

SOMMAIRE

SOMMAIRE	II
Dédicace	III
REMERCIEMENTS	IV
RESUME	VII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	X
INTRODUCTION	I
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE	III
CHAPITRE 2 : ELABORATION DU CADRE D'ANALYSE.....	XIII
2.1- ANALYSE DU CADRE D'INTERVENTION	XIII
2.2- DIAGNOSTIC	XVII
2.2.1- Observations générales:.....	XVIII
2.2.2- Observations spécifiques	XX
2.2.3- Analyse des observations.....	XXIV
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'INTERVEN	XXXI
3.1- PRESENTATION DU PROJET D'INTERVENTION	XXXI
3.1.1- Plan d'action du projet.....	XXXV
3.1.2- Plan d'exécution du projet	XXXVIII
3.2- POPULATION D'ETUDE ET GROUPE DE TRAVAIL	XLI
3.2.1- Population d'étude	XLI
3.2.2- Population cible	XLI
3.2.3- Groupe de travail	XLI
3.2.3.1- Critère de choix du groupe de travail	XLI
3-2-3-2. Caractéristiques des membres du groupe de travail.....	XLII
3.2.3.3- Renseignement familiaux	XLIV
3.2.3.4- Anamnèse des membres du groupe de travail	XLIV
3.2.4- Evaluation des acquisitions des bénéficiaires en début de projet	XLVI
3.3- TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE LA RECHERCHE.....	XLVII
3.3.1- Techniques de collecte des données	XLVII
3.3.2- Outils de collecte des données	XLIX
3.4- EXPERIMENTATION OU PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES	L

CHAPITRE 4 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	LVI
4.1- BILAN PARTIEL DES ACTIVITES DE LA PREMIERE PERIODE	LVII
4.2- BILAN PARTIEL DES ACTIVITES DE LA DEUXIEME PERIODE	LXVI
4.2.3- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3.....	LXXI
4.3- TABLEAUX SYNOPTIQUES DES RESULTATS OBTENUS SUR LES DEUX PERIODES.....	LXXIII
4.4- EVALUATION DES ACQUISITIONS DES BENEFICIAIRES EN FIN DE PROJET.....	LXXVII
CHAPITRE 5 : PROJET DE SUIVI	LXXIX
5-1. EVALUATION DES RESULTATS POSITIFS	LXXIX
5-2. INSUFFISANCES LIEES AUX RESULTATS.....	LXXX
5-3. SUGGESTIONS.....	LXXX
CONCLUSION.....	LXXXI
BIBLIOGRAPHIE	LXXXII
ANNEXES	I
TABLE DES MATIERES.....	XVII

Tous les enfants en situation de handicap et particulièrement ceux de la Pouponnière de Yopougon-Attié.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette œuvre a bénéficié du soutien de personnes à qui nous voudrions exprimer notre profonde gratitude et notre reconnaissance.

Notre Directeur de Mémoire, affectueusement appelé « le père » pour avoir accepté de diriger ce travail malgré ses nombreuses occupations professionnelles et familiales.

Nous voulons dans ce document vous adresser une mention spéciale.

Vous nous avez prodigué de sages conseils pour la réussite de notre stage et pour la rédaction de notre mémoire.

Vos suggestions et vos remarques nous ont permis de mieux orienter nos différentes idées et de les ordonner afin d'aboutir à un travail cohérent.

D'une oreille attentive, vous avez toujours écouté et répondu à nos attentes.

Votre rigueur et votre goût du travail, nous ont permis de conduire ce projet à terme.

Vivement merci pour l'encadrement que nous avons reçu de vous.

Par vos actes, vous êtes éligible parmi les bâtisseurs du travail social en Côte d'Ivoire.

En ce qui nous concerne, ce fut une immense joie et fierté d'avoir travaillé avec vous.

Recevez cher maître, notre infinie gratitude.

Nos remerciements vont également à l'endroit de :

- Notre maître de stage, Madame BOTTI Lou Tinan Pulchérie Epse FIAN, Educatrice Préscolaire, pour son encadrement, son ouverture d'esprit et ses conseils ;
- Madame DIEKET Emma Rosine Epse KOUAKOU, Conseillère d'Education Préscolaire et Directrice de la pouponnière, pour nous avoir autorisés à effectuer notre stage dans l'institut qu'elle dirige ;
- Monsieur KOUAME Loukou Doé, Maître d'Education Spécialisée, pour sa contribution, ses conseils et sa disponibilité toutes les fois

que nous l'avons sollicité, et à travers lui, l'ensemble du personnel de la pouponnière de Yopougon Attié et à tous les poupons pour leur chaleureuse collaboration ;

- Tous les formateurs de l'Ecole des Educateurs Spécialisés ainsi que les conseillers pour leur savoir dont nous avons pu bénéficier ;
- Toute la 16^{ème} promotion du cycle des Maîtres d'Education Spécialisée pour leur contribution, et bonne relation tout au long de de la formation ;
- Dr N'GBO Adiko Emmanuel, et Dr Denise HAVERLANDER, nos ex-patrons médecins chefs au Centre Antituberculeux d'Abobo, pour leurs encouragements et conseils avisés ;
- Nos parents qui ont su donner le meilleur d'eux-mêmes pour notre éducation et notre épanouissement ;
- Notre mari, Monsieur YAO Koffi Jérémie, pour son soutien indéfectible et son apport matériel et financier;
- Nos enfants, YAO Celianth, YAO Yvan, YAO Keren et OBA Bérénice qui sont pour nous, une véritable source d'inspiration et d'encouragement ;
- Tous nos amis et connaissances, qui de près ou de loin et de quelque manière que ce soit, qui ont contribué à la finalisation de ce mémoire, nous vous en sommes infiniment reconnaissant.

RESUME

La présente étude réalisée à la pouponnière de Yopougon Attié, notre lieu de stage, s'inscrit dans le cadre de la préparation du diplôme d'Etat de fin de cycle de formation des Maîtres d'Education Spécialisée. Nos observations ont permis de recenser des problèmes dont le plus récurrent est celui du manque d'autonomie des adolescents IMC. En réponse à ce problème, un projet éducatif a été initié dont l'objectif est de renforcer l'autonomie des adolescents IMC à travers des activités de vie quotidienne. Pour l'expérimentation, nous avons constitué un groupe de travail de deux pensionnaires âgés de 11 et 13 ans, présentant un retard psychomoteur prononcé et dépendant des autres. Ainsi, nous avons proposé trois activités à savoir : le bain (activité 1), le port d'une

chemise à bouton (activité 2) et la prise de repas (activité 3). Nous nous sommes servis de quelques instruments tels que l'observation, l'entretien etc. Les résultats obtenus en fin de projet, montrent qu'à l'activité 1, nous avons obtenu 17 comportements positifs sur 18, activité 2, 18 comportements positifs sur 18 et enfin activité 3, 13 comportements positifs sur 14. Ces résultats attestent que les bénéficiaires parviennent à prendre seul le bain, à mettre tous les boutons de leur chemise et à prendre le repas sans se salir. Nous pouvons affirmer que les résultats obtenus sont satisfaisants. Cependant, il y a quelques insuffisances qu'il convient de prendre en compte pour consolider les acquis à travers un projet de suivi.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

A.V.Q : Activité de Vie Quotidienne.....	11
C.G.I : Centre de Guidance Infantile.....	7
C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire.....	17
CPPE : Centre de Protection pour la Petite Enfance.....	16

EP : Educatrice Préscolaire	17
ES : Educateur Spécialisé.....	18
IMC : Infirmité Motrice Cérébrale	1
INFS : Institut National de Formation Social	15
LONACI : Loterie Nationale de Côte d'Ivoire	16
MESP : Maitre d'Education Spécialisée.....	18
O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.....	4
PAA : Port Autonome d'Abidjan	15
PMI : Protection Maternelle et Infantile	16
R.G.P.H : Recensement Général de la Population et de l'Habitat	15
SICOGI : Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière....	16
SOGEFIHA : Société pour la Gestion et le Financement de l'habitat.....	16

T.S.A : Trouble du Spectre Autistique

27

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I : Comportement des pensionnaires au niveau cognitif</u>	21
<u>Tableau II : Comportement des pensionnaires au niveau psychomoteur</u>	22
<u>Tableau III : Comportement des enfants au niveau socio affectif</u>	23
<u>Tableau IV : Plan d'action du projet</u>	37
<u>Tableau V : Calendrier d'exécution du projet</u>	38
<u>Tableau VI : Caractéristiques des membres du groupe de travail</u>	42
<u>Tableau VII : Identification des parents</u>	42
<u>Tableau VIII : Anamnèse des membres du groupe de travail</u>	44
<u>Tableau IX : Constat des bénéficiaires en début de projet</u>	45
<u>Tableau X : Synthèse des grilles d'observation de l'activité1 à la période 1</u>	57
<u>Tableau XI : Synthèse des grilles d'observation de l'activité2 à la période 1</u>	60
<u>Tableau XII : Synthèse des grilles d'observation de l'activité3 à la période 1</u>	63
<u>Tableau XIII : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la deuxième période</u>	66
<u>Tableau XIV : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la deuxième période</u>	69

