits civiques des personnes handicapées est extrêmement illusoire. L'accès des personnes handicapées, particulièrement celles vivant avec une déficience intellectuelle, aux différents niveaux des prises de décisions reste un sujet tabou. Elles ne sont ni informées, encore moins consultées. Elles sont simplement absentes des instances représentatives de divers pays et subissent les lois auxquelles elles ne contribuent pas. Elles restent cantonnées au statut de citoyens de seconde zone, de citoyens passifs. En un mot, elles sont victimes d'une société peu respectueuse des principes de liberté et d'égalité de chance. Il existe très peu de situations

auxquelles elles sont informées et même consultées sur les décisions qui ont un impact sur leur vie.

L'Afrique n'est pas en reste dans cette considération sur la personne présentant une déficience intellectuelle. Les chiffres nous révèlent une évolution sans cesse croissante de cette pathologie. Nous prendrons quelques exemples qui nous permettront de mieux cerner le problème et de comprendre notre intérêt pour le sujet. Une étude menée sur un échantillonnage de 25025 personnes au Nigeria, nous donne une incidence de 1.16 personnes porteuses de trisomie 21 sur 1000 (Adeyokunnu, 1982). Dans la même perspective Kromberg et al., (1992), en Afrique du sud, nous parlent de 1.67 pour 1000 naissances. D'autres études faites par Venter et al., (1995) ; Deplort et al., (1995), font respectivement état de 1.09 et 1.33 pour 1000 naissances enregistrées. Alao et al., (2010), menant une étude sur une population Béninoise de 8 000 000 d'habitants nous révèle que 500 personnes environ, sont porteuses de trisomie 21.

L'Association Nationale des Enfants Trisomiques en Algérie (ANET), a aussi en 2012, publié le résultat d'un recensement sur le nombre d'enfants atteints de la trisomie 21, et indique qu'on a en moyenne 3 enfants porteurs de trisomie 21 pour 100 naissances sur toute la population de 80 000.

Dans l'imaginaire populaire, nombreux sont ceux dans les communautés qui considèrent encore que les personnes déficientes intellectuelles sont victimes d'une malédiction ou d'un sort qui leur aura été jeté. D'aucuns pensent même qu'elles subissent des conséquences des agissements d'un parent tel que le non-respect d'un interdit. L'on assiste souvent à des scènes où, les parents d'enfants trisomiques sont obligés de tenir ces derniers à l'écart, de les cacher loin des autres enfants de peur d'une quelconque malédiction. Aussi entendons-nous habituellement dans nos villages, dans nos maisons, et dans nos quartiers des qualificatifs du genre : enfant serpent ; enfant boa ; enfant vendu, pour désigner ces enfants atteints de trisomie 21.

Par ailleurs, ces enfants ne sont pas acceptés par d'autres enfants, autant pour les jeux que dans des lieux d'apprentissage. Dans cette opposition farouche, ces êtres fragiles grandissent dans ce contexte de rejet, de marginalisation et deviennent des adultes exclus dans une société qui a tendance à les considérer comme des " choses ", des personnes bizarres, anormales qui font honte à la famille, qui pèsent sur le budget de la famille car non productives.

Les personnes handicapées au Cameroun, comme nous le révèlent les résultats officiels du 3ème Recensement Général de la Population, sont estimées à environ 2.910.000. Selon cette source, 06.3% de ces personnes sont porteuses d'un handicap mental. Les personnes vivant avec une déficience intellectuelle sont tenue en marge de la société. La plupart d'entre elles vivent dans l'ombre d'une société qui les stigmatise et les regarde avec mépris. Dans beaucoup de familles, le trisomique 21 est vécu comme une malédiction et est censé ne pas avoir un avenir dans la société. Certains parents pensent qu'investir sur un tel enfant est « une perte de temps et d'argent ».

Le handicap mental est selon Mbassa Menick (2015), une composante majeure de la stigmatisation et de la marginalisation de ceux et celles qui en souffrent dans toutes les cultures. Ainsi, dans plusieurs aires culturelles, l'enfant porteur d'un handicap mental est encore considéré comme un enfant sorcier. Il est mis à l'écart et privé d'éducation. Plus tard, il accède difficilement à l'emploi et est voué à la mendicité. Les personnes porteuses de trisomie 21 ne sont pas ou alors sont très peu impliquées dans les activités de la vie quotidienne. On ne leur donne pas la possibilité d'opérer des choix sur leur vie. Ainsi, les choix importants tels que le lieu de résidence, le choix de carrière, vivre en couple sont souvent exclus des opportunités offertes à ces personnes. Cette absence d'opportunités de choix ne permet donc pas d'acquérir, de développer et d'exercer pleinement leur autodétermination.

Or, L'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a en 1971, adopté la Déclaration des Droits du Déficiant Mental. Cette déclaration définit des normes pour l'égalité de traitement de ces personnes et leur accès à des services leur permettant d'accélérer leur insertion sociale. A ce titre, l'article 3 concernant les principes généraux de la Convention relative aux personnes handicapées de l'ONU, évoque l'objectif du « respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ». L'article 19 de cette même Convention insiste sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société et évoque à nouveau le droit de faire des choix et d'orienter les décisions qui concernent leur propre vie.

Dès lors, de nombreux pays à travers le monde ont essayé de se conformer à la convention onusienne. Ainsi, au Canada par exemple, il a été élaboré depuis près d'une vingtaine d'années, un plan d'action visant la mise en place de mesures soutenant la participation et l'intégration sociale de ces personnes. Ce plan s'appuie sur des objectifs bien précis parmi lesquels la promotion de l'autodétermination de ces personnes afin qu'elles

soient considérées comme des membres à part entière de la société, qu'elles puissent être autonomes, exercer leur pouvoir de décision, faire des choix selon leurs propres intérêts, ainsi que connaître et défendre leurs droits.

1.2.2. Constat théorique

Permettre à une personne porteuse de trisomie 21 d'élaborer et d'exprimer ses choix personnels puis de les mettre en œuvre est un enjeu éducatif majeur qui nécessite un accompagnement particulier. Dans les pays développés comme au Canada, la loi de rénovation sociale et médicosociale du 2 janvier 2002 implique activement la personne porteuse de handicap dans son projet d'accompagnement et sollicite le recueil de son consentement éclairé pour les décisions la concernant. Par ailleurs, la loi pour l'égalité des chances du 11 février 2005 introduit dans la constitution du dossier pour la Maison du handicap, l'écriture du Projet de vie qui devrait être bâti sur les souhaits de la personne. Ceci requiert certaines aptitudes : capacité à formuler des envies, des préférences, à faire des choix, à prendre des décisions, à résoudre des problèmes et à se fixer des objectifs.

Pour certains auteurs, comme Wehmeyer ; Lachapelle et bien d'autres, l'action éducative auprès des personnes handicapées doit contribuer à mettre en place des comportements d'autodétermination, concept porté par des mouvements de personnes handicapées et par leurs accompagnants depuis 1972 notamment au Québec et en Belgique. En effet, les comportements autodéterminés sont « des actions volontaires permettant à une personne d'agir comme le principal agent causal de sa vie afin de maintenir et d'améliorer sa qualité de vie » (Wehmeyer 2005, p. 117).

Cette conception de l'autodétermination chez Wehmeyer (1996 ; 2005) rend compte de ce que les éducateurs et accompagnants deviennent des partenaires de la construction personnelle pour favoriser l'acquisition des comportements sous-jacents de l'autodétermination que sont :

1. L'autonomie : agir en accord avec ses intérêts, ses préférences et ses capacités, de manière indépendante : sans influence extérieure exagérée.
2. L'autorégulation : pouvoir formuler un problème, envisager les différentes pistes, prendre une décision, s'ajuster, s'adapter, tout ceci impliquant la possibilité de prendre des risques.

3. L'appropriation psychologique : conscience que l'on fait les choses pour soi et que l'on a une influence sur sa vie, sentiment d'avoir les compétences nécessaires pour atteindre les objectifs souhaités, être motivé par l'attente de solutions positives.
4. L'auto-actualisation ou réalisation personnelle : processus par lequel une personne apprend à tirer profit de la connaissance de ses forces et de ses faiblesses afin d'optimiser son développement personnel.

Il s'ensuit ici que l'autodétermination doit viser à favoriser de façon optimale la participation de la personne. Elle impose de mettre les personnes porteuses de trisomie 21 dans des situations d'expression de souhaits et de décisions personnelles, de façon précoce et fréquente. L'accompagnement éducatif consiste alors à ne pas proposer en permanence des activités, à ne pas remplir le temps, mais au contraire à aider la personne à exprimer ses choix, à les argumenter et à l'amener à imaginer les manières possibles de les réaliser. Le partenariat doit aussi être en direction de la famille au sens large pour une cohérence autour du projet et pour accompagner l'angoisse liée à la prise de risque. De cette façon, il saura percevoir l'environnement de manière en peu plus adaptée et à identifier plus précisément ses propres ressources. L'autodétermination chez les personnes présentant des incapacités voit le jour à la suite des travaux de Nirje en 1972. Ce concept qui faisait autrefois référence au droit d'une nation à s'autogouverner, prendra désormais une tournure différente et sera utilisé par plusieurs mouvements qui militent en faveur des personnes en situation de handicap. L'accès à des conditions de vie de qualité est alors, le mot d'ordre de tous ces mouvements qui veulent plaider la cause des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

En tant que précurseur de ce mouvement, Nirje (1972) cité par Lachapelle et Wehmeyer, (2003, p. 177), souligne que « *Tout être humain a droit au même respect. Les choix, les souhaits, les désirs et les aspirations d'une personne handicapée doivent être pris en compte autant que possible en regard des actions qui la concernent. (...) Même une personne présentant des incapacités a une identité propre, distincte, définie à travers ses interactions avec son entourage et les circonstances de la vie* ».

Les études sur l'importance de l'autodétermination, vont se multiplier, en partie grâce à la conviction grandissante des personnes qui présentent une déficience intellectuelle elles-mêmes verront le jour. C'est dire que l'apparition de la notion d'autodétermination comme pouvant répondre aux questions de la participation et de l'intégration sociale de personnes présentant des limites sur le plan intellectuel, trouve désormais tout son sens. A ce sujet,

Kennedy et Williams cités par Wehmeyer et al.,(1995), diront que les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ont elles-mêmes identifié l'autodétermination comme étant une composante essentielle à l'indépendance et à l'empowerment.

Or, nombreux sont les auteurs tels que Webber et Cobigo (2014), pour qui l'autodétermination et la déficience intellectuelle sont de prime abord, incompatibles voire même complètement opposées. Pour certains, une limitation des capacités cognitives constitue un frein pour l'émergence des comportements autodéterminés chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Luke, Clare, Ring, Redley et Watson (2012). Tandis que pour d'autres, un déficient intellectuel soit-il léger, ne saurait être autodéterminé. Pour les tenants de cette approche, ces personnes sont amotivées. En effet, on pense souvent qu'elles sont sujet à la seconde forme d'amotivation qui renvoie à la croyance que l'on peut manifester de ne pas être en possession des qualités stratégiques afin d'atteindre le but fixé.

Plus fréquemment, on constate également que certaines personnes ne s'engagent pas dans un programme d'activités parce qu'elles estiment que celui-ci est trop exigeant en terme d'effort. Par ailleurs, l'insuffisance d'expériences et d'opportunités permettant d'assumer la responsabilité des choix de base et de décisions qui sont importantes dans leur vie quotidienne, la perception que l'on a souvent de ces personnes comme incapables d'assumer des rôles d'adulte, la présence d'environnements trop structurés, trop protecteurs, ne laissant pas de place pour proposer des opportunités, sont des freins à l'attitude d'autodétermination.

Certes, l'autodétermination impose de mettre les personnes porteuses de trisomie 21 dans des situations d'expression de souhaits et de décisions personnelles, de façon précoce et fréquente. Cependant, la quantité d'efforts à fournir dissuade finalement ces personnes à s'engager dans ce type de programme. C'est tout le sens de Haelewyck et Nader-Grosbois (2004) lorsqu'ils soutiennent que les personnes en situation de handicap, qui vivent une forme de dépendance à autrui bien ancrée, auront peu de possibilités de changer cette situation. En effet, si elles ont pour habitude de n'avoir que très peu de pouvoir sur leur vie et leurs décisions, il sera d'autant plus difficile pour elles de mettre en place des stratégies leur permettant de s'affirmer davantage. Elles prennent ainsi peu de décisions, font peu de choix par elles-mêmes qui ont réellement une incidence sur leur vie. Le contrôle extérieur des parents ou du personnel institutionnel occupe davantage de place que leur propre contrôle.

Toutefois, force est de préciser que l'environnement et les relations sociales de la personne ayant une déficience intellectuelle sont généralement interprétés de façon erronée. Aussi, la déficience intellectuelle implique des comportements inadaptés, une dépendance,

permettant de cerner le déficient intellectuel comme une personne dont la perception globale est celle d'un individu qui pense que tout ce qu'il tente est voué à l'échec (Abramson, Seligman et Teasdale, 1979). Cette résignation acquise est ce qui peut aussi constituer un frein à son autodétermination dans ces conditions. Rarement, les personnes avec une déficience intellectuelle vivent seules et subviennent à leurs besoins et elles ont aussi peu d'occasions de choisir le chemin qu'elles veulent prendre dans leur vie.

1.2.3. Problème de l'étude

La venue d'un enfant trisomique semble être une punition pour bon nombre de familles dans le monde : divorces, déceptions et tragédies sont autant de maux qui surviennent après l'annonce d'un diagnostic en faveur de la trisomie 21. Dans cette vision négativiste de la trisomie 21, l'enfant trisomique est bafoué, insulté, maudit par ses proches, isolé et même rejeté parce qu'il fait honte. Les plus radicaux vont même jusqu'à envisager l'élimination pure et simple de ces êtres humains "à problème", qui ne sont pas productifs, mais plutôt consommateurs. Les solutions dans ce cas ont alors pour noms : l'euthanasie, l'avortement thérapeutique (Mouthé 2015).

Or, malgré toutes les dispositions prises en faveur de la personne handicapée en général, et la personne présentant une déficience intellectuelle de façon singulière, il en ressort aisément que, ces mesures n'ont pas traversé le seuil de la théorie. Sur le plan pratique, elles restent une utopie. Le manque de comportement autodéterminé freine le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21. L'absence d'opportunités qui leurs permettent de faire des choix est un obstacle à leur bien-être. Il faut donc, aider l'enfant à exprimer au maximum ses potentialités, cela sans visée normative et en suivant son rythme, lui permettre de prendre sa place comme « sujet », cela dans toutes les circonstances de sa vie.

Toutefois, toutes les personnes peuvent être amenées à l'autodétermination, y compris celles qui sont lourdement handicapées. Il affirme : « Je crois fermement que toute personne a un potentiel à développer, mais il ne faut pas avoir des attentes irréalistes » (Lachapelle 2010, p 6). Cette vision de la personne handicapée montre que chaque personne dispose en elle d'un potentiel, peu importe les incapacités existantes. Partant donc du postulat que toute personne a le droit de faire des choix et de prendre des décisions pour exercer un contrôle sur sa vie, Lachapelle (2010) affirme qu'il est tout à fait possible d'amener une personne vers une plus grande autonomie, à condition de disposer des moyens et de l'encadrement nécessaire. Notre

problème est : le manque de comportement autodéterminé freine le sentiment d'efficacité chez le déficient intellectuel léger souffrant de trisomie 21.

1.2.4. Problématique spécifique de l'étude

Longtemps, la personne porteuse de trisomie 21 n'avait droit qu'à des noms qui la dévalorisaient, voire la privaient de toute dignité. Des noms tels que : débile, mongol, malade mental, monstre, taré, arriéré, attardé leurs sont donnés et sont pour la plus part de temps, précédés de l'article « Le », ou alors accompagné d'un qualificatif sonnante comme une punition : « Maudit ». La personne ayant une déficience intellectuelle, doit-elle toujours être membre passif devant les décisions qui sont prises ? Mieux, doit-elle continuer à subir un environnement qui ne lui donne les chances de s'exprimer sur les questions qui la concernent ? Pourquoi doit-elle toujours être considérée comme étant incapable de faire des choix même les plus élémentaires ?

1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

Nous détachons la question de recherche en question principale et en questions secondaires.

1.3.1. Question principale

Notre question principale ici est « *le comportement d'autodétermination favoriserait-il le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21 ?* »

1.3.2. Questions de recherche spécifiques

QS1 : l'autonomie comportementale favoriserait-elle le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21 ?

QS2 : l'autorégulation favoriserait-elle le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21 ?

QS3 : l'autoréalisation de soi favoriserait-elle le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21 ?

1.4. HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

Une hypothèse est selon Grawitz (2001 :398), *une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. Même plus ou moins précis, elle aide à sélectionner des faits observés. Ceux-ci rassemblés, elle, permet de*

les interpréter, de leur donner une signification qui vérifiée, constituera un élément possible de début de théories.

Quillet (1987 :45) définit une hypothèse comme *une affirmation provisoire suggérée comme explication d'une question. Elle sert à engager une réflexion plus ou moins approfondie et orientée vers des informations plus ou moins précises.*

Nous avons pour notre travail, une hypothèse générale et des hypothèses de recherche.

1.4.1. Hypothèse générale

La réponse provisoire que nous proposons à la question posée plus haut est : « *Le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.* »

1.4.2. Hypothèses recherche

Il s'agit d'une supposition pour guider notre investigation. On formule à travers elles, des éléments que nous pouvons mesurer et manipuler lors de l'expérimentation. Elles sont des propositions plus concrètes et plus explicites qui nous aident à bien comprendre ce que nous faisons. En bref, elles sont un éclatement ou une opérationnalisation de l'hypothèse générale. Aussi, pour opérationnaliser cette hypothèse générale, nous nous sommes inspiré de l'échelle d'autodétermination d'Arc de Michael L. Wehmeyer (1995) et avons retenu les composantes suivantes : autonomie comportementale ; autorégulation et autoréalisation de soi.

HR1 : l'autonomie comportementale favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

HR2: l'autorégulation favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

HR3 : l'autoréalisation de soi favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

1.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une communication d'intention qui décrit ce que l'on se propose d'atteindre et de réaliser à la fin d'une étude. Autrement dit, l'objectif d'une étude est le but, c'est ce que l'on propose d'atteindre en précisant la démarche utilisée pour démontrer un phénomène.

Couture et Fournier(1997), définissent un objectif comme *un énoncé indiquant ce que l'on désire réaliser, obtenir ou vérifier dans le cadre du projet.*

Grawitz (1993), quant à elle précise que l'objectif d'une recherche c'est *déterminer ce que l'on veut décrire, définir, ce que l'on retient, et aussi écarter un certain nombre de problèmes. C'est-à-dire d'assigner une limite à l'enquête.*

Il se divise en objectif général et spécifique

1.5.1. Objectif général

Dans cette étude, l'objectif général est d'analyser et de comprendre comment le comportement d'autodétermination peut être source de sentiment d'efficacité chez les personnes déficientes intellectuelles légères notamment les personnes porteuses de trisomie 21. En d'autres termes il sera question de vérifier l'effet qu'aurait le comportement de l'autodétermination sur le sentiment d'efficacité, des personnes déficientes intellectuelles légères notamment les personnes porteuses de trisomie 21.

1.5.2. Objectifs spécifiques

Partant de notre objectif général, nous voulons formuler trois objectifs spécifiques à savoir ;

- montrer que l'autonomie comportementale favorise le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.
- montrer que l'autorégulation favorise le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.
- montrer que l'autoréalisation de soi favorise le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

1.6. INTÉRÊTS ET BUT DE L'ÉTUDE

Cette partie de notre travail nous amène à montrer la plus value qu'apporte cette recherche. Notre étude revêt donc un triple intérêt : social, professionnel et scientifique.

1.6.1. Intérêt social de l'étude

Sur le plan social, elle est intéressante pour la société, les parents et les enseignants. Elle apporte ainsi sa modeste contribution sur la liberté de choisir chez les personnes atteintes de trisomie 21. Les parents et les encadreurs peuvent se servir de cette étude pour lutter contre les préjugés sur les personnes atteintes de trisomie 21. Elle est en même temps un outil de sensibilisation pour tous les intervenants sociaux sur le handicap de façon générale. Elle aidera donc à modifier les représentations de la société au sujet du handicap : voir davantage

les capacités que les incapacités, considérer le handicap non plus comme intrinsèquement lié à l'individu, mais dépendant d'une situation particulière vécue à un moment déterminé. Cette situation à laquelle chacun d'entre nous peut être confronté un jour ou l'autre.

1.6.2. Intérêt professionnel de l'étude

Sur le plan pédagogique, cette étude permettra à l'enseignant de mieux comprendre la trisomie 21 et lui évitera toute discrimination et stigmatisation lorsqu'il recevra un enfant trisomique. Pour ces enseignants qui, de nos jours pensent que l'éducation de ces enfants est réservée aux marabouts et autres lieux d'exorcisme, notre étude, nous le souhaitons, leur donnera une nouvelle vision et, qu'ils comprendront également qu'ils doivent accueillir ces enfants sans aucune forme de discrimination et de stigmatisation. Aussi, il comprendra sans doute l'importance d'offrir des occasions de choisir ce que veut faire un apprenant ayant cette maladie ; plutôt que de lui imposer un rythme à suivre tout au long de l'année.

1.6.2. Intérêt scientifique de l'étude

Sur le plan scientifique, elle sera sans un apport de plus dans la recherche scientifique. Elle vise à compléter les connaissances dans le domaine des sciences de l'éducation et de l'éducation spécialisée. A travers elle, la communauté scientifique toute entière, prendra en compte, la place de la personne porteuse de trisomie dans les réflexions scientifiques. Elle portera par exemple haut, les efforts que feront ces personnes à leur niveau, selon leur capacité, comme c'est le cas pour les personnes dites « normales ».

1.7. LIMITES DE L'ÉTUDE

La délimitation renvoie aux limites que nous fixons pour cibler et circonscrire notre étude. Nos limites sont donc fixées sur le plan conceptuel, sur le plan spatio-temporel et la population avec laquelle nous travaillerons.

1.7.1. Limite thématique

Les principaux termes utilisés ici sont comportement, autodétermination, trisomie 21, déficients intellectuels légers. En effet, nous travaillons sur le comportement d'autodétermination et le sentiment d'efficacité chez le déficient intellectuel léger : cas des trisomiques 2. Notre étude s'inscrit donc dans le domaine de l'éducation spécialisée.

1.7.2. Sur le plan spatio-temporel

Nous avons choisi de mener notre étude dans la ville de Yaoundé, au quartier Mélen, à l'Institut Psychopédagogique « Einstein » et au quartier Etoug-Ebe, au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH). Notre limitation dans ces deux centres a été motivée par plusieurs raisons parmi lesquelles, les contraintes financières. Aussi, ce centre a été choisi pour sa proximité.

1.8. DÉFINITION DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE

Les concepts que nous définirons ici sont : comportement, autodétermination, sentiment d'efficacité personnelle, déficience intellectuelle, trisomie 21.

1.8.1. Comportement

De façon générale, on entend par comportement l'ensemble des manifestations et des actions extérieures d'un individu, habituelles ou occasionnelles, tenant lieu d'interactions et de communication avec l'environnement, depuis la seule apparence physique jusqu'au geste intentionnel. Pour Piéron, c'est une manifestation de l'activité globale des individus.

Selon Watson cité par De Montpellier (1947, p. 175), le comportement doit être considéré comme une réaction objectivement observable à des excitants également observables.

Sillamy (1996), définit le comportement comme l'ensemble de « réactions d'un individu, considéré dans un milieu et dans une unité de temps donnés, à une excitation ou un ensemble de stimulation ».

Dans le cadre de notre étude ; le comportement peut être entendu comme une réaction ou une réponse de l'individu en lien avec l'environnement dans lequel il vit.

1.8.2. Autodétermination

Le terme autodétermination a beaucoup de définitions et peut conduire à certaines confusions. Pour mieux le comprendre, cette notion, pour partirons de son étymologie : « auto » vient du grec et signifie « soi-même », « détermination » vient du latin et signifie « fixation d'une limite ». L'autodétermination est donc le fait de se définir une limite pour soi-même et par soi-même.

Pour Wehmeyer (1996, p. 24), cité par Haelewyck, l'autodétermination est définie comme « les habiletés et attitudes requises chez une personne, lui permettant d'agir

directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus. »

C'est « la capacité de choisir et d'avoir des choix, plutôt que des contingences de renforcement, motivations, ou toutes autres forces ou pressions, afin d'être le déterminant de ses actions » (Déci et Ryan, 1985, p.38).

Abery et Stancliffe (2003, p.47), définissent l'autodétermination comme un « processus complexe qui permet à l'individu d'atteindre un niveau de contrôle sur sa vie dans les domaines qu'il perçoit comme important ».

De même, les comportements autodéterminés sont quant à eux « des actions volontaires permettant à une personne d'agir comme le principal agent causal de sa vie afin de maintenir et d'améliorer sa qualité de vie » (Wehmeyer 2005, p. 117).

Nous dirons donc que l'autodétermination est la possibilité de choisir, libéré des influences et des interférences externes exagérées, autrement dit avec une influence inévitable, mais dont le degré est admissible. La personne agit avec intentionnalité pour orienter ses éléments de vie, son avenir, son existence comme elle le souhaiterait.

1.8.3. Déficience intellectuelle

Plusieurs définitions de la déficience intellectuelle ont été données. En effet, des organisations telle l'Association Américaine du Retard Mental (AAMR), l'American Psychiatric Association (APA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proposent toutes, une définition de ce terme qui varie selon les critères choisis.

En 2011, l'Association Américaine du Retard Mental (AAMR) propose une nouvelle définition de la déficience intellectuelle. Selon elle, la déficience intellectuelle se définit comme : «une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans ». (Deschênes et Dufour, 2005, p.3).

Selon cette définition, trois éléments principaux sont à prendre en considération dans l'évaluation d'une déficience soit : un fonctionnement intellectuel restreint, un comportement adaptatif limité ainsi que l'apparition des ces dysfonctionnements avant l'âge adulte (Deschênes et Dufour 2005).

Le comportement adaptatif est défini comme « l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne et qui lui permet de fonctionner au quotidien » (Schalock et al., 2011, p.15).

Pour nous la déficience intellectuelle est une incapacité qui touche les aspects psychologiques et sociaux d'une personne en réduisant les aptitudes de celle-ci de façon plus ou moins aggravée.

1.8.4. L'adolescence

L'adolescence est entendue de façon générale, comme, une période de l'évolution de l'individu, se situant entre l'enfance et l'âge adulte et qui s'accompagne d'importantes transformations sur les plans psychologique, biologique et social.

Pour Store et al., (1973, p.21) l'adolescence renvoie à *un état d'esprit, une manière d'être qui débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action. C'est à dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte.*

Nous définirons l'adolescence comme une période de transition au cours de laquelle l'individu passe de l'enfant à l'adulte sur les plans physique, mental etcognitifet qui concoure à l'autonomie, à l'identité et à l'adaptation sexuelle de l'individu.

1.8.5. Sentiment d'efficacité

Le sentiment d'efficacité est selon Bandura, cité par Carre (2004), un jugement personnel *sur ses propres capacités d'action sur soi-même (croyances en ses compétences au changement et au développement personnel) et le monde physique et humain (croyances en ses capacités à intervenir sur les autres ou les choses), toujours en référence à une catégorie spécifique de tâches ou d'opération.* (Carré, 2004).

Pour nous, le sentiment d'efficacité est la croyance que l'individu a de ses propres compétences dans des activités variées.

CHAPITRE 2 DE LA TRISOMIE 21 À L'AUTODÉTERMINATION : UNE RÉCENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre est celui dans lequel nous allons recenser les écrits en relation avec notre sujet. En effet, la revue de la littérature permet de situer un sujet par rapport aux recherches antérieures, de savoir si ce sujet a déjà été traité et de quelle manière, d'investiguer pour identifier quels aspects du sujet exigent plus de recherche. Pris dans cette perspective, il s'agit d'un travail en partie apparenté à l'étude bibliographique, d'analyse et de restitution synthétique plus que de création. Ce deuxième chapitre vise donc à recenser les différents écrits dans la littérature qui traite de la trisomie 21 et de l'autodétermination et à partir desquels va s'élaborer un cadre théorique qui viendra supporter les questions de recherche.

2.1. GÉNÉRALITÉS SUR LA TRISOMIE 21

La trisomie 21, que l'on appelait mongolisme, est la première cause de retard mental, d'origine génétique. Elle est aussi l'anomalie chromosomique la plus fréquente, environ un nouveau né sur 800 naissances en est atteint dans la population générale. La longévité des enfants affectés a considérablement augmenté grâce au progrès de la médecine et de la bonne prise en charge de sorte que nous rencontrons maintenant beaucoup d'adultes et même des vieillards trisomiques. Il est encore plus mal connu du grand public. Le faciès particulier des personnes qui en sont atteintes semble attirer sur elle tous les préjugés et les craintes relatives à l'arriération mentale. Toutefois, bon nombre de parents s'efforcent d'élever au mieux leurs enfants trisomiques mais ne reçoivent que rarement les informations exactes et utiles. Ainsi, nous allons nous attarder dans cette partie de notre travail, sur l'histoire de la trisomie 21 et son évolution, son étiologie ainsi que son épidémiologie.

2.1.1. Histoire et évolution du concept

La trisomie 21 est la première aberration chromosomique décrite chez l'Homme. Elle a été révélée pour la première fois par Esquirol en 1833, qui fait part d'une curieuse maladie mentale. Mais c'est en 1846, que le docteur Edouard Séguin décrit le faciès très caractéristique des individus trisomiques et en donne ainsi une description clinique plus complète. Vingt ans après (1866), John Langdon Down, médecin anglais, attire l'attention du monde scientifique sur un groupe d'enfants arriérés mentaux avec un faciès particulier d'où le nom de syndrome de Down.

L'année 1959 a marqué un véritable tournant dans la recherche sur la trisomie 21, l'on a pu trouver une autre explication à l'origine du syndrome appelé par Down le

mongolisme. En effet, le Dr Jérôme Lejeune et son équipe mettent en évidence la présence d'un chromosome surnuméraire au niveau de la paire 21, d'où le nom de « trisomie 21 ».

L'appellation *syndrome de Down* pour désigner la condition connue aujourd'hui étiologiquement comme *trisomie 21* a été proposée en 1961 par le bureau éditorial de la revue médicale anglaise « The Lancet » suivant une motion transmise par dix-neuf médecins et généticiens anglo-saxons (dont Norman Langdon Down, le petit fils de John) de façon à remplacer l'expression « idiotie mongolienne » utilisée depuis la publication princeps de Langdon Down en 1866. Le groupe en question avait suggéré plusieurs appellations possibles : Anomalie de Langdon Down, Syndrome de Down, Anomalie acromicriale (terme renvoyant à la morphologie chromosomique), acromicrie congénitale.

En 1965 l'appellation *Syndrome de Down* a été confirmée par l'Organisation Mondiale de la Santé, à la suggestion (devant l'Assemblée des Nations Unies) de la République Populaire de Mongolie ; à une époque où pourtant on ne pouvait prétendre ignorer le travail séminal de Lejeune et collaborateurs sur l'étiologie génétique du syndrome. Grâce aux développements des techniques de cytogénétique et du clonage positionnel, les cartes génétiques et physiques du chromosome 21 ont été obtenues au début des années 1990. En l'an 2000, une nouvelle étape est franchie avec le séquençage du chromosome 21. Toujours au cours de cette année, le magazine anglais Nature a présenté la séquence complète du chromosome 21, établie par 62 chercheurs internationaux qui ont contribué à cette étude (Hattori et al., 2000).

Nous regroupons ici les dates qui ont marqué l'histoire de la trisomie 21 de façon chronologique.

Tableau 1 : Dates et évènements liés à l'histoire de la trisomie 21

Années	Evènements
1838	Première description phénotypique de la trisomie 21 par Esquirol
1846	Ouvrage de "Education of idiots" et une description étendue de la trisomie 21 par Séguin
1866	John Langdon Down décrit le phénotype des enfants ayant la trisomie 21
1959	Lejeune et al., et Jacobs et al., trouvent un chromosome 21 supplémentaire
1961	Des généticiens ont proposé que le terme "mongolie" doit être remplacé par "syndrome de Down" ou par "anomalie de trisomie 21"
1989	Identification de la région chromosomique DSCR (Down Syndrome Critical Region)
1990	Premières lignées de souris trisomiques
2000	Le séquençage complet du chromosome 21 par Hattori et al

2.1.2. Epidémiologie de la trisomie

La trisomie 21 est l'aberration chromosomique la plus fréquente, sa prévalence et son incidence varient considérablement en fonction des pays, du mode de recensement des données, de la répartition de l'âge maternel dans la population considérée, du recours au diagnostic prénatal et de l'application de politiques de dépistage systématique (Chokairi et al., 1998 ; Boulvain et al., 2008 ; Loane et al., 2013).

2-1-3-1-Dans le monde

A l'échelon européen, de grandes disparités de pratiques anténatales existent, comme en témoignant les données des registres européens (Dolk et al., 1991 ; Loane et al., 2013). La proportion des cas de trisomie 21 diagnostiqués in utero et les grossesses interrompues varie de 0% en Pologne à 73.1% en France pour la période de 1990 à 2009 (Loane et al., 2013), d'où une variation considérable de la prévalence de cette maladie d'un pays à un autre. Elle varie de 13.3 en Ukraine à 31.4 pour 10 000 naissances en France dans la période de 1990-2009 (Loane et al., 2013). Malgré un taux de dépistage anténatal moyen de 46.9%, la prévalence recueillie a plus ou moins augmenté et atteint 22.02 pour 10 000 naissances dans la période de 1990-2009.

Une étude récente effectuée en Californie montre la même tendance avec une prévalence de 11.5 pour 10 000 naissances vivantes (Dzurova and Pikhart, 2005). En Amérique du sud, la prévalence de trisomie 21 est de 15 pour 10 000 en Chili dans la période de 1990-2001 (Nazer et al., 2003). Dans une autre étude, cette prévalence a augmenté significativement dans le même pays et atteint 29.6 pour 10 000 naissances vivantes (Ojeda et al., 2005).

2-1-3-2-En Afrique

Le syndrome de Down devrait exister dans toutes les catégories de populations au regard de sa pathogénie (Alao et al., 2010). Il est bien connu et abondamment étudié et rapporté aux Etats-Unis et en Europe. Il est cependant, rarement rapporté dans les pays en voie de développement (Kava et al., 2004 ; Lampret et Christianson, 2007 ; Oredugba, 2007 ; Ramirez et al., 2007). Cette rareté est probablement en rapport avec la disponibilité de connaissances et/ou de compétences dans la génétique clinique et chromosomique (Alao et al., 2010).

Le syndrome de Down connaît une certaine stabilité en terme de prévalence dans les pays développés vus les moyens de dépistage et de diagnostic avec les possibilités d'arrêt médical des grossesses (Egan et al., 2004 ; Collins et al., 2008). Devant l'absence de mesures

similaires dans les pays en voie de développement, sa prévalence mais surtout son incidence seront élevées (Alao et al., 2010 ; Weijerman et Peter de Winter, 2010).

Dans certains pays, comme le Benin, le Nigeria, l'Afrique du sud, l'Egypte, la Tunisie, l'Algérie et le Maroc, des recherches assez significatives ont été effectuées et des données épidémiologiques nationales commencent à exister. En effet, au Benin, Alao et al., (2010) soutiennent que pour une population de 8 000 000 d'habitants, le nombre d'enfants porteurs de trisomie 21 devrait avoisiner 500. Déjà en 1982, Adeyokunnu postulait qu'au Nigeria, l'incidence de la trisomie 21 était de 1,16 pour 1000 pour un échantillonnage de 25025 personnes.

En Afrique du sud, cette valeur varie selon les auteurs : Kromberg et al., 1992 notent une incidence de 1.67 pour 1000, Deplort et al., 1995 relèvent 1.33 pour 1000, tandis que Venter et al., 1995, l'incidence est de 1,09 pour 1000.

Les données épidémiologiques dans les pays nord-africains sont rares et assez disparates lorsqu'elles existent. Elles mettent l'accent sur la sous-évaluation initiale de l'incidence de la trisomie 21. Ainsi, en Tunisie, la prévalence totale estimée de la trisomie 21 est de 0.98 pour 1000 grossesses (Chelli et al., 2008).

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

2-1-3-3- Au Cameroun

Au Cameroun, les données sur la trisomie 21 sont très rares. Nous nous sommes basés dans le cadre de cette recherche sur les données de Santé tropicale (2017) et sur celles de Kamla et al., (2017).

Selon Santé Tropicale (2017), la trisomie 21 touche 1 enfant sur 750 quelle que soit la race, le groupe ethnique ou encore la couche sociale. Donc, avec une population de 22000000 d'habitants, nous aurons environ de 29300 personnes porteuses de trisomie 21.

Dans la même période, une étude menée par Kamla et al., (2017), à Yaoundé fait état de 1,4 pour 100000 naissances.

2.1.3. Causes et facteurs de risque de la trisomie 21

Il est important de faire un bref aperçu sur le fonctionnement de l'organisme en termes de chromosomes pour bien comprendre cette maladie.

2.1.3.1. Chromosomes et conception

Dans le noyau de chaque cellule de tout être vivant on peut individualiser, après une coloration particulière, de petits bâtonnets que l'on appelle les chromosomes. Les chromosomes, sont donc, des structures dérivées du noyau de la cellule qui contiennent l'ensemble des caractères héréditaires propres à chaque personne et sont constitués essentiellement d'acide désoxyribonucléique (plus connu sous le nom ADN) ainsi que des protéines. L'étude de ces chromosomes vus au microscope ou caryotype se fait à partir d'une goutte de sang. Ils portent nos milliers de gènes, c'est à dire les codes qui programment le développement et le fonctionnement de chacun d'entre nous. Ils sont en quelque sorte les déterminants de notre carte d'identité.

Dans l'espèce humaine, le nombre total de chromosomes dans chaque cellule est de 46. Dans ces 46 chromosomes, on distingue:

- 44 chromosomes communs aux deux sexes et qui forment 22 paires: les autosomes;
- 1 paire de chromosomes « sexuels », XX pour la femme, XY pour l'homme: les gonosomes ou chromosomes sexuels.

Pour pouvoir les décrire commodément, les autosomes ont été numérotés du plus grand (paire 1) au plus petit (paire 22).

Lors de la conception d'un enfant, chacun des parents transmet 23 chromosomes : 1 de chacune des paires d'autosomes plus 1 X pour les cellules d'origine maternelle, 1 X ou 1 Y pour celles d'origine paternelle. La division qui se produit ainsi, au sein du noyau des cellules sexuelles, est la méiose ou division réductionnelle. Les chromosomes transmis par les parents sont donc, pour chaque paire au hasard, le chromosome qu'ils ont eux-mêmes reçu de leur père ou de leur mère.

La première cellule fœtale est ainsi constituée par les 23 chromosomes paternels et les 23 chromosomes maternels. Cette première cellule se divise en deux cellules à 46 chromosomes par mitose puis les divisions se poursuivent. C'est lors de la méiose que se produisent la plupart des anomalies qui sont à l'origine de la trisomie 21. Dans la trisomie 21, le chromosome 21 est en trois exemplaires au lieu de deux, ce qui entraîne la présence en excès des gènes portés par ce chromosome (environ 300), déséquilibrant l'ensemble du

fonctionnement de l'organisme. Elle résulte donc d'un accident mécanique subi par les chromosomes lors de la division cellulaire. Il s'agit plus précisément, de la non-disjonction des deux chromosomes 21 lors de la méiose. C'est dire que dans la grande majorité des cas (95%), l'origine de ce syndrome est une mauvaise disjonction des deux chromosomes 21 en première ou deuxième division de méiose.

2.1.3.2. Facteurs de risque et espérance de vie

Les recherches sur des facteurs de risque de la trisomie 21 et l'espérance de vie des trisomiques 21 sont de plus en plus nombreuses. Elles s'accordent toutes sur le fait qu'ils sont principalement liés à l'âge de la mère et donne une précision sur l'espoir de voir les personnes porteuses de trisomie 21 vivre plus longtemps grâce aux progrès scientifiques et si leur environnement y contribue également .

❖ Facteurs de risque

Pour le moment, le plus gros facteur connu et non contesté de trisomie 21 est selon MayoClinics (2008 : p. 2), l'âge de la mère. Pour lui, ceci s'explique en partie par le vieillissement des ovocytes, présents chez la fille dès la naissance. Des recherches ont démontré que plus l'âge de la mère est avancé, plus le risque de trisomie 21 augmente : à 40 ans, le risque est bien plus important qu'à 30 ans. Une femme ayant déjà donné naissance à un enfant atteint de trisomie 21 a un risque plus important pour les prochaines grossesses. Le vieillissement des ovocytes maternels est également imputé dans plusieurs autres malformations d'origine chromosomique, entraînant le plus souvent une fausse-couche.

La trisomie 21 n'est généralement pas héréditaire, il n'y a donc pas de transmission de parents aux enfants. Néanmoins, les chercheurs ont mis en évidence qu'un certain type de syndrome de Down peut être favorisé par la présence d'un gène particulier pouvant lui être commun à plusieurs membres d'une même famille. Chez la personne trisomique, au tout début de son développement embryonnaire, il est aussi possible d'assister à une trisomie 21 mosaïque, seule une partie des cellules de l'individu étant trisomiques. Les autres facteurs ne sont pas connus.

❖ Espérance de vie

On le voit au fait que les personnes vivant avec une trisomie 21 ont vu leur espérance de vie croître considérablement si on la compare à celle du siècle dernier. Pour ne donner que quelques chiffres, rappelons qu'en 1929 l'espérance de vie pour ces personnes n'était en moyenne que de 9 ans, qu'en 1935 elle voisinait les 15 ans et que vers les années 1945-1950,

elle se situait entre 25 et 30 ans. En 1997, aux États-Unis, on constatait que l'âge médian au décès des porteurs d'une trisomie 21 était de 49 ans. Aujourd'hui, approximativement 45 % des personnes dépassent l'âge de 60 ans et 15 % atteignent les 70 ans. Il s'agit d'une progression remarquable. Cette progression n'est cependant pas due seulement à la médecine. Il faut considérer d'autres facteurs tout aussi importants qui touchent aussi bien à la qualité de vie qu'on offre aujourd'hui aux personnes porteuses de la trisomie 21 qu'aux efforts consentis pour qu'elles aient une meilleure estime d'elles-mêmes.

2.1.4. La typologie de la trisomie 21

La trisomie 21 peut se comprendre et/ou identifier sur diverses formes chez les individus. A l'heure actuelle, les connaissances scientifiques ont isolé les formes les plus connues. Il s'agit en effet de 3 types de trisomie 21 :

2.1.4.1. La trisomie 21 libre

Elle représente 95% des cas de trisomie 21 et est due à la présence d'un troisième chromosome 21 dans les cellules du patient. En effet, elle résulte d'une mauvaise division cellulaire lors de la formation des gamètes (ovule et spermatozoïde), donc un accident de la méiose. En effet, au cours de cette méiose, les paires de chromosomes doivent normalement se cliver et aller aux différents pôles de la cellule en division : c'est le phénomène de la disjonction méiotique.

Toutefois, il peut arriver qu'une paire de chromosomes ne se divise pas et ces derniers migrent à un des pôles de la cellule, donnant ainsi deux cellules filles dont l'une à 24 paires de chromosomes et l'autre à 22 paires de chromosomes qui, elle, est non viable : c'est le phénomène de non-disjonction méiotique. Lorsque le gamète ayant deux chromosomes 21 rencontre un gamète qui en possède un, l'œuf qui en sera issu aura 3 chromosomes 21, d'où le nom de trisomie 21 libre, complète et homogène.

- Libre (s'oppose à translocation) : les trois chromosomes 21 sont séparés les uns des autres ;
- Complète (s'oppose à partielle) : la trisomie concerne la totalité du chromosome 21;
- Homogène (s'oppose à mosaïque) : la trisomie 21 a été observée dans toutes les cellules examinées (10, 20 ou 30 cellules selon les laboratoires). Le terme d'homogène ne permet cependant pas d'exclure la présence d'une mosaïque dans les autres cellules de l'organisme.

2.1.4.2. La trisomie 21 en mosaïque

Elle touche environ 2% de la population des personnes atteintes de trisomie 21. Elle est due à la présence d'un troisième chromosome 21 dans une partie des cellules du patient. Dans ce cas, l'erreur de distribution survient lors de la deuxième division cellulaire (l'individu est porteur à la fois de cellules dites normales et de cellules trisomiques), c'est-à-dire que l'enfant a une double population cellulaire : l'une normale à 46 chromosomes et l'autre avec 47 chromosomes et la proportion de cellules trisomiques peut varier d'un organe à l'autre. En effet, après une ou deux divisions, une des deux cellules à 46 chromosomes diverge et donne une cellule à 45 chromosomes qui meurt et une autre à 47 chromosomes. On aura ainsi dans l'organisme un mélange de lignées cellulaires dont les unes auront 46 chromosomes et les autres une trisomie 21, d'où le terme de trisomie 21 en mosaïque.

2.1.4.3. La trisomie 21 par translocation

Elle est la forme la plus rare. Elle touche environ 3% des cas de trisomie 21. La translocation est un déplacement d'un segment de chromosome sur un chromosome non analogue. Lorsqu'un examen très attentif est fait, l'on se rend compte qu'il existe bien 3 chromosomes 21 chez l'enfant : on retrouve deux chromosomes 21 libres, avec un troisième transloqué sur un autre chromosome, généralement le chromosome 14 ou le 22. Donc, l'ensemble ou une partie d'un chromosome (souvent le chromosome 14) se transloque à une partie ou à la totalité du chromosome 21. Elle est difficile à détecter, car il arrive qu'on retrouve chez un enfant tous les signes de la trisomie 21 et que son caryotype ne révèle que 46 chromosomes. Dans un cas sur deux, cette translocation se produit au moment de la formation des gamètes. A l'heure actuelle, on sait qu'une petite partie du chromosome 21 surnuméraire est suffisante pour faire apparaître les signes de la maladie.

Les frères et sœurs n'ont alors pas plus de risques que le reste de la population d'avoir un enfant trisomique 21. Dans l'autre moitié des trisomies 21 par translocation, l'un des parents est porteur de la maladie. C'est donc le seul type de trisomie où l'un des deux parents est porteur du chromosome résultant de la translocation sans être lui-même atteint de trisomie. Mais elle peut être transmise par un parent ayant cette translocation et un seul chromosome 21. L'examen du caryotype des parents d'un enfant porteur d'une translocation montre dans 50% des cas que l'un d'eux ne porte que 45 chromosomes avec cependant un chromosome 21 libre et un chromosome 21 lié à un autre chromosome : on parle de translocation équilibrée pour ce parent puisqu'il n'y a pas de matériel chromosomique supplémentaire et de translocation déséquilibrée chez l'enfant porteur de 3 chromosomes 21. La translocation

équilibrée n'a aucune conséquence pathologique puisque nous avons un nombre normal de chromosomes dont seule la répartition est modifiée.

2.1.5. Aspects cliniques de la trisomie 21

Une série d'anomalies physiques et une perturbation psychologique peuvent être associées au syndrome de Down. Ces signes, qui apparaissent comme le témoignage visible de l'appartenance à un groupe différent, constituent l'un des éléments du tableau clinique les plus douloureusement ressentis par les enfants et leurs parents.

La plupart des symptômes peuvent aussi bien être rencontrés chez les enfants sans anomalie chromosomique que ceux porteurs de trisomie 21. Le plus souvent c'est l'association de plusieurs signes qui permet de faire le diagnostic clinique.

Il est aussi important de rappeler que toutes ces anomalies ne se retrouvent pas chez toutes les personnes porteuses de la trisomie 21. Chaque individu est unique.

2.1.5.1. Les signes cliniques de l'enfant porteur de trisomie 21

Ils sont variés et constituent un des éléments de diagnostic de trisomie 21.

❖ L'hypotonie musculaire

Il existe, dès la naissance, une diminution du tonus musculaire ou hypotonie. Elle constitue un élément constant identifié dès la naissance. Selon Rondal et Lambert (1984), les nouveau-nés atteints du syndrome de Down sont d'une taille et d'un poids inférieurs à la moyenne. Ils sont en général très hypotoniques et cette hypotonie est importante et généralisée. Cette hypotonie explique les retards d'acquisition de la tenue de la tête, de la station assise, de la marche. Elle s'accompagne souvent d'une hyperlaxité ligamentaire provoquant ainsi une trop grande souplesse des articulations et joue un rôle dans le retard des acquisitions motrices. L'hypotonie musculaire affecte tous les muscles du corps et elle est impressionnante jusqu'à l'âge de 6 mois : les muscles de l'enfant sont très mous et peu consistants à la palpation. Après 6 mois, l'hypotonie diminue mais pas complètement. Le développement psychomoteur est retardé avec des variations individuelles importantes. La marche est acquise autour de 2 ans en général.

Cette hypotonie est sans doute responsable de la faiblesse de certains réflexes et de certaines réponses motrices, tels le réflexe patellaire, la réponse de traction et la réaction à la suspension ventrale. Ainsi, dès les premiers jours, le développement physique et moteur de l'enfant est considérablement retardé par l'hypotonie et l'immaturation du système nerveux. Ce retard de développement sur le plan moteur varie selon l'importance de l'hypotonie.

L'hypotonie musculaire associée à la laxité ligamentaire a comme conséquence une mobilité excessive des articulations. Par ailleurs, beaucoup d'études ont montré que la maturation osseuse était nettement retardée par rapport aux normes. Ce retard de maturation se produit principalement pendant la période prénatale et durant les trois premières années de la vie. Ceci expliquerait l'aspect court des membres et de la taille en fin de croissance.

Cette maturation osseuse perturbée, retentirait sur le développement musculaire et induirait en partie l'hypotonie musculaire.

Pour se développer, le bébé atteint de trisomie 21 aura donc besoin d'être stimulé, car sans éducation sensori-motrice, les acquisitions élémentaires se feront avec un retard important entraînant un retard de l'éveil psychique et intellectuel.

L'importance de cette hypotonie, son retentissement sur l'acquisition de la position assise puis de la marche justifient la prise en charge précoce par un psychomotricien ou/et un kinésithérapeute de l'enfant porteur de la trisomie 21.

❖ **Phénotype**

Si les personnes atteintes de trisomie 21 ont des traits communs entre elles, elles ont aussi de grandes différences. Chaque personne atteinte de trisomie 21 a des caractéristiques liées à son syndrome mais aussi des caractéristiques héritées de ses parents et des caractéristiques acquises de par son éducation. Les signes visibles à l'œil à la naissance ne suffisent pas pour qu'un diagnostic soit posé. Dans tous les cas, la confirmation par un caryotype est nécessaire.

- Le syndrome dysmorphique est classiquement constitué par les différents traits ci-dessous:
- Le périmètre crânien est habituellement plus petit que chez l'enfant ordinaire.
- Le crâne présente un aspect caractéristique avec une nuque plate.
- La tête a un aspect arrondi avec des fontanelles (antérieures et postérieures) plus grandes et leur fermeture plus tardive.

Le visage est arrondi et d'aspect aplati avec un nez petit, triangulaire et des narines tournées vers l'avant. Les oreilles sont petites, arrondies avec un conduit auditif étroit.

Les yeux et les fentes palpébrales confèrent au visage un aspect pseudo-asiatique, à l'origine des termes « mongolisme » et « mongolien » anciennement utilisés. Ces fentes sont souvent obliques en haut et en dehors avec un épicanthus dont la présence donne l'impression

que les deux yeux sont trop écartés l'un de l'autre. La bouche est petite avec des lèvres épaisses, une langue assez volumineuse d'aspect lisse, fendillé.

Le cou est souvent très court avec un excès de replis cutanés à la partie postérieure chez le nourrisson, qui s'atténue avec l'âge. Le thorax est souvent normal mais peut présenter une déformation antérieure en cas de cardiopathie congénitale. L'abdomen est volumineux en raison de l'hypotonie musculaire avec une hernie ombilicale plus ou moins importante.

Les mains sont courtes, trapues, avec des doigts courts. Le cinquième doigt présente une incurvation (clinodactylie) avec un seul pli de flexion (signe inconstant mais de grande valeur sémiologique). Les pieds eux aussi sont courts, un peu trapus avec l'existence d'un espace élargi entre le premier et le deuxième orteil.

La peau est habituellement fragile, sensible aux agressions extérieures, notamment le froid. Il convient ainsi d'insister sur le fait que, pour la plupart, ces symptômes représentent une particularité, une différence, mais ne constituent pas en soi un handicap. Le plus souvent, c'est l'association de plusieurs signes qui va permettre l'évocation clinique du diagnostic.

2.1.5.2. Approche psychologique

D'une façon générale, l'enfant atteint de trisomie 21 apprend continuellement et développe en permanence ses connaissances comme le ferait un individu normal, mais il le fait plus lentement. Cela signifie qu'il faut adapter les apprentissages au rythme d'acquisition des connaissances de l'enfant, faciliter le travail, le stimuler fréquemment, et l'encourager.

Les anomalies sont constantes, mais de degré variable. Elles sont influencées par l'environnement.

❖ L'intelligence

Le retard des acquisitions intellectuelles est constant et variable d'un enfant à l'autre. L'importance des difficultés intellectuelles est variable, constante et rend la scolarité normale difficile. Toutefois il existe chez l'enfant trisomique :

- Une lenteur particulière à traiter une information et à produire une réponse à un stimulus, à une question, à une action. Ceci peut amener à penser qu'il ne répond pas ou ne comprend pas (la réponse arrivant de façon décalée et n'étant pas interprétée comme réponse).
- Une difficulté à inhiber suffisamment longtemps la réponse pour pouvoir poursuivre une analyse détaillée de la question. Il est donc en difficulté devant des

consignes complexes, d'autant que certaines composantes de la mémoire sont altérées. Il est important de ne donner qu'une consigne à la fois.

Les niveaux de déficience mentale variables entraînent de grandes différences dans l'âge d'apprentissage chez l'enfant.

Or, évaluer le niveau intellectuel des enfants trisomiques 21 n'est pas une chose facile mais les psychologues disposent pour cela d'une série de tests psychologiques correspondant à des normes établies pour chaque âge et utilisées aussi chez les enfants ayant une déficience intellectuelle. Les différentes tables de référence obtenues permettent de traduire, en termes de mesure, la performance du sujet testé soit en la transformant en âge mental (AM) ou en âge chronologique (AC), soit en situant l'enfant dans un groupe d'âge.

Les quotients intellectuels (QI) ou quotients de développement (QD) sont généralement des mesures mettant en relation l'âge réel et l'âge mental. Ils expriment la vitesse de développement. Le quotient intellectuel a été introduit par le psychologue américain Terman et s'obtient en divisant l'âge mental multiplié par 100 par l'âge chronologique : $QI = AM/AC \times 100$.

Le niveau intellectuel des enfants trisomiques 21 est distribué selon une courbe 85 dont le QI moyen se situe autour de 35-50 pouvant atteindre un maximum de 50-70 donc assez proche du seuil inférieur de l'intelligence dite «normale» (QI supérieur à 80). Certains auteurs considèrent que 86,5% des trisomiques 21 ont un QI compris entre 30 et 65 ce qui correspond à la déficience mentale moyenne, tandis que 5,5% ont un retard mental léger et 8% une déficience mentale profonde. Cette notion de QI est désormais considérée comme inadaptée face à la diversité étiologique des déficiences mentales.

Les tests retenus actuellement sont divers et peuvent évaluer le développement global de l'individu tel que le développement moteur, intellectuel, le développement de la communication, du langage. Ils varient en fonction de l'âge. Il n'existe pas de tests spécifiques pour les trisomiques 21. D'une manière générale, l'abaissement du QI avec l'augmentation en âge chronologique ne signifie nullement que le fonctionnement intellectuel de ces personnes se dégrade anormalement avec le temps, ni que ces sujets soient les malheureuses victimes d'un processus de détérioration intellectuelle précoce. Il s'agit en fait, d'une sorte d'anomalie liée non pas au sujet mais à la mesure du QI.

❖ **Le langage**

L'acquisition du langage et de la parole se fait avec retard. L'évolution est très variable. Certains gardent des troubles de l'élocution importants qui peuvent contraster avec un meilleur niveau de compréhension. En effet, les troubles du langage sont au cœur des problèmes rencontrés par la personne trisomique 21 au cours de son existence et dans sa tentative d'insertion sociale. Le niveau d'acquisition de lecture est extrêmement variable, certains auront une bonne compréhension de ce qu'ils lisent, d'autres décodent bien mais auront une compréhension faible ou absente.

Le bébé atteint de trisomie 21 est souvent décrit comme très calme (trop calme), apathique et peu réactif. Il ne s'intègre dans un véritable circuit de communication avec ses parents que plus tard, par rapport à l'enfant normal ; le plus souvent pas avant 5 ou 6 mois mais cet âge n'est pas officiel.

Ce langage est aussi caractérisé par sa mauvaise qualité, avec une pauvreté de vocabulaire et des troubles articulatoires. L'absence des incisives rend difficile l'articulation du langage et entraîne une grande distorsion de la qualité des sifflantes.

Ils ont également un articulé dentaire particulier qui peut gêner l'articulation de certains sons. Ils ont surtout un retard de langage important. Les premiers mots apparaissent tard et le langage se fait sur le mode télégraphique.

❖ **La sensibilité**

De nombreuses études montrent que les personnes trisomiques ont des seuils de sensibilité plus élevés, et qu'elles ont plus de difficultés à localiser le stimulus douloureux que les personnes ordinaires. Cette apparente insensibilité est davantage due à des différences d'expressions de la douleur, plutôt qu'à une baisse de la sensibilité ou de la conduction nerveuse. De ce fait, les parents ont plus de difficultés à savoir si leur enfant trisomique a mal, et où il a mal.

En général les élèves porteurs de Trisomie 21 peuvent fréquenter des classes ordinaires. Les dispositifs collectifs d'intégration offrent des solutions mixtes. Les établissements spécialisés proposent une scolarisation.

2.1.6. La prise en charge de la trisomie 21

À l'heure actuelle il n'y a pas de traitement de la trisomie 21. Une attention particulière doit être portée dans le dépistage des déficits sensoriels associés (vision et audition). D'autres pathologies peuvent majorer les difficultés dues à la trisomie (comme

l'hypothyroïdie) et doivent donc être recherchées systématiquement en cas de troubles ou modification du comportement, de repli, de régression des acquis, de fatigabilité. Ces pathologies sont plus fréquentes chez les jeunes avec une Trisomie 21 mais peuvent bénéficier d'un traitement, permettant d'éviter un sur handicap.

La prise en charge est pluridisciplinaire et précoce souvent, poursuivie pendant l'enfance et l'adolescence.

La kinésithérapie précoce aidera l'enfant dans sa tonification et dans le passage des étapes du développement neuromoteur. Elle évitera l'adoption de mouvements délétères pour les articulations, du fait de l'hyperlaxité, comme le passage de la position plat ventre à assis par le grand écart. Le travail de tonification se poursuit au-delà de l'âge de la marche et même encore à l'adolescence. Il s'accompagne d'un travail sur l'équilibre.

Le kinésithérapeute et l'orthophoniste peuvent chacun intervenir pour la tonification bucco-faciale avec les conséquences bénéfiques sur la parole mais aussi sur la mastication et la déglutition.

L'orthophonie accompagne aussi l'enfant dans la mise en place de la communication et plus particulièrement dans le développement du langage et de la parole. Il est nécessaire que des liens s'établissent entre l'enseignant et l'orthophoniste autour de ce qui se fait dans chacun des lieux, des difficultés et des compétences propres de l'enfant. Afin de favoriser la communication et pour pallier le retard de langage et de parole, on pourra utiliser des supports tels que, par exemple, le Français signé (langue des signes française très simplifiée) à condition que ces signes soient appris par l'ensemble des acteurs intervenant autour de l'enfant. Ces signes seront spontanément abandonnés par l'enfant lors de l'acquisition des mots.

2.2. LES MODÈLES THÉORIQUES DE L'AUTODÉTERMINATION

2.2.1. Selon Wehmeyer

Michael Wehmeyer, professeur et directeur du Centre sur les déficiences intellectuelles à l'Université du Kansas, fait partie de nombreux chercheurs ayant effectué des études concernant l'autodétermination. Il propose un modèle qui nous semble plus complet dans la mesure où, il montre le processus de façon claire en prenant en compte la personne et son environnement. Pour Wehmeyer, (1996, cité par Wehmeyer et Lachapelle, 2006 : p. 69) l'autodétermination se réfère aux « habiletés et attitudes requises chez une personne, lui

permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus ».

2.2.2. Modèle fonctionnel de l'autodétermination selon Wehmeyer

Wehmeyer et ses collaborateurs (Wehmeyer et coll. 2003), ont proposé une théorie fonctionnelle de l'autodétermination. Ce modèle a été développé à travers une étude sur les personnes ayant une déficience intellectuelle. C'est un modèle qui met en relation la notion de capacité, d'occasion et d'influence de l'environnement. Il permet d'avoir une vision globale de toutes les facettes de la personne et de son environnement. En effet, Wehmeyer met en avant le fait que l'autodétermination n'est pas seulement une question de possibilité, mais de différentes composantes. Il va définir un comportement autodéterminé comme un ensemble d'« actions volontaires qui permettent à quelqu'un d'agir en tant qu'agent causal principal dans sa vie ou de maintenir sa qualité de vie » (Wehmeyer 2005, p. 117).

Pour cet auteur, le centre de cette perspective est la notion d'agent causal. Il s'agit pour une personne d'être celui qui fait ou qui cause les événements survenant dans sa vie. C'est dire que la notion d'agent causal renvoie à quelque chose de plus grand qu'une simple cause de l'action; c'est le fait pour la personne d'aller au-delà de l'action et d'agir dans l'intention de causer un effet pour atteindre un objectif spécifique afin de provoquer ou de créer un changement.

Allant dans le même sens que (Wehmeyer(2005), Mithaug (1998, p. 42) ajoute que l'« autodétermination se produit toujours dans un contexte social » (Wehmeyer, 2005) et que « la nature sociale de ce concept vaut la peine d'être examiné parce que la distinction entre l'autodétermination et l'« hétérodétermination » est presque toujours en jeu lorsque l'on évalue les perspectives de contrôle sur la vie d'un individu dans une situation particulière ».

Dans le développement de ce modèle, Wehmeyer et Lachapelle (2006 : p. 71) identifient un certain nombre de facteurs favorables à l'émergence de comportements autodéterminés. Selon les auteurs, ces facteurs sont influencés par les perceptions et les croyances entretenues par la personne elle-même et par les membres de son entourage. Il s'agit des :

- capacités individuelles qui sont elles-mêmes déterminées par le développement personnel et les situations d'apprentissage ;
- occasions fournies par l'environnement et les expériences de vie ;
- types de soutien dont bénéficie la personne.

De plus, Wehmeyer (2003) pense qu'un comportement autodéterminé est composé de quatre caractéristiques essentielles que sont : l'autonomie comportementale ; l'autorégulation ; l'*empowerment* psychologique et l'autoréalisation. Une personne est considérée comme étant autodéterminée dans la mesure où ses comportements reflètent, à un certain degré, ces quatre caractéristiques (Lachapelle et Wehmeyer, 2003).

Le fonctionnement autonome correspond à « l'ensemble des habiletés d'une personne à indiquer ses préférences, à faire des choix et à amorcer une action en conséquence », (Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p. 211). L'autonomie comportementale correspond à la capacité à résoudre un problème quand on se retrouve face à un choix. Cela signifie que la personne est capable de prendre une décision de manière autonome, même si celle-ci peut aller à l'encontre de la volonté d'autrui. Donc, la personne agit en accord avec ses intérêts, ses préférences et ses capacités, de manière indépendante : sans influence extérieure exagérée.

L'autorégulation est un « système complexe de réponses permettant à un individu d'analyser son environnement et ses répertoires de réponses afin de faire face à l'environnement et de prendre des décisions quant à ce qu'il doit faire, de passer à l'action, d'évaluer les conséquences de ses actions et de réviser ses positions s'il y a lieu », (Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p. 211). Elle se caractérise donc par la connaissance de soi, de son propre fonctionnement. Elle implique la capacité à se fixer des buts ainsi que définir les moyens nécessaires pour les réaliser. L'autorégulation implique également d'utiliser ses expériences de vie pour apprendre davantage. Il s'agit également d'avoir les compétences pour résoudre les problèmes pouvant se présenter dans l'interaction avec les autres personnes.

Dans un autre modèle théorique inspiré de la recherche en éducation spécialisée, Mithaug (Wehmeyer et coll. 2003) pense que l'autodétermination est une forme exceptionnellement efficace d'autorégulation dans laquelle les personnes autodéterminées gèrent leurs choix et leurs actions avec plus de succès que les autres. Pour le même auteur, les individus sont souvent en fluctuation entre des états existants et un objectif ou des états souhaités. Lorsqu'une incohérence existe entre ce que quelqu'un possède et ce qu'il désire, un facteur incitatif à l'autorégulation et à l'action entre en fonction. En étant conscient de l'existence d'une incohérence, l'individu peut entreprendre la réalisation de son objectif ou de ses états désirés. Cependant, en raison d'antécédents d'échec, les individus peuvent se fixer des attentes trop faibles ou trop élevées. La capacité de se fixer des attentes appropriées est fondée sur la réussite de l'individu à faire correspondre sa capacité avec l'occasion présente. La capacité est l'évaluation des ressources existantes de la personne (ex.: aptitudes, intérêts,

motivation) et l'occasion désigne des aspects de la situation qui permettent à l'individu de réaliser le gain désiré.

L'appropriation psychologique ou empowerment psychologique est la capacité à reconnaître ses propres responsabilités et celles d'autrui, à faire valoir ses droits, son avis. Wehmeyer et Sands (1996, cité par Wehmeyer et al., 2001 : p.2) pensent que l'empowerment concerne « des actions posées dans le but d'accroître le nombre de situations permettant à une personne d'exercer un contrôle sur sa vie ». Elle représente donc le début de la connaissance de soi, de son fonctionnement, de ses forces et limites. Pour Haelewyck et Nader-Grosbois, 2004, elle est « la croyance en sa capacité à exercer un contrôle sur sa vie ». De leur côté, Rullac et Ott, (2010: p. 104) pensent le terme renvoie plutôt à « l'appropriation, le renforcement du pouvoir d'agir de la personne ».

La réalisation personnelle ou autoréalisation quant à elle se définit comme la connaissance de soi, de ses forces et de ses limites. Autrement dit, c'est la capacité d'interpréter les résultats de ses propres expériences, d'en tirer des enseignements. Elle fait référence à la poursuite de buts intrinsèquement motivés qui contribue au sentiment d'accomplissement personnel. Bien que, la personne en situation de handicap comme l'indiquent Haelewyck et Nader-Grosbois(2004) présente souvent des difficultés à réajuster son comportement en fonction des résultats obtenus.

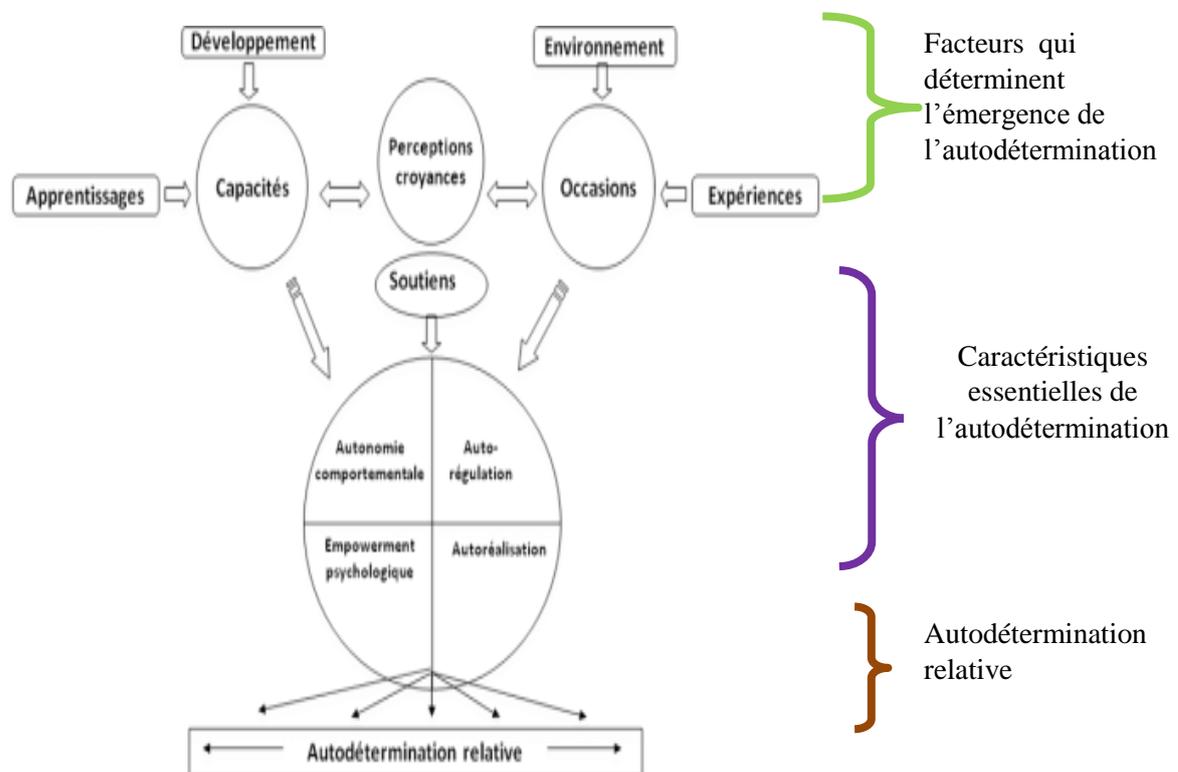


Figure 1. Modèle fonctionnel de l'autodétermination tiré de Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p. 209

Comme l'indique le tableau ci-dessus, ces caractéristiques essentielles mènent à une

Comme l'indique le tableau ci-dessus, ces caractéristiques essentielles mènent à une autodétermination relative. Relative parce qu'un comportement autodéterminé dépend largement des facteurs décrits et des caractéristiques essentielles citées. En ce qui concerne les caractéristiques, elles sont « nécessaires mais non suffisantes à la manifestation d'un comportement autodéterminé » (Wehmeyer et Lachapelle 2006 : p.71).

Les auteurs vont plus loin dans l'explication de la dimension relative de l'autodétermination pour nous dire que celle-ci varie en fonction du temps et de l'environnement. En effet, ils expliquent que « l'âge, la présence ou l'absence d'occasions, les capacités et les événements sont autant de facteurs d'influence du degré auquel chacune des caractéristiques essentielles est présente » Wehmeyer et Lachapelle (2006 : p.71). Tout ceci nous emmène à comprendre qu'une personne présentant une déficience intellectuelle peut développer son autodétermination quoiqu'ayant des insuffisances si l'entourage et de bonnes occasions lui sont favorables.

Selon Wehmeyer (2010), un comportement autodéterminé est donc conduit par des objectifs. Il relève ainsi l'importance des trois éléments suivants pour encourager les personnes dans leur processus d'autodétermination :

- « se fixer un objectif et le définir de façon claire et concrète ;
- élaborer une série d'objectifs ou de tâches visant la réalisation de ces objectifs;
- préciser les actions nécessaires à la réalisation du résultat souhaité.» (Wehmeyer, 2010 : p. 7)

2.2.3. Selon Abery et Stancliffe

Le modèle développé par Abery et Stancliffe (2003) vient renforcer l'importance de l'environnement dans le développement de l'autodétermination. Abery et Stancliffe se sont inspirés du modèle écologique de Bronfenbrenner (1977) qui explique le développement d'une personne comme le produit de l'interaction entre cette dernière et l'environnement. En effet, ces auteurs pensent qu'une perspective strictement individuelle de l'autodétermination insistant uniquement sur les caractéristiques personnelles est insuffisante pour traduire la complexité du processus qui mène à l'expression de son autodétermination.

Ainsi, de telles occasions dont bénéficie une personne en situation de handicap sont le résultat d'un ensemble d'interactions trouvant leur source à différents niveaux systémiques.

Ils vont notamment s'appuyer sur les travaux de Bronfenbrenner (1979), pour dire que des actions posées à ces différents niveaux sont susceptibles d'influencer positivement l'autodétermination d'une personne. Ils vont donc mettre l'emphase sur l'interaction entre la personne et ses différents environnements pour comprendre comment une personne exprime son autodétermination. Pour ces auteurs, l'autodétermination se définit comme « un processus complexe à travers lequel une personne exerce le niveau de contrôle désiré sur les secteurs qu'elle perçoit important dans sa vie. » (Abery et Stancliffe, 2003 : p. 27).

Le modèle d'autodétermination d'Abery et Stancliffe est conçu à partir de trois aspects distincts :

- 1) le degré de contrôle exercé par la personne,
- 2) le degré de contrôle désiré par la personne et,
- 3) l'importance donnée au domaine contrôlé par la personne.

L'autodétermination résulte donc du degré d'accord entre le contrôle que la personne désire selon l'importance qu'elle accorde au domaine visé et le contrôle qu'elle exerce réellement. Les domaines sont variés et peuvent concerner le milieu de vie, l'occupation d'un emploi, l'administration de ses biens, etc. Chaque aspect s'inscrit sur un continuum allant de l'absence de contrôle au plein contrôle exercé ou désiré. Chacun des aspects peut également changer avec le temps et selon les désirs de la personne et l'évolution de ses capacités. Par exemple, une personne peut vouloir choisir de faire ses repas à la maison. Selon celle-ci, son degré de contrôle désiré est élevé et son degré d'importance est également élevé puisque celle-ci veut choisir les aliments qui composeront son repas et l'heure à laquelle il sera servi. Si la personne choisit ses aliments pour faire son repas, le cuisine et le sert à l'heure désirée, son degré de contrôle exercé est donc élevé. Ainsi, l'autodétermination de cette personne est élevée quant à ce domaine de vie, soit la réalisation de ses repas. À l'inverse, son autodétermination est basse si elle ne peut pas choisir ses aliments, cuisiner et choisir l'heure du repas puisque son contrôle exercé est bas.

Cette théorie suggère également qu'il y a différentes compétences liées à l'autodétermination (habiletés, connaissances, attitudes et croyances). Ces compétences s'expriment à l'intérieur de microsystèmes qui sont eux-mêmes imbriqués à l'intérieur de systèmes plus vastes : le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. Le microsystème d'une personne est constitué des différents environnements immédiats qu'elle fréquente. Il peut s'agir de la famille, du milieu de travail, du milieu résidentiel, etc. Le mésosystème correspond aux interactions qu'entretiennent entre eux les différents microsystèmes d'une

personne. La collaboration professionnelle est un exemple d'enjeu important. L'exosystème correspond aux différents environnements dans lesquels une personne n'a pas de participation directe, mais dont les décisions peuvent néanmoins l'affecter. La gestion des organisations de services en déficience intellectuelle en est un exemple. Le macrosystème correspond à l'ensemble des croyances, des valeurs et des principes ayant cours dans une société.

Ces deux modèles posent nettement la question de l'environnement dans le processus de développement et d'expression de l'autodétermination. Il devient donc nécessaire de créer des environnements qui, tout en s'adaptant à l'état de la personne en situation de handicap de façon générale et de la personne avec une déficience intellectuelle en particulier, sont favorables à l'autodétermination.

2.3. AUTODÉTERMINATION ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La question autour de l'autodétermination et la déficience intellectuelle paraît pour une grande majorité d'individus, non fondée. En effet, l'on se demande comment les occasions de choix peuvent être offertes aux personnes avec une déficience intellectuelle. Pourtant, nombreuses sont ces personnes à qui nous avons accordé quelques temps et qui nous révèlent qu'elles peuvent faire des choix si jamais on leur donne cette opportunité. Pour certains, on leur permet de le faire mais, ces occasions restent tout de même très limitées, tandis que pour d'autres, il n'y a pas de tentatives allant dans ce sens.

2.3.1. De manière générale

L'autodétermination chez les personnes présentant des incapacités voit le jour à la suite des travaux de Nirje en 1972. Ce concept qui faisait autrefois référence au droit d'une nation à s'autogouverner, prendra désormais une tournure différente et sera utilisé par plusieurs mouvements qui militent en faveur des personnes en situation de handicap. L'accès à des conditions de vie de qualité est alors, le mot d'ordre de tous ces mouvements qui veulent plaider la cause des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

En tant que précurseur de ce mouvement, Nirje (1972) cité dans Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p. 205, souligne que « *Tout être humain a droit au même respect. Les choix, les souhaits, les désirs et les aspirations d'une personne handicapée doivent être pris en compte autant que possible en regard des actions qui la concernent. (...) Même une personne présentant des incapacités a une identité propre, distincte, définie à travers ses interactions avec son entourage et les circonstances de la vie* »(p. 177).