Tableau XV : Synthèse des grilles d'observation de l'activité3 à la deuxième période71

Tableau XVI : Tableau synoptique de l'activité 174

Tableau XVII: Tableau synoptique de l'activité 275

Tableau XVIII : Tableau synoptique de l'activité 376

Tableau XIX : Evaluation des acquisitions des bénéficiaires en fin de projet77

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Fiche technique de l'activite 1
II

ANNEXE II: Fiche technique de l'activité 2
VI

ANNEXE III: Fiche technique de l'activité 3
IX

ANNEXE VI : Tableau récapitulatif du personnel de la pouponnière
XIII

ANNEXE V : Organigramme de la pouponnière
XIV

ANNEXE VI : Tableau de repartition des pensionnaires par type de handicap
XV

ANNEXE VII : Photos de quelques activites
XVI

INTRODUCTION

Le handicap est un désavantage qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité, qui est fréquemment sous-entendu comme un symbole négatif qui limite l'accomplissement d'un rôle normal. On distingue à cet effet plusieurs types de handicap.

Dans notre sujet de recherche, nous nous intéressons à l'infirmité motrice cérébrale, qui est une maladie congénitale du mouvement, de la tonicité musculaire ou de la posture. Cette pathologie a pour conséquences des problèmes fonctionnels entravant l'autonomie des personnes et rendant leur vie tributaire des aides et soutiens de leur entourage. Dans le souci de leur insertion dans cette société en perpétuel mutation, des structures spécialisées ont été créées, dont l'objectif est de développer les capacités d'autonomie de ces personnes, à travers les moyens humains, matériels et pédagogiques.

Les observations menées à la pouponnière de Yopougon, notre lieu de stage, ont montré que les adolescents Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC), éprouvent des difficultés à se déplacer, à tenir des objets, à prendre seul les repas, à se laver, à s'habiller et à mener certaines activités de la vie quotidienne.

Ainsi, dans l'optique de rendre autonome ces adolescents IMC et contribuer à leur épanouissement et à leur insertion sociale, nous avons initié un projet intitulé « Activités de vie quotidienne, moyen de renforcement de l'autonomie des adolescents IMC en institution ».

Notre objectif est de renforcer l'autonomie des adolescents IMC à partir des activités de vie quotidienne. La mise en œuvre de ce projet s'articule autour de cinq chapitres ; que sont :

Dans le chapitre 1, intitulé la problématique, nous mettrons en relief le problème à l'étude.

Le chapitre 2 : Elaboration du cadre d'analyse, permettra de présenter le milieu de l'intervention sociale et poser le diagnostic du problème à traiter ;

Le chapitre 3 : la méthodologie de l'intervention, va concerner l'ensemble des procédés et les moyens utilisés pour atteindre les résultats escomptés de l'étude ;

Quant au chapitre 4 : les résultats, consistera à présenter les résultats, les analyser et à trouver une explication ;

Enfin, le chapitre 5 : sera consacré au projet de suivi. Ici, nous rappellerons le processus, évaluerons les acquis, montrerons les insuffisances liées aux résultats et nous ferons des suggestions.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE

Le handicap et ses corollaires ont une image négative et provoquent souvent un rejet dans de nombreuses sociétés tant en

Afrique qu'ailleurs. La société en général, voit le handicap avant tout en terme d'incapacité, une personne à mobilité réduite. Ainsi, pour redonner espoir et éviter les ruptures de prise en charge des personnes handicapées, la circulaire du 22 novembre 2013 a recommandé la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles (enfants et adultes) critiques des personnes handicapées. En plus de cela, en France au cours de l'année 2014, la conférence Nationale du handicap s'est fixée comme objectifs de construire une société plus ouverte aux personnes en situation de handicap, concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à la situation de chacun et simplifier leur vie quotidienne.

La loi (2013) relative à l'application des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, considère la personne handicapée comme « Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2008 « les handicaps sont un terme général qui qualifie des incapacités, une limitation des actes de la vie quotidienne et une participation restreinte à la vie sociale » Le handicap est donc une notion autant sociale que médicale.

En effet, cette même institution dans sa classification, identifie plusieurs types de handicap dont l'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC).

Tardieu (1955), définit l'IMC, comme un trouble de la posture et du mouvement qui résulte de lésions cérébrales survenues dans la période anténatale, périnatale ou post-natale. L'atteinte est non héréditaire et non évolutive bien que les séquelles s'accroissent avec l'âge. Elle comporte diverses atteintes neurologiques et s'exprime par un déficit moteur prédominant.

« L'Infirmité Motrice Cérébrale est un trouble du mouvement et de la posture dû à une lésion cérébrale ou une anomalie du cerveau apparue au cours de son développement. » Extrait du magazine « votre santé » publié le 13 janvier 2008.

L'IMC est donc une pathologie handicapante qui a des répercussions sur l'insertion socio-éducative de la personne qui en est atteinte. Elle se manifeste par un déficit moteur prédominant qui occasionne dans certains cas la paralysie des membres inférieurs et/ou supérieurs. Elle est liée à des lésions du cerveau qui sont à l'origine d'un ensemble de troubles neuro-moteurs qui se caractérisent par une paralysie qui limite l'autonomie de l'individu.

Lafon (1973), « L'autonomie consiste à se faire soi-même sa loi et à disposer de soi dans diverses situations pour une conduite en harmonie avec sa propre échelle de valeurs. Pour cet auteur, l'épanouissement est au cœur de l'autonomie, car elle amène l'individu à s'affirmer, agir, créer, être bien dans sa peau, s'adapter et interagir.

Loher (2004), l'autonomie se définit comme « l'art de gérer ses interdépendances de sa propre initiative » Elle affirme qu'être autonome, c'est être en mesure de satisfaire ses besoins personnels, pouvoir prendre des initiatives.

Pour la Commission Générale de terminologie et de Néologie (2006), l'autonomie est un processus par lequel une personne ou une collectivité se libère d'un état de sujétion, acquiert la capacité d'user de la plénitude de ses droits, s'affranchit d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel.

En somme, l'autonomie se définit comme le processus qui donne la possibilité à une personne, d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et à s'adapter à son environnement.

Ainsi, dans le cadre de la présente étude, l'autonomie est un cheminement permettant à un individu d'accomplir les tâches de la vie quotidienne sans dépendre d'autrui.

Le manque d'autonomie chez les personnes atteintes d'une infirmité motrice cérébrale, se caractérise par une diminution de certaines facultés (hémiparésie, hémiplégie, quadriplégie, diplégie), les signes physiques comprenant la faiblesse musculaire ou la spasticité et la rigidité. Dans certains cas, ils sont accompagnés de troubles cognitifs, neurologiques (retard mental ou des convulsions) et de douleurs musculaires. Ce qui rend difficile la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Selon une enquête de l'OMS (2011), environ 785 millions (15,6%) de personnes âgées de 15 ans et plus, vivent avec un handicap, tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité avancent un chiffre aux alentours de 975 millions soit 19,4%. Parmi elles, 110 millions de personnes (2,2%) ont de très grandes difficultés fonctionnelles, et 190 millions (3,8%) ont un « handicap sévère » ce qui provoque notamment d'importantes difficultés de mouvement. L'OMS et la banque mondiale (2011) indiquent dans leurs rapports que les troubles de la motricité touchent 2.5% naissance sur 1000 naissances en Asie et aux Etats-Unis. Le magazine « Tous à l'école » dans son article du 02 Juin 2015, la paralysie cérébrale a une fréquence stable, de 2 pour 1000 naissances, soit environ 1500 cas nouveaux par an en France. L'Afrique détient le taux le plus élevé avec 1.4%.

L'OMS (2013), affirme que sur les personnes ayant des difficultés fonctionnelles, au moins 10% d'entre elles sont des enfants et 80% vivent dans des pays en développement.

En Côte d'Ivoire, le Centre de guidance infantile (CGI), qui est un centre de référence, dans son rapport en 2017, a enregistré 2149

patients avec 709 cas de troubles psychomoteurs soit 31,7%. Au titre de l'année 2019, sur 555 enfants reçus par le (CGI), 383 enfants souffrent de troubles psychomoteurs. Aussi, le rapport annuel du Ministère ivoirien de la santé et de l'Hygiène Publique (1995) précise que, sur 8.000.000 des enfants de 0 à 19 ans, 400.000 à 560.000 enfants présentent des difficultés de coordination manuelle et seuls 5% parmi eux arrivent plus tard à accorder leurs mouvements et à réussir une scolarisation normale.