Les études sur l'importance de l'autodétermination, vont se multiplier, en partie grâce la conviction grandissante des personnes qui présentent une déficience intellectuelle elles-mêmes verront le jour. C'est dire que l'apparition de la notion d'autodétermination comme pouvant répondre aux questions de la participation et de l'intégration sociale de personnes présentant des limites sur le plan intellectuel, trouve désormais tout son sens. A ce sujet, Kennedy et de Williams cités dans Wehmeyer, Kelchner et Richards (1995), diront que les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ont elles-mêmes identifié l'autodétermination comme étant une composante essentielle à l'indépendance et à l'empowerment (Wehmeyer et al., 1995).

2.3.2. Sur les trisomiques 21

La trisomie 21 est la première cause de déficience intellectuelle ou retard mental. Le degré de déficience dépend du quotient intellectuel. Ainsi, le DSM-IV considère que le retard mental est dit léger lorsque le QI se situe de 50-55 à 70. Un QI compris entre 35-40 jusqu'à 50-55 est caractéristique d'un retard mental moyen. Lorsque le QI se situe entre 20-25 jusqu'à 35-40, le retard mental est dit grave. Un QI inférieur à 20-25 est caractéristique d'un retard mental profond. Finalement, une dernière catégorie existe comprenant le retard mental non spécifié, c'est-à-dire où il y a une suspicion de déficience intellectuelle mais que celle-ci ne se traduit pas par un QI inférieur selon les tests (Tassé et Morin 2003. P 14).¹

Les personnes trisomiques 21 peuvent faire face à une limitation de leurs capacités verbales. Cette limitation peut avoir un impact sur leur capacité de prise de décision et leur liberté de choix (Webber et Cobigo, 2014). En effet, les personnes porteuses de trisomie 21 n'arrivent pas toujours à communiquer de façon claire et, de ce fait, leurs choix ne sont pas toujours compris. Si donc, d'autres moyens de communication ne sont pas pris en compte, elles ne seront pas comprises et les occasions de choix également ne seront pas perçues comme le font remarquer Atanki et al., (2006).

Cependant, bien que les personnes porteuses de trisomie 21 se caractérisent par un trouble de langage dans la plupart des cas, un faciès particulier qui semble attirer sur elle tous les préjugés et les craintes relatifs à l'arriération mentale, cela ne constitue pas un frein à l'expression des choix qu'elles désirent faire. Elles aimeraient, pour la grande majorité de celles que nous avons rencontré au cours de nos stages et ce, depuis notre première année en Master, avoir les possibilités des choix allant de simples options comme, le choix du repas, des vêtements, de l'activité à accomplir dans la journée, pour ne citer que ceux là, aux choix les plus importants tels que le choix de carrière, le choix de partenaire, le lieu de résidence.

De cette façon, elles pourront acquérir, développer et exercer pleinement leur autodétermination. Comme nous le relèvent Stancliffe et Wehmeyer (1995), les caractéristiques de l'environnement s'avèrent essentielles pour augmenter les occasions de faire des choix et pour en affecter leur diversité. Aussi, il ne suffit pas d'avoir cet environnement favorable à l'autodétermination pour se sentir efficace, d'autres facteurs peuvent également influencer celle-ci. C'est dans ce sens que les auteurs cités par Shogren et Broussard (2011, p.99), précisent que « malgré un environnement soutenant [l'autodétermination], ils ne peuvent être autodéterminés sans avoir les habiletés, attitudes, et le soutien pour être un agent causal ».

CHAPITRE 3 LES THÉORIES DE L'EFFICACITÉ DE SOI

Boudon (1971, pp. 174-175), estime que « la notion de théorie dans les sciences sociales comporte un sens large et un sens étroit. Au sens étroit, elle correspond à la notion de système hypothético-déductif de propositions. Au sens large, elle recouvre, outre la notion de théorie au sens étroit, au moins trois catégories distinctes de paradigmes, à savoir des paradigmes théoriques ou analogiques, les paradigmes formels et les paradigmes conceptuels ». Cette position de Boudon suppose la théorie comme une manière de concevoir et de percevoir les faits et d'organiser leur représentation. Elle sert à conceptualiser et à expliquer un ensemble d'observations systématiques relatives à des phénomènes et à des comportements complexes. Elle sert aussi à découvrir un fait caché. Il s'agit donc d'une construction de l'esprit élaborée suite à des observations systématiques de quelques aspects de la réalité. Dans le cadre de notre travail, nous nous appuyerons sur les conceptions théoriques de la motivation et de l'auto-efficacité.

3.1. LA THEORIE DE MOTIVATION

La motivation est selon le Grand Dictionnaire de Psychologie (2003), un « processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'un comportement ainsi que de la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce le comportement ». De nombreuses études motivationnelles effectuées dans différents domaines ont au fil des années, suscité un intérêt particulier pour les chercheurs. Nous nous attarderons dans cette recherche sur les travaux de Déci et Ryan portant sur l'autodétermination. Toutefois, avant de mettre l'accent sur ce modèle, il importe de revenir sur cette notion dans le cadre général de la psychologie.

3.1.1. La motivation dans le cadre général de la psychologie

Le dictionnaire Larousse (2003) définit le terme motivation comme étant : « L'ensemble des motifs qui expliquent un acte ». Cette définition courante de la motivation correspond à l'usage commun et renvoie à l'explication causale d'un comportement. Dans le cadre de notre étude, nous serons amenés à considérer d'autres définitions qui rendent compte des acceptions qu'elle peut revêtir dans le langage théorique. En effet, souligne Fenouillet (2003a, p. 19), chaque théorie motivationnelle en propose une définition et une explication qui lui est propre. A ce titre, il nous est d'ores et déjà possible d'indiquer les définitions traditionnelles utilisées en psychologie. Dans cette perspective et ce, pour des raisons

inhérentes à notre orientation, nous n'en citerons que deux à savoir : celle du dictionnaire Larousse de Psychologie et celle de Vallerand et Thill, spécialistes de ce sujet.

Dans le dictionnaire Larousse de psychologie, Bloch et al., (1997, p. 790) soutiennent que le terme motivation renvoie aux « processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'un comportement ainsi que de la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce ce comportement ». Contrairement à la définition commune on décèle nettement ici une idée de mouvement ou d'évolution véhiculée par le terme « processus » qui renvoie à un enchaînement de phénomènes.

Pour Vallerand et Thill dans Vallerand (1993, p.18), « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. » Il apparaît au travers de cette définition que Vallerand et Thill, qui se sont attachés à passer en revue les principaux travaux sur la motivation et qui ont fourni une définition descriptive suffisamment large pour englober l'ensemble des théories (Fenuillet, 2003a, p. 19), véhicule aussi cette idée de mouvement.

Comme le signale par ailleurs Carré (1997, p.56), dans cette définition, le déclenchement fait référence au passage de l'absence d'activité à l'exécution d'une tâche, la direction fait référence à la canalisation de l'énergie vers le but approprié ; l'intensité caractérise la manifestation observable de la motivation sur le comportement, et la persistance est une manifestation de la motivation qui caractérise l'engagement dans l'action.

L'analyse de Carré (1997) permet d'observer que la définition de la motivation selon Vallerand et Thill est assez différente de la première, ce qui reflète le caractère complexe de la notion de motivation. Ici, la notion de force se substitue à celle de processus et vient la préciser. On peut donc considérer que le processus de motivation serait constitué de l'action de forces. Si l'on prend la définition du dictionnaire, on peut ajouter que ces forces peuvent être d'origine physiologique ou psychologique, interne ou externe à l'individu.

Il peut être intéressant d'examiner rapidement les différents termes associés à la notion de motivation. La force est définie comme cause, capable de produire ou de modifier le mouvement des corps (Diel, 1947, p.18). La « conation » est une force qui porte à l'action, à l'effort (Larousse, 1997). Elle est donc très proche de la « motivation », c'est pourquoi les deux termes sont souvent employés par les auteurs en tant que synonymes. Ils s'inspirent en

cela de la proposition de Reuchlin(1990), d'appeler « conation » « les modalités individuelles d'orientation et de contrôle des conduites » (Reuchlin cité par Carré, 1997, p.55).

Nous avons vu que le processus de motivation peut être défini comme l'enchaînement des interactions des forces qui déterminent le comportement. L'état de motivation référerait aux conséquences de ce processus à un moment donné. Ainsi, la volonté, le désir et la satisfaction peuvent être considérés comme des forces. L'émotion, quant à elle serait un état affectif qui comporte des sensations appétitives ou aversives. Elle revêtirait, selon Kirouac dans Vallerand, (1993, pp. 44-48), un aspect motivationnel en raison de son influence potentielle sur l'activité mentale, et entretiendrait ainsi des relations d'interdépendance avec la cognition et la motivation.

Parvenu à ce niveau de notre travail et, au regard de nos objectifs, nous retiendrons que la motivation renvoie à l'action de forces qui déterminent le comportement de l'individu en termes de déclenchement, de direction, d'intensité et de persistance, donc en termes positifs.

3.1.2. Les niveaux d'analyse de la motivation et les approches existantes

Sous ce titre, nous tentons de délimiter une approche de la motivation à même d'être appliquée non seulement à notre travail, mais également, au contexte d'apprentissage et au sein de laquelle nous étudierons la manière dont elle naît, se développe et agit sur les comportements de notre population d'étude.

On peut distinguer plusieurs niveaux d'analyse dans l'étude de la motivation ; ces niveaux correspondent aux différentes approches selon lesquelles on peut étudier un phénomène. Vallerand et Thill (dans Vallerand, 1993, p. 34) distinguent trois niveaux d'analyse : le niveau biologique, le niveau de l'organisme et le niveau social.

Il ne paraît pas pertinent de nous pencher sur les forces d'origine physiologique qui ne sauraient être suffisantes pour rendre compte des comportements d'apprentissage ; nous laisserons donc de côté l'approche biologique et nous nous tournerons vers le niveau de l'organisme et les approches qui s'intéressent aux forces d'origine psychologique de la motivation.

L'approche béhavioriste (ou comportementaliste) met l'accent sur les stimuli extérieurs et néglige ainsi d'étudier les forces internes à la personne. L'approche psychodynamique (de la psychanalyse) met l'accent sur les forces inscrites dans l'inconscient des personnes

(Vallerand et Thill dans Vallerand, 1993, pp. 13 et 37). Cette approche stipulant que les déterminants de la motivation relèvent de l'inconscient ne semble pas pertinente à développer dans le cadre des comportements d'apprentissage.

En revanche, l'approche humaniste semble pouvoir nous intéresser davantage. Elle assume que le comportement humain serait motivé par un besoin persistant qu'éprouverait chacun de sentir qu'il est compétent et qu'il est l'origine de ses propres actions (Vallerand et Thill dans Vallerand, 1993, p.38).

Cette approche entretient des relations étroites avec l'approche cognitive dont le postulat sous-jacent est que l'individu a une curiosité et un besoin de développement naturels, une motivation inhérente (postulat partagé avec l'approche humaniste). Ainsi, l'objet principal des théories cognitives n'est pas d'étudier ce qui motive l'individu, mais comment il gère sa motivation inhérente(Dörnyei, 2001a, p. 20).

Ces théories assument que le déterminant premier de la motivation se situe à l'intérieur du champ de conscience de la personne ou de ses cognitions, et que la plus grande part de la motivation humaine est d'origine cognitive. Les chercheurs qui se situent dans des perspectives cognitives, sociales et humanistes estiment que les cognitions peuvent être accessibles à la conscience et qu'elles jouent un rôle important dans le comportement humain (Vallerand et Thill dans Vallerand, 1993, p. 37 et pp. 23-24).

Parmi les fonctions cognitives de l'organisme, cette approche se concentre principalement sur les représentations conscientes qui sont dans notre esprit (informations, idées, connaissances, opinions, croyances, etc. sur nous-mêmes, sur notre propre comportement, sur notre environnement social ou sur notre environnement physique) (Vallerand et Thill, 1993, p. 402). Les comportements humains, et plus particulièrement, les comportements d'apprentissage seraient déterminés par des représentations qui guident ces comportements, les sélectionnent en fonction des possibilités d'atteindre des buts et leur confèrent une certaine cohérence. Dans cette perspective, l'étude de la motivation s'est concentrée sur le rôle des différents types de cognitions, tels que les attentes, les attributions et l'inconsistance (Vallerand et Thill dans Vallerand, 1993, p.37).

Ainsi, selon le dictionnaire de psychologie, on qualifie de cognitives les motivations qui sont à l'origine des activités dans lesquelles le mécanisme de traitement de l'information a une place prépondérante. Ainsi, l'approche cognitive est particulièrement appropriée pour

traiter des activités d'acquisition de connaissance et des activités qui mettent en pratique des connaissances et des croyances personnelles (Bloch and Co., 1997, p. 795).

Vallerand et Thill (1993) soulignent qu'il existe une relation étroite entre les théories cognitives et sociales car c'est très souvent l'interprétation cognitive du comportement d'autrui qui influence le comportement. Le niveau social d'analyse de la motivation porte sur les influences sociales sur le comportement, le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance des comportements (Fenouillet, 2003a, p. 28). On parle ainsi de théorie sociale cognitive (Vallerand et Thill dans Vallerand, 1993, p. 39). Ces théories prennent en compte à la fois les forces d'origine interne et externes à l'individu.

Si d'une façon générale, il semble que les théories sociales cognitives présentent des fondements solides applicables à l'apprentissage, P. H. François souligne plus spécifiquement que ces théories sont d'une grande utilité pour appréhender les phénomènes motivationnels relatifs à la formation dans la mesure où elles rendent compte de phénomènes (tels que la manière dont les cognitions et plus particulièrement, les représentations des individus influencent leur rapport au savoir) tout à fait centraux dans les situations d'apprentissage (François dans Carré, 2002, p.45). En outre, la notion et les pratiques d'auto-direction se sont développées parallèlement aux théories sociales cognitives et nous trouvons ainsi des applications des théories sociales cognitives à l'auto-direction. Ce sont donc celles que nous retiendrons pour étayer notre réflexion sur les forces qui déterminent le comportement d'apprentissage.

Dans cette perspective nous passerons en revue les différentes manières dont les principales théories sociales cognitives abordent la motivation afin de faire état de la question, avant de nous arrêter sur la théorie de Bandura qui constitue le développement le plus récent de ces théories.

3.1.3. La théorie des buts

Par 'buts', cette théorie entend des objectifs ou des états que les personnes cherchent à atteindre (Thill dans Vallerand, 1993, p. 392). Selon Locke et Latham, les buts auraient un aspect directif car ils permettraient d'orienter l'individu vers les éléments pertinents de la situation en ignorant ceux qui ne le sont pas (Fenouillet, 2003b, p. 91). De même, pour Nuttin(1980), il convient de distinguer deux aspects du comportement : l'aspect moteur ou physiologique et l'aspect cognitif de la direction intentionnelle, qui mène à la construction de buts et de projets (Nuttin, 1980, p. 71). Selon lui, comme le fait remarquer Carré et al. (1997),

la spécificité de la motivation humaine réside précisément dans la projection dans l'avenir. Les représentations de l'avenir auraient ainsi un rôle prépondérant dans la dynamique des comportements (Carré et al., 1997, pp. 86-87). L'action serait dirigée par l'intention d'atteindre un « état-but » qui relève des représentations du sujet.

Les partisans de la théorie des buts estiment que la valeur attribuée au but représente un déterminant important des conduites car elle inciterait à l'action. Nous avons déjà abordé les principes de l'expectation de résultats et de la valence avec Tolman. Tentons maintenant de préciser ce qui donne de la valeur à un but à partir d'autres approches théoriques afin de compléter ce point.

Selon les théories de l'autodétermination, il existe trois types de motivation : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Ces trois types de motivation se distinguent par le degré d'autodétermination sous-jacent à leur forme respective de régulation. La motivation intrinsèque représente le niveau d'autodétermination le plus élevé parce qu'elle correspond à des comportements émis librement et par plaisir. Viennent ensuite les différents types de motivation extrinsèque, et, en dernier, l'amotivation puisqu'elle représente l'absence de contrôle (Thil, Vallerand, 1993, pp.537-538). Les théories de l'autodétermination estiment que la motivation pour un but est d'autant plus élevée que ce but et les comportements utilisés pour l'atteindre ont été choisis librement et par plaisir. Cela serait dû au fait que, dans ce cas, le sujet se sentirait responsable de ses comportements (Pelletier et Thill dans Vallerand, 1993, p.257). Ainsi, le besoin de se sentir autodéterminé influencerait la valeur attribuée aux buts.

Selon Nuttin (1987), l'individu est poussé par une tendance à l'auto-développement, au dépassement permanent de son état antérieur en direction d'un état jugé supérieur. Pour cet auteur, la motivation se caractérise par un dynamisme ou un besoin fondamental d'auto-développement qui se traduit par la formation de buts et de projets d'action tournés vers une représentation du futur souhaité (par Carré et al., 1997 : 46). En effet, soutient Nuttin, « Dans la mesure où l'on réussit à percevoir sa formation continue, ou le travail à faire, non seulement comme une voie à suivre pour réaliser les projets des autres, mais comme le chemin de son propre accomplissement, la condition essentielle d'une motivation authentique est remplie » (Nuttin, 1987, cité par Carré et al., 1997, p.60).

« Pour s'inscrire dans le schéma motivationnel, [la formation] doit être incorporée par le sujet au projet d'auto développement qu'il forme pour lui-même » (Carré, 1997, p. 60).

Ainsi, selon Tough (1971) repris par Carré et al., (1997, p. 46), la volonté d'apprendre de l'adulte s'inscrit toujours dans un ensemble de « motifs » ou « objets-buts » pour reprendre Nuttin (1980) que la formation doit permettre d'atteindre. C'est à cette seule condition qu'un objectif revêtirait une forte valence pour un sujet. Par ailleurs, on peut aussi penser à la notion de projet qui renforcerait la valence. Par exemple, les comportements qui rentrent dans le cadre de l'accomplissement de projets seraient motivés par une forte valence. Dans le cadre de l'apprentissage, on peut penser, souligne Tough (1971) repris par Carré et al., (1997, p.89) aux projets de réinvestissement de connaissances qui impliquent l'anticipation d'un usage des connaissances et habiletés acquises.

Sans pour autant nier les autres aspects de la motivation (aspect physiologique, aspect psychodynamique), les théories sociales cognitives se sont ainsi attachées à analyser l'aspect cognitif de la motivation. Nous pouvons d'ores et déjà constater à partir de ces différentes approches théoriques que si l'usage commun de la motivation renvoie à des explications causales des comportements, il ressort de ces différentes théories une conception de la motivation en termes d'explication du comportement par la finalité. La motivation est ainsi définie comme naissant des forces d'origine cognitives (relatives aux buts des apprenants) telles que la valence, l'instrumentalité, l'expectation de résultat, l'expectation d'efficacité personnelle, l'expectation d'efficacité des moyens, et les attributions causales. Mais que savons-nous du développement et de l'action de ces forces? Nous développerons maintenant plus en détails la théorie sociocognitive de Bandura en vue d'apporter des réponses sur ces derniers points.

3.1.4. La motivation dans la perspective de Déci et Ryan

Déci et Ryan (1985), se sont inspirés des travaux de White (1959) sur la motivation à l'effectance pour théoriser l'autodétermination. La motivation est considérée comme une source d'énergie, une direction ou encore la persévérance que les individus éprouvent dans leurs actions ainsi que dans leurs intentions (Ryan et Déci, 2000). Selon ces auteurs, le concept d'autodétermination permet de décrire le comportement autodéterminé de l'individu comme la résultante de mobiles affectifs et cognitifs qui le poussent à préserver un état positif de soi (Déci et Ryan, 1985). Il s'agit de « la capacité de choisir et d'avoir des choix, plutôt que des contingences de renforcement, motivations, ou toutes autres forces ou pressions, afin d'être le déterminant de ses actions » (Déci et Ryan, 1985, p.38).

C'est dire que cet état positif se traduit par une perception de soi démontrant compétence et efficacité. Donc, la théorie de l'autodétermination stipule que le comportement individuel est motivé par le besoin de se sentir compétent et d'être à l'origine de ses propres comportements.

En effet, la théorie de l'autodétermination maintient que, d'une façon innée, l'humain tend à satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux, à savoir le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin de relation à autrui (Déci et Ryan, 2000, 2008 ; Laguardia et Ryan, 2000). Ainsi, les environnements sociaux qui favorisent la satisfaction de ces trois besoins psychologiques fondamentaux permettent de stimuler le dynamisme interne des personnes, d'optimiser leur motivation et de porter à leur maximum les résultats sur les plans du psychologique, du développement personnel et des comportements (Ryan et Déci, 2000). Par contre, les environnements sociaux qui entravent la satisfaction de ces besoins entraînent une baisse de la motivation et ont des effets nuisibles sur le bien-être général et sur le rendement. Lorsque la satisfaction de ces trois besoins est présente, elle devrait mener, généralement, à une sensation de bien-être chez l'individu.

Pour eux, l'autonomie correspond au sentiment de se sentir à l'origine ou à la source de ses actions, de sorte qu'elle est en congruence avec elle et qu'elle l'assume entièrement. Les comportements déterminés en autonomie se caractérisent principalement par une absence de pression exercée sur ses propres choix et régulations, et s'opposent traditionnellement dans la littérature aux comportements contrôlés (Déci et Ryan, 1987). Toutefois, il faut comprendre qu'agir de façon autonome ne veut pas dire agir seul. Il est donc nécessaire de faire une différence entre l'autonomie et l'indépendance. Etant donné que, il est quasiment important d'être avec d'autres pour ressentir réellement son autonomie, notamment quand il sera possible de percevoir qu'ils respectent nos choix, même s'ils ne les partagent pas.

Ainsi, la perception d'autonomie est considérée à juste titre, et malgré les critiques, comme un médiateur incontournable de la motivation autodéterminée, et s'avère d'autant plus importante que l'individu se considère comme étant la source de ses propres comportements (Déci et Ryan, 2000).

L'autre besoin auquel la théorie de l'autodétermination fait référence est le besoin de compétence. Par compétence, on entend le sentiment d'efficacité sur son environnement (Déci, 1975 ; White, 1959), ce qui est considéré comme un stimulus de la curiosité, du goût d'exploration ainsi que celui de relever des défis. À elle seule, l'efficacité ne suffit pas

toutefois à susciter le sentiment d'être compétent ; elle doit comprendre aussi le sentiment de la prise en charge personnelle de l'effet à produire (Laguardia et Ryan, 2000). Une fois de plus, le rôle des autres est interpellé dans la mesure où, il est difficile de ressentir réellement sa compétence si quelque part on n'a pas la « confirmation » par d'autres. Souvent, certaines de nos compétences sont d'abord perçues par d'autres alors que nous n'en avons même pas conscience (Le Boterf, 2004). Cette révélation, et donc le bien-être psychologique qui en découle, ne peut s'effectuer sans eux.

Enfin, les auteurs parlent du besoin d'être en relation avec autrui ou besoin d'appartenance sociale. Ce besoin est pour beaucoup d'auteurs un des éléments clés de la satisfaction et du bien-être de l'homme dans sa vie sociale (Maslow, 1970; Déciet Ryan, 2000). La simple croyance qu'un ensemble de personnes se préoccupe de sa santé et de son bien-être, ou l'aime tout simplement, permet de satisfaire ce besoin d'appartenance. Bien que le besoin d'appartenance soit nécessaire dans la société actuelle, l'homme recherche dans certains cas, la solitude ou le repli sur soi ; toujours est-il que ressentir une attention délicate et sympathique confirme alors qu'on est quelqu'un de signifiant pour d'autres personnes et objet de sollicitude de leur part (Reis, 1994).

Selon ces auteurs, il existe plusieurs formes de motivation qui se distinguent selon le degré d'autodétermination des individus. Dans leur premier modèle, Déci et Ryan (1985) distinguent deux types de motivation : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque exige selon les auteurs que l'action soit conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action, sans attente de récompense externe. On parle d'une motivation intrinsèque lorsque l'individu fait une activité parce qu'il la trouve intéressante et qu'elle lui apporte satisfaction ou plaisir. L'individu qui agit sous l'impulsion de la motivation intrinsèque le fait parce que l'activité elle-même est pour lui source de gratification. La personne est intéressée à ce qu'elle fait et manifeste de la curiosité, explorant de nouveaux stimuli et travaillant à maîtriser des défis toujours plus grands (Déci, 1975 ; White, 1959).

Pour ce qui est de la motivation extrinsèque, l'activité n'est pas pratiquée pour le plaisir qu'elle apporte, mais pour des raisons souvent totalement externes à l'individu. Elle s'oppose à la motivation intrinsèque et implique que l'individu entreprend une activité en fonction d'une conséquence qui lui est extérieure. Elle survient lorsque l'individu est poussé par quelque chose en échange de la pratique de l'activité (punition, récompense, pression sociale, obtention de l'approbation d'une tierce personne).

Le modèle va ainsi évoluer et quelques années plus tard, Déci et Ryan(2002) vont organiser ces motivations entre elles suivant une échelle continue de régulation. Ils conçoivent trois grands types de motivation organisés selon un continuum : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation ayant comme particularité le fait que chacune de ces formes de motivation est associée à un niveau d'autodétermination plus ou moins élevé.

3.1.4.1. Motivation intrinsèque

La motivation intrinsèque se caractérise par un locus perçu de causalité interne (Ryan et Déci, 2000).C'est elle qui possède le plus haut degré d'autodétermination ou d'autonomie (capacité de choisir) car elle est fait référence à une activité initiée librement et par plaisir. Vallerand (1997) a fait une classification de la motivation intrinsèque. Il distingue trois types de motivation intrinsèque à savoir :

- La motivation intrinsèque à la connaissance. Ici, une personne pratique une activité essentiellement pour le plaisir et la satisfaction qu'elle ressent lorsqu'elle est en train d'apprendre ou de faire quelque chose de nouveau.Si donc, on demande à cette personne les raisons de son choix pour une activité, elle répondra par exemple : « je participe parce que j'éprouve du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses »).
- La motivation intrinsèque à l'accomplissement. A ce niveau, on entreprend une activité pour le plaisir et la satisfaction de créer quelque chose ou encore de se sentir efficace et compétent. Une personne ayant cette forme de motivation dira par exemple : « je participe parce que j'éprouve du plaisir et de la satisfaction à me surpasser et à relever des défis ».
- La motivation intrinsèque à la stimulation. Un individu fait une activité dans le but de ressentir le plaisir (et autres sensations) que lui procure son implication au sein de l'activité : « je participe parce que j'éprouve du plaisir et de la satisfaction à ressentir des sensationsparticulières ».

3.1.4.2. La motivation extrinsèque

Déci et Ryan(2002) distinguent quatre formes de motivation extrinsèque pouvant être classées sur un continuum caractérisé par des degrés décroissants de motivation autodéterminée. Les motivations extrinsèques à régulation intégrée et la régulation identifiée présentent des motifs d'engagement plutôt internes, alors que les motivations à régulation

introjectée et à régulation externe s'inscrivent davantage dans des motifs d'engagement externes.

❖ **La motivation extrinsèque à régulation identifiée**

Pour Ryan et Déci, (2000, p.62), pendant la motivation extrinsèque à régulation identifiée, « le sujet s'engage parce qu'il juge l'activité valable et qu'il a identifié l'importance de son engagement ». C'est dire que même si l'activité au final est réalisée à des fins externes, elle devient valorisée et importante pour l'individu qui s'identifie alors à cette activité. Le sujet comprend que les facteurs externes qui régissent son comportement peuvent avoir des conséquences importantes pour lui et il accepte alors de les faire siens. Autrement dit, l'individu s'identifie à la valeur de l'action et accepte de son plein gré de réguler son comportement. Une fois que l'individu s'est identifié avec les facteurs externes qui régissent son comportement parce qu'il en a saisi l'intérêt pour lui-même, il ressent une plus grande autonomie et n'a pas le sentiment qu'on cherche à le pousser ou à le contraindre. Un sujet en formation dans un atelier dira : « Parce que finalement, je trouve ce qu'on m'enseigne intéressant et je me rends compte que ça m'aiderait à devenir un meilleur formateur ».

❖ **La motivation extrinsèque à régulation intégrée**

Le sujet choisit librement de s'engager dans une activité parce qu'il perçoit une relative concordance entre l'activité et ses motifs internes. La motivation extrinsèque intégrée est basée sur le fait que le sujet a pleinement intégré la valeur de l'activité, bien qu'on y voit des facteurs de volonté et de choix, elle a un but utilitaire. Ce même sujet en formation dans ce cas répondra : « Parce qu'à travers la formation, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité de faire des changements dans mes pratiques de formateur ». Ainsi, l'importance accordée à l'activité va permettre à l'individu de s'y engager pleinement.

❖ **La motivation extrinsèque à régulation introjectée**

La motivation extrinsèque à la régulation introjectée implique que l'individu s'engage dans une activité « pour éviter des sentiments négatifs, tels que la culpabilité, ou pour chercher l'approbation des autres » (Biddle et al., 2001, 29). Donc, l'individu accepte une exigence, une demande ou un règlement externe, mais il ne les fait pas totalement siens. Cette forme de motivation montre chez l'individu une intériorisation plus faible des facteurs qui influencent ses comportements et ses actions. Cette forme de motivation est dépendante de facteurs externes et celui qui agit avec cette forme de motivation dira : « je participe parce que je me sentirais mal de ne pas y aller ») (Déci et Ryan, 2002).

❖ **La motivation extrinsèque à régulation externe**

Elle renvoie à l'explication initiale de la motivation extrinsèque. Le comportement de l'individu est régulé par des « par des éléments extérieurs à l'activité comme des récompenses matérielles ou l'évitement de punitions » (Ryan et Déci, 2000, 61). Par exemple pour le suivi d'une formation en atelier : « Parce que je ne veux pas m'opposer à mon encadreur qui m'encourage vivement à suivre cette formation ». Dans ce cas, l'engagement est complètement dépendant de la présence de ces facteurs externes, dès qu'ils disparaissent, la participation s'estompe (Ryan et Déci, 2007).

3.2. THEORIE DE L'AUTO EFFICACITE

Selon la théorie d'auto efficacité de Bandura (1994) l'accent est mis sur la perception que les individus ont de leur capacité à produire un effet désiré dans une tâche. L'auto-efficacité encore connue sous les notions de sentiment d'efficacité personnelle, de perception d'auto-efficacité, ne se réfère pas à l'opinion générale qu'un individu a de sa personne. Le terme d'auto-efficacité utilisé par Bandura se réfère à un jugement personnel « sur ses propres capacités d'action sur soi-même (croyances en ses compétences au changement et au développement personnel) et le monde physique et humain (croyances en ses capacités à intervenir sur les autres ou les choses), toujours en référence à une catégorie spécifique de tâches ou d'opérations » (Carré, 2004, p. 41).

3.2.1. Fondement du sentiment d'efficacité

Il existe des dimensions qui définissent les croyances d'efficacité d'une personne. Ainsi, un fonctionnement efficace nécessite à la fois des aptitudes et des croyances d'efficacité pour bien les utiliser. Nous avons d'abord, le niveau. Ces croyances varient selon le niveau qui est déterminé à son tour par la difficulté de la tâche à exécuter. Les personnes qui croient fortement en leurs possibilités abordent les tâches difficiles comme des défis à relever plutôt que comme des menaces à éviter, ce qui augmente l'intérêt qu'elles y trouvent. Elles restent centrées sur la tâche et raisonnent stratégiquement en face des difficultés. Ensuite, les croyances d'efficacité se distinguent en généralité. Celles-ci peuvent varier sur diverses dimensions, dont le degré de similitude des activités, le mode (comportemental, cognitif ou émotionnel) d'expression des capacités, les caractéristiques de la situation ainsi que celles de la personne qui est la cible du comportement (Bandura, 1997, 2003). Donc, des personnes différentes avec des aptitudes identiques, ou la même personne dans des circonstances différentes, peuvent donc obtenir des performances faibles, bonnes ou

remarquables, selon les variations de leurs croyances d'efficacité personnelle. Enfin, les croyances d'efficacité se différencient en force. Plus précisément, un certain niveau d'assurance personnelle se trouve nécessaire pour exercer une tâche adéquatement. Les gens qui ont un sentiment d'efficacité personnelle tenace seront difficilement intimidés par les obstacles. Ainsi, ils se fixent des objectifs stimulants et conservent une forte implication à leur égard, persévèrent dans leurs efforts, et les augmentent en cas d'échecs ou de reculs.

Il est question d'une croyance selon laquelle, un individu peut réussir à adapter un comportement voulu au cours d'une situation donnée. Ainsi, les croyances d'efficacité personnelle constituent le facteur clé de l'action humaine. Les croyances qu'un individu a sur son efficacité ont une influence sur quasiment toutes ses activités : sa façon de penser, sa motivation, ses ressentis et son comportement. Si donc, un sujet estime ne pas pouvoir produire de résultats satisfaisants dans un domaine, il n'essaiera pas de les provoquer. C'est la raison pour laquelle des personnes pourtant dotées de compétences équivalentes peuvent faire preuve de performances faibles, moyennes ou élevées, en fonction de la variation de leur sentiment d'auto-efficacité. Les performances d'un individu ne dépendent donc pas uniquement de ses compétences mais aussi de sa croyance à pouvoir les mobiliser. Comme le rappellent Galand et Vanlede (2004), des individus dotés de compétences supérieures à la moyenne peuvent avoir un sentiment d'efficacité personnelle faible, engendrant des conséquences négatives, telles que l'illusion d'incompétence (Phillips, 1984). De plus, selon Safourcade (2010), l'évaluation, avérée ou erronée, que les individus font de leur efficacité personnelle peut ainsi générer une perspective de succès ou, au contraire, altérer leur psychisme.

Ainsi, comme le relèvent Gaudreau et al. (2012), le sentiment d'efficacité personnelle est un concept bidimensionnel formé à la fois de croyances et d'attentes. Le sentiment d'efficacité personnelle traduit donc la croyance avérée aussi bien qu'erronée qu'un individu peut avoir en sa capacité de parvenir à un but qu'il s'est lui-même fixé. Alors que l'efficacité personnelle recouvre, quant à elle, une réalité différente en ce qu'elle caractérise le fait d'atteindre concrètement l'objectif visé. De plus, l'individu porte également un jugement sur les conséquences probables survenant à la suite de ses performances. Il s'agit des attentes de résultat qu'il escompte. Dès lors, une personne ayant des attentes positives de résultats sera incitée à agir, alors que, si elle a des attentes négatives de résultats, elle risque de se désinvestir de la tâche. En conséquence, comme le relève Lecomte (2004), un individu ayant un sentiment d'efficacité personnelle élevé cherche avant tout à relever le défi posé par la difficulté d'une tâche, sans y voir une menace ou même, chercher à l'éviter. L'échec, bien

loin de le freiner, va au contraire le faire redoubler d'effort, ce qui lui permet de viser le succès et de rétablir rapidement son sentiment d'auto-efficacité. Un tel regard positif porté sur sa propre efficacité favorise donc ses performances. Alors qu'un individu, pourtant doté de bonnes aptitudes mais en proie à d'importants doutes sur lui-même, peut faire montre de piètres performances, entamant en cela ses croyances d'efficacité personnelle. Un tel individu peut ainsi chercher à éviter la difficulté dans les domaines dans lesquels il se sent incompetent. Les obstacles qu'il rencontre vont rapidement faire baisser sa motivation, ce qui peut même le conduire à abandonner la tâche. Face à la difficulté, il va être accablé par ses défaillances et se focaliser sur les conséquences négatives de l'échec. Il fait ainsi facilement rimer faible performance avec aptitude personnelle médiocre, ce qui achève de lui enlever toute confiance en ses capacités.

Le sentiment d'efficacité ne consiste pas seulement à savoir ce qu'il faut faire et à être motivé pour cela. Il s'agit plutôt d'une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts. Les gens échouent souvent à obtenir des performances optimales alors même qu'ils savent très bien ce qu'ils doivent faire et qu'ils possèdent les aptitudes requises. En d'autres termes, le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu ne concerne pas le nombre d'aptitudes qu'il possède, mais ce qu'il croit pouvoir en faire dans des situations variées (Lecomte, 2004). Un individu sera d'autant plus prompt à agir qu'il pense que ses actes sont à même de produire les effets qu'il désire. La confiance en ses propres capacités va l'influencer dans ses choix. Ses croyances personnelles en son efficacité vont également avoir un impact considérable sur sa motivation à poursuivre ou non son action. Comme le rappelle Bandura (2003), « les croyances d'efficacité jouent un rôle central dans la régulation cognitive de la motivation » (p. 188).

3.2.2. La théorie sociocognitive de Bandura

La théorie de Bandura s'inscrit dans une perspective sociocognitive. Pour Bandura, la mise en activité d'un sujet, son comportement ne peut être compris en dehors d'un contexte précis. Ce construit apparaît, selon Bandura (1997), comme un fondement majeur du comportement.

Dans son approche sociocognitive ou interactionniste dynamique de la conduite humaine, Bandura (2003) élabore un modèle nommé « causalité triadique réciproque » dans lequel les facteurs internes à la personne, constitués par les événements vécus de façon

affective, cognitive et biologique et la perception que celle-ci peut en avoir, plus particulièrement les perceptions d'auto-efficacité qui nous intéressent, se conjuguent avec l'environnement pour influencer les comportements, pendant que l'environnement est influencé par les comportements et les facteurs personnels et que les facteurs personnels sont influencés à leur tour par les comportements et l'environnement. En effet, selon Bandura, l'action humaine fonctionne à l'intérieur d'une structure interdépendante, impliquant une causalité réciproque entre le sujet et son environnement. Il identifie des éléments qui jouent un rôle prépondérant dans cette causalité réciproque qu'il qualifie de déterminisme réciproque.

Ces éléments sont : les processus symboliques, vicariants et autorégulateurs.

- Le processus symbolique attribue à l'être humain une capacité extraordinaire d'utiliser les symboles pour représenter les événements, d'analyser les expériences, de communiquer avec son environnement, d'imaginer et de prévoir des actions futures.
- Le processus vicariant ou de modélisation, stipule que l'être humain en observant les réalisations de ses modèles, est capable d'extraire des caractéristiques qui lui paraissent critiques, de les transformer par codages symboliques, et par répétition mentale, de les transformer en une représentation symbolique.
- Le processus régulateur quant à lui fait référence au fait que, l'être humain est capable de sélectionner, d'organiser, de transformer les stimuli et de jauger ses capacités disponibles pour une activité donnée.

Dans ce modèle, le sujet social est donc acteur de sa vie, tout en étant relié à son contexte : il est à la fois le producteur et le produit de son environnement (Carré, 2004).

Les trois facteurs (personnels, comportementaux et environnementaux) identifiés par Bandura sont en constante interaction à des degrés divers et variables, en fonction des circonstances vécues, même s'ils n'interagissent pas forcément de façon symétrique ou simultanée. Le choix d'une activité parmi diverses possibilités n'est donc pas complètement et involontairement déterminé par l'environnement. D'une certaine manière plus les individus utilisent leur influence pour agir sur les événements de leur existence, plus ils peuvent façonner ceux-ci à leur goût. En sélectionnant et en créant des soutiens environnementaux pour ce qu'ils souhaitent voir advenir, ils contribuent à la direction que prend leur vie. D'autre part, les croyances d'efficacité constituent un facteur clé dans un système productif de compétence humaine.

L'auto efficacité tire son origine de quatre sources que sont : des expériences vécues antérieurement, l'apprentissage social, de la persuasion verbale et de l'état physiologique et émotionnel

3.2.3. Les sources d'auto-efficacité

L'auto-efficacité demeure un élément majeur de la connaissance de soi. Pour Bandura (1997, 2003), les croyances d'efficacité personnelle sont construites à partir de quatre principales sources d'information: les expériences actives de maîtrise qui servent d'indicateurs de capacité; les expériences vicariantes qui modifient les croyances d'efficacité par la transmission de compétences et la comparaison de ce que font les autres; la persuasion verbale et des formes proches d'influence sociale soulignant que la personne possède certaines capacités; les états physiologiques et émotionnels à partir desquels les gens évaluent partiellement leur capacité, leur force et leur vulnérabilité au dysfonctionnement. L'évaluation cognitive détermine les impacts de l'information sur l'efficacité. L'individu assimile l'information de différentes sources en utilisant des indicateurs d'efficacité personnelle et des règles d'inférence.

3.2.3.1. Les expériences vécues antérieurement

Elles constituent selon Bandura, la principale source d'information sur l'efficacité. Chez un individu, les succès servent d'indicateurs de capacité et permettent donc de construire une solide croyance d'efficacité personnelle, alors que les échecs la minent. Les expériences vécues par l'individu, sont celles qui lui démontrent ce qu'il faut désormais faire pour réussir. Dans la réussite comme dans l'échec, l'impact de l'expérience dépend de la manière dont l'individu interprétera les informations recueillies lors de la situation. Un apprenant par exemple, dont les essais de maîtrise des situations aboutissent à un résultat positif améliore sa perception de compétence et sa conviction d'efficacité. Par contre, si ces essais aboutissent à des échecs, ils affectent négativement sa conviction dans sa capacité à réussir ses tentatives. Le fait de confronter un apprenant à des situations qu'il maîtrise progressivement développe chez celui-ci le sentiment qu'il est compétent et par conséquent sa perception d'efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle représente à la fois des produits et des constructeurs d'expériences.

De plus, Bandura (2003) pense qu'« un petit succès qui persuade l'individu qu'il possède tout ce qu'il faut pour réussir lui permet de s'élever ensuite bien au-dessus de cette performance » (Bandura, 2003 p. 127). Si donc, les élèves sont amenés à croire en l'utilité et

en l'efficacité des apprentissages réalisés, plus fortes deviennent leurs croyances en leur potentiel en développement. Ces convictions influencent alors l'attention, l'effort et la persévérance des élèves dans leurs études et les rendent plus aptes à recourir de manière optimale aux différentes ressources disponibles pour soutenir l'apprentissage.

L'importance que les individus accordent à de nouvelles expériences et la manière dont ils les reconstruisent en mémoire, dépend également selon Bandura (1997, 2003), en partie, de la nature et de la force des croyances sur soi au sein desquelles ces expériences doivent être intégrées. Donc, les performances se manifestent toujours dans des contextes comprenant une constellation de facteurs susceptibles d'inhiber ou de faciliter les résultats désirés, quels que ce soient les obstacles situationnels, l'aide fournie par autrui, l'adéquation des ressources ou du matériel disponible et les circonstances dans lesquelles l'activité est réalisée.

3.2.3.2. L'apprentissage vicariant

L'apprentissage vicariant ou le modelage social est un apprentissage dans lequel l'individu évalue ses capacités et tire des conclusions de l'observation des actions réalisées par d'autres personnes. Les individus construisent leurs croyances d'efficacité personnelle en se basant sur leurs propres expériences, mais aussi en observant celles des autres et en les comparant (Bandura, 2003; Lecompte, 2004). Ce sont les sujets dont certaines caractéristiques comme l'âge ou le sexe, sont les plus proches et les plus susceptibles d'être source d'information. C'est le cas par exemple, des enfants qui tirent un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé s'ils observent d'autres enfants talentueux que s'ils voient des adultes manifester les mêmes aptitudes cognitives.

Dans une situation d'apprentissage, un élève qui est témoin de la réussite de ses pairs, qui observe les actions de ceux-ci ainsi que leur processus de décision peut augmenter la croyance en son propre potentiel. Donc, L'observation d'individus exécutant avec succès une tâche peut intensifier l'auto-efficacité. Au contraire, voir d'autres personnes, de compétences apparemment semblables échoué, peut baisser les espérances d'auto-efficacité (Jaina et Tyson, 2004). En effet, bien des gens autour de soi ont vécu des expériences enrichissantes et formatrices. Or, à défaut de vivre soi-même ces expériences, utiliser les témoignages ou encore les voir en action peut s'avérer une stratégie efficace.

Les individus ont une tendance à se comparer à des pairs, des collègues de travail, des concurrents et des personnes engagées, avec un effort similaire, dans d'autres contextes. L'évaluation d'auto-efficacité varie fortement en fonction des talents de ceux choisis pour

établir la comparaison sociale (Bandura et Jourden, 1991). Les gens se persuadent que si les autres y arrivent, ils peuvent eux aussi augmenter leur performance. Conséquemment, comme le mentionne Bandura (1997, 2003), plus la similitude perçue est grande, plus probants sont les succès et les échecs des modèles. Par contre, il y a des conditions qui peuvent faire varier la qualité de l'évaluation. D'abord, le modèle en tant que tel peut avoir une influence différente selon l'estimation qualitative de ce modèle qu'en fait l'individu. En d'autres termes, la quantité d'incertitude sur les capacités de la personne est un de ces facteurs.

Ensuite, les gens sont en quête de modèles possédant les compétences auxquelles ils aspirent. Le modelage lié aux aspirations guide et motive le développement personnel. Selon Bandura (1997, 2003), outre leur fonction pédagogique et motivationnelle, les événements modelés informent sur la nature des activités environnementales et sur les difficultés qu'elles présentent. Parfois, les élèves sont mieux placés que les enseignants pour faire la démonstration à leurs pairs de la démarche à suivre pour réaliser une tâche donnée. Cependant, cet effet se manifeste surtout si la personne a déjà de bonnes raisons de croire qu'elle peut agir efficacement. Les sources intéressantes d'apprentissage vicariant sont entre autres, le tutorat par les pairs, les partages d'expériences en classe, les activités de résolution de problèmes en équipe.

3.2.3.3. La persuasion verbale

La persuasion verbale se manifeste par l'intermédiaire de suggestions et d'encouragements soulignant que la personne possède les capacités requises pour accomplir des tâches particulières et réussir. Elle est souvent utilisée pour induire un sentiment d'efficacité chez un apprenant. Il est possible de rehausser le moral par la persuasion verbale, par le biais des suggestions sous forme d'auto-persuasion et d'exhortations verbales.

Pour Margolis et McCabe (2006), la persuasion verbale donne des informations que les gens interprètent et évaluent. En conséquence, elle contribue également à hausser l'efficacité personnelle. D'autres formes d'influence sociale peuvent produire les mêmes effets: la persuasion sociale peut accroître l'efficacité personnelle par l'entremise de performances correctrices d'efficacité (Bandura, 1977). Pris dans ce sens, la persuasion verbale contribue à stimuler l'apprenant et à susciter sa conviction qu'il peut aboutir par ses efforts. En effet, des personnes qui reçoivent une assistance provisoire peuvent gagner confiance en elles et être persuadées de posséder les capacités requises pour maîtriser les situations difficiles. C'est l'une des raisons pour laquelle, la persuasion verbale est utilisée la plupart de temps pour induire le sentiment d'efficacité chez un apprenant.

C'est ainsi que des personnes qui reçoivent une assistance provisoire peuvent gagner confiance en elles et être persuadées de posséder les capacités requises pour maîtriser les situations difficiles. Conséquemment, le feed-back reçu lors de la phase initiale de la performance a un impact majeur sur le développement de la croyance d'efficacité personnelle.

Cependant, si l'individu fait principalement confiance à ses évaluations personnelles qu'au jugement des autres, il sera atteint plus difficilement par les feedback sur ses possibilités. Par exemple, lorsque des individus significatifs expriment leur enthousiasme et leur appui en ses démarches, une source d'énergie se crée, particulièrement dans les moments où l'individu est confronté à des difficultés. Or, la crédibilité perçue, l'expertise et la confiance en l'évaluateur détermineront le niveau persuasif sur l'individu. D'ailleurs, en situation critique, la personne à qui on a offert un renforcement verbal positif lui répétant qu'il est capable d'atteindre les objectifs a plus de chance de produire un effort supplémentaire. Par contre, il ne s'agit pas uniquement de dire à une personne qu'elle a tout pour réussir simplement pour lui faire plaisir. Les encouragements artificiels sont de mauvaises stratégies de manipulation et peuvent amener l'individu à avoir des croyances irréalistes dans ses capacités personnelles.

En définitive, même si la persuasion verbale a un pouvoir limité d'accroître durablement l'efficacité perçue, elle peut soutenir le changement personnel si l'évaluation positive se situe à l'intérieur de limites réalistes (Bandura, 1977). Dès lors, la stratégie la plus saine et plus efficace est la rétroaction évaluative en opposition à la rétroaction négative. Les situations difficiles attirent souvent de sévères critiques s'attaquant à l'individu plutôt qu'à la performance. Ces rétroactions négatives et orientées vers l'individu créent un éloignement social et ne collaborent pas à améliorer sa croyance d'efficacité. Certes, souligne Bandura, (2003), les critiques constructives, formées par des rétroactions évaluatives, maintiennent les aspirations en soutenant le sentiment d'efficacité personnelle.

3.2.3.4. L'état physiologique et émotionnel

La quatrième source d'efficacité personnelle est l'état physiologique et émotionnel. Pour Bandura, (1997, 2003), l'impact d'efficacité de l'activation physiologique sur l'efficacité personnelle varie donc en fonction des facteurs situationnels remarqués et de la signification qui leur est donnée. En évaluant ses capacités, une personne se base en partie sur l'information transmise par son état physiologique et émotionnel, en particulier lorsque son activité concerne la santé, les activités physiques et la gestion du stress. En effet, on peut

inférer un faible niveau d'efficacité à partir de l'évocation d'une pensée, d'un objet ou d'une action qui suscite la peur sous l'angle psychologique. De même, au niveau physiologique, les apprenants peuvent se référer à leur état physiologique (fatigue, douleur ressentie etc.) pour évaluer leur degré d'efficacité. Par exemple, des tremblements, des palpitations cardiaques ou un sentiment de panique au cours d'une activité jugée stressante peuvent être interprétés comme des signes de vulnérabilité et d'incompétence chez l'individu (Bandura, 2003). De la même manière, un niveau de stress important associé au sentiment de perte de contrôle favorise le développement de faibles croyances d'efficacité personnelle (Tschannen-Moran et Hoy, 2007). Si par contre, l'individu éprouve du plaisir lors d'une activité, l'on remarque le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle élevé chez celui-ci, avec en plus une augmentation de la motivation à répéter la même expérience.

Les individus expliquent parfois leur fatigue, leurs maux et leurs tensions comme des indicateurs d'inefficacité physique. Les excitations émotionnelles véhiculent des informations à partir desquelles les personnes jugent leur compétence personnelle (Bandura, 1977).

Ainsi, dans une situation d'apprentissage, l'enseignant doit accorder une place importante à l'établissement d'un climat d'apprentissage positif où tous les élèves se sentent respectés et accueillis. C'est la raison pour laquelle, plus ils se sentiront bien lors des cours, mieux ils souhaiteront y assister et plus encore ils seront disposés à apprendre. Les sources inutiles de stress doivent être contrôlées de manière à faire vivre des expériences physiologiques et émotionnelles positives aux élèves.

Cependant, les individus forment une croyance sur la façon dont l'activation émotionnelle peut affecter leur efficacité personnelle. De plus, chaque personne perçoit, et par conséquent, définit différemment sa réaction émotionnelle et physique. C'est le cas d'un individu qui par exemple, peut augmenter sa performance en vivant avec un stress élevé tandis que d'autres peuvent percevoir ce niveau accentué de stress comme un affaiblisseur. Plus les sensations physiologiques sont intenses, plus les réactions émotionnelles sont fortes, en accord avec les tendances interprétatives. La manière dont les gens jugent leurs capacités est affectée par l'importance relative qu'ils accordent aux indicateurs positifs et négatifs selon leur information somatique. Comme dans toutes les sources de croyances d'efficacité, le traitement cognitif de la situation devient la source d'information privilégiée.

CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATIONNEL

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous reviendrons à titre de rapp
question de recherche, les hypothèses ainsi que les modali
l'approche que nous avons entreprise, le cadre de l'étude, la population, l'échantillon et la
méthode d'échantillonnage. Pour ce qui est des données, nous donnerons l'instrument de

collecte, la méthode utilisée et aussi les difficultés auxquelles nous avons fait face lors de la passation de l'instrument et même lors du dépouillement des données.

4.1. RAPPEL DU PROBLEME DE LA RECHERCHE

Après nos observations empiriques et théoriques, le problème qui se pose dans cette étude est celui de l'adéquation entre le comportement d'autodétermination et le sentiment d'efficacité chez les adolescents porteurs de trisomie 21. Ainsi, la question de recherche que nous avons formulée est en lien avec notre intérêt à mieux cerner et résoudre ce problème.

4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Notre question de recherche a été formulée au début de notre étude dans le chapitre premier. Nous voulons savoir « *Comment le comportement d'autodétermination favoriserait-il le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21* »

4.3. RAPPEL DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Nous allons dans cette partie de notre travail, revenir sur nos hypothèses formulées dans la première partie de notre travail. Il s'agit de l'hypothèse générale et des hypothèses de recherche.

4.3.1. Rappel de l'hypothèse générale

Elle est la réponse provisoire à la question formulée plus haut et est la suivante : « *Le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.* »

Notre variable indépendante (VI) d'étude est : *Le comportement d'autodétermination.*

Elle compte trois modalités qui sont :

- Modalité 1 : Autonomie comportementale
 - **Indicateur** : niveau d'autonomie dans différents secteurs de vie

Indices :

- Les routines de soins personnels;
- Les interactions avec l'environnement;
- Agir en fonction de ses préférences;
- Agir en fonction de ses intérêts et aptitudes;
- Agir en fonction de ses goûts;
- Agir en fonction de ses croyances et aptitudes.

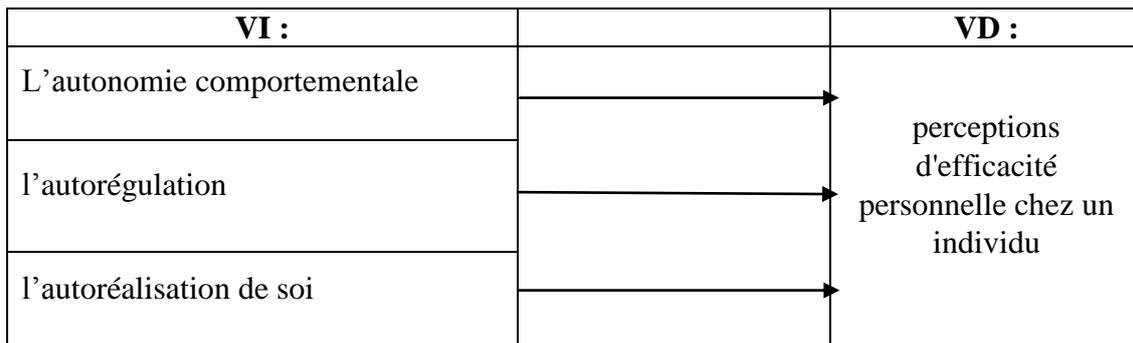
- Modalité 2 : L'autorégulation
 - **Indicateur** : capacité à se réguler soi-même
 - Indices :
 - la résolution de problèmes sociaux;
 - l'identification des buts;
 - Capacités d'examiner les différentes parties de son contexte ;
 - Capacité à accomplir un acte intentionnel;
 - Capacité de responsabilité.
- Modalité 3 : L'autoréalisation
 - **Indicateur** : les niveaux de conscience de soi et de connaissance de soi
 - Indices :
 - Se connaître;
 - Connaître son identité
 - Agir en conséquence;
 - Se réaliser soi-même;
 - Faire ce dont on est capable.

Notre variable dépendante (VD) d'étude est : le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

Elle compte une modalité qui est :

- Modalité 1 : perceptions d'efficacité personnelle chez un individu
 - **Indicateur** : perceptions d'efficacité personnelle en générale
 - Indices :
 - Bonne perception de soi
 - Sentiment d'auto satisfaction
 - Sentiment de supériorité
 - **Indicateur** : perceptions d'efficacité personnelle en contexte social
 - Indices :
 - Saisi de la notion de compétence,
 - Saisi de la notion de maîtrise
 - Saisi de la notion d'effort, donc de contrôlabilité.

D'où la structure logique de l'hypothèse générale suivante



De cette structure logique de l'hypothèse générale découle les hypothèses de recherche

4.3.2. Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche sont plus concrètes que l'hypothèse générale. Elles sont des propositions des réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale sous une forme facilement mesurable, avancée pour guider une investigation, elles constituent en fait une opérationnalisation de l'hypothèse générale.

De ce fait, trois hypothèses de recherche que l'on va récapituler dans un tableau synoptique ci-dessous ont été formulées dans le cadre de cette étude. Il s'agit de :

HR1 : l'autonomie comportementale favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

HR2 : l'autorégulation favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

HR3 : l'autoréalisation de soi favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

Tableau n° 01: Représentation synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices de l'H.G.

Hypothèses Générale	Variables indépendantes	Modalités	Indicateurs	Indices	Variables dépendantes	Modalités	Indicateurs	Indices
« Le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21. »	Le comportement d'auto-détermination	HR1. L'autonomie comportementale	niveau d'autonomie dans différents secteurs de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les routines de soins personnels; • Les interactions avec l'environnement; • Agir en fonction de ses préférences; • Agir en fonction de ses intérêts et aptitudes; • Agir en fonction de ses goûts ; • Agir en fonction de ses croyances et aptitudes. 	le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.	perceptions d'efficacité personnelle chez un individu	perceptions d'efficacité personnelle en générale	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne perception de soi • Sentiment d'auto satisfaction • Sentiment de supériorité
		HR2. L'auto-régulation	capacité à se réguler soi-même	<ul style="list-style-type: none"> • L'identification des buts; • Capacités d'examiner les différentes parties de son contexte ; • Capacité à accomplir un acte intentionnel; • Capacité de responsabilité. 			perceptions d'efficacité personnelle en contexte social	<ul style="list-style-type: none"> • Saisi de la notion de compétence, • Saiside la notion de maîtrise; • Saisi de la notion d'effort, donc de contrôlabilité.

<p>« <i>Le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.</i> »</p>	<p><i>Le comportement d'autodétermination</i></p>	<p>HR3. L'autoréalisation</p>	<p>Les niveaux de conscience de soi et de connaissance de soi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se connaître; • Connaître son identité; • Agir en conséquence; • Se réaliser soi-même; • Faire ce dont on est capable. 	<p><i>le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21</i></p>	<p>perceptions d'efficacité personnelle chez un individu</p>	<p>perceptions d'efficacité personnelle en générale</p> <p>perceptions d'efficacité personnelle en contexte social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne perception de soi • Sentiment d'auto satisfaction • Sentiment de supériorité • Saisi de la notion de compétence, • Saiside la notion de maîtrise; • Saisi de la notion d'effort, donc de contrôlabilité.
--	---	--	---	--	--	--	--	---

4.4. DEFINITION DES METHODES D'APPROCHE

Notre travail s'inscrit dans une démarche qualitative. La méthode qualitative met l'accent sur le contexte plutôt que sur l'expérimentation et permet au chercheur d'observer les différentes interactions sur un terrain naturel. Il est question pour nous dans cette recherche d'étudier le comportement d'autodétermination à travers l'observation des adolescents porteurs de trisomie 21 dans leur milieu de vie naturel pour ainsi vérifier nos hypothèses. Nos données reposent sur les entretiens et l'exploitation de l'échelle d'autodétermination du LARIDI (Laboratoire de Recherche Interdépartementale en Déficience Intellectuelle) version adolescent. Le recueil des données a été effectué sur le terrain et regroupe à la fois l'avis des éducateurs en charge des adolescents et celui des adolescents eux-mêmes. Dans le cadre de cette étude, nos grilles d'entretiens ont été construites à partir des principales hypothèses, des indicateurs permettant de les confirmer ou de les infirmer ainsi que des questions précises permettant d'obtenir les informations souhaitées.

4.4.1. Justification de la méthode de recherche

La méthode qualitative a été privilégiée dans cette étude parce qu'elle ne fournit pas les données quantifiables, mais prend en compte le point de vue du sujet lui-même. De plus à travers la méthode qualitative, nous pourrions recueillir des données telles que le ressenti, les opinions et tenir compte également du point de vue du sujet lui-même. Étant donné que nous nous intéressons au comportement d'autodétermination dans cette étude, la méthode qualitative paraît pour nous la plus efficace. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des adolescents et nous permet également d'étudier leurs opinions sur la question qui nous intéresse. De plus, elle nous permet non seulement de générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par les adolescents ayant une déficience intellectuelle qui constitue notre population cible, mais aussi de définir ou cerner les options liées à cette question.

4.4.2. Méthode d'analyse et d'interprétation des données

La méthode d'analyse renvoie à la technique choisie pour rendre compte des données recueillies sur le terrain. Il s'agit de la façon dont nos données seront traitées pour ainsi tirer des conclusions fiables. Nous avons opté dans cette étude, pour l'entretien semi-directif et l'échelle d'autodétermination du LARIDI comme instruments de collecte. Il sera donc question pour nous d'utiliser une analyse de contenu de type qualitative basée sur le compte-rendu des entretiens semi-directifs. Car comme le rappelle Krippendorff (2003), l'analyse des

données qualitatives au sein des techniques d'analyse des données qualitatives, la méthode d'Analyse de Contenu est la plus adéquate pour étudier les interviews ou les observations qualitatives. Elle repose essentiellement sur la retranscription des données qualitatives, l'élaboration d'une grille d'analyse, le codage des informations recueillies, et le traitement des informations. Nous avons utilisé un enregistreur afin de faciliter le travail de retranscription.

Pour ce qui est de l'échelle d'autodétermination du LARIDI nous nous sommes servis des représentations graphiques appropriées pour traiter nos informations.

4.5. CADRE ET POPULATION DE L'ETUDE

4.5.1. Cadre

Le cadre de l'étude renvoie au lieu ou site dans lequel le chercheur fait ses investigations dans l'optique d'avoir des réponses aux questions formulées dans la première partie de sa recherche.

Nous avons, dans le cadre de cette étude mené nos investigations dans la région du Centre, dans le département du Mfoundi, dans la ville de Yaoundé, dans deux quartiers distincts. Il s'agit précisément du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH), situé au quartier Etoug-Ebe et à l'Institut Psychopédagogique « Einstein », situé au quartier Mélen, non loin de la pharmacie *mille collines*. Nous commencerons par le **Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH)**.

4.5.1.1. Historique et évolution

Le Centre National de Réhabilitation des Handicapés Paul Emile Léger (CNRH) voit le jour en 1971 sous la conduite du Cardinal Paul Emile LEGER, prélat de nationalité canadienne. Il sera donc inauguré un an plus tard, précisément le 15 janvier 1972 par le tout premier Président de la République Fédérale du Cameroun, HAMADOU AHIDJO en tant que œuvre Sociale Privée dénommée « Centre de Rééducation de Yaoundé (CRY) ». Il sera cédé à l'Etat du Cameroun en 1978 sous l'appellation Centre National de Réhabilitation des Handicapés Paul Emile Léger (CNRH) et cette fois-là comme Institution Spécialisée du Ministère des Affaires Sociales. Ce n'est qu'en 2009, qu'un décret fait de lui un Etablissement Public Administratif. Ce décret N°2009/096 du 16 Mars portant création, organisation et fonctionnement du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER en abrégé CNRPH vient avec une augmentation de

ses missions à la prise en charge globale de toutes les catégories de personnes handicapées, car il était jusque-là au service exclusif des handicapés moteurs et physiques.

4.5.1.2. Les missions du CNRPH

Avant le décret N°2009/096 du 16 Mars ; le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH) avait pour mission initiale la rééducation des enfants atteints de poliomyélite, de méningite et de malformation congénitale. Puis, il a ajouté à cette mission, la prise en charge des personnes handicapées physiques et moteurs pour enfin entrer dans la prise en charge globale de tous les types de handicaps. Ainsi, le centre a une mission principale et des missions secondaires.

Comme mission principale le CNRPH est chargé de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de réhabilitation et de reconversion des personnes handicapées. Les missions secondaires sont entre autres :

- la promotion de la recherche en vue de l'amélioration de l'intervention en matière de réhabilitation ;
- la prise en charge psychosociale des personnes handicapées et de leur famille ;
- la prise en charge médico-sanitaire des personnes handicapées ;
- la coopération technique avec d'autres centres nationaux ou étrangers de réhabilitation des personnes handicapées, ainsi que des organisations ou associations à but humanitaire ;
- l'apprentissage, de la formation et de la reconversion socioprofessionnelle des personnes handicapées.

4.5.1.3. Fonctionnement

Le CNRPH gère un Conseil d'Administration et une Direction Générale. Chacun de ces organes a une mission particulière et est constitué de membres travaillant dans l'intérêt de commun de la réhabilitation et la reconversion des personnes handicapées.

❖ le conseil d'administration

Le Conseil d'Administration est chargé de fixer les objectifs du centre, d'approuver les programmes d'action conformément à la politique sociale de réhabilitation et d'insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée. Il est présidé par le Ministre chargé des Affaires Sociales (Ministère de tutelle) et a pour membres :

- un représentant de la Présidence de la République ;

- un représentant des Services du Premier Ministre ;
- un représentant du Ministère chargé des Affaires Sociales ;
- un représentant du Ministère chargé des Finances ;
- un représentant du Ministère chargé de la Santé Publique ;
- un représentant du Ministère chargé de la Famille ;
- un représentant du Ministère chargé de la Formation Professionnelle ;
- une personnalité désignée par le Président de la République ;
- un représentant des Organisations des Personnes Handicapées ;
- un représentant élu du personnel.

❖ **la direction générale**

La Direction Générale est sous l'autorité d'un Directeur Général, assisté d'un Directeur Général-Adjoint. Elle a pour mission principale la gestion et de l'application de la politique générale du Centre. Elle est aussi chargée d'assurer la direction technique, administrative et financière. Dans le souci d'une bonne gestion de ses obligations, la Direction Générale du Centre dispose des services rattachés chargés de l'audit et du contrôle interne, de l'informatique et des statistiques, des affaires juridiques et du contentieux, de la communication et des relations publiques, de la traduction et de l'interprétariat, du courrier, de la documentation et des archives et d'une administration centrale constituée d'une direction de la Réhabilitation des Personnes Handicapées et de la Division des Affaires Administratives et Financières.

✓ **La direction de la Réhabilitation des Personnes Handicapées**

Elle comprend trois (03) départements :

Le Département des Interventions Sociales ; avec un personnel pluridisciplinaire avec:

- Des Travailleurs Sociaux tous grades confondus dans la chaîne de l'intervention
- Des psychologues (un psychologue clinicien et un sexologue) ;
- Des instituteurs de l'enseignement général
- Des instituteurs spécialisés
- 01 professeur spécialisé de sport pour handicapés
- 01 professeur d'éducation physique et sportive
- 03 cadres de jeunesse et animation.

En termes d'infrastructures, ce service dispose de:

- 01 salle d'écoute équipée
- Des salles insonorisées
- Des cabines d'orthophonie et d'audiophonie
- 01 école primaire spéciale à cycle complet avec une capacité de 300 élèves soit 200 dans les sections intégrées et 100 dans la section spéciale
- Des structures appropriées pour les activités socioculturelles
- 01 terrain pluridisciplinaire de sport pour handicapés
- Des équipements pluridisciplinaires d'animation

1) Le Département de la Prise en Charge Médico-sanitaire des Personnes Handicapées

Il comprend quatre (04) services :

- le service de chirurgie fonctionnelle polyvalente du handicap et d'anesthésie ;
- le service de rééducation fonctionnelle polyvalente et appareillages ;
- le service de médecine générale, de pharmacie et des examens para cliniques ;
- la surveillance générale.

Les activités principales sont la Rééducation fonctionnelle polyvalente ; la Chirurgie fonctionnelle polyvalente et la Médecine générale

2) Le Département de l'Apprentissage, de la Formation et la Réinsertion Socioprofessionnelle des Personnes Handicapées

Le département de l'apprentissage, de formation et de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées comprend deux (02) services :

- ❖ le service de l'apprentissage, de la formation et de la reconversion professionnelle et
- ❖ le service de la réinsertion et de la postcure des anciens pensionnaires.

Ses principales activités sont entre autres :

- l'élaboration et application des programmes d'apprentissage et réadaptation professionnelle en faveur des personnes à besoins éducatifs spéciaux ;
- Marketing des projets fabriqués au Centre ;
- le placement des apprenants hors centre pour stage de perfectionnement ;
- l'élaboration des projets de vie individuels des apprenants ;
- l'insertion socioprofessionnelle des apprenants du centre ;
- l'évaluation de l'impact de réhabilitation des ex-apprenants du Centre

✓ **La Division des Affaires Administratives et Financières**

La Division des Affaires Administratives et Financières comprend trois (03) services :

1) Le Service du Personnel dont les activités tournent autour de :

- l'élaboration et l'exécution du plan de formation et de recyclage ;
- le suivi du plan de carrière du personnel ;
- le développement des stratégies de motivation d'ergonomie et de stimulation du rendement du personnel ;
- la promotion du bien-être du personnel à travers le bureau social et de la gestion de la rémunération du personnel

2) Le Service du Budget et du Matériel avec pour obligations :

- La préparation et exécution du budget ;
- L'entretien des bâtiments et des équipements ;
- Le suivi des engagements budgétaires ;
- La préparation de passation et suivi de l'exécution des marchés ;
- Le règlement des dépenses.

3) Le Service Hôtelier chargé de :

- La restauration ;
- La réception et cocktails organisés par le Centre ;
- La prestation et service traiteur ;
- L'entretien salle V.I.P ;
- La supervision de la buanderie

➤ **L'Institut Psychopédagogique « Einstein »**

4.5.1.4. Historique et évolution

L'Institut Psychopédagogique « Einstein » voit le jour au cours des années 2000, sous l'impulsion de Madame Katihabwa née Njonkou Gisèle. En effet, l'idée de créer cet Institut vient du fait que l'initiatrice du projet, en tant qu'éducatrice spécialisée et assistante sociale, avait besoin de mettre son savoir-faire au service des personnes ayant des besoins éducatifs spéciaux. Au moment où elle achève ses études à l'Institut Supérieur Maria MONTESSORI de Paris, elle décide de revenir dans son pays, le Cameroun avec une seule question qui lui taraude l'esprit : comment faire pour aider ces nombreuses familles qui ont des enfants vivant avec des handicaps, des enfants qui ne peuvent pas fréquenter des écoles ordinaires qu'elle va donc créer cet institut.

L'appellation actuelle de cet Institut vient remplacer celle qu'avait celui-ci lorsque le projet naissait. D'abord comme un cabinet de consultation, il va prendre ensuite le nom de Complexe Médico-psychopédagogique et devenir aujourd'hui Institut Psychopédagogique « Einstein ».

4.5.1.5. Ses missions

L'Institut Psychopédagogique « Einstein » entend faire dans son projet, plusieurs fonctions :

- ❖ Développer des méthodes d'intervention et d'encadrement psychosocial des enfants ayant des difficultés d'adaptation scolaire ;
- ❖ Assurer la formation des éducateurs dans les techniques de prise en charge ;
- ❖ Promouvoir l'éducation des enfants et des jeunes vivant avec un handicap pour ainsi faciliter leur insertion socioprofessionnelle ;
- ❖ Sensibiliser et conseiller les familles des enfants qu'il accueille sur le handicap et les différentes techniques pouvant les aider à mieux prendre soin de ces enfants.

4.5.1.6. Fonctionnement de l'Institut

L'Institut Psychopédagogique « Einstein » a un personnel administratif, un personnel enseignant et un personnel technique.

▪ Personnel administratif

C'est lui qui est à la tête de cet Institut. Il est constitué de :

- Une Directrice Générale qui coordonne toutes les activités de l'Institut ;
- Un responsable chargé des affaires administratives et financières qui a pour principale tâche, la gestion des finances et des dossiers administratifs du Centre ;
- Un responsable chargé de la pédagogie dont l'animation pédagogique et la formation continue des enseignants en sont ses principales tâches ;
- Un responsable chargé de la discipline qui, comme son nom l'indique, est chargé de mettre la discipline au sein de cette école.

▪ Personnel enseignant

Il est constitué de l'ensemble de tous les enseignants de l'école et a pour mission principale l'encadrement et des enfants dont ils ont la charge.

▪ Personnel technique

Il regroupe un ensemble de spécialistes avec des rôles qui diffèrent en fonction de la spécialité de chacun. Ainsi, on a :

- Le psychomotricien qui évalue et prend en charge les enfants ayant des difficultés d'ordre moteur ;
- Le psychologue qui assure la prise en charge psychologique des enfants après avoir passé les tests psychologiques ;
- L'orthophoniste qui, pour sa part, est chargé des stratégies de prise en charge des enfants ayant des troubles de langage ;
- L'éducateur spécialisé
- L'assistant social qui s'occupe du volet social en répertoriant les difficultés des familles et élabore des plannings d'intervention ainsi l'accompagnement psychosocial.

Sur le plan académique, l'Institut Psychopédagogique « Einstein » accueille des enfants ayant des difficultés d'adaptation scolaire, des enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux. Il est constitué des salles de classe allant de la Maternelle au Cours Moyen Deuxième année. Outre ces salles de classe, il regorge en son sein, une salle d'accueil et de conseils, un réfectoire, une salle d'écoute, une cuisine.

Les méthodes utilisées par l'Institut Psychopédagogique « Einstein » sont nombreuses et variées. Compte tenu de la singularité de cas, de l'hétérogénéité des symptômes d'une maladie et dans le souci de donner un suivi adéquat aux enfants qu'elle accueille, cette école opte pour une multitude de méthodes d'apprentissage dont les principales sont : TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) ; ABA (Applied Behavior Analysis) ; PECS (Pictures Exchange communication system).

4.5.2. Population

Angers (1992 ; 238) définit la population comme un « *ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lequel porte l'investigation* ». Pour Grawitz, c'est « *un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent une même priorité et qu'ils sont de même nature* ». Il s'agit donc de l'ensemble de sujets possédant les mêmes caractéristiques, parmi lesquels on choisit ceux qui font l'objet d'observation. On a deux types de populations : la population cible et la population accessible.

4.5.2.1. Population cible

La population cible désigne l'ensemble d'éléments ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques et se situent à une échelle restreinte et sur lequel le chercheur appliquera les résultats de sa recherche. Dans le cadre de notre étude, la population cible englobe tous les adolescents ayant un handicap mental et qui fréquentent le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH) et l'Institut Psychopédagogique Einstein.

4.5.2.2. Population accessible

La population accessible renvoie à une partie de la population cible qui est effectivement à la portée du chercheur. Elle est constituée dans cette étude des adolescents porteurs de trisomie 21 avec une déficience intellectuelle légère du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH) et de l'Institut Psychopédagogique Einstein. Compte tenu du fait que le chercheur ne peut accéder à la population toute entière, il procède à l'échantillonnage.

4.6. ÉCHANTILLON ET METHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

4.6.1. Échantillon

Angers (1992 ; 246) définit l'échantillon comme étant « *la partie de la population auprès de laquelle les informations sont recueillies* ». Aktouf (1987) quant à lui, parle d' « *une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, d'un spécimen* ». L'échantillon est donc une portion représentative de la population que le chercheur interroge dans l'optique d'avoir des informations.

Dans notre étude qui se situe dans une démarche qualitative, l'échantillon est restreint et est constitué de cinq (05) adolescents porteurs de trisomie 21 de l'Institut Psychopédagogique Einstein et du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Paul Emile Léger (CNRPH). Il est constitué de trois (03) garçons et deux (02) filles.

4.6.2. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage est entendue comme l'ensemble des opérations qui permettent de sélectionner un nombre réduit de sujets qui participeront à une recherche. Pour Delandsheere 1992 ; 12), il s'agit de « *choisir un nombre limité d'individus ou d'objets ou*

d'évènements dont l'observation permet des conclusions appréciables à la population entière à l'intérieur de laquelle le choix a été fait ».

Nous avons utilisé dans cette étude, la méthode d'échantillonnage non probabiliste, plus précisément l'échantillonnage typique. Pour avoir notre échantillon, nous nous sommes basés sur les critères suivants :

- l'âge (être âgé entre 12 et 25 ans);
- être inscrits (à temps plein) dans une école spéciale ;
- être capable de lire et d'écrire et,
- détenir un diagnostic de trisomie 21 émis par un professionnel.

Nous avons des adolescents ayant une déficience intellectuelle légère, précisément les adolescents porteurs de trisomie 21 de deux sexes dont l'âge varie entre 13 et 19 ans.

4.7. LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES

Il existe plusieurs instruments qui permettent au chercheur de collecter les données sur le terrain. Le choix de l'outil concernant la récolte de données s'est porté sur l'entretien semi-directif et l'échelle de mesure de l'autodétermination du LARIDI.