Cependant, les adolescents atteints d'IMC ne peuvent pas mener certaines activités sans l'aide d'une tierce personne.

Au vu de ces chiffres, nous pouvons affirmer que l'origine du manque d'autonomie des IMC est le plus souvent liée à la paralysie cérébrale causée par la prématurité, l'hypoxie périnatale, des complications placentaires, des malformations cérébrales, les traumatismes cérébraux, asphyxie périnatale, des traumatismes crâniens et l'ictère néo-natal. A ce propos,

Tardieu. (1955), explique que les incompatibilités foëto-maternelles étaient l'étiologie la plus fréquente, aujourd'hui ce sont les complications d'une naissance prématurée qui sont le plus souvent responsables d'une infirmité motrice cérébrale.

Wallon. (1949), évoque le lien entre le psychisme et le moteur. Pour lui, un développement moteur normal sous-entend un psychisme d'une certaine qualité. L'activité motrice, dans la mesure où elle est intentionnelle, ne peut pas être séparée de l'intelligence et de la connaissance. La capacité motrice aide l'intelligence à se construire et inversement. Ainsi lorsque la capacité intellectuelle est atteinte, il s'ensuit de faibles compétences entraînant des troubles de la motricité fine. Sa forme spastique se caractérise par, une hypertonie ou une hypotonie musculaire qui perturbe la motricité rendant ainsi difficile voire impossible la réalisation d'actes de la vie quotidienne.

Estelle. (2021), le manque d'autonomie des IMC est dû à une paralysie. Il peut s'agir d'une hémiparésie qui se traduit par un déficit partiel de la force musculaire affectant soit la partie gauche ou droite du corps. Elle correspond à une faiblesse des muscles. Ces troubles sont aussi le fait de l'hémiplégie qui est une paralysie partielle ou totale d'une moitié du corps suite à des lésions de centres nerveux commandant la motricité.

Les causes du manque d'autonomie des IMC étant connues, nous allons montrer les conséquences sur l'individu et sur la société.

Marie-Lynne. (2016), précise en outre que les troubles de motricité fine peuvent avoir un impact sur différentes dimensions de l'enfant, comme la réussite scolaire, l'estime de soi, l'autonomie et la participation sociale.

Au niveau scolaire, l'enfant sera dysgraphique, il aura des difficultés de transcription des lettres avec la main. Cela se traduit par une écriture maladroite, illisible ou encore très lente demandant un effort cognitif majeur. L'enfant sera aussi dysorthographique, il aura des difficultés à écrire les mots correctement.

Sur le plan psycho-affectif, l'incapacité à accomplir certains gestes ou encore la lenteur générée dans l'exécution de certaines tâches entraîne une frustration qui est un manque d'estime de soi.

Au niveau de l'autonomie, l'enfant IMC se fera toujours accompagner dans l'exécution des gestes simples de la vie quotidienne. Une situation qui le maintiendra dans une dépendance vis-à-vis des autres.

Sur le plan économique, la prise en charge des personnes handicapées nécessite beaucoup de moyens, alors que certains parents n'ont pas les moyens pour payer les services des professionnels du

handicap pour la prise en charge. Raison pour laquelle, on assiste de plus en plus à de nombreux cas d'abandon de ces derniers.

Au niveau de la socialisation, les échecs, l'incapacité dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, peuvent créer un écart dans ses relations avec ses pairs. Il sera exclu des jeux de groupe, et stigmatisé.

Le manque d'autonomie impacte la vie sociale des IMC, pour mieux l'appréhender, il est opportun de montrer ses manifestations.

Kirby et Lynne. (2010), l'IMC éprouve au quotidien des difficultés à planifier un mouvement, à effectuer les petits gestes au quotidien (s'habiller, lacer ses chaussures, se moucher, utiliser une clé, tracer des traits, couper des aliments, pauvreté dans la précision des gestes etc.).

Face à cette situation, des études ont été menées par nos prédécesseurs en vue d'apporter des mesures palliatives.

En outre, les travaux menés par Dessibourg et Lambert, dans les traitements médicaux des personnes déficientes intellectuelles (2007), montrent que l'autonomie peut être acquise, améliorée ou intensifiée par des procédés médicaux. Ainsi, pour Charlemagne (2018), ces procédés consistent au traitement des anomalies de la motricité et ses conditions sous-jacentes. Il révèle que la toxine botulique et certains corticoïdes prescrits, permettent d'améliorer la motricité, car les muscles gagnant en souplesse, rendent la réalisation des mouvements et gestes plus aisée. Cependant, cette approche purement médicale, soulève de nombreuses questions sur les effets secondaires et la fréquence des injections, ne prend pas en compte les aspects cognitifs et affectifs.

En dehors de ces auteurs, Twin (1959), estime que l'autonomie d'un sujet peut être amorcée quel que soit l'arriération et le handicap, car « tout réside dans l'éducation ». L'autonomie est donc subordonnée à

l'éducation qui, elle-même, doit tenir compte du développement de chaque enfant et de l'évaluation préalable de son niveau de connaissance dans les actes de la vie quotidienne.

Au niveau national, Keita (2015), pour atténuer les troubles de la motricité fine chez un enfant souffrant de diplégie spastique, propose comme activités, les séances de fouilles dans le sable mouillé pour amener à utiliser l'ensemble de ses doigts dans une activité, les séances de tri de grains de céréales pour amener l'enfant à saisir les objets avec le pouce, l'index et le majeur, les séances d'écrasement des légumes favorisent l'utilisation bilatérale des mains. Ces activités ont développé certaines habiletés motrices chez l'enfant, mais ne rentrent pas dans le cadre des tâches de la vie quotidienne.

Adou (2021), lui, a proposé les activités manuelles comme stratégie de renforcement de la motricité fine chez l'enfant IMC afin de réduire sa dépendance. Ces activités consistent à réaliser quelque chose à l'aide de ses mains, comme pour la confection d'objets de décoration, le bricolage etc. Pour ce faire il s'est appuyé sur les activités telles que : Saisie d'une boule, fixation de pions et l'utilisation de la cuillère. La particularité de ces activités réside dans le fait qu'elle touche uniquement la motricité fine. Or une autonomie complète prendrait en compte tous les aspects de la motricité.

Ces auteurs à travers leurs travaux de recherche ont tenté d'apporter un éventail de solution dans la prise en charge des sujets présentant une dépendance. En effet, en tant que futur éducatrice, notre présente recherche action qui n'est d'ailleurs pas la première s'inscrit dans le sillage de nos prédécesseurs. Alors nous optons pour une association de ces approches citées plus haut pour une plus grande efficacité de notre projet éducatif. Comment les activités de la vie

quotidienne peuvent-elles renforcer l'autonomie chez des adolescents IMC en institution?

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) désignent les activités qu'une personne est amenée à effectuer quotidiennement en réponse à ses besoins primaires.

Katz et al (1963) font allusion à la capacité de la personne de se débrouiller dans son environnement par rapport à des tâches adaptées comme faire des achats, cuisiner, faire le ménage, faire la lessive etc. Pour James (2008), ce sont des activités impliquant la mobilité fonctionnelle (marche, mobilité en fauteuil roulant, mobilité dans le lit et transfert) et les soins personnels (alimentation, hygiène, élimination, bain et habillage).

Bonder et al (2009), les activités de la vie quotidienne ou AVQ sont des activités nécessaires pour prendre soin de son propre corps. Ce sont des activités nécessaires à la survie, au bien-être et à la participation sociale. Elles comportent par exemple : se nourrir, se laver, aller au toilette, s'habiller, prendre soin de son apparence.

Il ressort de ces définitions que les activités de la vie quotidienne sont des activités élémentaires de la vie nécessaires pour prendre soin de son propre corps, pour survivre, accéder au bien-être et participer à la vie sociale.

Dans le cadre de cette étude, les activités de la vie quotidienne sont les tâches qu'on fait tous les jours dans le cours d'une vie normale. Exemple prendre soin de son hygiène personnelle, c'est ce qui nous permet d'être autonome et de rester à la maison.

Cette étude revêt des intérêts au plan personnel, social, scientifique et institutionnel :

Sur le plan personnel, ce projet vient renforcer nos capacités et connaissances théoriques, et nous permettra d'apprécier la tâche qui nous incombe.

Sur le plan social, ce projet est une opportunité pour valoriser le potentiel de l'adolescent en situation de handicap. Celui-ci pourra manifester son autonomie et s'intégrer plus facilement dans la société.

Sur le plan scientifique, ce travail est un guide, une orientation pour les recherches à venir qui vont s'inscrire dans la même veine.

Sur le plan institutionnel, ce projet va contribuer à une meilleure prise en charge des enfants handicapés, car les éducateurs devront s'en approprier et s'en servir comme nouvel outil.

Au cours de ce chapitre, nous avons passé en revue la littérature ayant abordé la question d'autonomie de l'adolescent IMC. Elle nous a permis de considérer l'autonomie comme un cheminement permettant à l'adolescent IMC d'accomplir les tâches de la vie quotidienne sans dépendre d'autrui.

Cependant pour savoir comment la population vit le problème sur le terrain, il importe de faire un diagnostic du cadre d'intervention.

CHAPITRE 2 : **ELABORATION DU CADRE D'ANALYSE**

L'élaboration du cadre d'analyse consiste à effectuer des recherches méthodiques permettant de connaître, de comprendre et d'analyser les éléments d'un milieu relatif au cadre d'intervention. Elle va permettre de faire une analyse du cadre d'intervention en vue de poser le diagnostic (ressortir un problème prioritaire) et enfin faire l'analyse des données.

2.1- ANALYSE DU CADRE D'INTERVENTION

L'analyse du cadre d'intervention consiste à présenter la commune dans laquelle nous avons effectué notre stage. Elle nous permettra de passer en revue, l'historique, la situation géographique, la démographie,

les infrastructures... du milieu général afin de déboucher sur notre cadre d'intervention en donnant ses objectifs et missions.

C'est en cela, dans le cadre de sa formation pratique, l'Institut National de Formation Sociale (INFS), organise des stages à responsabilité pour ses étudiants en fin de cycle. En ce qui nous concerne, notre stage s'est déroulé à la pouponnière de Yopougon Attié dans la commune de Yopougon.

La commune de Yopougon est située entre la forêt du Banco et la lagune Ebrié dans la zone géographique d'Abidjan Nord. Elle est limitée au Nord par la commune d'Abobo, au Sud par le Port Autonome d'Abidjan (PAA), à l'Est par la commune d'Attécoubé et à l'Ouest par la commune de Songon. C'est la plus grande des treize (13) communes que compte le district d'Abidjan avec une superficie de 153,06 km². Sa population totale est estimée à 1.571.065 d'habitants dont 795.443 hommes soit 50,63% et 775.622 de femmes soit 39,37% avec une densité de 10.264 habitants/km², selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH) au 14 Décembre 2021. Cette population est en moyenne jeune, soit 70% de sa population totale.

La commune de Yopougon a été créée par la loi n°78-07 du 9 janvier 1978, portant création des communes de pleine exercice en Côte d'Ivoire et organisée par la loi n°80- 1180 du 17 octobre 1980 puis modifiée par la loi n°85- 578 et 95-608 du 29 juillet 1985 ainsi que la loi n°95- 611 du 03 août 1995.

Elle dispose de plusieurs infrastructures économiques, culturelles, sportives, sanitaires et socio-éducatives dont la pouponnière de Yopougon-Attié où nous avons effectué notre stage.

Bâtie sur une superficie de 11.600 m², la pouponnière de Yopougon est située sur le territoire de la SICOGLI. C'est la plus grande pouponnière publique de la Côte d'Ivoire en termes de capacité d'accueil

avant celle de Bouake, Dabou, et Adjamé. Elle a ouvert ses portes le 20 novembre 1978 à la suite d'un don de la Loterie Nationale de Côte d'Ivoire (LONACI) en 1977.

Elle est située sur la rue Marie Thérèse HOUPHOUET BOIGNY à la SOGEFIHA, après le pont de la concorde et est juxtaposée à l'Hôpital Général de Yopougon anciennement appelée (PMI) et se trouve dans la même enceinte que le Centre de Protection de la Petite Enfance (CPPE) de Yopougon Attié. La Pouponnière de Yopougon-Attié accueille les enfants abandonnés, égarés ou cas sociaux de 0 à 5 ans en majorité. Elle compte à ce jour 100 pensionnaires dont 60 garçons et 40 filles parmi lesquels nous dénombrons 46 enfants porteurs de handicap. Elle a un régime d'internat. C'est une structure Etatique à caractère social, placée sous la tutelle du ministère de la femme de la famille et de l'enfant. La pouponnière de Yopougon est une structure spécialisée, qui a pour objectif la prise en charge psychoaffective, psychosociale et socio-éducative des enfants abandonnés, égarés ou cas sociaux.

Pour son fonctionnement et une prise en charge holistique des enfants, l'Etat alloue à la structure un budget qui est géré par la direction administrative.

La direction : La directrice est la responsable de la structure. Elle occupe une fonction de coordonnatrice et sert de relais entre l'administration de la pouponnière et la direction de protection de la petite enfance. En vue d'exécuter au mieux les décisions de la direction, elle travaille en collaboration avec tous les services. Elle est chargée de :

- Veiller à la bonne marche de la structure.
- Coordonner et superviser les activités des différentes équipes.

Ces équipes sont réparties dans les services suivants :

Le service de l'économat : Il est chargé de la gestion financière et matérielle mises à la disposition de la structure par l'Etat. Il s'occupe du salaire du personnel journalier. Il s'engage à tenir les cahiers comptables, à s'assurer de la régularité des commandes et des dépenses engagées pour le paiement des factures aux fournisseurs.

Le service social : Il accueille les nouveaux pensionnaires, les usagers et les personnes de bonne volonté venus pour des sollicitations diverses. Il se charge de l'établissement des dossiers d'entrées et des sorties, de l'établissement des rapports de décès, des démarches extérieures vers les mairies, les CHU, les formations sanitaires, les commissariats, les brigades de gendarmeries, la justice, les établissements scolaires, le suivie sanitaire et les consultations. Il effectue des visites aux pensionnaires hospitalisés, des visites à domicile pour acquérir le procès-verbal de l'enfant...

Le service éducatif : Ce service est composé du service de l'Education Préscolaire avec les Educateurs Préscolaires (EP) et de celui de l'Education Spécialisée (ES) avec les Maîtres d'Education Spécialisée (MESP). Les éducateurs préscolaires mènent des activités d'éveil, de stimulation et de protection avec les enfants de 0 à 3 ans. Tandis que les Maitres d'Education Spécialisée, quant à eux, assurent la prise en charge psychosociale et psycho-éducative par l'accompagnement des enfants porteurs de handicap. Ils s'occupent de la rééducation fonctionnelle du handicapé en vue d'une autonomie et font un suivi pédagogique du handicapé sensoriel et psychomoteur.

L'infirmerie : Ce service reçoit les enfants malades ou blessés pour les premiers soins avant d'être orienté vers des structures hospitalières spécialisées pour les cas graves.

Le service des mamans : c'est un service composé d'auxiliaires sociales qui sont chargées de confectionner le repas, de veiller à l'hygiène corporelle, vestimentaire et sanitaire des enfants.

La pouponnière a une clôture comportant deux entrées : une en bordure de la voie principale et un petit portail communiquant avec les domiciles de la directrice et celui de l'économe. La pouponnière est bâtie sur deux niveaux. Au premier niveau nous avons l'administration, la bibéronnerie et la cuisine, ensuite nous avons les différentes chambres. Au deuxième niveau se trouvent l'infirmerie, trois salles d'éveil dont deux pour les éducateurs préscolaires et une pour les maitres d'éducation spécialisée, non fonctionnelle. Nous avons aussi trois bâtiments annexes dont deux qui servent de magasin stock alimentaire, et un pour le réfectoire. La cour de la pouponnière dispose d'une aire de jeux composés d'un bac à sable, d'un toboggan, d'un tourniquet, d'une balançoire et de deux préaux.

Le service dans lequel nous sommes intervenues est le service d'Education Spécialisée.

Ce service est animé par trois Maîtres d'Education Spécialisée qui font la prise en charge de 46 pensionnaires porteurs de handicap. La prise en charge est faite suivant les différents types de handicap dont souffrent les enfants. Il s'agit notamment des enfants avec retard psychomoteurs, des autistes, des IMC, etc.

Pour le tableau récapitulatif du personnel de la pouponnière (voir annexe IV) Source : Direction

Organigramme : (voir annexe V)

2.2- DIAGNOSTIC

Le diagnostic va nous permettre de justifier la pertinence du problème en rapport avec les bénéficiaires. Pour y arriver, nous avons

des techniques d'investigations composées de deux parties : l'observation générale et l'observation spécifique.