4.7.1. Les entretiens

L'entretien semi-directif est l'une des méthodes qui permet de récolter des données dans une recherche qualitative. Il est une technique de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. L'une de ses caractéristiques est le fait de ne pas enfermer le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. L'entretien permet « un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs », comme le soulignent Quivy et Campenhoudt (2006, p.174). De façon générale, l'entretien semi-directif permet de recueillir des informations telles que des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs. Il nous a donc semblé plus indiqué de choisir cet outil pour des raisons suivantes : Il est un outil qui permet au chercheur de récolter des données subjectives en toute liberté, à l'interlocuteur de nuancer ses propos et nous permet d'avoir un maximum d'objectivité. Notre guide d'entretien qu'on retrouve en annexe, contient des questions développées et regroupées par hypothèses de recherche. Nous avons inscrit les

éléments théoriques en lien avec les questions afin de faciliter le travail d'analyse et d'avoir toujours en tête les éléments théoriques. Cet outil a été un réel support pour nous lors de nos entretiens et a contribué à leur bon déroulement. Pour les entretiens, nous avons suivi ce guide et avons également utilisé un enregistreur afin de faciliter le travail de retranscription.

Nos entretiens se sont déroulés au sein des différents centres (CNRPH et Institut psychopédagogique « Einstein ») qui accueillent les adolescents trisomiques 21. Ils ont été menés par nous-mêmes auprès des enseignants qui encadrent ces enfants. Nous nous sommes accordés avec les enseignants sur le jour et l'heure afin de permettre à ceux-ci d'être concentrés sur la thématique en n'étant pas préoccupée par une autre obligation.

Ils ont été réalisés le même jour dans un endroit calme pour ne pas être interrompus. La durée de nos entretiens variait entre vingt et trente minutes.

4.7.2. Les échelles

Une échelle est un instrument de mesure permettant de mesurer le jugement, l'opinion ou la perception de la personne interrogée. Elle est constituée d'un ensemble de gradations permettant d'attribuer une valeur attendue à une question. Son utilisation permet au chercheur non seulement d'obtenir une réponse à une question, mais oriente aussi le répondant sur les nuances souhaitées à sa réponse afin d'avoir des informations faciles à traiter.

4.7.2.1. L'échelle d'autodétermination

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes servis de l'échelle d'autodétermination du LARIDI (Laboratoire de Recherche Interdépartementale en Déficience Intellectuelle) version adolescent. Précisément, il s'agit d'un instrument auto évaluatif que l'on complète sous la formule papier-crayon. Constituée de quatre sections avec 72 items, cette échelle dégage un score total global variant de 0 à 148 points où un score élevé indique que la personne manifeste un fort degré de comportements autodéterminés. Ainsi, dans l'ensemble, ses 72 items sont subdivisés en quatre sous-échelles correspondant aux quatre composantes de l'autodétermination que sont : l'autonomie comportementale, l'autorégulation, l'« empowerment » psychologique et l'autoréalisation.

La première sous-échelle autonomie comportementale comprend 32 énoncés avec des réponses conçues sous le modèle de l'échelle de Likert. L'échelle de Likert est une échelle dont le niveau de mesure est ordinal dont les intervalles entre les valeurs ne sont pareils ou égaux. Elle a pour principale caractéristique le nombre élevé de ses énoncés qui prennent une forme déclarative avec un choix de réponses qui représente différents niveaux d'accord. Les

réponses de cette composante sont : jamais, quelquefois, souvent et toujours. Cette sous-échelle offre un score pouvant varier de 0 à 96 points.

La deuxième sous-échelle est l'autorégulation, éclatée en deux sous-sections avec neuf énoncés. Les consignes ici consistent à dire ce s'est passé entre le début et la fin d'une histoire qui lui sont exposés. L'objectif étant de savoir si le répondant a la capacité de résolution des problèmes interpersonnels ainsi que la possibilité de se fixer des buts et des tâches. Les réponses sont évaluées sur une échelle ordinale allant comme suit: 0 point « absence de solution / le participant évoque une solution qui ne permettrait pas de résoudre le problème », 1 point « le participant évoque une solution qui permettrait peut-être de résoudre le problème » et 2 points « solution qui, très probablement, permettrait de résoudre adéquatement le problème ». A la fin de cette sous-échelle, on a une valeur globale variant de 0 à 21 points dont, les scores possibles pour la première sous-section peuvent varier de 0 à 12 points, et de 0 à 9 points pour la deuxième sous-section.

La troisième sous-échelle est l'« empolement » psychologique. Elle mesure la perception de contrôle des participants et est constituée d'un total de 16 énoncés où le répondant est tenu de choisir une solution sur les deux qui lui sont proposées en rapport avec ce qui le décrit le mieux. Ici, les scores varient entre 0 à 16 points et permettent de percevoir les paramètres d'une personne qui agit avec empowerment psychologique. Ainsi, cette sous-échelle dichotomique indique que le participant exerce un contrôle sur les événements de sa vie, qu'il possède les habiletés nécessaires à l'accomplissement d'une tâche et qu'il peut anticiper les résultats de ses gestes.

La quatrième sous-échelle est l'autoréalisation. Constituée de 15 énoncés, le répondant a deux options de réponse (d'accord et pas d'accord) sur les phrases qui décrivent les ressentis de celui-ci. Elle mesure le niveau de connaissance et de conscience de soi avec un score total qui varie de 0 à 15 points et où un score élevé indique que la personne connaît ses forces et limites et agit en conséquence de ces dernières.

En somme, l'échelle d'autodétermination du LARIDI (Laboratoire de Recherche Interdépartementale en Déficience Intellectuelle) version adolescent est jusqu'à ce jour, le seul instrument de mesure francophone recensé destiné à l'évaluation du degré d'autodétermination d'adolescents qui présentent une déficience intellectuelle. Elle a donc été choisie pour plus d'une raison :

- ❖ Le choix de cet instrument tient du fait qu'il permet de recueillir les informations sur un concept psychologique que l'on souhaite mesurer. Notre étude qui porte sur l'autodétermination dont les composantes sont des construits psychologiques, sera facilitée par l'utilisation de cette échelle.
- ❖ Cet instrument permettra de mettre en relief les facteurs susceptibles de favoriser le comportement d'autodétermination et ceux qui peuvent constituer un frein à celui-ci.

4.7.2.2. La passation de l'échelle

La passation de l'échelle d'autodétermination du LARIDI s'est faite au sein de l'Institut qui accueille ces adolescents. Nous avons procédé en prenant les répondants les uns après les autres. Tenu informé de l'objectif de notre étude, le répondant est muni d'une copie de l'échelle que nous prenons la peine de lire pour rendre la compréhension facile. De plus, il lui est instruit de répondre en cochant la réponse qu'il choisira. Nous avons sollicité l'assistance des enseignants pour retransmettre les consignes aux adolescents comme tenue de leurs difficultés liées à la lecture. Ainsi, pour nous rassurer de la retransmission fidèle des consignes par les enseignants, nous avons notre propre copie de l'échelle que nous suivions en même temps que les adolescents et les enseignants. Donc, pour chacun des répondants, avons prévu trois copies de l'échelle (une pour le répondant lui-même, une autre pour l'enseignant et une pour nous). Nous avons eu dans l'ensemble une ambiance détendue et les enseignants semblaient à l'aise avec la démarche.

4.7.2.3. Les difficultés liées au terrain

La principale difficulté que nous avons eue est la longueur des items de l'échelle. Nous avons un échantillon d'adolescents avec déficience intellectuelle, il a été particulièrement difficile de passer l'échelle. Elle comporte 72 items et pour une bonne exploitation, nous avons passé l'échelle par répondant en deux temps, ce qui nous a pris plus de temps que prévu. Aussi, nous avons fait appel aux enseignants pour reformuler les consignes afin de faciliter la compréhension des répondants.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre est réservé à la présentation des résultats. Notre travail sur le terrain a essentiellement été consacré à la collecte des données. Ainsi, après avoir passé notre échelle auprès des adolescents d'une part, nous avons d'autre part, effectué nos entretiens auprès de des enseignants qui sont en charge des adolescents et avons procédé à l'analyse des données.

Il sera question pour nous de présenter les données grâce à la retranscription des entretiens et des informations fournies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI (Laboratoire de Recherche Interdépartementale en Déficience Intellectuelle) version adolescent.

5.1. PRESENTATION DES DONNEES

Nous allons donc, pour ce qui est des adolescents, présenter les données recueillies de chaque échelle. Nous utiliserons des prénoms fictifs pour garantir la confidentialité des répondants. On a donc, Junior (adolescent 1); Merveille (adolescente 2), Princesse (adolescente 3); Luc (adolescent 4) et Fred (adolescent 5). Après avoir fait une brève présentation du cas, nous donnerons dans un tableau les données collectées et condensées (par section) pour chaque cas.

5.1.1. Junior (adolescent 1)

Il est âgé de 19 ans, inscrit au niveau 2 de l'Institut « Einstein ». Il vit avec sa mère et son frère. Son père est décédé il ya peu de temps et Junior de temps en temps nous en parle avec beaucoup d'émotions. D'ailleurs, il est capable de pleurer toute une journée lorsque ses camarades le lui rappellent. Mais, les enseignants ayant remarqué cela, ont donné l'interdiction formelle aux élèves d'en parler. Très propre, il aime quand tout est propre autour de lui, sa maîtresse l'appelle d'ailleurs « petit chat ». Junior est selon sa maîtresse, parmi les meilleurs élèves de sa classe. Ses rapports avec ses camarades sont plutôt très bien. Il aime la compagnie et parle tout le temps de sa mère.

Tableau 4 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Junior (adolescent 1)

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI		
Section	Score brut	Score maximal
Section 1 : Autonomie		
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	11	18
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	5	12
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	12	18
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	6	15
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	3	18
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	9	15
Total section 1	46	96
Section 2 : autorégulation		
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	5	12
2B. Se fixer des buts et des tâches	5	09
Total section 2	5	21
Section 4 : autoréalisation		
Autoréalisation	12	15
Total section 4	12	15
Autodétermination		
Somme des sections : 1+2+4	58	148

A travers ce tableau, nous avons les scores bruts de Junior qui montre qu'il a eu un total de 58 points sur les 148 fixés. Ainsi, à la section réservée à l'autonomie, il a 46 points sur 96, à la section autorégulation, il n'a pas eu de point et à la section autoréalisation, il a eu 12 points sur les 15 fixés.

5.1.2. Merveille (adolescente 2)

Merveille a 13 ans et est inscrite au niveau 2, CE2 du même établissement ; elle est très coquette, vaillante et parle beaucoup. L'aînée d'une fratrie de trois, Merveille affiche bonne mine, aime parler de la femme de ménage qu'ils ont à domicile, elle apprécie d'ailleurs celle-ci. Elle est très admiratrice des activités culinaires. Selon sa maîtresse, elle aime raconter ses prouesses quand elle va au restaurant avec ses parents. Aimable, Merveille entretient de bonnes relations avec ses camarades et les enseignants de l'école.

Tableau 5 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Merveille (adolescente 2)

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI		
Section	Score brut	Score maximal
Section 1 : Autonomie		
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	10	18
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	05	12
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	18
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	07	15
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	03	18
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	11	15
Total section 1	51	96
Section 2 : autorégulation		
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	5	12
2B. Se fixer des buts et des tâches	3	09
Total section 2	8	21
Section 4 : autoréalisation		
Autoréalisation	11	15
Total section 4	11	15
Autodétermination		
Somme des sections : 1+2+4	70	148

Le tableau ci-dessus, donne les différents scores réalisés par Merveille. On a un total de 67 points sur les 148 attendus. A la section autonomie, elle a eu 51 points sur 96 ; 05 sur 21 pour la section autorégulation et 11 sur 15 pour ce qui est de l'autoréalisation.

5.1.3 Princesse (adolescente 3)

La jeune adolescente de 16 ans fréquente la classe de CMI, niveau III de l'institut « Einstein ».

Tableau 6 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Princesse (adolescente 3)

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI		
Section	Score brut	Score maximal
Section 1 : Autonomie		
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	15	18

1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	07	12
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	18
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	06	15
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	03	18
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	05	15
Total section 1	51	96
Section 2 : autorégulation		
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	7	12
2B. Se fixer des buts et des tâches	03	09
Total section 2	10	21
Section 4 : autoréalisation		
Autoréalisation	13	15
Total section 4	13	15
Autodétermination		
Somme des sections : 1+2+4	74	148

Le tableau ci-dessus, donne les différents scores réalisés par Princesse. On a un total de 74 points sur les 148 attendus. A la section autonomie, elle a eu 51 points sur 96 ; 10 sur 21 pour la section autorégulation et 13 sur 15 pour ce qui est de l'autoréalisation.

5.1.4. Luc (adolescent 4)

Agé de 16 ans, Luc est inscrit au CNRPH. Deuxième né d'une famille de 6 enfants, il est très sociable et aime particulièrement les perles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il est inscrit dans un atelier de mosaïque et de broderie, nous a-t-on dit. Luc est propre et aime aussi ranger.

Tableau 7 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Luc (adolescent 4)

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI		
Section	Score brut	Score maximal
Section 1 : Autonomie		
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	12	18
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	08	12
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	18
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	07	15
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	10	18

1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	11	15
Total section 1	63	96
Section 2 : autorégulation		
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	7	12
2B. Se fixer des buts et des tâches	4	09
Total section 2	11	21
Section 4 : autoréalisation		
Autoréalisation	12	15
Total section 4	12	15
Autodétermination		
Somme des sections : 1+2+4	86	148

Le tableau ci-dessus, donne les différents scores réalisés par Luc. On a un total de 86 points sur les 148 attendus. A la section autonomie, il a eu 63 points sur 96 ; 11 sur 21 pour la section autorégulation et 12 sur 15 pour ce qui est de l'autoréalisation.

5.1.5. Fred (adolescent 5)

Fred a 18 ans et fréquente le CNRPH. Il est inscrit à l'atelier art graphique et sérigraphie. Fred est le dernier né d'une institutrice à la retraite. Il parle tout le temps de sa maman qu'il aime tant. Très amusant, Fred met du sourire sur les lèvres de tous ceux qui l'entourent.

Tableau 8 : Représentation des données recueillies par l'échelle d'autodétermination du LARIDI pour Fred

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI		
Section	Score brut	Score maximal
Section 1 : Autonomie		
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	15	18
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	10	12
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	18
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	10	15
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	13	18
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	11	15
Total section 1	74	96
Section 2 : autorégulation		
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	8	12
2B. Se fixer des buts et des tâches	6	09

Total section 2	14	21
Section 4 : autoréalisation		
Autoréalisation	10	15
Total section 4	10	15
Autodétermination		
Somme des sections : 1+2+4	98	148

Le tableau ci-dessus, donne les différents scores réalisés par Fred. On a un total de 98 points sur les 148 attendus. A la section autonomie, il a eu 74 points sur 96 ; 14 sur 21 pour la section autorégulation et 10 sur 15 pour ce qui est de l'autoréalisation.

5.2. ANALYSES DES DONNEES

5.2.1. Entretiens

Cette partie de notre travail consiste à faire une interprétation des données que nous avons collectées. Nous avons utilisé comme outils de collecte de données, les entretiens et l'échelle d'autodétermination du LARIDI version pour adolescents. Pour cela, nous utiliserons l'analyse de contenu et la table de conversion du LARIDI

Le travail d'analyse qui suit est une analyse de contenu de type qualitative, basée sur le compte-rendu des entretiens semi-directifs que nous avons menés auprès des enseignants des adolescents à qui nous avons passé l'échelle. Selon Mucchielli, analyser un contenu c'est « *rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui est présenté, formuler, classer le contenu du document ou de la communication* » (Mucchielli, 1991). Pour Bardin, l'analyse de contenu est « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés* » (Bardin, 1977, p. 43).

Les entretiens que nous avons menés auprès des enseignants sont en effet un complément d'information sur les données que nous avons eues chez les adolescents. Il s'agit d'une observation indirecte par les enseignants et qui nous permet juste de savoir si ces enseignants vont nous donner les éléments qui figurent sur l'échelle d'autodétermination pour ajouter aux réponses des répondants. Ainsi, nous avons tout d'abord demandé leur degré de connaissance sur les composantes d'autodétermination qui nous intéressent avant de savoir si selon eux, les adolescents dont ils ont la charge ont des comportements autodéterminés et comment ils les percevaient le lien entre ces comportements et le sentiment d'efficacité.

5.2.1.1. Autonomie comportementale

Concernant l'autonomie comportementale, les enseignants nous ont d'abord donné leur avis sur la question avant de préciser par la suite comment ils perçoivent la présence de cette composante sur le sentiment des adolescents porteurs de trisomie 21.

«J'entends par faire des choix, la possibilité d'agir avec plus de liberté, de prendre des décisions qui sont en accord avec leurs intérêts. Nos enfants ici sont capables de mettre en œuvre leurs propres décisions, savoir par exemple que, je veux faire telle ou telle chose, sans toutefois que nous intervenions, ou du moins pas assez. Et le seul moyen pour permettre cela serait tout d'abord de leur laisser leur libre arbitre, c'est-à-dire, leur permettre de faire leurs propres choix sur certaines choses. Quand il décide de faire ce qu'il aime, il va aller jusqu'au bout même s'il rencontre des difficultés. C'est à ce moment que tu réalises qu'il peut rester des heures devant une tâche. Contrairement à quand on lui a seulement de faire quelque chose. Donc, même si ici, on est dans un milieu qui ne le permet pas assez, je pense qu'ici, la plupart d'entre eux agit en accord avec leurs préférences et se sentent efficaces. » (Entretien 1, école).

Wehmeyer (2003, p. 190) suggère que faire un choix correspond à «un processus de sélection parmi des alternatives basées sur les préférences de la personne». Stancliffe et Abery (1997, p. 160) pensent qu'il s'agit de « faire une sélection non forcée d'une alternative préférée parmi deux ou plusieurs options»

Cette notion est d'autant plus capitale, que la deuxième intervenante parlera de pouvoir de décision chez les apprenants. Pour elle, l'autonomie des personnes trisomiques devrait être fortement encouragée.

« Lorsque je vois mon élève prendre des décisions qui la concerne, je suis satisfaite. Elle est capable de te dire ce qu'elle veut et ce qu'elle ne veut pas. C'est vrai qu'on ne doit pas toujours les laisser faire ce qu'ils veulent, mais, ils se débrouillent déjà pas mal à ce sujet. Vous voyez comment pendant la récréation, c'est elle qui choisit celui avec qui elle veut jouer, c'est aussi cela l'autonomie. Donc, elle prend en compte ses intérêts, ses aptitudes et ses préférences et tu vois directement comment il très motivé à le faire et n'abandonne pas aussitôt quand bien même c'est compliqué. Elle vient te poser des questions et tu réalises qu'elle se bat pour se rappeler de comment elle avait fait avant. Mais, c'est tout le contraire quand c'est une activité devant laquelle elle a reçu des consignes. Certes, elle le fait, mais pas avec autant de ténacité.» (Entretien 2, école).

Pour cet autre enseignant, la notion d'autonomie chez les personnes porteuses de trisomie 21 est un peu complexe. Même si elle est présente, elle n'est pas fréquente ou

permanente. Il reconnaît que son élève prend des décisions à son niveau, mais ces décisions sont quelque peu limitées.

« L'autonomie renvoie au fait pour eux de faire ce qu'ils veulent en toute liberté, mais ce n'est pas le libertinage. Etant donné qu'ils sont dans un atelier de formation, nous les encourageons beaucoup à faire des choses qu'ils aiment. Nous faisons dans l'art graphique, notamment la peinture et la sérigraphie, cela demande énormément d'imagination. Donc, c'est notre façon à nous de le rendre autonome et il le fait comme j'ai dit plus haut à son niveau. Quand, je ne suis pas là, des fois, il me surprend avec des dessins qu'il a réalisés lui-même. Comme il aime beaucoup sa mère, parfois, ce sont les robes de celle-ci qu'il dessine, ses chaussures et autres. Vous voyez donc qu'il agit selon ses préférences et devient très endurant quand il l'a initié de lui-même. » (Entretien 3, atelier).

Un autre point qu'il faut évoquer c'est celui des choix concernant leur vie sexuelle. Ils sont des adolescents et on remarque qu'il y en a qui parle parfois de leur sentiment amoureux. Le choix de son costume qu'il aimerait arborer le jour de son mariage, celui de sa femme aussi.

« Il fait souvent des dessins de lui-même et de sa future femme. Quand je lui demande de faire ce qu'il veut, il me sort donc ce type de dessin. Cela est la preuve qu'il pense quand même à sa vie future. ... et il te dit qu'il choisira une très belle femme comme épouse. On est parfois étonné, mais, on comprend aussi que cet enfant va bien au-delà de ce qu'on pense. Il faut juste lui donner un peu d'opportunités de s'exprimer, de faire ses choix et tu réalises qu'il va au-delà de ce que tu n'aurais pas pensé. ». (Entretien 4, atelier).

Ces encadreurs rejoignent certainement Lachapelle dans son élan de participation active à la promotion de l'autodétermination chez les personnes présentant des déficiences intellectuelles. Il déclare d'ailleurs que, *« Je crois fermement que toute personne a un potentiel à développer, mais il ne faut pas avoir des attentes irréalistes »* (Lachapelle 2010, p 6). Pour Lachapelle, chaque personne dispose en elle d'un potentiel, peu importe les incapacités existantes. Il soutient que toute personne a le droit de faire des choix et de prendre des décisions pour exercer un contrôle sur sa vie. Il affirme qu'il est tout à fait possible d'amener une personne vers une plus grande autonomie, à condition de disposer des moyens et de l'encadrement nécessaire. Selon Lachapelle, toutes les personnes peuvent être amenées à l'autodétermination, y compris celles qui sont lourdement handicapées. L'autodétermination doit viser à favoriser de façon optimale la participation de la personne, ce qui l'amènera à percevoir l'environnement de façon plus adaptée et à identifier plus précisément ses propres

ressources. A chaque intervention, l'accompagnant doit se demander si la personne aurait été en mesure d'accomplir cette tâche si l'environnement avait été davantage adapté, si la personne disposait des ressources intellectuelles et matérielles nécessaires.

D'un autre côté, les enseignants ont évoqué un manque d'autonomie de la part des élèves. Ils estiment que, même si cela ne se fera tout le temps, les élèves doivent être consultés pour accomplir certaines tâches. Certes, ils peuvent prendre des décisions et faire des choix, mais il faut que la fréquence soit un peu plus importante.

« Je prends le cas des repas ici. On leur donne juste ce qu'il y a à manger, ils n'ont pas leur mot à dire quand il faut faire le repas du jour. Ils peuvent vouloir qu'on prépare un truc spécial, ce qu'ils aiment, mais on ne leur donne même pas la possibilité de dire un mot la dessus. Pourtant, quand vous êtes avec eux, ils vous surprennent avec leurs envies des fois. Ils disent qu'à la maison, lorsqu'ils choisissent ce qu'ils veulent manger, ils mangent même 4 fois par jour. Tu comprends que quand il fait ce qui lui plait, il se sent efficace. » (Entretien 2, école)

« Même à la maison, quelques efforts sont faits, même si c'est insuffisant. Ils n'ont pas toujours la possibilité d'exprimer leurs choix. Selon ce qu'ils nous disent, ils aimeraient pour certains, faire si ou ça, mais sont stoppés dans leurs élans. Mon élève me dit que pour la fête de Noël, c'est elle qui a choisi qu'on lui fasse les rastas et elle en était très fière. Elle te dit comment elle était belle avec ses rastas qu'elle a choisis. Par contre chez l'autre, on fait seulement sans son avis. Lui, il a ses préférences pour les sorties, mais il n'a pas le pouvoir de choisir » (Entretien 2, école).

5.2.1.2. Autorégulation

En ce qui concerne l'autorégulation, les interviews des enseignants nous révèlent une diversité de réponses. Le terme désigne la possibilité pour une personne d'utiliser ses propres moyens pour faire face à la vie. Tout comme l'autonomie, l'autorégulation est l'une des notions sur lesquelles, on doit beaucoup travailler pour les personnes trisomiques. Pour eux, bien que le terme soit complexe, il est quand même présent.

« Pour moi, l'autorégulation c'est la capacité que l'individu a à développer des stratégies pour se défendre lui-même. C'est-à-dire que la personne réfléchit sur ses propres moyens pour se défendre. Selon moi, l'individu doit être capable de développer les comportements qui lui permettront d'atteindre un but, même si c'est seulement pour les 10 minutes qui vont suivre. Oui, nous le percevons chez nos enfants ici. Ils se fixent des objectifs et en sont à la hauteur. Quand donc il est capable de faire tout ce que dit là, il est content. » (Entretien 1)

Les termes tels que résoudre les problèmes, se fixer des buts sont bien récurrents dans ce que dit cet enseignant. Et c'est en ces termes que Wehmeyer, a défini la notion d'autorégulation. Ainsi, nous pouvons comprendre que l'autodétermination des enfants porteurs de trisomie 21 dans les établissements (école et atelier) que nous avons contactés est une notion présente au quotidien, bien que beaucoup reste à faire.

« Ce garçon me surprend beaucoup. Bien qu'il ait sa façon à lui de faire ses choses, il est très responsable. Il utilise ses propres stratégies pour résoudre ses problèmes. Je vais vous prendre un exemple, quand son camarade le provoque, il me bagarre jamais comme les autres ; il trouve toujours un moyen de venir m'expliquer ce qui s'est passé pour qu'ils en arrivent là. Ensuite, il me demande si je vais punir son ami. Lorsque je tranche en sa faveur, il va s'asseoir, au cas contraire, il va demander pardon à son ami, sans que je ne le lui exige. Donc, si c'est pour lui, il sait comment se comporter pour avoir ce qu'il veut. Il est très flatteur aussi. Quand il désire quelque chose, il sait comment te flatter pour que tu lui donne ce qu'il veut ». (Entretien 3, atelier).

Il faut pour ce qui est de l'autorégulation, envisager une collaboration forte avec les familles de ces enfants. L'école travaille déjà avec certains parents, mais cela n'est pas suffisant. *« Les parents s'interrogent d'ailleurs sur le devenir de leurs enfants une fois qu'ils quitteront cette école. »* (Entretien 2, école). Ce qui laisse comprendre que cet adolescent n'est pas suffisamment autorégulé.

« Si tu lui pose un problème concernant ce qu'il voudrait faire plus tard, je pense que tu y passera toute la journée. Il ne parvient à se faire une idée sur ce qui peut être pour lui une solution de problème. Comme tu peux même lui demander si son ami le provoque, ce qu'il ferait pour se défendre. Il ne te dira rien de bon ! Et quand c'est comme ça, c'est difficile qu'il aille au bout de ce qu'il veut faire. Il se décourage aussi très vite. » (Entretien 1, école).

L'enseignante évoque l'encadrement dans le développement de l'autorégulation. Pour celle-ci, lorsqu'elle donne une attention particulière à son élève, elle réalise que celle-ci donne en retour des résultats formidables.

« Elle est particulièrement motivée quand je lui accorde beaucoup de temps pour faire une chose. Elle se surprend parfois en train de dire des choses que tu ne pouvais imaginer. Elle utilise même des mots que tu as utilisés pour lui expliquer quelque chose. Donc, elle observe bien et avec beaucoup d'insistance et de patience, parvient à trouver ce que tu lui demande de faire. » (Entretien 2, école)

Pour un autre encadreur, l'autorégulation dépend d'abord des motivations de l'enfant. Elle parle de la volonté du sujet à faire lui-même des efforts pour être satisfait ou efficace. Tout est question de l'humeur du jour.

« Il peut arriver ici tout content et fait des choses vraiment étonnantes. Il lui arrive de fuir des situations de bagarres, quand il voit que son ami lui cherche des problèmes. Lui qui aime réagir au pif quand tu le provoque. Il sait par exemple qu'on va faire des objets qu'ils donneront comme cadeaux aux personnes qu'ils aiment, c'est à ce moment qu'il utilise de tout son savoir-faire. Il s'y applique, il fait exactement ce qu'il te voit faire. Donc, l'apprentissage par observation. Et c'est tout le contraire quand il n'est pas motivé. C'est pourquoi je dis que tout dépend de l'humeur du jour ».
(Entretien 4, atelier).

Nous pouvons ici, nous référer au modèle tripartite d'autodétermination proposé par Abery et Stancliffe (2003), pour mieux comprendre ce que dit cet encadreur. En effet, ce modèle met en perspective que l'autodétermination se situe au carrefour de trois variables dont celle du degré d'importance accordée, par la personne, au contrôle qu'elle souhaite exercer sur certains éléments de sa vie. Donc, le fait de lui donner l'opportunité de faire ce qui va en accord avec ses préférences, le rend de plus en plus efficace.

5.2.1.3. Autoréalisation

Cette notion est aussi bien connue chez les enseignants. Ils la définissent tous presque de la même manière. Ils parlent de la capacité pour un individu de maximiser son développement personnel, de se maîtriser et d'avoir confiance en soi pour son épanouissement.

« Quand on parle d'autoréalisation, c'est le fait pour un sujet de se surpasser, de se mettre en valeur ses forces et même ses faiblesses pour atteindre un but. Tout doit d'abord commencer par la maîtrise de soi ».
(Entretien 2, école)

La maîtrise de soi et la confiance en soi sont des variables incontournables pour le développement de l'autodétermination de ces enfants selon l'enseignant. Au quotidien, cette composante de l'autodétermination est très visible.

« Si ces enfants ont beaucoup de difficultés dans la manifestation des comportements visant l'atteinte des buts, ou même de pouvoir évaluer une situation en fonction d'un jugement personnel, l'autre ci est facilement observée chez elle. Elle ne se lasse pas très vite devant une situation qui est compliquée. Quand l'autre va se coucher et te dire qu'elle ne se sent pas bien, elle va continuer et te poser des questions en n'en plus finir !

Tu comprends que si elle n'a pas confiance en elle, elle ne fera tout ça. Elle se fatiguera aussi vite que celle qui ne sait pas ce qu'elle fait. ». (Entretien 1, école)

« Il n'y a pas un réel problème de confiance de soi chez mon élève. Je pense que vous allez nous aider à vraiment résoudre ce problème. Je pense que c'est aussi ça le but de votre recherche. Mon élève n'apprend pas trop vite à tirer profit de la connaissance de ses faiblesses ou de ses forces. Je pense que nous ne disposons pas d'assez de moyens pour que ces enfants soient vraiment auto réalisés. Donc, le soutien est faible et c'est peut-être ce qui explique le fait qu'elle se sent parfois incapable de se connaître ou d'avoir confiance en elle. » (Entretien 2, école).

C'est tout le sens d'Abery et Stancliffé qui pensent qu'une perspective strictement individuelle de l'autodétermination insistant uniquement sur les caractéristiques personnelles est insuffisante pour traduire la complexité du processus qui mène à l'expression de son autodétermination.

Pour les encadreurs en atelier, il s'agit d'une notion tout à fait difficile à cerner. Mais, au quotidien, on peut voir qu'ils manifestent un comportement autoréalisé à travers différents actes qu'ils posent.

« Il aime bien faire des choses pour défier un peu ses camarades. C'est ainsi que tu vas le voir tenir tête à un exercice par exemple qui le menace un peu ; il ne se décourage pas facilement comme les autres. Bien qu'on n'attend pas de lui des résultats, comment dire, meilleurs, mais qu'il puisse faire en fonction de ses forces. Et en plus il est caractérisé par la connaissance de soi. Il se connaît bien et dit à ses amis qu'il est le plus fort, qu'il dessine plus que tout le monde. » (Entretien 3, atelier).

« Tu sais, ils sont tous différents, chacun a sa particularité ici. Pour celui qui vous intéresse, il se bat à faire des actes qui entre dans l'autoréalisation de soi. Quand il fait quelque de bien, surtout quand on applaudit pour lui, quand ses amis lui demande comment il a fait, alors il fait l'effort de se rappeler et se vanter aussi (rire). Bon, il y a aussi, un truc chez lui, il se décourage vite ; il n'a pas vraiment confiance en ses capacités. Et là, je ne sais pas vraiment comment l'aider à booster cet aspect. Nous débrouillons comme nous pouvons à notre niveau pour le faire. Je n'ai pas fait des études en éducation spécialisée pour le savoir. Je profite donc pour vous tendre la main. Si vous pouvez de temps en temps nous assister, on en très fier. C'est vrai que le centre fait déjà énormément d'efforts, mais beaucoup reste à faire. » (Entretien 4, atelier).

Wehmeyer et Lachapelle (2006 : p. 71) ont identifié certains facteurs influencés par les perceptions et les croyances entretenues par la personne elle-même et par les membres de son entourage et qui sont favorables à l'émergence de comportements autodéterminés. Parmi ces facteurs, on a les capacités individuelles qui sont elles-mêmes déterminées par le développement personnel et les situations d'apprentissage et les types de soutien dont bénéficie la personne. Il est donc clair que, si l'encadreur ne dispose pas de moyens pour augmenter le degré d'autodétermination chez ces personnes, il devient de plus en plus compliquer pour celles-ci de mettre en valeur leur autodétermination même si les capacités individuelles le permet.

Wehmeyer et Lachapelle (2006 : p. 71) ont identifié certains facteurs influencés par les perceptions et les croyances entretenues par la personne elle-même et par les membres de son entourage et qui sont favorables à l'émergence de comportements autodéterminés. Parmi ces facteurs, on a les capacités individuelles qui sont elles-mêmes déterminées par le développement personnel et les situations d'apprentissage et les types de soutien dont bénéficie la personne. Il est donc clair que, si l'encadreur ne dispose pas de moyens pour augmenter le degré d'autodétermination chez ces personnes, il devient de plus en plus compliquer pour celles-ci de mettre en valeur leur autodétermination même si les capacités individuelles le permet.

5.2.2. Tables de conversion du LARIDI

Nous avons lors de la présentation des résultats inscrits les scores bruts de chaque répondant dans les tableaux appropriés, il nous revient actuellement de convertir ces scores bruts en scores percentiles selon la distribution normale et de déterminer le pourcentage de réponses positives.

5.2.2.1. Junior (adolescent 1)

Tableau 9 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI			
Section	Score brut	Distribution normale	Score positif
Section 1 : Autonomie			
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	11	39	61
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	7	63	58
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	12	44	67

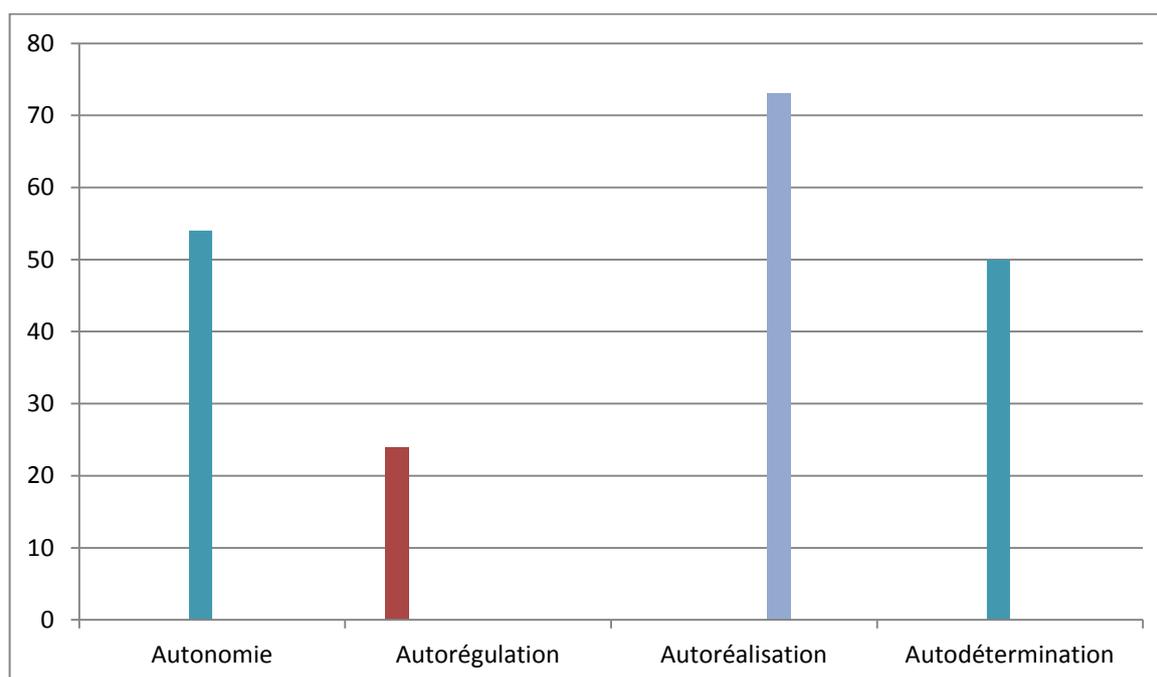
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	9	56	60
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	4	9	22
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	9	20	60
Total section 1	52	24	54
Section 2 : autorégulation			
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	5	22	17
2B. Se fixer des buts et des tâches	5	45	33
Total section 2	10	23	24
Section 4 : autoréalisation			
Autoréalisation	12	73	80
Total section 4	12	73	80
Autodétermination			
Somme des sections : 1+2+4	74	12	50

Le tableau ci-dessus nous donne les scores bruts qui ont été convertis en percentiles et comparés à la table de distribution normale avec les scores positifs. Le cas Junior a obtenu un score de 24 sur 54 à la section autonomie de la table de distribution. Ainsi, lorsqu'on compare on a : 24 = distribution normale ; 54 = pourcentage de score positif, donc, $24 < 54$. A la section autorégulation, il a obtenu un score de 23 sur 24 sur la table de distribution. Lorsqu'on compare on a 23 = distribution normale ; 24 = pourcentage de score positif, $23 < 24$. A la section autoréalisation, il a eu un score de 73 sur 80 selon la table de distribution. Lorsqu'on compare on a 73 = distribution normale ; 80 = pourcentage de score positif, $73 < 80$. Le total de score de son autodétermination générale selon la table de distribution est de 12 sur 50. Lorsqu'on compare on a 12 = distribution normale ; 50= pourcentage de score positif, $12 < 50$. Il a donc 50% de réponses positives.

Tableau 10 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous-section de l'échelle d'autodétermination du LARIDI

Indépendance : soins						61					1A
Indépendance : communauté					58						1B
Choix : loisirs						67					1C
Choix : communauté						60					1D
Choix : parascolaire		22									1E
Choix : personnel						60					1F
Autonomie					54						1
Autorégulation : rés. Prob.	17										2A
Autorégulation : buts fixés			33								2B

Graphique 2 : percentiles correspondant aux réponses positives



Ce graphique présente les pourcentages des réponses positives des trois composantes que nous souhaitons étudier ainsi que le total de ces composantes selon l'échelle d'autodétermination du LARIDI. On a : Autonomie = 54% ; Autorégulation = 24% ; Autoréalisation = 73% pour un total de Autodétermination = 50%.