2.2.1- Observations générales:

A la pouponnière de Yopougon, nous rencontrons trois catégories de pensionnaires : Les nourrissons, les petits et les grands.

Pour le quotidien, deux femmes réveillent les pensionnaires à 5h30mn du matin, ensuite ils prennent le bain. Au cours du bain, les femmes lavent les plus petits et quelques grands. Parmi ceux qui se lavent seuls, certains se font assister ou aider. D'autres sortent de la douche avec des parties du corps non propres. Certains renversent de l'eau sur eux sans faire usage de l'éponge et du savon. D'autres font usage de l'éponge et du savon mais se servent d'une seule main. C'est pareil pour se brosser, se vêtir, se boutonner et se chausser. Ils se font aider en tout.

La plupart des pensionnaires ont des boutons, des plaies et des cicatrices sur le corps. On constate également des croûtes sur leur tête et leur corps. Ils ont aussi des dents très salées.

Au réfectoire, La plus part d'entre eux sont assis à même le sol pour prendre le repas. Ils mangent en général avec les mains. Certains mangent et boivent seuls, par contre d'autres se font aider par les grands ou les femmes. Certains ont les mains qui tremblent, les empêchant de prendre la nourriture et la porter à la bouche. Souvent, avant que la nourriture n'arrive à la bouche, tout se renverse sur eux. Cela est pareil pour l'eau. Ils se font aider pour tenir le gobelet. Le réfectoire devient très sale et rempli de nourriture et d'eau après leur passage. Ceux qui se déplacent en rampant ou à quatre pattes trainent dans les restes de nourriture et se salissent d'avantage.

Pour communiquer, certains font des gestes avec la main. D'autres prononcent seulement le mot «maman ou papa ». Lorsqu'on pose des questions certains parmi eux répondent par des mouvements de la tête. Pour s'adresser aux gens, ils utilisent des sons, déforment la prononciation des sons qui leur sont familiers. Par exemple ils prononcent « paaaa » au lieu de « papa », « yaa » au lieu de « regarde ».D'autre font des mot-phrases ; ils disent par exemple : « maman boire » au lieu de « maman je veux boire ».

Tous les matins, les matelas des pensionnaires sont exposés dans la cour pour être séchés. Lorsqu'on passe devant les chambres des petits et des grands, il se dégage une forte odeur de pipi.

Quand ils se déplacent d'un lieu à un autre, certains sont tenus par la main ou portés par les femmes et les grands. D'autres sont dans des fauteuils roulants. Ils ont la bouche toujours ouverte et bavent. Ils portent des bavoirs. Certains ont des pieds minces, pliés ou tendus et d'autres ont des pieds raides et les tendons rétractés.

Chaque matin, les pensionnaires accueillent les personnes adultes qui rentrent dans la structure. Certains courent vers eux et se jettent dans leur bras ou attrapent leur main. D'autres les suivent jusque dans leur bureau ou ils restent devant la porte à attendre qu'ils ressortent.

Nous voyons certains pensionnaires faire des chutes brutales, et se blessent. Peu de temps après ils se mettent à baver et à convulser. Par la suite, ils s'endorment et à leur réveil, ils font pipi et/ou font des selles sur eux. D'autres également font pipi et des selles sur eux en pleine journée. On voit d'autres adolescents porter des couches.

Nous avons remarqué un des pensionnaires qui s'isole dans son coin, joue seul. Il cogne la tête au sol et il a des bosses sur le front et sur la tête. Il émet que des sons et fait des gestes lorsqu'il aperçoit une personne qui fait mouvement vers lui.

Dans les chambres des pensionnaires moyens, certains gardent toujours la même position couchée sur le dos et ont les mains fermées en poings. Quand on les touche, ils sont effrayés, se contractent et deviennent durs, ils bougent parfois les bras et les pieds mais ces mouvements sont parfois spontanés. Lorsqu'on met la nourriture dans leur bouche, ils serrent leurs dents à tel enseigne qu'ils prennent que la bouillie dans les biberons. Ils bavent constamment et se mettent à crier ou à pleurer lorsqu'on les touche ou on les déplace.

Toujours dans la chambre des pensionnaires moyens, une fillette debout dans son lit, joue, se déplace, fait des mouvements çà et là mais lorsqu'on l'emmène sous le préau pour les activités, elle se rétracte, se met dans son coin et est effrayée, elle a un regard hagard.

2.2.2- Observations spécifiques

Les observations spécifiques vont porter sur l'ensemble des pensionnaires de la pouponnière en particulier les enfants en situation de handicap.

Tableau I : Comportement des pensionnaires au niveau cognitif.
Effectif : 46

DOMAINE	CATEGORIES	COMPORTEMENTS ET APTITUDES OBSERVES	RAPPORT
	Langage Oral	Dit « maaa » au lieu de maman et « paaa » au lieu de papa	36/46
		Se tait à la demande de quelque chose	30/46
		Se tait à la demande de son nom	30 /46
		Communique avec les	27/46
		Déforme les sons	27/46

COGNITIF	Attention	Est Distrain	30/46
		Confond les objets familiers	30/46
		Reste indifférent aux consignes données	27/46
		Confond les parties de son corps	30/46
		Confond les notions : « près de », « loin de », « en haut », « en bas », « à gauche », « à droite »	30/46

Source : résultats des observations

A la lecture de ce tableau, au niveau du langage oral, nous pouvons dire que la majorité des pensionnaires a des difficultés à communiquer oralement et à articuler les mots. 30/46 soit (65,22%) se taisent à la demande de leur nom et à la demande de quelque chose. 36/46 soit (78,26%) disent « maaa » au lieu de maman et « paaa » au lieu de papa. 27/46 soit (59%) communiquent avec des gestes et déforment les sons. Au niveau de l'attention et de la concentration, 30/46 soit (65,22%) des pensionnaires sont distraits, confondent les objets familiers, confondent les parties de leur corps et confondent aussi les notions : « près de, loin de, en haut, en bas, à gauche, à droite, ... ». Tandis que 27/46 soit (58,59%) restent indifférents aux consignes données.

Tableau II : Comportement des pensionnaires au niveau psychomoteur.

Effectif : 46

DOMAINE	CATEGORIES	COMPORTEMENTS ET APTITUDES OBSERVES	RAPPORT
PSYCHOMOTEUR	Motricité Fine	Tremble en portant la nourriture à la bouche	35/46
		Verse la nourriture en mangeant	35/46
		Laisse tomber le gobelet d'eau	35/46
		Laisse tomber l'éponge en se lavant	35/46
		Saisit les objets avec faiblesse	35/46
	Motricité Globale	Se déplace en rampant ou en trainant	27/46
		Monte sur le toboggan avec aide	27/46
		Se déplace avec aide	27/46
		Fait des mouvements spontanés et involontaires	35/46
	Intégrité des membres	Possède des muscles atrophiés	36/46
Possède des muscles déformés		38/46	

Source : résultat des observations

A la lecture de ce tableau, nous constatons au niveau de la motricité fine que, 35/46 soit (76,09%) des pensionnaires ont des mains qui tremblent lorsqu'ils portent la nourriture à la bouche, versent la nourriture en mangeant, laissent tomber le gobelet d'eau et saisissent les objets avec faiblesse, ils laissent tomber l'éponge en se lavant.

Pour ce qui est de la motricité globale, 27/46 soit (58,70%) des pensionnaires se déplacent en rampant, se font aider pour monter sur le toboggan, se déplacent avec aide. 35/46 soit (76,09%) pensionnaires font des mouvements spontanés et involontaires.

Quant à l'intégrité des membres, 36/46 soit (78,26%) des pensionnaires ont des muscles atrophiés et 38/46 soit (83%) des pensionnaires ont des muscles déformés.

Tableau III : Comportement des enfants au niveau socio affectif.
Effectif : 46

DOMAINE	CATEGORIES	COMPORTEMENTS ET APTITUDES OBSERVES	RAPPORT
SOCIO-AFFECTIF	Sociabilité	Dépasse sans saluer les éducateurs	07/46
		S'isole des autres	07/46
		Joue seul	07/46
		Mange son goûter seul	07/46
		Touche ses camarades sans les nommer	07/46
	Agressivité	Arrache les goûters des autres	05/46
		Taquine les autres	05/46
		Frappe ses camarades	05/46
	Autonomie	Mange et boit avec aide	35/46
		Se déplace avec aide	35/46
		Se lave avec aide	35/46
		S'habille avec aide	35/46
		Aide aux travaux ménagers	05/46

Source : résultat des observations

A la lecture de ce tableau, au niveau de la sociabilité, nous constatons que les pensionnaires sont en général sociables. Car 7/46 soit (15,21%) des pensionnaires, dépassent les éducateurs sans les saluer, s'isolent des autres, jouent seuls, mangent son goûter seuls et touchent ses camarades sans les nommer. En ce qui concerne l'agressivité, 05/46 soit (11%) des pensionnaires, arrachent les goûters des autres, taquinent les autres et frappent leurs camarades.

Au niveau de l'autonomie, 35/46 soit (76,09%) des pensionnaires mangent et boivent en se faisant aider, se déplacent avec aide, se lavent et s'habillent avec aide. Seulement 05/46 soit (11%) des pensionnaires aident aux tâches ménagères.

2.2.3- Analyse des observations

Il ressort de nos observations que la plupart des pensionnaires ont des problèmes de motricité. Cela se voit à travers leurs comportements. Ils ont des difficultés à prendre et à tenir de petits objets entre les doigts. En effet, ils n'arrivent pas à attraper une cuillère et la manche d'un gobelet avec fermeté. C'est aussi ce qui explique le fait que beaucoup d'entre eux mangent avec les mains. Souvent, ils ont les mains qui tremblent et n'arrivent pas à porter la nourriture à la bouche. De fait, l'accomplissement de ces gestes nécessite une coordination des mouvements du corps ; ce qui est impossible à ces pensionnaires ; du coup ils doivent se faire aider ou se faire assister pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Cela est aussi traduit par le fait qu'ils ne peuvent pas manger, se brosser les dents, se laver, s'essuyer, s'habiller seuls. Certains se déplacent dans des fauteuils roulant et d'autres se font porter. Cette situation est en effet, due à une infirmité motrice cérébrale qui entraîne des déficiences motrices. La déficience motrice recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs.

Certains d'entre eux présentent des atrophies des muscles et des membres déformés (raides, flasques). Ils ne peuvent réaliser aucun mouvement par eux-mêmes. Tous leurs mouvements sont dirigés. Ils manquent de tonicité et de souplesse. Il est impossible pour certains de s'asseoir. L'adoption de la position assise n'est possible que lorsqu'ils sont installés dans une chaise adaptée à leur handicap. Ils ont un manque de

tenue statique qui se traduit par l'absence de la tenue du cou, de geste, de dynamique motrice, de tonus musculaire, de mouvement de flexion et de coordination. Ils ne peuvent rien faire d'eux-mêmes et se font aider en tout. Ceci est la conséquence d'une absence de prise en charge psychomotrice précoce. En fait, la plupart des pensionnaires IMC souffrent de retard psychomoteur qui ralentit considérablement leur évolution. Cependant lorsque le diagnostic est fait de façon précoce et que s'en suit une prise en charge, le retard accumulé dans l'évolution de l'enfant peut être réduit ou rattrapé. Dans le cas contraire, cette situation va impacter sur leur épanouissement et ils ne pourront pas accomplir certains gestes de la vie quotidienne comme manger seul, s'habiller, se laver, se boutonner, se chausser, sauter et courir comme leurs camarades.

Nous avons relevé chez certains pensionnaires, des difficultés liées à la parole, à la prononciation et à l'articulation des mots. Ils peinent à dire ou à prononcer un mot. Pour d'autres, ce sont simplement des émissions de sons ou préfèrent communiquer par des gestes. C'est pourquoi souvent ils répondent aux questions par des mouvements de la tête. D'autres aussi prononcent « paaaa » au lieu de « papa » et « yaa » au lieu de « regarde ». Ils demandent les choses en utilisant des mots phrases : exemple « maan boire » au lieu de « maman, je veux boire ». Ces comportements sont aussi la conséquence de l'infirmité motrice cérébrale dont souffrent ces pensionnaires et au manque de stimulation des organes phonatoires ; donc d'une prise en charge. En fait l'infirmité motrice cérébrale est liée à des lésions du cerveau qui sont à l'origine d'un ensemble de troubles neuro-moteurs. Ces troubles vont dépendre de la nature de la lésion. Ainsi, lorsque la lésion se situe au niveau de la zone du langage, elle va avoir pour conséquence la perturbation de celle-ci qui va entraîner les troubles du langage.

Nous avons observé un pensionnaire qui s'isole dans son coin et joue seul. Ce comportement montre que ce pensionnaire présente des troubles du spectre autistique (TSA). De fait, l'autisme est un trouble du développement d'origine neurologique qui se manifeste principalement par des altérations, des interactions sociales, de la communication et par des intérêts restreints et répétitifs. » C'est ce qui explique son comportement d'indifférence.

Parmi ces pensionnaires, certains tombent seuls, convulsent. Et pendant qu'ils font la crise, ils se blessent, pissent ou parfois font des selles sur eux. Ceci justifie les nombreuses plaies et les cicatrices sur leur corps. En effet, ces pensionnaires en question sont victimes de crises épileptiques. L'épilepsie est en fait, un trouble qui se caractérise par une perturbation de l'activité des cellules nerveuses dans le cerveau provoquant des convulsions. Elle peut avoir pour origine une maladie génétique ou une lésion cérébrale comme dans le cas des IMC.

Certains pensionnaires présentent des boutons, des tâches noires et des croutes sur la peau et sur leur cure chevelure. Ces signes montrent que ces pensionnaires ont contracté la gale et/ou la teigne. Cela s'explique par le fait qu'ils ne se lavent pas bien. En fait, lorsqu'ils sont sous la douche, ils se contentent de verser de l'eau sur eux sans faire usage de l'éponge et du savon. Aussi, lorsqu'ils le font, ils frottent une seule partie du corps et se rincent. Toutes ces attitudes relèvent d'une mauvaise hygiène. En effet, la mauvaise hygiène permet aux nombreux germes présents habituellement sur notre corps de se multiplier. Ces germes qui ne sont pas dangereux en temps normal peuvent pénétrer dans le corps et causer une infection.

Nous avons aussi relevé que tous les pensionnaires de la pouponnière sans exception font pipi au lit et même pendant la sieste. Cela s'explique en deux raisons.

D'abord, ces pensionnaires n'ont pas l'acquisition du contrôle du sphincter urétral et anal pour ceux qui défèquent sur eux. D'où l'expulsion involontaire et fréquente des selles et de l'urine sur eux. En d'autre terme, nous pouvons dire qu'ils n'ont pas l'autonomie sphinctérienne ou sont victimes d'une incontinence urinaire provoquée par l'épilepsie dont ils souffrent.

Ensuite, ce phénomène s'explique également par le fait de l'infirmité motrice cérébrale qui entraîne chez ces pensionnaires une déficience mentale lourde avec une restriction extrême de l'autonomie.

Cette situation met très mal à l'aise les auxiliaires sociales qui sont à tout moment confrontées au nettoyage des pensionnaires, et à la structure qui doit se doter de façon régulière des couches jetables.

Nous avons fait la remarque selon laquelle les pensionnaires sont beaucoup attachés aux membres du personnel de la pouponnière. Lorsque l'un des membres fait son entrée dans l'institut, les pensionnaires jouant dans la cour, pour ceux qui peuvent se déplacer courent l'embrasser, ceux qui ne peuvent pas se déplacer crient, sourient et le suivent du regard. Ils attrapent leur main. C'est leur manière à eux de témoigner de leur amour et la joie de le retrouver. Cette façon de faire, montre que les pensionnaires sont en quête d'affection et recherchent ce manque auprès des encadreurs et des visiteurs de la structure. L'abandon et la séparation d'avec leur famille biologique laisse un vide affectif.

Les observations ont relevé qu'une fillette de deux ans se déplace et joue dans son lit mais lorsqu'elle change d'environnement, elle perd ses repères. En cela nous pouvons dire qu'elle est victime d'une déficience visuelle, raison pour laquelle elle a toujours le regard hagard. Elle se rétracte, s'isole et est effrayée lorsqu'on l'envoie au préau parce qu'elle ne maîtrise pas ce nouvel environnement. Les déficients visuels

sont des personnes qui s'accommodent à leur environnement. A cet effet, tant qu'ils n'ont pas maîtrisé ce nouveau cadre, ils ne se sentent pas en sécurité.