5.2.2.2. Merveille (adolescente 2)

Tableau 12 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI			
Section	Score brut	Distribution normale	Score positif
Section 1 : Autonomie			
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	10	29	56
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	5	35	42
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	79	83
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	7	33	47
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	3	6	17
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	11	32	73
Total section 1	51	22	53
Section 2 : autorégulation			

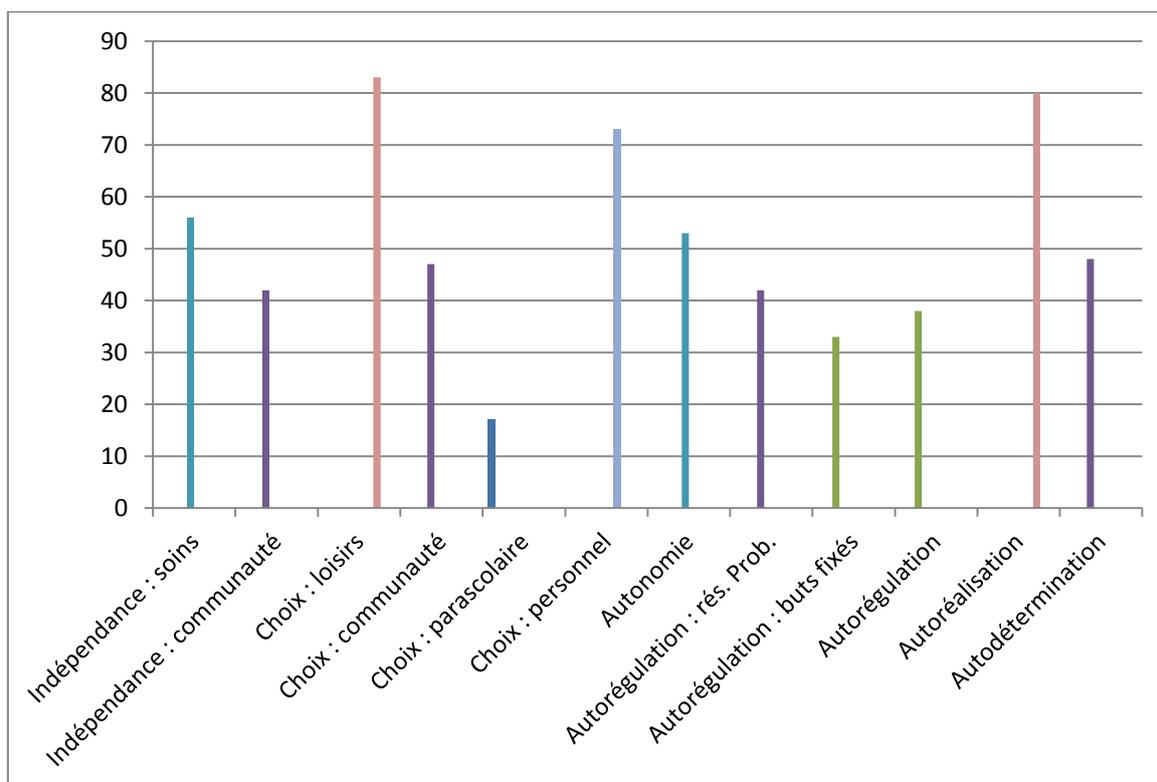
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	5	49	42
2B. Se fixer des buts et des tâches	3	45	33
Total section 2	8	45	38
Section 4 : autoréalisation			
Autoréalisation	12	73	80
Total section 4	12	73	80
Autodétermination			
Somme des sections : 1+2+4	71	9	48

Le tableau ci-dessus nous donne les scores bruts qui ont été convertis en percentiles et comparés à la table de distribution normale avec les scores positifs. Le cas Merveille a obtenu un score de 22 sur 53 à la section autonomie de la table de distribution. Ainsi, lorsqu'on compare on a : $22 =$ distribution normale ; $53 =$ pourcentage de score positif, donc, $22 < 53$. A la section autorégulation, elle a obtenu un score de 45 sur 38 sur la table de distribution. Lorsqu'on compare on a $45 =$ distribution normale ; $38 =$ pourcentage de score positif, $45 > 38$. A la section autoréalisation, elle a eu un score de 55 sur 73 selon la table de distribution. Lorsqu'on compare on a $55 =$ distribution normale ; $73 =$ pourcentage de score positif, $55 < 73$. Le total de score de son autodétermination générale selon la table de distribution est de 9 sur 48. Lorsqu'on compare on a $9 =$ distribution normale ; $48 =$ pourcentage de score positif, $9 < 48$. Elle a donc 48 % de réponses positives.

Tableau 13 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section

Indépendance : soins					56							1A
Indépendance : communauté				42								1B
Choix : loisirs								83				1C
Choix : communauté				47								1D
Choix : parascolaire	17											1E
Choix : personnel								73				1F
Autonomie					53							1
Autorégulation : rés. Prob.				42								2A
Autorégulation : buts fixés			33									2B
Autorégulation			38									2
Autoréalisation								80				4
Autodétermination					48							Total
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 %		

Graphique 3 : scores convertis



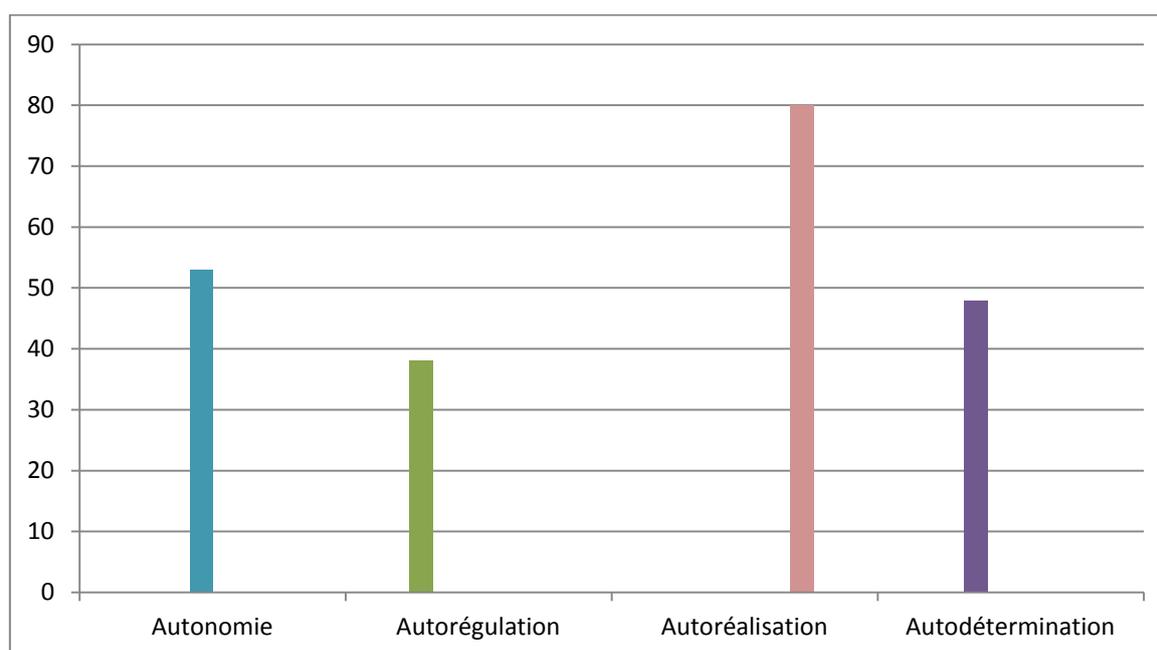
Le graphique ci-dessus nous donne les scores convertis de chaque section et sous-section de Merveille et nous permet de cibler les composantes sur les quelles un accompagnement particulier doit être fait afin de booster l'autodétermination de cette adolescente porteuse de trisomie 21. Nous avons donc, pour ce qui est de la section autonomie, les pourcentages de réponses positives correspondant à l'indépendance de la communauté, aux choix de la communauté et choix parascolaires sont faibles. On a respectivement 42%, 47 % et 17%. En ce concerne la section autorégulation, son pourcentage de réponse positive est également faible, il est de 38%, avec 42% dans la rubrique résolution des problèmes et 33% dans la rubrique buts fixés.

Tableau 14 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination

Autonomie					53						1
Autorégulation			38								2
Autoréalisation								80			3
Autodétermination				48							Total

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Graphique 4 : percentiles correspondant aux réponses positives



Ce graphique présente les pourcentages des réponses positives des trois composantes que nous souhaitons étudier ainsi que le total de ces composantes selon l'échelle d'autodétermination du LARIDI. On a : Autonomie = 53% ; Autorégulation = 38% ; Autoréalisation = 80% pour un total de Autodétermination = 48%.

5.2.2.3. Princesse (adolescente 3)

Tableau 15 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI			
Section	Score brut	Distribution normale	Score positif
Section 1 : Autonomie			
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	15	80	83
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	7	63	58
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	79	83
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	6	23	40
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	3	6	17
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	9	20	60
Total section 1	55	30	57
Section 2 : autorégulation			
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	7	79	58

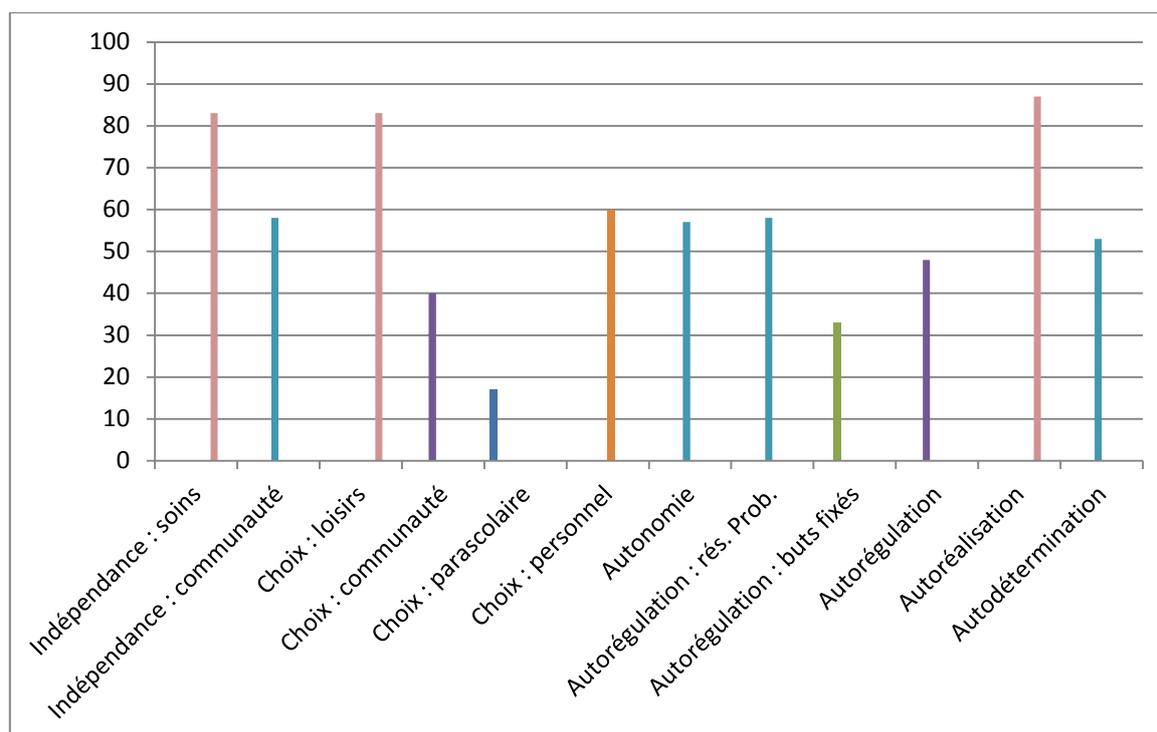
2B. Se fixer des buts et des tâches	3	45	33
Total section 2	10	60	48
Section 4 : autoréalisation			
Autoréalisation	13	88	87
Total section 4	13	88	87
Autodétermination			
Somme des sections : 1+2+4	78	16	53

Le tableau ci-dessus nous donne les scores bruts qui ont été convertis en percentiles et comparés à la table de distribution normale avec les scores positifs. Le cas Princesse a obtenu un score de 30 sur 57 à la section autonomie de la table de distribution. Ainsi, lorsqu'on compare on a : 30 = distribution normale ; 57 = pourcentage de score positif, donc, $30 < 57$. A la section autorégulation, Princesse a obtenu un score de 60 sur 48 sur la table de distribution. Lorsqu'on compare on a 60 = distribution normale ; 48 = pourcentage de score positif, $60 > 48$. A la section autoréalisation, il a eu un score de 88 sur 87 selon la table de distribution. Lorsqu'on compare on a 88 = distribution normale ; 87 = pourcentage de score positif, $88 > 87$. Le total de score de son autodétermination générale selon la table de distribution est de 16 sur 53. Lorsqu'on compare on a 16 = distribution normale ; 53= pourcentage de score positif, $16 < 53$. Elle a donc 53% de réponses positives.

Tableau 16 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section

Indépendance : soins										83											1A	
Indépendance : communauté									58													1B
Choix : loisirs																						1C
Choix : communauté									40													1D
Choix : parascolaire	17																					1E
Choix : personnel																					60	1F
Autonomie									57													1
Autorégulation : rés. prob.									58													2A
Autorégulation : buts fixés								33														2B
Autorégulation								48														2
Autoréalisation																					87	4
Autodétermination									53													Total
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 %												

Graphique 5 : scores convertis



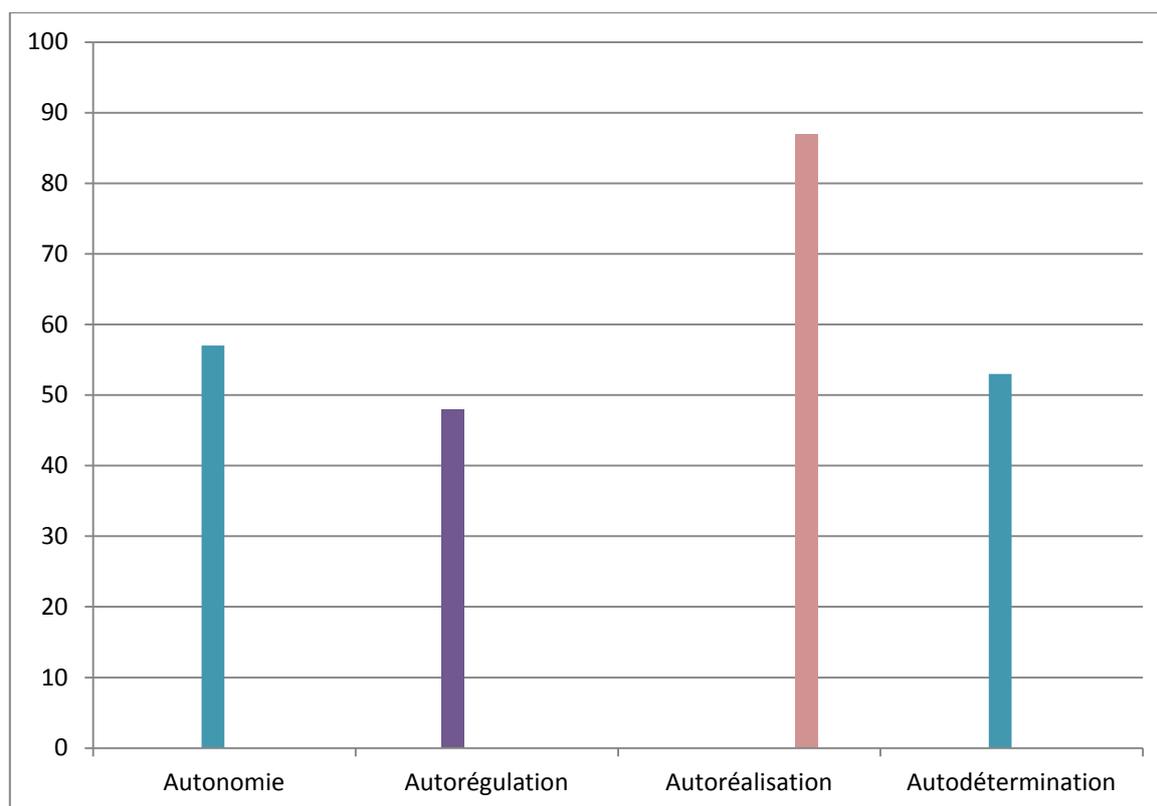
Le graphique ci-dessus nous donne les scores convertis de chaque section et sous-section de Princesse et nous permet de cibler les éléments sur lesquels un accompagnement particulier doit être fait afin de booster l'autodétermination de cette adolescente porteuse de trisomie 21. Nous notons donc que, pour ce qui est de la section autonomie, les pourcentages de réponses positives correspondant aux choix communauté et choix parascolaire sont faibles. On a respectivement 40 % et 17%. En ce qui concerne la section autorégulation, son pourcentage de réponse positive dans la rubrique buts fixés est de 33%, ce qui fait baisser son pourcentage total d'autorégulation à 48%.

Tableau 17 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination

Autonomie					57						1
Autorégulation				48							2
Autoréalisation								87			3
Autodétermination					53						total

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Graphique 6 : percentiles correspondant aux réponses positives



Ce graphique présente les pourcentages des réponses positives des trois composantes que nous souhaitons étudier ainsi que le total de ces composantes selon l'échelle d'autodétermination du LARIDI. On a : Autonomie = 57% ; Autorégulation = 48% ; Autoréalisation = 87% pour un total de Autodétermination = 53%.

5.2.2.4. Luc (adolescent 4)

Tableau 18 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI			
Section	Score brut	Distribution normale	Score positif
Section 1 : Autonomie			
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	12	50	67
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	8	75	66
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	79	83
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	7	33	47
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	10	54	56
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et	11	32	73

aptitudes: Activités récréatives et de loisirs			
Total section 1	63	50	66
Section 2 : autorégulation			
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	7	79	58
2B. Se fixer des buts et des tâches	4	58	44
Total section 2	11	67	52
Section 4 : autoréalisation			
Autoréalisation	12	73	80
Total section 4	12	73	80
Autodétermination			
Somme des sections : 1+2+4	86	24	58

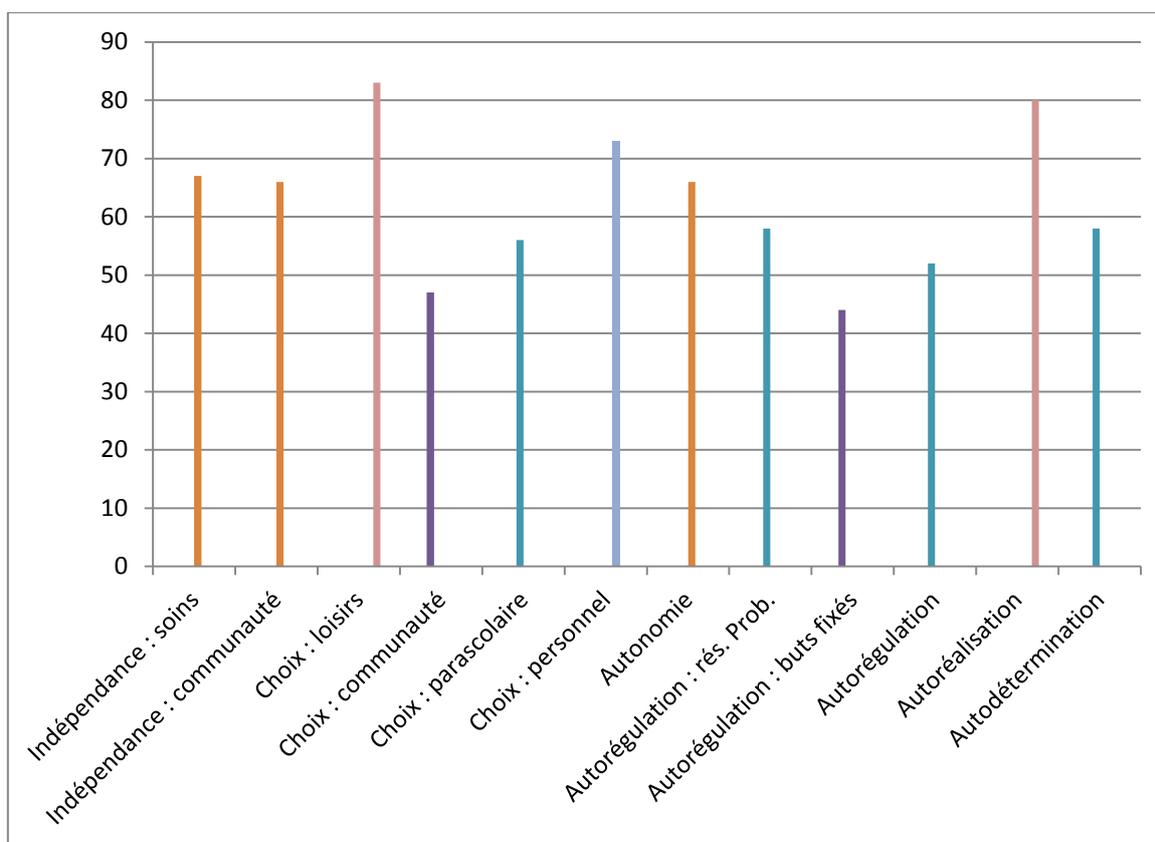
Le tableau ci-dessus nous donne les scores bruts qui ont été convertis en percentiles et comparés à la table de distribution normale avec les scores positifs. Le cas Luc a obtenu un score de 50 sur 66 à la section autonomie de la table de distribution. Ainsi, lorsqu'on compare on a : $50 =$ distribution normale ; $66 =$ pourcentage de score positif, donc, $50 < 66$. A la section autorégulation, il a obtenu un score de 67 sur 52 sur la table de distribution. Lorsqu'on compare on a $67 =$ distribution normale ; $52 =$ pourcentage de score positif, $67 > 52$. A la section autoréalisation, il a eu un score de 73 sur 80 selon la table de distribution. Lorsqu'on compare on a $73 =$ distribution normale ; $80 =$ pourcentage de score positif, $73 < 80$. Le total de score de son autodétermination générale selon la table de distribution est de 24 sur 58. Lorsqu'on compare on a $24 =$ distribution normale ; $58 =$ pourcentage de score positif, $24 < 58$. Il a donc 58% de réponses positives.

Tableau 19 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous section

Indépendance : soins						67						1A
Indépendance : communauté						66						1B
Choix : loisirs								83				1C
Choix : communauté				47								1D
Choix : parascolaire					56							1E
Choix : personnel							73					1F
Autonomie						66						1
Autorégulation : rés. Prob.					58							2A
Autorégulation : buts fixés				44								2B
Autorégulation					52							2
Autoréalisation								80				4
Autodétermination					58							Total

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Graphique 7 : scores convertis



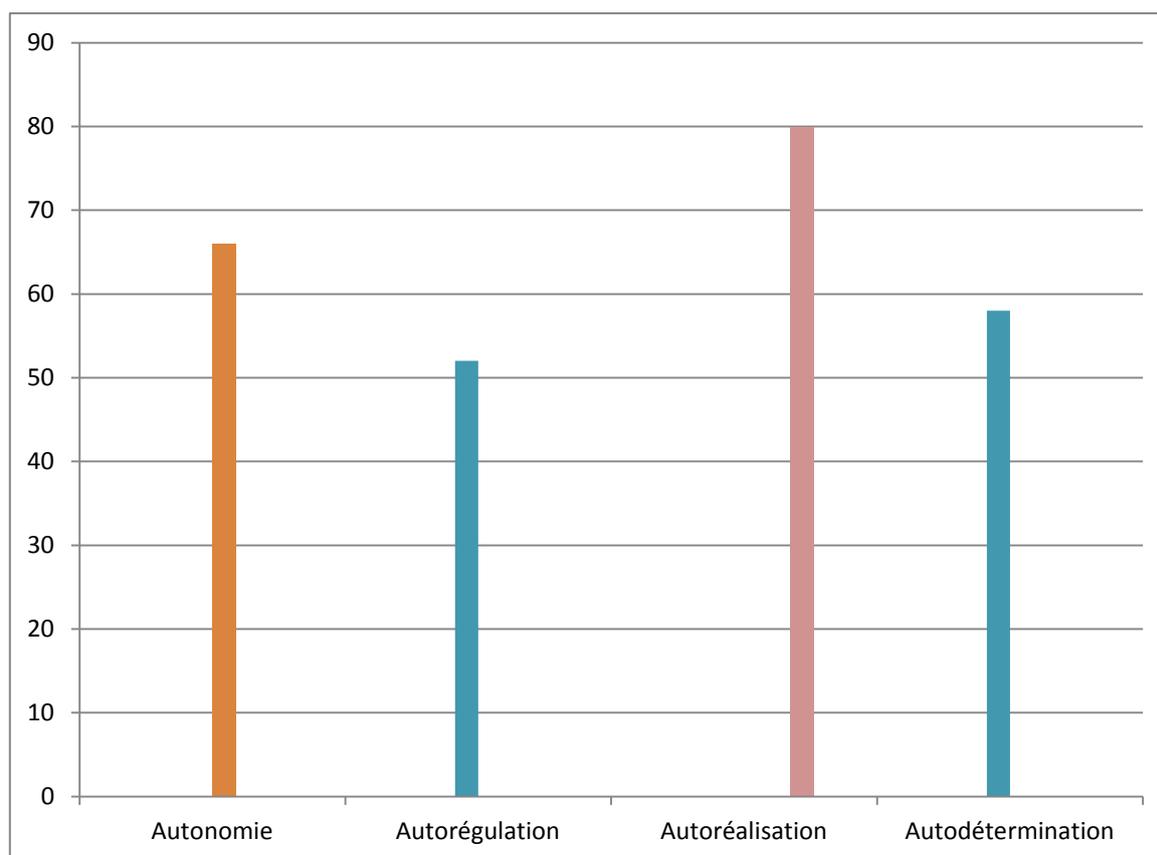
Le graphique ci-dessus nous donne les scores convertis de chaque section et sous-section de Luc et nous permet de cibler les éléments sur lesquels un accompagnement particulier doit être fait afin de booster l'autodétermination de cet adolescent porteur de trisomie 21. Nous notons donc que, pour ce qui est de la section autonomie, le pourcentage de réponse positive correspondant aux choix communauté est faible. On a 47 % pour cette sous-section. En ce qui concerne la section autorégulation, son pourcentage de réponse positive dans la rubrique buts fixés est de 44%.

Tableau 20 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination

Autonomie						66					1
Autorégulation					52						2
Autoréalisation								80			3
Autodétermination					58						Total

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Graphique 8 : percentiles correspondant aux réponses positives



Ce graphique présente les pourcentages des réponses positives des trois composantes d'autodétermination que nous souhaitons étudier ainsi que le total de ces composantes selon l'échelle d'autodétermination du LARIDI. On a : Autonomie = 66% ; Autorégulation = 52% ; Autoréalisation = 80% pour un total de Autodétermination = 58%.

5.2.2.5. Fred (adolescent 5)

Tableau 21 : conversion des scores bruts en percentiles selon la distribution normale et présentation du pourcentage des réponses positives

ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI			
Section	Score brut	Distribution normale	Score positif
Section 1 : Autonomie			
1A. Indépendance : routines de soins personnels et fonctions familiales	15	80	83
1B. Indépendance : interactions avec l'environnement	10	93	83
1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	15	79	83
1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire et interactions	10	67	67

1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement	13	78	72
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs	11	32	73
Total section 1	74	76	77
Section 2 : autorégulation			
2A. Résolution de problèmes interpersonnels	8	87	66
2B. Se fixer des buts et des tâches	6	79	67
Total section 2	14	85	67
Section 4 : autoréalisation			
Autoréalisation	10	37	67
Total section 4	10	37	67
Autodétermination			
Somme des sections : 1+2+4	98	45	66

Le tableau ci-dessus nous donne les scores bruts qui ont été convertis en percentiles et comparés à la table de distribution normale avec les scores positifs. Le cas Fred a obtenu un score de 76 sur 78 à la section autonomie de la table de distribution. Ainsi, lorsqu'on compare on a : 76 = distribution normale ; 78 = pourcentage de score positif, donc, $76 < 78$. A la section autorégulation, il a obtenu un score de 85 sur 67 sur la table de distribution. Lorsqu'on compare on a 85 = distribution normale ; 67 = pourcentage de score positif, $85 > 67$. A la section autoréalisation, il a eu un score de 35 sur 67 selon la table de distribution. Lorsqu'on compare on a 35 = distribution normale ; 67 = pourcentage de score positif, $35 < 67$. Le total de score de son autodétermination générale selon la table de distribution est de 45 sur 66. Lorsqu'on compare on a 45 = distribution normale ; 66= pourcentage de score positif, $45 < 66$. Il a donc 66 % de réponses positives.

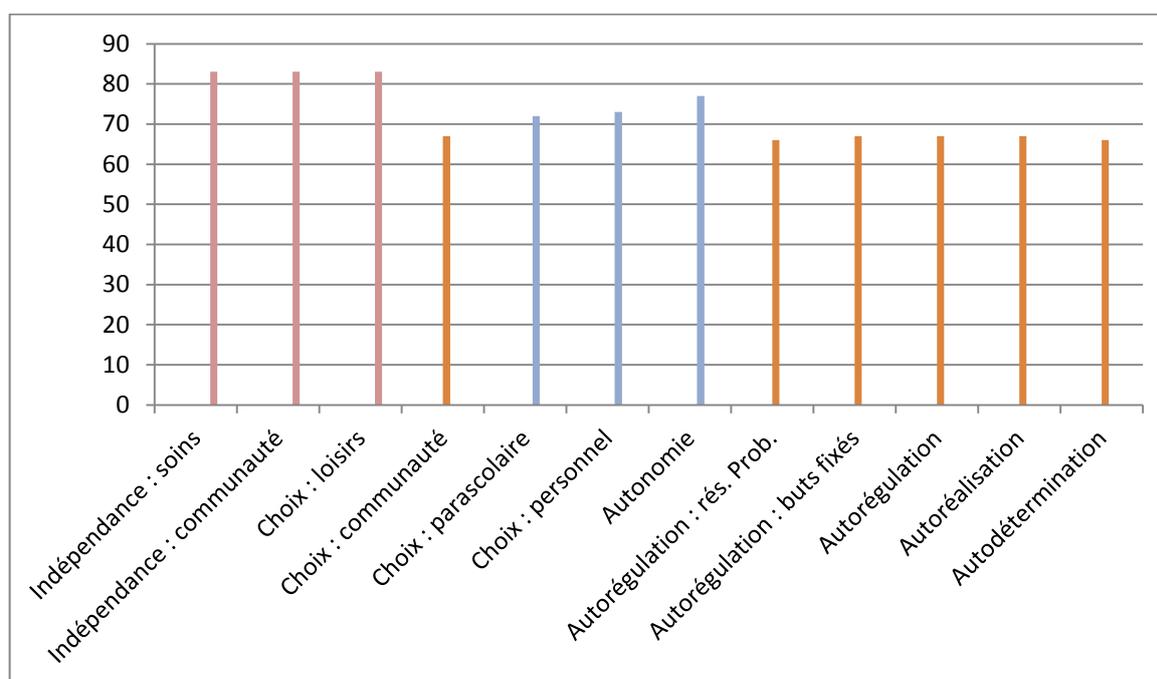
Tableau 22 : Regroupement des scores convertis de chaque section et sous-section

Indépendance : soins								83			1A
Indépendance : communauté								83			1B
Choix : loisirs								83			1C
Choix : communauté						67					1D
Choix : parascolaire							72				1E
Choix : personnel							73				1F
Autonomie							77				1
Autorégulation : rés. Prob.						66					2A
Autorégulation : buts fixés						67					2B

Autorégulation							67					2
Autoréalisation							67					4
Autodétermination							66					Total

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Graphique 9 : scores convertis



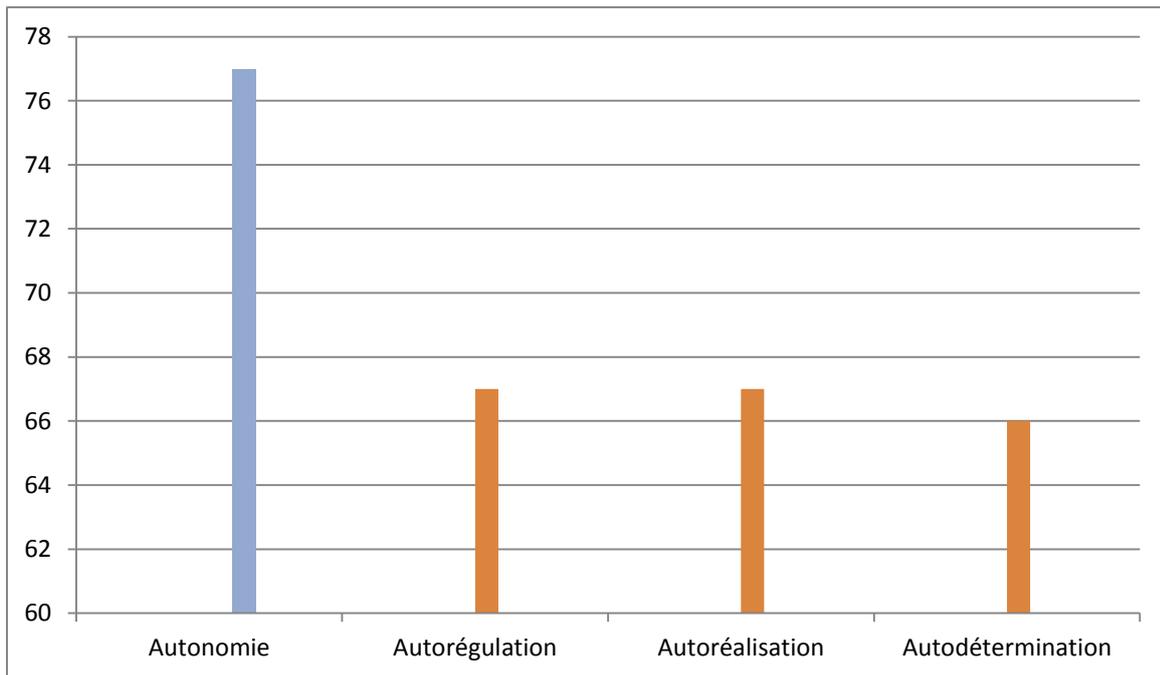
Le graphique ci-dessus nous donne les scores convertis de chaque section et sous-section de Fred et nous permet de cibler les éléments sur lesquels un accompagnement particulier doit être fait afin de booster l'autodétermination de cet adolescent porteur de trisomie 21. Nous notons donc que, les pourcentages de réponses positives sont passables, mais on doit continuer à le suivre pour développer davantage son autodétermination.

Tableau 23 : Percentiles des réponses positives de chaque composante de l'autodétermination

Autonomie							77					1
Autorégulation							67					2
Autoréalisation							67					3
Autodétermination							66					Total

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Graphique 10 : percentiles correspondant aux réponses positives



Ce graphique présente les pourcentages des réponses positives des trois composantes que nous souhaitons étudier ainsi que le total de ces composantes selon l'échelle d'autodétermination du LARIDI. On a : Autonomie = 77% ; Autorégulation = 67% ; Autoréalisation = 67% pour un total de Autodétermination = 66%.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET SUGGESTIONS

Ce chapitre comme son nom l'indique est réservé à l'interprétation et à la suggestion des voies permettant de contourner des difficultés qui entravent le développement de l'autodétermination puisqu'il s'agit de cela dans cette étude. Ainsi, nous ferons une interprétation minutieuse des données recueillies afin de rendre notre étude plus compréhensible. Nous commencerons par une synthèse des résultats avant de faire l'interprétation proprement dite pour finir avec des suggestions et recommandations.

6.1. SYNTHÈSES DES RESULTATS

Il nous revient ici de faire un résumé des résultats tant de l'analyse des entretiens que des pourcentages des réponses positives obtenues dans l'analyse de l'échelle d'autodétermination du LARIDI. L'analyse des entretiens nous donne la perception des enseignants à travers l'observation de ceux-ci du sentiment d'efficacité chez les adolescents en relation avec l'autonomie comportementale, l'autorégulation et l'autoréalisation.

Il en ressort donc que concernant les composantes de l'autodétermination que nous avons choisi d'étudier, les éléments fournis par les enseignants vont dans le même sens que ceux de l'échelle et nous permettent d'ajouter les données recueillies auprès des adolescents.

6.1.1. L'autonomie comportementale

Concernant l'autonomie comportementale, ils ont donné chacun au moins deux des caractéristiques de celle-ci comme nous le présentent Wehmeyer et Lachapelle (2005). Pour ces enseignants, l'autonomie comportementale renvoie à la possibilité de faire des choix, de prendre des décisions avec des précisions faites sur la éléments tels que agir en accord avec ses préférences, ses aptitudes et la capacité à mettre en œuvre ses décisions. Les pourcentages des réponses positives de la section autonomie comportementale de l'échelle d'autodétermination du LARIDI des cinq adolescents que nous avons observé, nous donne les pourcentages suivants :

Tableau 24 : Synthèses de pourcentages des réponses positives de la composante autonomie comportementale

Adolescents	Pourcentages des réponses positives
Junior	54%
Merveille	53%
Princesse	57%
Luc	66%
Fred	77%

Lorsque nous nous référons à la définition de la notion d'autonomie du modèle fonctionnel d'autodétermination de Wehmeyer (2003), nous relevons que les enseignants se situent également dans la perspective que cet auteur. Pour lui, le fonctionnement autonome correspond à « l'ensemble des habiletés d'une personne à indiquer ses préférences, à faire des choix et à amorcer une action en conséquence », (Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p. 211). Ceci ajouté aux pourcentages des réponses que nous avons dans le tableau ci-dessus, nous comprenons que ces adolescents sont autonomes malgré quelques manquements.

6.1.2. L'autorégulation

Pour ce qui est de l'autorégulation, nous remarquons que les points de vue des enseignants diffèrent à ce sujet, mais, pour la plupart des enseignants, les enfants sont autorégulés. Pour ceux des enseignants de l'école spéciale, la notion d'autorégulation est présente quoiqu'insuffisante et il faut une franche collaboration avec les parents ainsi qu'un accompagnement adapté. Voici regroupés dans un tableau les pourcentages des réponses positives des adolescents.

Tableau 25 : Synthèses de pourcentages des réponses positives de la composante autorégulation l'échelle d'autodétermination du LARIDI.