L'analyse de ces différentes observations nous ont amenés à identifier les problèmes suivants ;

- Problème d'hygiène corporel
- Problème de langage
- Problème de motricité (psychomoteur)
- Déficience visuelle
- Problème d'incontinence urinaire

- Manque d'autonomie

Au terme de l'identification des problèmes, il ressort que le problème le plus important pour nous est celui du manque d'autonomie. En effet, le manque d'autonomie ou la perte d'autonomie est un phénomène croissant au sein de la pouponnière. La plupart des pensionnaires ne sont pas autonomes ; ce qui les met dans une situation de dépendance qui constitue une charge supplémentaire pour autrui. Sa résolution sera d'un apport indéniable dans leur vie quotidienne. Ainsi pour la résolution du problème de manque d'autonomie, nous allons relever les besoins suivants :

- Besoin de pratiquer des activités manuelles adaptées

Par le biais des activités manuelles adaptées, nous allons aider les pensionnaires à travailler la motricité fine car celle-ci implique le contrôle des muscles de la main et des doigts. Ces activités vont leur permettre de faire des mobilisations articulaires et le renforcement du tonus musculaire. Ce qui permettra de développer leur préhension (se boutonner, attraper la manche d'un gobelet, etc.) et coordonner leur

mouvement de flexion et d'extension. De plus les manipulations sont la porte d'entrée du développement cognitif.

- Besoin d'accompagnement en kinésithérapie (rééducation fonctionnelle)

Cette rééducation va nécessiter l'intervention d'un kinésithérapeute, qui va agir sur les raideurs à travers des massages. La technique de mobilisation, de manipulation et d'exercice spécifique vont aider à rétablir les fonctions motrices et sensorielles des pensionnaires. Elle va agir également sur les muscles et les articulations. Cette mesure d'accompagnement pourra aider les pensionnaires qui ont des difficultés à se déplacer d'eux-mêmes et ceux également qui n'arrivent pas à porter la main à la bouche par manque de tonus dans les membres supérieurs.

- Besoin d'accompagnement dans les actes quotidiens

Les pensionnaires sont dépendants dans la réalisation de plusieurs tâches basiques de la vie. Tant que cette dépendance n'est pas levée, leur socialisation sera compromise. En cela, ils ont besoin d'être accompagné dans tous les actes quotidiens afin de les rendre autonome (se laver, s'habiller, se brosser, lacer les chaussures, faire le ménage, prendre le repas, etc.)

En outre, l'élaboration du cadre d'analyse nous a permis d'appréhender notre milieu d'étude, de connaître l'institution d'accueil, d'y relever le problème prioritaire et d'identifier les besoins qui en découlent. Il nous revient dans le chapitre suivant, de montrer les méthodes et les techniques mises en œuvre pour exécuter les actions éducatives.

Tableau de répartition des pensionnaires par type de handicap (voir annexe VI)

CHAPITRE 3 :
**METHODOLOGIE DE
L'INTERVENTION**

Ce chapitre regroupe cinq points essentiels à savoir : la présentation du projet d'intervention, la présentation de la population bénéficiaire, les matériels et instruments de la recherche, le projet d'expérimentation et les difficultés rencontrées.

3.1- PRESENTATION DU PROJET D'INTERVENTION

Notre projet d'intervention est intitulé « Activité de vie quotidienne, moyen de renforcement de l'autonomie des adolescents IMC en institution »

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un projet éducatif dans la mesure où il contribue à renforcer l'autonomie des adolescents IMC. Il se compose des objectifs, d'un plan d'action et d'un plan d'exécution. Il convient de ce fait d'élucider le concept de projet et projet éducatif.

Qu'est-ce qu'un projet ?

O'Shaughnessy (1992), définit un projet comme « un processus unique de transformation de ressources ayant pour but de réaliser d'une façon

ponctuelle un extrant spécifique précis, à l'intérieur de contraintes budgétaires, matérielles, humaines et temporelles ».

Giard et Milder (1993) « un projet est défini et mis en œuvre pour répondre au besoin d'un client, et implique un objectif et des besoins à entreprendre avec des ressources données ».

Boyer et Equilbey (1999) définissent la notion de projet, comme toute activité non répétitive qui vise à atteindre un objectif déterminé.

En somme, un projet est une chose ou un ensemble de chose que l'on se propose de faire en un temps donné, mettant en œuvre des ressources humaines, matérielles et financières afin d'aboutir à un ensemble de résultats.

Dans les écrits scientifiques, il existe plusieurs types de projet : projet de développement social, projet d'étude, projet pédagogique, projet éducatif pour ne citer que ceux-là. Mais dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour le projet éducatif.

Lafon (1973), Un projet éducatif est une démarche méthodique qui permet de diriger, de faciliter le développement, la formation, le déroulement ou l'épanouissement d'une vie humaine dans sa totalité biologique, psychologique et sociale.

Ardoino et al (1997), Un projet éducatif se définit comme l'ensemble des hypothèses, des finalités et des conceptions qui sous-entendent et inspirent une action éducative donnée.

Grawitz (2004) intervient dans le même sens que les autres en affirmant qu'un projet éducatif est une action exercée en générale sur une personne en vue d'optimiser les possibilités corporelles, intellectuelles, caractérielles pour son intégration harmonieuse dans un système social.

En définitif, un projet éducatif est une thèse, une théorie ou un ensemble de techniques pédagogiques conçues par un éducateur,

conciliés dans un programme exécutable sur une période donnée à travers d'une ou des activités, en vue de renforcer, d'améliorer ou de changer de façon positive le comportement d'un individu.

La mise en œuvre de ce projet nécessite un plan d'action et des moyens appropriés.

Notre projet éducatif a pour objectif général de renforcer l'autonomie des adolescents IMC à travers les activités de la vie quotidienne. Trois activités sont alors mises en œuvre pour atteindre cet objectif. Chacune de ces activités a un objectif spécifique terminal bien donné.

Activité 1 : Le bain

Nous avons constaté durant notre stage que les adolescents IMC se faisaient aider pendant la prise de bain. Ceux qui ne se font pas aider se contentent de mouiller leur corps. Alors nous avons initié cette activité afin de les amener progressivement à se prendre en charge.

En effet, Le bain est une activité au cours de laquelle, le bénéficiaire doit se laver, frotter toutes les parties de son corps avec une éponge, en respectant les étapes. C'est une activité complète pour le corps afin d'éviter des maladies. Elle participe à l'hygiène corporelle. Nous l'avons proposé afin d'emmener les bénéficiaires à développer la coordination des mouvements de l'ensemble du corps et à connaître les différentes parties du corps.

Objectif spécifique : Etant donné, un seau d'eau, une éponge, du savon et une serviette, le bénéficiaire doit être capable de prendre seul son bain.

Intérêt pédagogique : Cette activité contribue au maintien de la propreté et au bien-être des bénéficiaires.

Activité 2 : L'habillage: (le port d'une chemise à bouton).

Cette activité s'explique par le fait que la plupart des adolescents mettent leurs vêtements en envers, les boutons de leur chemise sont mis dans le désordre, les cols non dressés etc.

Le port d'une chemise est une activité au cours de laquelle, le bénéficiaire doit mettre sa chemise en respectant l'envers et l'endroit, mettre les bras dans chaque manche de la chemise qui convient, redresser les cols et ajuster la chemise de sorte à mettre les boutons dans les boutonnières en ordre afin d'obtenir une harmonie. Cette activité a été proposée pour permettre au bénéficiaire d'exercer la motricité fine, de travailler la dextérité, la latéralité et le tonus à travers les mouvements. Elle développe l'habileté à manipuler, à affiner la motricité des doigts.

Objectif spécifique: Etant donné une chemise avec des boutons et des boutonnières, le bénéficiaire doit être capable de mettre les boutons sans se tromper.

Intérêt pédagogique : Cette activité contribue au développement des habiletés manuelles du bénéficiaire.

Activité 3 : Prise de repas

Chaque fois au réfectoire, nous constatons que les enfants ont des difficultés à porter le repas à la bouche, à ouvrir grandement la bouche, à tenir la cuillère avec le pouce, l'index et le majeur. Le repas verse par terre et ils se salissent.

La prise de repas est une activité au cours de laquelle, le bénéficiaire doit s'asseoir sur une chaise adaptée autour d'une table à manger. Il doit attraper la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur. Ensuite prendre le repas avec la cuillère, ouvrir grandement la bouche et le porter à la bouche sans le verser.

Cette activité a été choisie pour permettre au bénéficiaire de travailler la tonicité au niveau des muscles des doigts.

Objectif spécifique: Etant donné un repas et une cuillère à soupe, le bénéficiaire doit être capable de le prendre sans se salir.

Intérêt pédagogique : Cette activité permet au bénéficiaire d'adopter de bonnes attitudes pendant la prise de repas.

Un projet d'une telle envergure doit être planifié et bien organisé pour l'atteinte des objectifs. Nous allons de ce fait, élaborer un plan d'action et un plan d'exécution.

3.1.1- Plan d'action du projet

Le plan d'action sert à définir les actions opérationnelles qui permettront d'atteindre les objectifs fixés. Le plan d'action du projet comporte différents éléments qu'il convient d'énumérer. Ce sont : le domaine taxonomique, les objectifs, les stratégies, les activités, les moyens, l'échéancier, le lieu et les résultats.