Adolescents	Pourcentages des réponses positives
Junior	24%
Merveille	38%
Princesse	42%
Luc	52%
Fred	67%

Ce tableau vient confirmer ce que les enseignants ont dit pour cette composante. Donc, elle doit être travaillée avec insistance pour les adolescents qui fréquentent l'Institut Einstein.

6.1.3. L'autoréalisation

La composante autoréalisation est bien présente chez l'ensemble des répondants. Tous les enseignants décrivent si bien cette notion. Les termes qu'ils utilisent pour la décrire sont similaires à ceux indiqués par Wehmeyer. Chez les adolescents eux-mêmes, le tableau qui va suivre nous donne des pourcentages suffisamment élevés pour confirmer leur capacité d'autoréalisation.

Tableau 26 : Synthèses de pourcentages des réponses positives de la composante autoréalisation l'échelle d'autodétermination du LARIDI.

Adolescents	Pourcentages des réponses positives
Junior	73%
Merveille	80%
Princesse	87%
Luc	80%
Fred	67%

6.1.4. Autodétermination

Ainsi, comme les pourcentages correspondant à l'autodétermination générale des enfants porteurs de trisomie 21 nous aurons :

Tableau 27 : synthèses de pourcentages des réponses de l'autodétermination générale du LARIDI.

Adolescents	Pourcentages des réponses positives
Junior	50%
Merveille	48%
Princesse	53%
Luc	58%
Fred	66%

A l'exception de l'adolescente 2 qui a 48% de réponses positives, tous les autres ont un pourcentage au moins moyen d'autodétermination. L'adolescent 1 obtient 50% de réponses positives ; l'adolescente 3 a 53% de réponses positives ; 58 % de réponses positives pour l'adolescent 4 et 66 % de réponses positives pour l'adolescent 5.

6.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Il est question pour nous dans cette partie de notre travail de vérifier nos hypothèses en nous basant sur les théories que nous avons utilisées.

6.2.1. Interprétation et discussion de HR1

Le modèle fonctionnel d'autodétermination de Wehmeyer (1998) met en évidence la nécessité de développer les capacités des personnes en leur donnant la possibilité et les moyens de faire des apprentissages. L'auteur identifie ainsi quatre caractéristiques d'autodétermination: l'autonomie comportementale, l'autorégulation, l'« *employment* » psychologique et enfin l'autoréalisation. Selon cet auteur, ces facteurs sont influencés par les

perceptions et les croyances entretenues par la personne elle-même et par les membres de son entourage. L'autonomie comportementale renvoie au fait pour une personne d'agir en accord avec ses intérêts, ses préférences et ses capacités, de manière indépendante sans influence extérieure exagérée.

Wehmeyer (1998) soutient que le centre de cette perspective est la notion d'agent causal. Il s'agit pour une personne d'être celui qui fait ou qui cause les événements survenant dans sa vie. C'est dire que la notion d'agent causal renvoie à quelque chose de plus grand qu'une simple cause de l'action; c'est le fait pour la personne d'aller au-delà de l'action et d'agir dans l'intention de causer un effet pour atteindre un objectif spécifique afin de provoquer ou de créer un changement. Aussi, la théorie de l'autodétermination stipule que le comportement individuel est motivé par le besoin de se sentir compétent et d'être à l'origine de ses propres comportements.

Nos attentes en termes d'hypothèse ici étaient que l'autonomie comportementale favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.

Les résultats des sujets obtenus au terme de notre processus analytique sur l'autonomie comportementale, nous permettent de soutenir que cette hypothèse est confirmée dans la mesure où, les différents indicateurs visant à vérifier cette hypothèse ont été observés. Il en ressort ici que les adolescents sont capables de faire des choix et de prendre des décisions par eux-mêmes. Selon les interviews des enseignants qui nous permettaient de compléter les éléments donnés par les adolescents porteurs de trisomie 21, il en ressort que ceux-ci sont bien capables d'agir en fonction de ce qu'ils préfèrent, ce qu'ils aiment bien et cela favorise leur sentiment d'efficacité. Selon eux, ces indicateurs de l'autonomie comportementale qui sont visibles au quotidien chez ces adolescents ont une influence sur la perception qu'ils ont eux-mêmes de leurs compétences ou de leur sentiment d'efficacité. Plus ils sont autonomes, plus ils croient en leurs capacités et se mettent à fond dans les activités qu'ils mènent. De plus, les pourcentages des réponses positives correspondant à cette composante de l'autodétermination des adolescents est une preuve que l'environnement dans lequel se trouvent ceux-ci est favorable à l'émergence des comportements autodéterminés comme l'indiquent Wehmeyer et al., (2003).

Du point de vue analytique, il apparaît que pour ce qui relève de notre première hypothèse, les résultats de notre étude vont dans la perspective développée par Deci et Ryan (2002) dans la théorie de l'autodétermination et qui voudrait que le comportement

individuel est motivé par le besoin de se sentir compétent et d'être à l'origine de ses propres comportements. En effet, la théorie de l'autodétermination maintient que, d'une façon innée, l'humain tend à satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux, à savoir le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin de relation à autrui (Déci et Ryan, 2000, 2008 ; Laguardia et Ryan, 2000).

Aussi, Déci et Ryan (2002) vont organiser ces motivations entre elles suivant une échelle continue de régulation. Ils conçoivent trois grands types de motivation organisés selon un continuum : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation ayant comme particularité le fait que chacune de ces formes de motivation est associée à un niveau d'autodétermination plus ou moins élevé. Selon ces auteurs, la motivation intrinsèque se caractérise par un locus perçu de causalité interne (Ryan et Déci, 2000). Elle est celle qui possède le plus haut degré d'autodétermination ou d'autonomie (capacité de choisir) car elle est fait référence à une activité initiée librement et par plaisir.

Au regard de ce qui précède, il importe de préciser que les environnements sociaux qui favorisent la satisfaction de ces trois besoins psychologiques fondamentaux permettent de stimuler le dynamisme interne des personnes, d'optimiser leur motivation et de porter à leur maximum les résultats sur les plans du psychologique, du développement personnel et des comportements (Ryan et Déci, 2000). Par contre, les environnements sociaux qui entravent la satisfaction de ces besoins entraînent une baisse de la motivation et ont des effets nuisibles sur le bien-être général et sur le rendement. Comme le précisent Bambara et Koger (1996), plus les occasions de faire des choix sont limitées, plus ces personnes sont à risque de développer la résignation acquise et de se percevoir incompétente Lindsey (1994). À l'inverse, les choix réalisés favorisent le développement d'un sentiment de satisfaction personnelle Bambara et Koger (1996).

Si nous nous attardons au besoin de compétence, nous comprenons pourquoi il est important pour les adolescents porteurs de trisomie 21 d'offrir les occasions de faire des choix et d'agir en fonction de leurs préférences. Car, par compétence, on entend le sentiment d'efficacité sur son environnement (Déci, 1975 ; White, 1959), ce qui est considéré comme un stimulus de la curiosité, du goût d'exploration ainsi que celui de relever des défis. À elle seule, l'efficacité ne suffit pas toutefois à susciter le sentiment d'être compétent ; elle doit comprendre aussi le sentiment de la prise en charge personnelle de l'effet à produire (Laguardia et Ryan, 2000). Une fois de plus, le rôle des autres est interpellé dans la mesure

où, il est difficile de ressentir réellement sa compétence si quelque part on n'a pas la « confirmation » par d'autres.

De plus, Bambara et Koger, (1996) suggèrent que, faire un choix constitue le principal véhicule par lequel les individus expriment leurs préférences et dirigent les activités de leurs vies. C'est tout le sens d'Abery et Stancliffe (2003b) lorsqu'ils affirment que les personnes qui sont encouragées à exercer du contrôle sur leur vie développent un sens d'empowerment, d'auto-efficacité de même qu'un lieu de contrôle interne.

Les résultats obtenus pour cette hypothèse viennent soutenir l'idée de Bandura (1994) lorsqu'il souligne que le sentiment d'efficacité personnelle traduit la croyance avérée aussi bien qu'erronée qu'un individu peut avoir en sa capacité de parvenir à un but qu'il s'est lui-même fixé. Ainsi, la personne porteuse de trisomie 21 qui peut choisir ce qui est en accord avec ses préférences ou avec ses intérêts, elle reste centrée sur la tâche et raisonne stratégiquement en face des difficultés. De plus, les personnes qui croient fortement en leurs possibilités abordent les tâches difficiles comme des défis à relever plutôt que comme des menaces à éviter, ce qui augmente l'intérêt qu'elles y trouvent.

Dans sa théorie sociocognitiviste, Bandura (2003) parle des facteurs internes qui existent chez une personne et qui se conjuguent avec l'environnement pour influencer les comportements, pendant que l'environnement est influencé par les comportements et les facteurs personnels et que les facteurs personnels sont influencés à leur tour par les comportements et l'environnement. Les adolescents que nous avons interrogés sont capables de prendre des décisions et croient par la même occasion qu'ils peuvent réussir à adapter un comportement voulu au cours d'une situation donnée. Car, la confiance en leurs propres capacités va les influencer dans leurs choix. Leurs croyances personnelles en leur efficacité vont également avoir un impact considérable sur leur motivation à poursuivre ou non leur action. D'ailleurs, Bandura (2003, p. 188) mentionne que, « les croyances d'efficacité jouent un rôle central dans la régulation cognitive de la motivation ».

6.2.2. Interprétation et discussion de HR2

Le modèle fonctionnel d'autodétermination de Wehmeyer met en avant le fait que l'autodétermination n'est pas seulement une question de possibilité, mais de différentes composantes. Il va ainsi identifier quatre caractéristiques dont l'autorégulation. Selon ce modèle, L'autorégulation est un « système complexe de réponses permettant à un individu d'analyser son environnement et ses répertoires de réponses afin de faire face à

l'environnement et de prendre des décisions quant à ce qu'il doit faire, de passer à l'action, d'évaluer les conséquences de ses actions et de réviser ses positions s'il y a lieu », (Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p. 211). Ainsi, la personne apprend ses objectifs et détermine les étapes pour les réaliser.

Notre deuxième hypothèse est la suivante : l'autorégulation favoriserait le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21. Les indicateurs visant à vérifier cette hypothèse ont été observés, quoique partiellement. Il s'agissait de la capacité à résoudre des problèmes et à se fixer des buts à atteindre.

En plus des analyses de contenus exploitées, les pourcentages des réponses positives de cette composante montrent qu'à l'exception des adolescents 4 et 5, tous les autres ne sont pas autorégulés. Les enseignants de l'Institut Einstein estiment que certains éléments correspondant à cette composante sont présents mais, de manière insuffisante. Ces enfants ont de la difficulté à manifester les comportements visant l'atteinte de buts, à présenter les comportements visant la résolution de problèmes, n'ont pas des habiletés à identifier les composantes d'une situation.

Les pourcentages de réponses positives sont 24% pour l'adolescent 1 ; 38% pour l'adolescent 2 et 42 % pour l'adolescent 3.

Pour les enseignants en atelier, les adolescents sont autorégulés et se sentent efficaces. Plus ils sont autorégulés, plus ils croient en leur capacités et s'investissent dans la tâche. Pour eux, lorsque ces adolescents peuvent identifier les composantes d'une situation ou encore manifestent des comportements visant l'atteinte de buts, ils ont à cet effet un sentiment d'efficacité personnelle tenace et seront difficilement intimidés par les obstacles. Ainsi, ils se fixent des objectifs stimulants et conservent une forte implication à leur égard, persévèrent dans leurs efforts, et les augmentent en cas d'échecs ou de reculs.

Selon les résultats que nous avons, certains éléments favorables à l'émergence de l'autorégulation sont présents, mais insuffisants chez certains adolescents interrogés. Nous pouvons donc conclure que notre hypothèse se confirme.

Il s'agit pour nous ici de faire une explication en nous basant sur les théories que nous avons utilisées et les faits observés. De manière générale, les résultats observés révèlent que la plupart des adolescents porteurs de trisomie 21 que nous avons interrogés ont un degré moyen ou un peu plus de comportements autodéterminés. Ainsi, un regard attentif porté aux résultats obtenus aux différentes dimensions de l'autodétermination suggère que même si les

adolescents interrogés possèdent une bonne connaissance de leurs forces et limites (autoréalisation), de même qu'une bonne capacité à exprimer leurs choix, leur habileté à indiquer leurs préférences et à amorcer une action en accord avec leurs propres intérêts, préférences et aptitudes (autonomie comportementale), force est également de constater que certains éprouvent des difficultés parfois importantes, à se fixer des buts, prendre des décisions, résoudre des problèmes, ainsi qu'à évaluer et à anticiper les conséquences de leurs gestes (autorégulation).

En fait, le faible degré d'autorégulation démontré par certains adolescents suggère que ces derniers ont un faible répertoire de réponses leur permettant d'analyser leur environnement afin d'y faire face et de prendre des décisions quant à ce qu'ils doivent faire, de passer à l'action, d'évaluer les conséquences de leurs actions et de réviser leurs positions s'il y a lieu. Cette tendance à l'autorégulation est surprenante considérant les propos de Mithaug (2003) précisant l'apport important de ces occasions sur le développement de cette dimension. C'est dire qu'ils ont peu d'expériences de vie pour apprendre davantage et un faible niveau de compétences pour résoudre les problèmes pouvant se présenter dans leur interaction avec les autres personnes.

Pour mieux comprendre ce faible degré d'autorégulation, nous devons nous référer aux idées de Déci et Ryan dans la théorie d'autodétermination qui met en évidence plusieurs types de motivations dont l'amotivation. Selon ces auteurs, l'amotivation correspond à l'absence de motivation autodéterminée chez l'individu.

Celle-ci est causée par l'incapacité de l'individu à percevoir un lien ou une relation entre ce qu'il pose comme comportement et les résultats qu'il obtient par la suite. Donc, les adolescents porteurs de trisomie 21 qui ne sont pas autorégulés suffisamment, ont dans ce cas, la perception que leurs comportements sont causés par des facteurs indépendants de leur volonté. De ce fait, ils en viennent à poser des comportements de manière automatique, mais sans ressentir une motivation autodéterminée pour ce qu'ils font. Ils ne sont donc, ni intrinsèquement ni extrinsèquement motivés. Et par la même occasion, ils se posent aussi des questions sur les raisons qui les poussent à poser ces comportements puisque ceux-ci ne semblent pas donner de résultats concrets. Ces adolescents ne sont pas alors pas autodéterminés.

Aussi, Pelletier et Vallerand, (1993, p.256) allant dans le même sens que Déci et Ryan pensent qu'« un individu est amotivé lorsqu'il ne perçoit pas de relation entre ses actions et les résultats obtenus ». En effet, Pelletier et al.,(1999) ont proposé une perspective

multidimensionnelle du concept d'amotivation dans laquelle, ils appréhendent l'amotivation sous plusieurs formes distinctes mais fortement imbriquées.

Premièrement, l'amotivation due à un manque d'habileté se référant aux individus qui ne s'engagent pas dans une activité pour la simple raison qu'ils estiment ne pas être suffisamment doués pour la réussir. Cette croyance subjective d'un manque d'habiletés pousse les sujets à contourner cette épreuve afin d'éviter un sentiment d'incompétence.

La seconde forme d'amotivation renvoie à la croyance que l'on peut manifester de ne pas être en possession des qualités stratégiques afin d'atteindre le but fixé. Ils poursuivent en disant que très fréquemment, on constate également que certaines personnes ne s'engagent pas dans un programme d'activités parce qu'elles estiment que celui-ci est trop exigeant en terme d'effort. La quantité d'efforts à fournir dissuade finalement ces personnes à s'engager dans ce type de programme.

Enfin, le type d'amotivation dénommé résignation apprise est la perception globale d'un individu que tout ce qu'il tente est voué à l'échec (Abramson, Seligman et Teasdale, 1979).

On peut dès lors affirmer ici que la capacité de se fixer des attentes appropriées est fondée sur la réussite de l'individu à faire correspondre sa capacité avec l'occasion présente. Sachant que la capacité renvoie à l'évaluation des ressources existantes de la personne comme les aptitudes, les intérêts, la motivation et que l'occasion désigne des aspects de la situation qui permettent à l'individu de réaliser le gain désiré. Toutefois, il faut noter que ceci ne concerne qu'une dimension et certains éléments de celle-ci sont présents bien qu'insuffisants.

Nous pouvons également nous référer à la théorie de Bandura (2003) pour tenter de comprendre le faible degré d'autorégulation de certains adolescents. En effet, l'auteur mentionne que l'action humaine fonctionne à l'intérieur d'une structure interdépendante, impliquant une causalité réciproque entre le sujet et son environnement. Il identifie donc des éléments (les processus symboliques, vicariants et autorégulateurs) qui jouent un rôle prééminent dans cette causalité réciproque qu'il qualifie de déterminisme réciproque.

Le processus régulateur ici fait référence au fait que, l'être humain est capable de sélectionner, d'organiser, de transformer les stimuli et de jauger ses capacités disponibles pour une activité donnée. Ces adolescents ne parviennent pas à allier capacités individuelles et facteurs environnementaux pour se fixer des buts et les réaliser. Un effort supplémentaire doit être fait sur l'environnement de ces personnes en ce qui concerne l'autorégulation.

6.2.3. Interprétation et discussion de HR3

Le modèle fonctionnel d'autodétermination de Wehmeyer (1998) a été développé à travers une étude sur les personnes ayant une déficience intellectuelle. Ce modèle met en relation la notion de capacité, d'occasion et d'influence de l'environnement. Il permet d'avoir une vision globale de toutes les facettes de la personne et de son environnement. En effet, Wehmeyer met en avant la nécessité de développer les capacités des personnes en leur donnant la possibilité et les moyens de faire des apprentissages. Ainsi, l'autodétermination n'est pas seulement une question de possibilité, mais de différentes composantes. Dans le développement de ce modèle, Wehmeyer et Lachapelle (2006, p. 71) identifient un certain nombre de facteurs favorables à l'émergence de comportements autodéterminés et influencés par les perceptions et les croyances entretenues par la personne elle-même et par les membres de son entourage. Ce sont d'une part capacités individuelles; occasions fournies par l'environnement et les expériences de vie ; types de soutien dont bénéficie la personne et d'autres part, des caractéristiques essentielles que sont : l'autonomie comportementale ; l'autorégulation ; l'*empowerment* psychologique et l'autoréalisation. Une personne est considérée comme étant autodéterminée dans la mesure où ses comportements reflètent, à un certain degré, ces quatre caractéristiques (Lachapelle et Wehmeyer, 2003).

Pour cette hypothèse, nos attentes étaient que l'autoréalisation favoriserait le sentiment d'efficacité chez les adolescents porteurs de trisomie 21. Les résultats obtenus montrent que les indicateurs qui nous permettent de vérifier cette hypothèse sont observés. En effet, nous cherchions au travers de cette hypothèse de mesurer la capacité des sujets à connaître leur Soi et à avoir confiance en eux. Les pourcentages des réponses positives de cette composante d'autoréalisation sont : 78% pour l'adolescent 1 ; 80% pour l'adolescente 2 ; 87% pour l'adolescente 3 ; 80% pour l'adolescent 4 et 67 % pour l'adolescent 5. Par ailleurs, du point de vue des entretiens avec les enseignants en charge de leur éducation, il en ressort que ceux-ci observent que les adolescents dont ils ont la charge sont capables d'interpréter les résultats de leurs propres expériences et d'en tirer des enseignements. De plus, ils apprennent à tirer profit de la connaissance aussi bien de leurs forces que leurs faiblesses, bien que présentant des difficultés à réajuster leur comportement en fonction des résultats obtenus et ceci a une influence sur leur façon de faire les choses. Plus il a connaissance de lui, mieux il réalise la tâche qu'il a à faire. Ainsi, tous ces éléments nous permettent de confirmer cette hypothèse.

Wehmeyer et al. (2003) affirment que l'environnement joue un rôle crucial concernant l'émergence de l'autodétermination. En effet, pour ces auteurs, il existe des

facteurs d'autodétermination chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Il s'agit en plus des occasions fournies par l'environnement et les expériences de vie, des capacités individuelles qui sont elles-mêmes déterminées par le développement personnel et les situations d'apprentissage ; des types de soutien dont bénéficie la personne. Le modèle fonctionnel met donc un accent particulier sur l'environnement et le type de soutien chez la personne vivant avec une déficience intellectuelle. Les adolescents porteurs de trisomie 21 que nous avons interrogés sont dans un environnement favorable à l'autodétermination et ont également un soutien adéquat.

Revenant à l'approche sociocognitive ou interactionniste dynamique de la conduite humaine de Bandura (2003), il est clairement connu que le sentiment d'efficacité personnelle est la résultante de trois facteurs en constante interaction à des degrés divers et variables, en fonction des circonstances vécues, même s'ils n'interagissent pas forcément de façon symétrique ou simultanée. Il s'agit en effet des facteurs personnels, des facteurs comportementaux et des facteurs environnementaux. C'est tout le sens de Carré (2004) lorsqu'il affirme que le sujet social est acteur de sa vie, tout en étant relié à son contexte : il est à la fois le producteur et le produit de son environnement.

Pris dans cette perspective, les résultats obtenus par les sujets de notre étude viennent soutenir les idées de Bandura (2003) pour qui, le sentiment d'efficacité vient de quatre sources : les expériences vécues antérieurement, l'apprentissage social, de la persuasion verbale et de l'état physiologique et émotionnel. L'analyse des résultats montrent que presque tous les sujets (sauf le cas 3) de cette étude répondent des quatre sources connues de Bandura. On peut donc affirmer que la personne trisomique tire son efficacité personnelle des actions qu'elle mène de façon volontaire, des buts qu'elle se fixe, de ses stratégies de résolutions des problèmes et de la connaissance de ses forces et de ses faiblesses. Ceci nous amène à comprendre que, pour les adolescents porteurs de trisomie 21, le choix d'une activité parmi diverses possibilités n'est pas complètement et involontairement déterminé par l'environnement. D'une certaine manière plus ils utilisent leur influence pour agir sur les événements de leur existence, plus ils peuvent façonner ceux-ci à leur goût. En créant ainsi des soutiens environnementaux pour ce qu'ils souhaitent faire, ou souhaitent voir advenir, ils contribuent par eux-mêmes à la direction que prend leur vie.

De ce fait, soulignent les enseignants rencontrés dans cette étude, lorsque l'accompagnement aux trois caractéristiques d'autodétermination que sont l'autonomie comportementale, l'autorégulation et l'autoréalisation est adopté, on remarque que le

sentiment d'efficacité personnelle semble boosté chez les apprenants trisomiques 21. Cette analyse des enseignants rentre dans la conception de Déci et Ryan(2002) qui soutiennent que les individus agissent par motivation. Tous les adolescents que nous avons interrogés sont motivés et agissent par le biais de la motivation intrinsèque et/ou de la motivation extrinsèque.

Les résultats montrent en effet que lorsque qu'ils ont connaissance de leurs forces et de leurs limites, ces adolescents agissent pour satisfaire le besoin d'appartenance sociale dont parle Vallerand (1997) au travers des typologies de motivation intrinsèque qui pousse l'individu à agir en se basant sur ses forces et ses limites. Pour cet auteur, la motivation intrinsèque à la connaissance permet de comprendre qu'une personne pratique une activité essentiellement pour le plaisir et la satisfaction qu'elle ressent lorsqu'elle est en train d'apprendre ou de faire quelque chose de nouveau. La motivation intrinsèque à l'accomplissement qui permet de comprendre que le sujet entreprend une activité pour le plaisir et la satisfaction de créer quelque chose ou encore de se sentir efficace et compétent. La dernière de sa typologie porte sur la motivation intrinsèque à la stimulation et rend compte de ce qu'un individu fait une activité dans le but de ressentir le plaisir (et autres sensations) que lui procure son implication au sein de l'activité.

Les scores de nos sujets permettent de comprendre que les actes qu'ils posent ont pour seul objectif de satisfaire le besoin d'appartenance sociale car, il s'agit d'un des éléments clés de la satisfaction et du bien-être de l'homme dans sa vie sociale (Déci et Ryan, 2000). La simple croyance qu'un ensemble de personnes se préoccupe de sa santé et de son bien-être, ou l'aime tout simplement, permet de satisfaire ce besoin d'appartenance. Lorsque le sujet se connaît, a conscience de ce qu'il est, il est plus facile pour lui d'être compris par les autres, d'être accepté par les autres et se sentir compétent.

6.3.2. Synthèse sur l'interprétation et la discussion

En somme, une personne est considérée comme étant autodéterminée dans la mesure où ses comportements reflètent, à un certain degré, ces caractéristiques (Lachapelle et Wehmeyer, 2003). Les enseignants en atelier (particulièrement ceux de sérigraphie et art plastique) ont dit qu'ils encouragent les adolescents à faire des productions qu'ils aiment. Les résultats soutiennent les propos de Stancliffe, Abery (2000) de même que ceux de Wehmeyer et al. (2003) qui suggèrent de favoriser le développement du degré d'autodétermination des personnes qui présentent une déficience intellectuelle en leur offrant davantage d'occasions de faire des choix.

Les résultats vont dans le même sens que ceux de Bandura (2003), qui suggèrent que la confiance que l'individu a en ses propres capacités va l'influencer dans ses choix. Ses croyances personnelles en son efficacité vont également avoir un impact considérable sur sa motivation à poursuivre ou non son action. Donc, « les croyances d'efficacité jouent un rôle central dans la régulation cognitive de la motivation » (Bandura 2003, p. 188). Les résultats vont dans le même sens que ceux de Déci et Ryan (2002) qui suggèrent que lorsque la satisfaction des trois besoins (autonomie, compétence et relation à autrui) est présente, elle devrait mener, généralement, à une sensation de bien-être chez l'individu.

6.3.2. Les critiques de l'étude

Les critiques ou limites de l'étude renvoient aux difficultés auxquelles le chercheur est confronté et qui peuvent avoir un impact sur les résultats et les conclusions données. Il importe pour lui de les percevoir et d'en faire part. Une première limite concerne l'échantillon. Nous avons choisi de travailler avec les adolescents déficients intellectuels légers, singulièrement ceux porteurs de trisomie 21 qui s'expriment et savent lire. Or, on pouvait aussi prendre ceux ayant une autre maladie et qui ne parlent pas ou qui ne s'expriment pas bien pour mieux comprendre ce que nous cherchions. Aussi, il importe de rappeler que le degré de déficience intellectuelle (léger) peut être remis en cause car, nous nous sommes juste contentés de l'apparence physique, du niveau d'études et des informations que nous ont données les responsables. De ce fait, il est donc possible que certains adolescents ayant participé à l'étude présentent, en réalité, une déficience intellectuelle plus importante que celle diagnostiquée. Une autre limite de la recherche est celle liée au terrain. Nous avons choisi de faire des entretiens uniquement auprès des enseignants, pourtant, nos résultats auraient pu avoir une autre dimension si on les passait aussi auprès des parents. Etant donné que les adolescents passent plus de temps avec les parents qu'avec les enseignants.

6.3. SUGGESTIONS

Nous voulons à la suite de l'interprétation des résultats, faire quelques recommandations à plusieurs niveaux dans l'optique de voir les regards portés sur la personne déficiente intellectuelle en général et celle porteuse de trisomie 21 changer considérablement. Ainsi, notre réflexion autour de la question de l'autodétermination est notre façon à nous de faire baisser les stéréotypes dont sont victimes ces personnes. Nos suggestions vont à l'endroit des parents, des professionnels.

Aux parents, nous recommandons de donner à leurs enfants la possibilité de faire les choix afin de les rendre autonomes, en gardant en tête qu'être autonome ne veut pas agir seul. Ils ont besoin de votre accompagnement, de votre attention pour s'exprimer et se sentir efficaces. Aussi, ils doivent éviter de toujours décider pour leurs enfants ayant une déficience intellectuelle. Certes, ces enfants ont des incapacités, mais ils ont besoin que vous les mettiez en confiance en leur donnant les occasions de prendre certaines décisions qui les concernent.

Aux professionnels, nous suggérons de mettre sur pied, des stratégies qui favorisent le développement de l'autodétermination chez les personnes déficientes intellectuelles ; de promouvoir un environnement qui offre les occasions de s'autodéterminer. De plus, il faut mettre un accent sur l'élaboration des projets individuels pour ces enfants pour ainsi faciliter la communication ; la connaissance de la personne et les capacités des personnes dans le développement des apprentissages. Lorsque l'on accompagne des personnes présentant une déficience intellectuelle, les capacités et limites qu'ils présentent doivent être prises en compte pour favoriser l'autodétermination, selon les capacités de chacun. Certaines limitations ressortent, liées à cette déficience intellectuelle. Les principales limites dans les capacités (dépendance, communication, compréhension de la diététique, perception de ses limites, imagination), demandent aux éducateurs de mettre en place différents moyens pour favoriser l'autodétermination. Ces moyens permettent un niveau d'autodétermination relatif. Une bonne connaissance des personnes permet de bien cibler les moyens à mettre en place.

Il faut également relever que, c'est par la communication que se passe une grande partie du processus d'autodétermination. Cette communication peut s'inscrire à différents niveaux de choix et de décision, s'adaptant aux capacités de la personne : capacités de communication, capacités de compréhension, capacités à prendre des décisions et à en assumer les conséquences.

Enfin, nous suggérons aux professionnels de laisser agir. L'autodétermination c'est aussi laisser agir, favoriser la participation et l'expérimentation. La possibilité de faire des expériences est au cœur de l'autodétermination et apparaît pour nous comme un élément central. L'éducateur doit donc mettre en place des occasions où les enfants peuvent s'autodéterminer.

CONCLUSION GENERALE

Le travail que nous nous sommes proposé de mener a porté sur le comportement d'autodétermination et le sentiment d'efficacité des déficients intellectuels légers : cas des adolescents porteurs de trisomie 21. Au terme de cette étude, il serait convenable de faire un bref rappel de notre problématique et des objectifs qui l'ont conduite. En effet, les personnes porteuses de trisomie de 21 présentent en général des limitations tant sur le plan cognitif que sur le plan sensoriel. Ces limitations constituent un problème particulier dans l'accomplissement de certaines tâches. La personne présentant une déficience intellectuelle est victime de stéréotypes et est dans certains cas privée de ses droits même les plus élémentaires.

Si déficience intellectuelle et autodétermination ne riment pas, il est tout de même démontré par certains auteurs que, si les personnes qui en sont victimes reçoivent un accompagnement adéquat, elles sont capables d'agir en fonction de leurs propres intérêts, de faire des choix qui épousent leurs désirs. Car, dans le parcours de vie d'une personne, pouvoir se fixer des buts et en assumer les conséquences sont autant de défis que l'on se fait. L'environnement dans lequel les personnes porteuses de trisomie 21 se trouvent, doit être un environnement favorable à l'autodétermination. En revanche, lorsqu'il est trop structuré, trop protecteur, il devient un frein à l'autodétermination et au sentiment d'efficacité.

Pour la personne déficiente intellectuelle en générale, et celle porteuse de trisomie 21 singulièrement, plus les occasions de faire des choix sont réduites, plus elle se sent vulnérable et amoindrie. Cette situation nous a amené à effectuer une recherche qui, analysée sous une perspective qui joute les domaines des Sciences de l'Education de façon générale et celle de l'éducation spécialisée en particulier, s'est donnée pour ambition de s'interroger sur l'incidence qu'aurait *le comportement d'autodétermination sur le sentiment d'efficacité des personnes porteuses de trisomie 21*.

D'un point de vue théorique nous nous sommes très largement appuyés sur le paradigme de l'autodétermination et basés pour cela sur les postulats du modèle fonctionnel de Wehmeyer et Lachapelle (2005) ; de la théorie de la motivation de Déci et Ryan, (1985,2000); de l'autodétermination d'Abery et Stancliffe (2003) et de la théorie d'efficacité de Bandura. Selon ces auteurs, encourager l'autodétermination des personnes ayant une déficience intellectuelle peut représenter certains défis dans la mesure où, les limitations des capacités individuelles auxquelles ces personnes sont confrontées, leur environnement tant social que familial peuvent être des freins à leur bien-être. Ainsi, nous avons voulu montrer

comment les dimensions de l'autodétermination favoriseraient le sentiment d'efficacité de ces personnes.

Les diverses orientations de la recherche dans notre travail nous ont permis de décrire les différentes variables de notre étude. Aussi, avons-nous expliqué les concepts clés et présenté une revue de la littérature qui mettait l'accent tour à tour sur la motivation et l'efficacité de soi. Les perspectives théoriques constituant notre grille de lecture se sont fondées sur les généralités de la trisomie 21, les conceptions d'autodétermination des personnes ayant une déficience intellectuelle et les modèles théoriques de la motivation de Deci et Ryan et de ses collaboratrices, Weymeyer et de ses collaborateurs, Abery et Stancifile et Bandura. C'est de cette théorisation que nous nous sommes posé la question de recherche suivante : « *Le comportement d'autodétermination favoriserait-il le sentiment d'efficacité chez les adolescents porteurs de trisomie ?* »

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : « *Le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité chez les adolescents porteurs de trisomie.* »

L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu aux trois hypothèses de recherche suivantes :

HR1. L'autonomie comportementale favoriserait le sentiment d'efficacité chez l'adolescent porteur de trisomie 21.

HR2. L'autorégulation favoriserait le sentiment d'efficacité chez l'adolescent porteur de trisomie 21.

HR3. L'autoréalisation favoriserait le sentiment d'efficacité chez l'adolescent porteur de trisomie 21.

Nous avons ensuite procédé à la collecte des données en utilisant un entretien semi-directif adressé aux enseignants et l'échelle d'autodétermination du LARIDI adressée aux adolescents porteurs de trisomie 21 de l'institut « *Einstein* » à Mélen et du CNRPH d'Etoug-Ebé dans la Région du Centre. L'échelle d'autodétermination du LARIDI de l'institut « *Einstein* » était en effet administré à un échantillon de cinq répondants tous des deux sexes. Les données obtenues ont été analysées à l'aide de l'analyse de contenu et de la grille d'interprétation de l'échelle d'autodétermination du LARIDI. Ce qui nous a permis après dépouillement, de soumettre nos hypothèses aux faits. De l'analyse, il en ressort les résultats suivants:

- ❖ *L'autonomie comportementale favorise le sentiment d'efficacité de l'adolescent porteur de trisomie 21.* L'analyse des données collectées auprès des adolescents interrogés ainsi que le discours des encadreurs témoignent du fait que ceux-ci ont une autonomie comportementale ce qui favorise la perception qu'ils ont de leurs propres performances ou compétences. Bien que beaucoup reste à faire dans certains domaines, ils se sentent efficaces lorsque des occasions d'agir en accord avec leurs intérêts et leurs préférences leur sont offertes.
- ❖ *L'autorégulation favorise le sentiment d'efficacité des adolescents porteurs de trisomie 21.* Plus la personne porteuse de trisomie 21 est capable de se fixer des buts, plus elle se sent efficace. Par contre lorsque celle-ci est amotivée, quel que soit le type de soutien qu'on lui apporte, elle ne sera pas capable non seulement d'utiliser ses expériences de vie pour apprendre davantage, mais aussi d'avoir les compétences pour résoudre les problèmes pouvant se présenter dans l'interaction avec les autres personnes. A ce titre, les efforts doivent être doublés pour améliorer la capacité d'autorégulation chez les adolescents qui ont eu un faible degré d'autorégulation.
- ❖ *L'autoréalisation favorise le sentiment d'efficacité des adolescents porteurs de trisomie 21.* La connaissance et la conscience de soi sont autant de facteurs qui poussent ces adolescents à avoir un sentiment d'efficacité tenace. La présence d'un entourage qui encourage la personne porteuse de trisomie 21 à se baser sur ses forces et ses faiblesses pour agir constitue un premier facteur de bien-être et d'auto-efficacité. Ces résultats rendent compte de ce que toutes nos hypothèses de recherche (HR1, HR2 et HR3) sont vérifiées et confirmées. D'où notre conclusion qui voudrait que *le comportement d'autodétermination favoriserait le sentiment d'efficacité chez les adolescents porteurs de trisomie 21.*

Au regard des résultats obtenus dans cette recherche, nous suggérons aux parents et aux professionnels respectivement d'offrir les occasions de faire des choix libres à leurs enfants, de croire en leurs capacités et de promouvoir un environnement favorable à leur autodétermination. Ceci aura pour corollaire, de mettre un accent sur l'élaboration des projets individuels afin de faciliter la communication et la connaissance de la personne dans le cadre du développement des apprentissages. A travers ce travail, nous pensons avoir apporté notre modeste contribution à l'avancement de la recherche en sciences de l'éducation et précisément en psychopédagogie en handicap mental. Toutefois, face aux souhaits du

gouvernement de donner une nouvelle vision de la notion du handicap en créant le Département d'Education Spécialisée, se dressent des limites marquées par une culture de la population dont le savoir-être et le savoir-faire prennent parfois un sens divergent. Et par conséquent, une remise en question des pratiques d'interventions semble nécessaire.

Parvenu donc au terme de notre travail, nous pouvons conclure que notre objectif a été atteint. Cependant, à la lumière des résultats obtenus, nous sommes convaincues que beaucoup reste à faire pour parvenir à une autonomisation complète de la personne porteuse de trisomie 21. Aussi, souhaitons-nous voir des recherches à venir abordant le sujet dans une perspective où l'orientation pourrait porter sur l'autodétermination des adultes ayant une déficience intellectuelle et vivant dans les maisons d'accueil. D'autres recherches pourraient également s'intéresser à l'analyse des facteurs qui pousseraient certaines personnes porteuses de trisomie 21 à être de plus en plus efficaces.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abery, B. H., Stancliffe, R. (2003). Research evidence supporting an ecological perspective on self-determination dans Weymeyer, M. (Ed.), *Self-Determination: Research, Theory and practice*. New York, NY: Thomas Publishing.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Adeyokunna, A., Med Genet, J. (1982). *The incidence of down's syndrome in Nigeria*
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les presses Universitaires du Québec.
- American Association on mental Retardation. (2003). *Retard mental : définitions, classification et système de soutien*. 10^e édition. Traduction de l'Américain, sous la direction de D. Morin. Eastman : Béhavoria.
- Angers, M. (1992). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Montréal : CEC
- Balle, M. (2015). *Autodétermination et autorégulation chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle : entre caractéristiques environnementales et individuelles*. Lille : université de Lille III.
- Bandura, A., Carré, PH., Lecomte, J. (2007). *Auto-efficacité : sentiment d'efficacité personnel*. Paris : De Boeck.
- Belmokhtar, F. (2014). *Étude de l'origine de la non disjonction chez les familles de trisomiques 21*.
- Boudon, R., (1971). *La crise de la sociologie*. Genève : Librairie Droz.
- Carlier, M., Ayoun, C., (2007). *Déficiences intellectuelles et intégration sociale*. Wavre : Editions Mardaga
- Carré, P. (2002) *Transmettre des savoirs et des compétences en formation des adultes ?* in Forum DEMOS/SciencesHumaines Transmettre en éducation, formation, organisation.
- Carré, P., Moisan, A. et Poisson, D. (1997). *L'autoformation. Psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Carré, Ph., Fenouillet, F., (2009). *Traité de psychologie de la motivation*. Paris: Dunod
- CIF-OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement et de la santé*. Genève: Editions de l'OMS. Droits égaux pour les personnes handicapées.
- Couture, M., Fournier, R.P. (1997). *La recherche en sciences et en génie : guide pratique et méthodologique*. Laval: Presses de l'Université Laval(Québec, Canada).

- De Landsheere, V. (1992). *L'éducation et la formation*. Paris: Presses universitaires de France.
- DeCharms, C. (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- De Montpellier, G. (1970). *La psychologie est-elle la science du comportement ?* Revue Philosophique de Louvain, pp.175-192
- Deschênes, A., Dufour, C. (2005). *L'évaluation de la déficience intellectuelle, c'est bien plus qu'un test d'intelligence*. Psychologie Québec, Canada.
- Dörnyei, Z. (2001a). *Motivational Strategies in the Language Classroom*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Encyclopédie de la psychologie* (1962). Tome 2. Paris : Fernand Nathan
- Favereau, E. (2014), *Libération*.
- Fenouillet, F. (2003a). *La motivation*, Paris : Dunod.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., ST Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*, Québec : Réseau international sur le Processus de production du handicap.
- Freminville, B., Nivelon, A., Touraine, R. (2007). *Suivi médical de la personne porteuse de Trisomie 21*, 2e édition, Saint-Etienne : Trisomie21 France.
- Gagnier, J.P. Proulx R., Lachapelle, R. (2002). Participation et changements de rapport en déficience intellectuelle. In J. P. Gagnier et R. Lachapelle (dir.), *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle* (1-16). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Gilles, F. (2003). "La trisomie 21 : origines et quelques chiffres", Planet-Vie.
- Grand dictionnaire de la psychologie*. (1999). Paris : Larousse-Bordas.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodologie des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Journal of Organizational Behavior J. Organiz. Behav. 26, 331–362 (2005) dans Wiley InterScience
- Kamla et al.; (2017). Les malformations congénitales à l'Hôpital Général de Douala : aspects épidémiologiques et cliniques. *Journal de la SAGO*, 2013, vol. 14, n°1, p. 11-16

- Korpes, J.-L. (2005). L'autodétermination est-elle envisageable pour une personne déficiente intellectuelle? *Pages Romandes*, n°3, juin 2005, 18-19.
- La Guardia, J. G., et Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux, et bien-être: Théorie de l'autodétermination et applications. *Revue Québécoise de Psychologie*, 21, 283-306.
- Lachapelle, Y., Boisvert, D. (1999). Développer l'autodétermination des adolescents en milieu scolaire. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 28, 23-29.
- Latham, G.P., Saari, L.M. (1979). Application of social learning theory to training supervisors through behavioral modeling. *Journal of Applied Psychology*, 64, 239-246.
- Le petit Larousse*. Paris : Larousse, 2003.
- Lecomte, J. (2004). « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle », *Savoirs*, 2004/5 Hors série, p. 59-90.
- Lent, R. W., Hackett, B. « Career Self-efficacy: Empirical Status and Future Directions », *Journal of Vocational Behavior*, vol. 30, 1987, p. 347-382.
- Masse, M., Delessert, Y. (2012). *Les espaces collectifs d'expression au sein des institutions qui accueillent les personnes déficientes intellectuelles adultes: tremplin vers une participation collective et publique ?* Rapport de recherche CEDIC, octobre 2011. NINACS, W.A. (2008). Empowerment et intervention.
- Mbassa menick, D.(2015). *Les représentations sociales te culturelles du handicap de l'enfant en Afrique noire, perspectives psy*, vol. 54,(1), 30-43. doi 10.1051/psy/2015541030.
- Michellod, C. et Müller, C. (2015). *L'autodétermination dans la mise en place de projet*.
- Mouthé, G. (2009). *Rompre les préjugés sur les déficients intellectuels et physiques*
- Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative*. Paris : Collin.
- Nader-Grosbois, N. (2007). Introduction. Dans *Régulation, autorégulation, dysrégulation: Pistes pour l'intervention et la recherche* (pp. 9-13). Wavre, Belgique: Mardaga.
- Nirje, B. (1972). "The right to self-determination". Dans Wolfensberger, W. (Ed.), *Normalization: the principle of Normalization*. Toronto, Canada; National Institut on Mental Retardation, pp. 176-200.
- Nuttin J. (1987). Développement de la motivation et formation. In : *Education permanente*, « Apprendre peut-il s'apprendre » no 88-89.
- Nuttin J. R. (1980). *Motivation et perspective d'avenir*, Louvain, Presses Universitaires de Louvain.

- Pelletier, L.G., Vallerand, R.J. (1993). Une perspective humaniste de la motivation: les théories de la compétence et de l'autodétermination. Dans R.J. Vallerand et E.E. Thill, (Eds.), *Introduction à la psychologie de la motivation* (p. 234-282). Montréal: Etudes Vivantes.
- Pieron, H. (1979). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Quivy, R., Campenhout, L. V. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Rachidi, M., Lopes, C. (2008). Mental retardation and associated neurological dysfunctions in Down syndrome: A consequence of dysregulation in critical chromosome 21 genes and associated molecular pathways, *European Journal of Paediatrics and Neurology*, 12, 168–182.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2002). *An overview of self-determination theory*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Paris: PUF.
- Taylor, S.J., Racino, J.A., Knoll, J.A., Lutfiyya, Z. (1987). *The nonrestrictive environment: On community integration for people with the most severe disabilities*. Syracuse, NY: Human Policy Press.
- Thouez, J. (1974). Grawitz, M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1972, 1012 p.. *Études Internationales*, 5(1), 173– 175.
- Tough, Allen M. (1971). *The adult's learning projects: A fresh approach to theory and practice in adult learning*. Toronto: OISE.
- Vallerand, R.J. et Thill, E.E. (1993). Introduction au concept de motivation, in Vallerand, R.J. et Thill, E.E. (Eds), *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval (Québec) : Editions études vivantes – Vigot.
- Webber, C., Cobigo, V. (2014). What should service providers know when measuring how they impact consumers' freedom to make choices? *Journal on Developmental Disabilities*, 20.
- Wehmeyer ML, Bolding N. (1999). Self-determination across living and working environments: a matched-samples study of adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*;37: 353-63.
- Wehmeyer, M. L. (2005). “self-determination and individuals with disabilities: reexamining meaning and misinterpretations”. *Research and practice for persons with severe disabilities*, 30; 113-120.
- Wehmeyer, M. L., Palmer, S., Agran, M., Mithaug, D., Martin J. (2000), Promoting causal agency: the self-determined learning model of instruction. *Exceptional children* 66: 439-453.

- Wehmeyer, M., Lachapelle, Y., Boisvert, D., Leclerc, D., Morrissette, R. (2001) L'échelle d'autodétermination du LARIDI (version adultes). Québec: Laboratoire de recherche interdépartementale en déficience intellectuelle.
- Wehmeyer, M.L., Abery, B.H., Mithaug, D.E., Stancliffe, R.J. (2003). *Theory in self determination. Foundations for Educational Practice*. Illinois, USA: Ed. Charles Thomas.
- Whitman, T.L. (1990). Development of self-determination in persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 373-376.
- Whitman, T.L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94(4): 347-362.
- Wolfensberger, W. (1991). *La valorisation des rôles sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Genève :Deux Continents.

Websites

- <http://www.autismeafrique.org/trisomie-21>.(Consulté le 12.03.2018)
- <http://www.ohchr.org/>. (Consulté le 06.05.2017)
- <http://www.egalite-handicap.ch> (consulté le 04.02.2018)
- <http://www.un.org/disabilities/>. (Consulté le 12.04.2017)
- http://www.maxisciences.com/trisomie-21/trisomie-21-ou-syndrome-de-down-symptomes-causes-definition-de-quoi-s-039-agit-il_art35008.html(consulté le 12.04.2017)
- <http://www.un.org> (Consulté le 16.04.2018)
- <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/34/> (consulté le 21.10.2017).
- www.liberation.fr/societe/.../plus-de-2300-cas-de-trisomie-21-tous-les-ans(consulté le 12.04.2017)
- www.trisomie21-france.org/file/bulletin-commande-livret-scolariser.pdf (consulté le 09.01.2018)
- www.leparisien.fr
- www.interscience.wiley.com. DOI: 10.1002/job.322(consulté le 20.01.2018)
- www.ordrepsy.qc.ca/pdf/PsyQc_Dossier_Deficience(consulté le 15.02.2018)

Autres sources

Rapport initial du Sénégal (2014) : Mise en œuvre de la Convention des Nations Unies
relative aux droits des personnes handicapées

Rapport de présentation des résultats définitifs du 3^e RGPH

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ENSEIGNANTS

INTRODUCTION

Afin de finaliser notre formation en Education spécialisée, nous effectuons un travail de Master. Notre travail de recherche est basé sur de la théorie et sur des entretiens. Nous voulons répondre à la question de recherche suivante : « *Comment le comportement d'autodétermination favoriserait-il le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21 ?* »

Nous souhaitons à cet effet, enregistrer cet entretien pour faciliter notre travail d'analyse et vous demandons si vous êtes d'accord avec cette démarche. Lors de cet entretien, notre but est de collecter votre expérience dans ce domaine. L'important pour nous dans cette démarche est de comprendre comment le *Comment le comportement d'autodétermination pourrait favoriser le sentiment d'efficacité chez la personne porteuse de trisomie 21.*

Nous vous demandons de nous accorder quelques minutes pour cet entretien. Par souci de confidentialité, votre nom ainsi que votre lieu de travail ne seront pas cités dans notre travail et aucun indice ne permettra de reconnaître les personnes nommées durant l'entretien.

Lieu et date :

Profession et années d'expérience au sein de l'institution :

Durée de l'entretien :

Thème 1 : Autonomie comportementale

- ❖ **Sous-thème 1 :** Prendre des décisions
- ❖ **Sous-thème 2 :** Faire des choix

Thème 2 : Autorégulation

- ❖ **Sous-thème 1 :** Résoudre des problèmes
- ❖ **Sous-thème 2 :** Se fixé des buts à atteindre

Thème 3 : Autoréalisation

- ❖ **Sous-thème 1 :** La connaissance de soi
- ❖ **Sous-thème 2 :** La confiance en soi

ANNEXE 2 : ECHELLE D'AUTODETERMINATION DU LARIDI

L'Échelle d'Autodétermination du LARIDI

(version pour adolescent) est un instrument d'évaluation du degré d'autodétermination conçu pour des élèves présentant des incapacités intellectuelles. Deux objectifs sont poursuivis:

- Fournir aux élèves présentant des difficultés d'apprentissage ou des incapacités intellectuelles ainsi qu'aux intervenants un moyen d'identifier leurs forces et leurs limites en ce qui concerne l'autodétermination;
- Fournir un instrument de recherche permettant l'analyse de la relation entre l'autodétermination et certains facteurs susceptibles de la favoriser ou de lui nuire.

L'échelle comprend 72 items et est divisée en quatre sections. Chaque section traite d'une

dimension essentielle de l'autodétermination : **Autonomie, Autorégulation, « Empowerment » psychologique et Auto-réalisation**. Chaque section présente des consignes spécifiques qu'il importe de lire avant de répondre aux items. La notation de l'échelle fournit un score total d'autodétermination ainsi que des scores pour chacune des **dimensions essentielles**. Le manuel de procédures de l'Échelle d'Autodétermination du LARIDI comprend une réflexion et une démarche exploratoire de l'autodétermination comme objectif éducatif, ainsi qu'une description détaillée de la procédure. L'échelle **ne devrait être** utilisée que par des évaluateurs qui possèdent des connaissances suffisantes de l'autodétermination.

(Le masculin est utilisé pour alléger le texte)

L'ÉCHELLE D'AUTODÉTERMINATION DU LARIDI (version pour adolescent)

Michael Wehmeyer, Ph.D., Yves Lachapelle, Ph. D., Daniel, Boisvert, Ph.D., Danielle Leclerc, Ph.D., Robert, Morrissette, Ps.éd.

LABORATOIRE DE RECHERCHE INTERDÉPARTEMENTALE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Âge de l'élève _____ Sexe _____

Date _____

École _____

Nom du professeur _____

LARIDI © 2001

Cette validation transculturelle de l'Échelle d'Autodétermination de l'ARC est réalisée grâce au Consortium National de la Recherche sur l'Intégration Sociale (CNRIS) par l'octroi d'une subvention accordée au Laboratoire de Recherche Interdépartementale en Déficience Intellectuelle (LARIDI).

SECTION 1 AUTONOMIE

CONSIGNE: Réponds à chaque question en cochant la case qui te représente le mieux même si tu le fais à l'aide d'une autre personne. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Coches toujours la case en associant ta réponse à ;

Jamais = même quand j'en ai l'occasion

Quelquefois = quand j'en ai l'occasion

Souvent = quand j'en ai l'occasion

Toujours = quand j'en ai l'occasion

1A. Indépendance : Routine de soins personnels & fonctions familiales

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
1. Je prépare mes repas et collations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'entretiens mes vêtements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'accomplis des tâches ménagères.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je range mes choses personnelles dans un même endroit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je suis capable de me soigner moi-même si je me blesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je prends soins de ma personne et de mon hygiène.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1A. Sous-total

1B. Indépendance : Interactions avec l'environnement

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
7. J'ai et je me fais d'autres amis de mon âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'envoie et je reçois du courrier par la poste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je respecte mes engagements et mes rendez-vous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je sais comment agir avec les vendeurs dans les magasins et les serveurs dans les restaurants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1B. Sous-total

1C. Agir en fonction de ses préférences, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
11. Je choisis des activités qui m'intéressent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je planifie des activités que j'aime faire pour la fin de semaine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je m'implique dans les activités scolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mes amis et moi choisissons des activités que l'on veut faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'écris des lettres, des notes ou je parle au téléphone avec des membres de ma famille ou des amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'écoute de la musique que j'aime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1C. Sous-total

1D. Agir en fonction de ses goûts, croyances et aptitudes : Implication communautaire & interactions				
	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
17. Je me porte volontaire pour des activités qui m'intéressent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je fréquente des restaurants que j'aime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je vais au cinéma, voir des spectacles ou danser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je magasine dans les centres d'achats et magasins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je participe à des groupes de jeunes (tels : les scouts, maison des jeunes, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1D. Sous-total _____
1E. Indépendance: Interactions avec l'environnement				
	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
22. Je fais des activités à l'école en dehors des heures de cours en fonction de ce que j'aime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je fais des travaux scolaires qui m'aideront dans mon futur emploi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je fais des plans pour savoir ce que je ferai plus tard comme métier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je travaille ou j'ai travaillé pour ramasser de l'argent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je participe ou j'ai participé à des ateliers ou à des stages de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je me suis informé sur des emplois qui m'intéressent (visites d'endroits, discussions avec des personnes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1E. Sous-total _____
1F. Agir en fonction de ses croyances, intérêts et aptitudes: Activités récréatives et de loisirs				
	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
28. Je choisis les vêtements que je porte et les choses personnelles que j'utilise chaque jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je choisis la coupe de cheveux que je désire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je choisis les cadeaux que j'offre à ma famille et mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. J'ai décoré ma chambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je choisis comment je dépense mon argent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prière de vérifier la section 1 (A à F) pour vous assurer qu'il y a qu'une seule réponse par item et que les items sont tous répondus.				1F. Sous-total _____

SECTION 2
AUTORÉGULATION

CONSIGNE: Chacune des phrases suivantes raconte le début et la fin d'une histoire. Selon toi, qu'est-ce qui s'est passé entre le début et la fin de l'histoire. Choisis la réponse qui te semble la meilleure. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

2A. Résolution de problèmes interpersonnels

33. Début : Tu es assis à une réunion (Plan d'Intervention) en compagnie de tes parents et tes professeurs. Tu veux participer à un cours qui te permettrait d'apprendre à devenir un caissier dans un magasin. Tes parents veulent que tu participes à un cours pour garder des enfants. Tu peux seulement prendre un cours.

Milieu : _____

Fin : L'histoire se termine alors que tu vas assister à un cours qui te permettra d'apprendre à devenir un caissier.

Pointage : ____

34. Début : Tu entends un ami parler d'un emploi disponible à la bibliothèque de ton quartier. Tu aimes beaucoup les livres et aimerais avoir cet emploi. Tu décides que tu veux cet emploi.

Milieu : _____

Fin : L'histoire se termine alors que tu es engagé à la bibliothèque.

Pointage : ____

35. Début : Tes amis sont en colère contre toi. Cette situation te met vraiment mal à l'aise.

Milieu : _____

Fin : L'histoire se termine alors que tes amis et toi êtes réconciliés.

Pointage : ____

36. Début : Tu arrives à ton cours de français un matin et tu te rends compte que ton livre de français n'est pas dans ton sac d'école. Tu es fâché parce que tu as besoin de ce livre pour faire tes leçons.

Milieu : _____

Fin : L'histoire se termine alors que tu utilises un livre pour faire tes leçons.

Pointage : ____

2A. Résolution de problèmes interpersonnels (SUITE)

37. Début : Ton enseignant(e) dit au groupe qu'il faut trouver une personne pour représenter ta classe. Tu aimerais beaucoup la représenter.

Milieu : _____

Fin : L'histoire se termine alors que tu es élu représentant de classe.

Pointage : _____

38. Début : Tu arrives dans une nouvelle école où tu ne connais personne. Tu aimerais beaucoup te faire de nouveaux amis.

Milieu : _____

Fin : L'histoire se termine alors que tu as beaucoup de nouveaux amis à l'école.

Pointage : _____

2A. Sous-total : _____

2B. Se fixer des buts et des tâches

CONSIGNE : Les trois prochaines questions t'interrogent sur les plans que tu veux faire pour ton avenir. Pour chacune des questions, indique si tu as fait des plans, et si oui, inscris ce qu'ils sont et comment tu penses réussir à les réaliser.

39. Où voudrais-tu habiter après tes études ?

Nomme quatre actions que tu dois faire pour en arriver là :

Je n'ai pas décidé encore

1) _____

Je veux habiter _____

2) _____

3) _____

4) _____

40. Où voudrais-tu travailler après tes études ?

Nomme quatre actions que tu dois faire pour en arriver là :

Je n'ai pas décidé encore

1) _____

Je veux travailler _____

2) _____

3) _____

4) _____

41. Quel type de transport prévois-tu utiliser après tes études ?

Nomme quatre actions que tu dois faire pour en arriver là :

Je n'ai pas décidé encore

1) _____

J'utiliserai _____

2) _____

3) _____

4) _____

2B. Sous-total : _____

Section 4

Auto-Réalisation

CONSIGNE: Selon toi, les phrases suivantes décrivent-elles des sentiments que tu éprouves, d'accord ou pas d'accord.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 58. Je n'ai pas honte des sentiments que je ressens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 59. Je me sens libre d'être parfois en colère envers ceux que j'aime. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 60. Je peux exprimer mes sentiments même en présence d'autres personnes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 61. Je peux apprécier les personnes avec qui je suis en désaccord. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 62. J'ai peur de ne pas bien faire les choses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 63. Il vaut mieux être soi-même que d'être une personne populaire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 64. Je suis aimé parce que j'aime les autres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 65. Je connais ce que je fais de mieux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 66. Je n'accepte pas mes limites. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 67. Je sens que je ne peux pas accomplir plusieurs choses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 68. J'aime ma personne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 69. Je ne suis pas une personne importante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 70. Je sais comment compenser pour mes limites. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 71. Les autres personnes m'aiment. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |
| 72. J'ai confiance en mes aptitudes (capacités à faire quelque chose). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | D'accord | Pas d'accord |

Section 4 Sous total : _____

Calcul Étape 1 :
Inscrire les scores bruts pour chaque section :

Autonomie

1A=

1B=

1C=

1D=

1E=

1F=

Total section 1 :

Autorégulation

2A=

2B=

Total section 2 :

Empowerment psychologique

3 =

Total section 3 :

Auto-réalisation

4=

Total section 4 :

Calcul Étape 2 :
Additionner les scores des quatre sections
Auto-détermination
Total=

Calcul Étape 3 :
En référant à la table de conversion de l'appendice A, convertir les scores bruts en percentiles pour comparer à la distribution normale et le pourcentage de réponses positives.

Distribution normale

Score positif

Autonomie

1A=

1B=

1C=

1D=

1E=

1F=

Total section 1 :

Autorégulation

2A=

2B=

Total section 2 :

Empowerment Psychologique

3

Total section 3 :

Auto-réalisation

4=

Total section 4 :

Auto-détermination

Score Total=

Calcul Étape 4 :
Compléter le graphique avec les scores convertis. Ensuite, remplir les écarts en noir jusqu'au score cible (voir exemple dans le manuel) :

	Un A	Un B	Un C	Un D	Un E	Un F	Un	Deux A	Deux B	Deux	Trois	Quatre	Total	%
Autonomie														
Autorégulation														
Empowerment Psychologique														
Auto-réalisation														
Auto-détermination														
Total														
Indep : soins														
Indep : communauté														
Choix : loisirs														
Choix : communauté														
Choix : parascolaire														
Choix : personnel														
Autorégul : rés. prob.														
Autorégul : buts fixés														
Auto-régulation														
Empower Psy														
Auto-réalisation														
Auto-détermination														
Total														

Calcul Étape 5 :
Inscrire sur le graphique les percentiles correspondant aux réponses positives :

	Un	Deux	Trois	Quatre	Total	%
Autonomie						
Autorégulation						
Empower Psy						
Auto-réalisation						
Auto-détermination						
Total						

ANNEXE 3 : TABLES DE CONVERSION

Conversion Tables

Table 1

Autonomy: Independence: Routine Personal Care and Family Oriented Functions								
Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores	
	Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores
1	0	6	7	9	39	13	61	72
2	0	11	8	14	44	14	71	78
3	1	17	9	19	50	15	80	83
4	2	22	10	29	56	16	89	89
5	3	28	11	39	61	17	95	94
6	5	33	12	50	67	18	100	100

Table 2

Autonomy: Independence: Interaction with the Environment								
Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores	
	Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores
1	3	8	5	35	42	9	85	75
2	6	17	6	49	50	10	93	83
3	12	25	7	63	58	11	96	91
4	24	33	8	75	66	12	100	100

Table 3

Autonomy: Acting on the Basis of Preferences, Beliefs, Interests and Abilities: Recreation and Leisure Time								
Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores	
	Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores
1	1	6	7	8	39	13	56	72
2	1	11	8	13	44	14	68	78
3	2	17	9	18	50	15	79	83
4	2	22	10	25	56	16	88	89
5	4	28	11	25	61	17	93	94
6	5	33	12	44	67	18	100	100

Table 4

Autonomy: Acting on the Basis of Preferences, Beliefs, Interests and Abilities: Community Involvement and Interaction								
Raw Score	Percentile Scores		Percentile Scores			Percentile Scores		
	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores
1	1	7	6	23	40	11	76	73
2	2	13	7	33	47	12	82	80
3	6	20	8	44	53	13	88	87
4	9	27	9	56	60	14	93	93
5	16	33	10	67	67	15	100	100

Table 5

Autonomy: Acting on the Basis of Preferences, Beliefs, Interests and Abilities: Post-School Directions								
Raw Score	Percentile Scores		Percentile Scores			Percentile Scores		
	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores
1	1	6	7	29	39	13	78	72
2	2	11	8	39	44	14	82	78
3	6	17	9	48	50	15	88	83
4	9	22	10	54	56	16	91	89
5	14	28	11	63	61	17	95	94
6	21	33	12	71	67	18	100	100

Table 6

Autonomy: Acting on the Basis of Preferences, Beliefs, Interests and Abilities: Personal Expression								
Raw Score	Percentile Scores		Percentile Scores			Percentile Scores		
	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores
1	1	7	6	9	40	11	32	73
2	2	13	7	13	47	12	41	80
3	2	20	8	16	53	13	51	87
4	3	27	9	20	60	14	64	93
5	6	33	10	26	67	15	100	100

Table 7

Autonomy Domain Total Score									
Raw Score	Percentile Scores			Percentile Scores			Percentile Scores		
	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	
1	1	1	33	3	34	65	55	68	
2	1	2	34	4	35	66	57	69	
3	1	3	35	4	36	67	60	70	
4	1	4	36	5	38	68	63	71	
5	1	5	37	5	39	69	65	72	
6	1	6	38	5	40	70	68	73	
7	1	7	39	6	41	71	71	74	
8	1	8	40	7	42	72	72	75	
9	1	9	41	7	43	73	75	76	
10	1	10	42	8	44	74	76	77	
11	1	11	43	9	45	75	79	78	
12	2	12	44	11	46	76	80	79	
13	2	14	45	13	47	77	82	80	
14	2	15	46	14	48	78	85	81	
15	2	16	47	16	49	79	87	82	
16	2	17	48	18	50	80	89	83	
17	2	18	49	19	51	81	90	84	
18	2	19	50	21	52	82	91	85	
19	2	20	51	22	53	83	92	86	
20	2	21	52	24	54	84	93	87	
21	2	22	53	26	55	85	94	88	
22	2	23	54	28	56	86	95	90	
23	3	24	55	30	57	87	95	91	
24	3	25	56	32	58	88	96	92	
25	3	26	57	34	59	89	96	93	
26	3	27	58	36	60	90	97	94	
27	3	28	59	39	61	91	97	95	
28	3	29	60	40	62	92	98	96	
29	3	30	61	43	63	93	98	97	
30	3	31	62	46	64	94	99	98	
31	3	32	63	50	66	95	99	99	
32	3	33	64	53	67	96	100	100	

Table 8

Self-Regulation: Interpersonal Cognitive Problem Solving		
Percentile Scores	Percentile Scores	Percentile Scores

Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores
1	18	8	5	49	42	9	92	75
2	22	17	6	68	50	10	95	83
3	29	25	7	79	58	11	98	91
4	36	33	8	87	66	12	100	100

Table 9

Self-Regulation: Goal Setting and Task Performance								
Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores	
	Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores
1	24	11	4	58	44	7	86	78
2	34	22	5	68	56	8	92	89
3	45	33	6	79	67	9	100	100

Table 10

Self-Regulation Domain Score								
Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores	
	Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores
1	10	5	8	45	38	15	90	71
2	13	10	9	54	43	16	92	76
3	16	14	10	60	48	17	95	81
4	19	19	11	67	52	18	96	86
5	23	24	12	74	57	19	98	90
6	31	29	13	80	62	20	99	95
7	37	33	14	85	67	21	100	100

Table 11

Psychological Empowerment Domain Score								
Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores		Raw Score	Percentile Scores	
	Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores		Norm Sample	Positive Scores
1	0	6	7	4	44	12	30	75

2	0	12	8	8	50	13	44	81
3	0	19	9	11	56	14	59	88
4	0	25	10	17	62	15	79	94
5	1	31	11	23	69	16	100	100
6	2	38						

Table 12

Self-Realization Domain Score								
Raw Score	Percentile Scores		Percentile Scores			Percentile Scores		
	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores
1	0	7	6	5	40	11	55	73
2	0	13	7	8	47	12	73	80
3	0	20	8	14	53	13	88	87
4	1	27	9	24	60	14	96	93
5	3	33	10	37	67	15	100	100

Table 13

Total Self-Determination Score									
Raw Score	Percentile Scores			Percentile Scores			Percentile Scores		
	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	Raw Score	Norm Sample	Positive Scores	
1	1	1	50	3	34	99	48	67	
2	1	1	51	3	34	100	50	68	
3	1	2	52	3	35	101	53	68	
4	1	3	53	3	36	102	55	69	
5	1	3	54	3	36	103	57	70	
6	1	4	55	3	37	104	60	70	
7	1	5	56	3	38	105	63	71	
8	1	5	57	3	39	106	65	72	
9	1	6	58	3	39	107	67	72	
10	1	7	59	3	40	108	69	73	
11	1	7	60	4	41	109	70	74	
12	1	8	61	4	41	110	73	74	
13	1	9	62	5	42	111	75	75	
14	1	9	63	5	43	112	77	76	
15	1	10	64	5	43	113	79	76	
16	1	11	65	6	44	114	82	77	
17	1	11	66	7	45	115	83	78	
18	1	12	67	7	45	116	84	78	
19	1	13	68	8	46	117	85	79	
20	1	14	69	8	47	118	88	80	
21	1	14	70	9	47	119	89	80	
22	1	15	71	9	48	120	90	81	
23	1	16	72	11	49	121	91	82	
24	1	16	73	12	49	122	92	82	
25	1	17	74	12	50	123	94	83	
26	1	18	75	13	51	124	94	84	
27	1	18	76	13	51	125	95	84	
28	1	19	77	14	52	126	96	85	
29	1	20	78	16	53	127	96	86	
30	1	20	79	17	53	128	96	86	
31	1	21	80	17	54	129	97	87	
32	1	22	81	18	55	130	98	88	
33	1	22	82	19	55	131	98	89	
34	1	23	83	20	56	132	98	89	
35	1	24	84	21	57	133	98	90	
36	1	24	85	22	57	134	99	91	
37	1	25	86	24	58	135	99	91	
38	2	26	87	26	59	136	99	92	
39	2	26	88	27	59	137	99	93	
40	2	27	89	29	60	138	99	93	
41	2	28	90	31	61	139	99	94	
42	2	28	91	33	61	140	99	95	
43	2	29	92	35	62	141	99	95	
44	2	30	93	37	63	142	99	96	
45	2	30	94	39	64	143	99	97	
46	2	31	95	40	64	144	99	97	
47	2	32	96	42	65	145	99	98	
48	2	32	97	44	66	146	99	99	
49	2	33	98	45	66	147	99	99	
						148	100	100	

TABLE DES MATIERES

<i>Sommaire</i>	<i>I</i>
<i>Dédicace</i>	<i>III</i>
<i>Remerciements</i>	<i>IV</i>
<i>Liste des acronymes, sigles et abréviations</i>	<i>V</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>VI</i>
<i>Liste des figures et graphiques</i>	<i>VII</i>
<i>Résumé</i>	<i>VIII</i>
<i>Abstract</i>	<i>IX</i>
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	5
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
1.1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE.....	6
1.1.2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	8
1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME	10
1.2.1. ELEMENTS DU CONSTAT EXPERIENTIEL.....	10
1.2.2. CONSTAT THEORIQUE	13
1.2.3. PROBLEME DE L'ETUDE.....	16
1.2.4. PROBLEMATIQUE SPECIFIQUE DE L'ETUDE	17
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE	17
1.3.1. QUESTION PRINCIPAL	17
1.3.2. QUESTIONS DE RECHERCHE SPECIFIQUES	17
1.4. HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE	17
1.4.1. HYPOTHESE GENERALE	18
1.4.2. HYPOTHESES RECHERCHE	18
1.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	18
1.5.1. OBJECTIF GENERAL	19
1.5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	19
1.6. INTÉRÊTS ET BUT DE L'ÉTUDE	19
1.6.1. INTERET SOCIAL DE L'ETUDE	19
1.6.2. INTERET PROFESSIONNEL DE L'ETUDE.....	20
1.6.2. INTERET SCIENTIFIQUE DE L'ETUDE	20
1.7. LIMITES DE L'ÉTUDE	20
1.7.1. LIMITE THEMATIQUE.....	20

1.7.2. SUR LE PLAN SPATIO-TEMPOREL	21
1.8. DÉFINITION DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE.....	21
1.8.1. COMPORTEMENT.....	21
1.8.2. AUTODÉTERMINATION.....	21
1.8.3. DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....	22
1.8.4. L'ADOLESCENCE.....	23
1.8.5. SENTIMENT D'EFFICACITÉ.....	23
CHAPITRE 2 DE LA TRISOMIE 21 À L'AUTODÉTERMINATION : UNE RÉCENSION DES ÉCRITS	24
2.1. GÉNÉRALITÉS SUR LA TRISOMIE 21	24
2.1.1. HISTOIRE ET ÉVOLUTION DU CONCEPT	24
2.1.2. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TRISOMIE.....	26
2-1-3-1- Dans le monde	26
2-1-3-2- En Afrique.....	26
2-1-3-3- Au Cameroun.....	27
2.1.3. CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE DE LA TRISOMIE 21	28
2.1.3.1. Chromosomes et conception	28
2.1.3.2. Facteurs de risque et espérance de vie	29
2.1.4. LA TYPOLOGIE DE LA TRISOMIE 21	30
2.1.4.1. La trisomie 21 libre.....	30
2.1.4.2. La trisomie 21 en mosaïque	31
2.1.4.3. La trisomie 21 par translocation	31
2.1.5. ASPECTS CLINIQUES DE LA TRISOMIE 21	32
2.1.5.1. Les signes cliniques de l'enfant porteur de trisomie 21	32
2.1.5.2. Approche psychologique	34
2.1.6. LA PRISE EN CHARGE DE LA TRISOMIE 21	36
2.2. LES MODÈLES THÉORIQUES DE L'AUTODÉTERMINATION	37
2.2.1. SELON WEHMEYER.....	37
2.2.2. MODÈLE FONCTIONNEL DE L'AUTODÉTERMINATION SELON WEHMEYER.....	38
2.2.3. SELON ABERY ET STANCLIFFE	41
2.3. AUTODÉTERMINATION ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....	43
2.3.1. DE MANIÈRE GÉNÉRALE.....	43
2.3.2. SUR LES TRISOMIQUES 21.....	44
CHAPITRE 3 LES THÉORIES DE L'EFFICACITÉ DE SOI.....	46
3.1. LA THÉORIE DE MOTIVATION.....	46
3.1.1. LA MOTIVATION DANS LE CADRE GÉNÉRAL DE LA PSYCHOLOGIE.....	46
3.1.2. LES NIVEAUX D'ANALYSE DE LA MOTIVATION ET LES APPROCHES EXISTANTES.....	48
3.1.3. LA THÉORIE DES BUTS.....	50
3.1.4. LA MOTIVATION DANS LA PERSPECTIVE DE DECI ET RYAN	52
3.1.4.1. Motivation intrinsèque	55
3.1.4.2. La motivation extrinsèque.....	55
3.2. THÉORIE DE L'AUTO EFFICACITÉ.....	57

3.2.1. FONDEMENT DU SENTIMENT D'EFFICACITE	57
3.2.2. LA THEORIE SOCIOCOGNITIVE DE BANDURA	59
3.2.3. LES SOURCES D'AUTO-EFFICACITE	61
3.2.3.1. <i>Les expériences vécues antérieurement</i>	61
3.2.3.2. <i>L'apprentissage vicariant</i>	62
3.2.3.3. <i>La persuasion verbale</i>	63
3.2.3.4. <i>L'état physiologique et émotionnel</i>	64
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATIONNEL	67
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	67
4.1. RAPPEL DU PROBLEME DE LA RECHERCHE	68
4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	68
4.3. RAPPEL DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	68
4.3.1. RAPPEL DE L'HYPOTHESE GENERALE	68
4.3.2. HYPOTHESES DE RECHERCHE	70
4.4. DEFINITION DES METHODES D'APPROCHE	73
4.4.1. JUSTIFICATION DE LA METHODE DE RECHERCHE	73
4.4.2. METHODE D'ANALYSE ET D'INTERPRETATION DES DONNEES	73
4.5. CADRE ET POPULATION DE L'ETUDE	74
4.5.1. CADRE	74
4.5.1.1. <i>Historique et évolution</i>	74
4.5.1.2. <i>Les missions du CNRPH</i>	75
4.5.1.3. <i>Fonctionnement</i>	75
4.5.1.4. <i>Historique et évolution</i>	78
4.5.1.5. <i>Ses missions</i>	79
4.5.1.6. <i>Fonctionnement de l'Institut</i>	79
4.5.2. POPULATION	80
4.5.2.1. <i>Population cible</i>	81
4.5.2.2. <i>Population accessible</i>	81
4.6. ÉCHANTILLON ET METHODE D'ECHANTILLONNAGE	81
4.6.1. ÉCHANTILLON.....	81
4.6.2. METHODE D'ECHANTILLONNAGE	81
4.7. LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES	82
4.7.1. LES ENTRETIENS	82
4.7.2. LES ECHELLES	83
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	86
5.1. PRESENTATION DES DONNEES	86
5.1.1. JUNIOR (ADOLESCENT 1).....	86
5.1.2. MERVEILLE (ADOLESCENTE 2).....	87
5.1.3. PRINCESSE (ADOLESCENTE 3)	88
5.1.4. LUC (ADOLESCENT 4).....	89
5.1.5. FRED (ADOLESCENT 5).....	90

5.2. ANALYSES DES DONNEES	91
5.2.1. ENTRETIENS.....	91
5.2.1.1. <i>Autonomie comportementale</i>	92
5.2.1.2. <i>Autorégulation</i>	94
5.2.1.3. <i>Autoréalisation</i>	96
5.2.2. TABLES DE CONVERSION DU LARIDI	98
5.2.2.1. <i>Junior (adolescent 1)</i>	98
5.2.2.2. <i>Merveille (adolescente 2)</i>	101
5.2.2.3. <i>Princesse (adolescente 3)</i>	104
5.2.2.4. <i>Luc (adolescent 4)</i>	107
5.2.2.5. <i>Fred (adolescent 5)</i>	110
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET SUGGESTIONS	114
6.1. SYNTHESES DES RESULTATS.....	114
6.1.1. L'AUTONOMIE COMPORTEMENTALE	114
6.1.2. L'AUTOREGULATION	115
6.1.3. L'AUTOREALISATION	115
6.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	116
6.2.1. INTERPRETATION ET DISCUSSION DE HR1	116
6.2.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DE HR2.....	119
6.2.3. INTERPRETATION ET DISCUSSION DE HR3.....	123
6.3.2. SYNTHESE SUR L'INTERPRETATION ET LA DISCUSSION.....	125
6.3.2. LES CRITIQUES DE L'ETUDE	126
6.3. SUGGESTIONS	126
CONCLUSION GENERALE	128
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	133
ANNEXES.....	140