Le plan d'action se présente sous forme de tableau ci-dessous.

Domaine	Activités	Objectifs	Stratégie	Moyens			Lieux	Echéanciers	Résultats attendus
				Humain	Matériel	Financier			
PSYCHO-MOTEUR	Le bain	Etant donné un sceau d'eau, une éponge, du savon et une serviette, le bénéficiaire doit être	Présentation Explication Démonstration Mise en situation	-bénéficiaire IMC -Stagiaire(ME SP) -Encadreur (Educa)	-deux sceaux - deux éponges - deux serviettes	-2.000f -3.000f -1.000f Plus le budget de la	- Salle de bain de la buanderie	Durée du stage Période 1 : du 15 Avril au 31 Mai 2022	Le bénéficiaire prend seul son bain.
	Le port d'une chemise à boutons	Etant donné une chemise à bouton et des boutons, le bénéficiaire doit être capable de	Présentation Explication Démonstration Mise en situation	-bénéficiaire -Stagiaire -Encadreurs	- deux chemises à boutons -Une table, trois chaise	-5.000f plus le budget de la structure	- Salle d'éveil « les coccinelles »	Durée du stage Période 1 : du 15 Avril au 31 Mai 2022	Le bénéficiaire se boutonne sans se tromper
	Prise de repas	Etant donné un repas et une cuillère à soupe, le bénéficiaire doit être capable de le prendre sans se salir	Présentation Explication Démonstration Mise en situation	-bénéficiaire -Stagiaire -Encadreurs	-un repas -Trois assiettes -trois gobelets -une table,	3.000f 1.500f 500f plus le budget de la structure	- Salle d'éveil « les coccinelles »	Durée du stage Période 1 : du 15 Avril au 31 Mai 2022	Le bénéficiaire prend le repas sans se salir.

Tableau IV : Plan d'action du projet

3.1.2- Plan d'exécution du projet

Le plan d'exécution d'un projet est un programme qui rend compte des différentes étapes du projet et leur période de réalisation. Ainsi, nous avons consigné notre plan d'exécution dans un tableau et il se présente comme suit :

Tableau V : Calendrier d'exécution du projet

ACTIVITE		PERIODE
Elaboration du cadre d'analyse		De la dernière semaine de février à la première semaine d'avril 2022
1 ^{er} Regroupement		Du 28 mars au 08 avril 2022
Problématique		De la deuxième semaine d'avril à la deuxième semaine de mai 2022
Activités	Activité 1 : Bain	De la deuxième semaine d'avril à la dernière semaine de juillet 2022
	Activité 2 : Port de chemise à bouton	
	Activité 3 : Prise de repas	
1 ^{ère} Supervision (évaluation formative)		16 mai 2022
2 ^{ème} Regroupement		Du 13 au 24 juin 2022
Méthodologie de l'intervention		De la troisième semaine de mai à la dernière semaine de juin 2022
2 ^{ème} Supervision (Examen pratique au diplôme d'Etat)		29 juillet 2022
Présentation, analyse, interprétation des résultats		De la deuxième semaine de juillet à la troisième semaine d'août 2022
Projet de suivi		De la troisième semaine d'août à la première semaine de septembre 2022
Introduction		De la première à la deuxième semaine de septembre 2022
Conclusion		De la première à la deuxième semaine de septembre 2022
Elaboration du document (saisie du mémoire)		De la quatrième semaine de Février à la deuxième semaine de septembre

Dépôt du mémoire	De la 1 ^{ère} semaine d'août à la troisième semaine de septembre 2022
Soutenance	De la quatrième semaine de septembre à la deuxième semaine

Ce tableau retrace les différentes périodes d'exécution de notre projet éducatif.

3.2- POPULATION D'ETUDE ET GROUPE DE TRAVAIL

3.2.1- Population d'étude

La population d'étude, selon Grawitz (1998), est « un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils ont les mêmes propriétés et qu'ils sont tous de même nature ». C'est l'ensemble d'individus auxquels s'applique l'étude. Dans le cadre de cette étude, notre population d'étude est l'ensemble des 12 pensionnaires atteints de l'infirmité motrice cérébrale. Cette pathologie se caractérise par une hyperexcitabilité neuromusculaire, un cri aigu « neurologique », des convulsions, des paralysies, des troubles de la succion et de la déglutition, des mouvements anormaux des globes oculaires et de mâchonnement automatique.

3.2.2- Population cible

La population cible, selon le site economy-pedia, est l'ensemble de la population qui intéresse le chercheur dans une étude statistique affectée par un projet. Elle peut être aussi définie par l'ensemble des individus sur lesquels une évaluation ou une analyse statistique est réalisée. La nôtre est l'ensemble des 100 pensionnaires vivant au sein de la pouponnière de Yopougon Attié.

3.2.3- Groupe de travail

Le groupe de travail est un ensemble d'individus réunis pour travailler sur un projet commun. Dans l'impossibilité de travailler avec tous les pensionnaires en situation de handicap, nous avons circonscrit le groupe avec des critères.

3.2.3.1- Critère de choix du groupe de travail

Une sélection a été faite et pour faire partir de notre groupe de travail, il faut remplir les critères suivants :

✓ **Etre pensionnaire**

La pouponnière est une structure qui accueille les enfants abandonnés, égarés ou cas sociaux. Elle fonctionne sur un régime d'internat, (les bénéficiaires y vivent de façon permanente donc le programme de prise en charge est uniquement destiné à ces enfants internés.

✓ **Etre Infirmes Moteur Cérébral (IMC)**

Ce choix est d'une importance capitale, car l'IMC est un polyhandicap (handicap moteur et mental à la fois). Les troubles de la motricité fine sont accentués chez les personnes atteintes de cette pathologie.

✓ **Avoir un âge compris entre 10 et 19 ans.**

Cet âge est conforme à la définition de l'adolescence établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS). A cet âge, l'adolescent doit pouvoir être capable de réaliser les tâches élémentaires de la vie quotidienne sans l'aide d'autrui.

✓ **Présenter un retard psychomoteur prononcé**

Le retard psychomoteur constitue un frein au développement global de l'enfant ; ce qui a un fort impact sur son apprentissage et son autonomie.

✓ **Etre dépendant dans les actes de la vie quotidienne**

Les adolescents de la pouponnière se font aider dans tous les actes élémentaires de vie quotidienne. Il est de ce fait important de les prendre en charge afin qu'ils puissent acquérir ou renforcer leur autonomie pour leur épanouissement.

3-2-3-2. Caractéristiques des membres du groupe de travail

Ce sont les éléments permettant d'identifier l'individu. Ces différents éléments sont consignés dans le tableau ci-dessous. Le groupe de travail est composé de deux (2) enfants présentant une

déficience de la motricité fine liée à une infirmité motrice cérébrale. Il s'agit d'un garçon âgé de onze (11) ans et d'une fille âgée de treize (13) ans qui ont respectivement pour noms codés JP et JO.

Tableau VI : Caractéristiques des membres du groupe de travail

Caractéristiques	Sexe	Age	Nature du handicap	Rang dans la fratrie	Cause du handicap	Niveau d'étude	Durée de séjour	Exposé du cas	Lieu Résidence
JP	M	11	IMC	Pas d'information	Inconnu	Non scolarisé	1an 8 mois	Abandonné	Pouponnière de Yopougon-Attie
JO	F	13	IMC	Pas d'information	Inconnu	Non scolarisée	7 ans 9 mois	Egarée	Pouponnière de Yopougon-Attie

Source : dossiers des enfants

Légende : M = Masculin, F = Féminin, JP = nom codé du garçon et JO = nom codé de la fille

Il ressort de l'analyse de ce tableau que les adolescents qui sont à notre disposition sont de sexes différents. Leur âge est (11) onze et (13) treize ans. Ils présentent le même handicap c'est-à-dire IMC dont les causes ne sont pas connues, et sont tous deux des pensionnaires vivants à la pouponnière de Yopougon-Attie. Ils sont non scolarisés et ont des histoires différentes. Un a été abandonné par ses parents biologiques et l'autre égaré. L'un a une durée de séjour de sept ans neuf mois et l'autre d'un an huit mois. Nous n'avons pas d'information concernant leur rang dans la fratrie.

3.2.3.3- Renseignement familiaux

Tableau VII : Identification des parents

Renseignements Parents		Situation matrimoniale	Domicile	Profession	Nombre d'enfant
JP	Père	Pas d'information	Inconnu	Inconnu	P a s d'information
	Mère			Inconnu	
JO	Père	Pas d'information	Inconnu	Inconnu	P a s d'information
	Mère			Inconnu	

NB : Les enfants de la pouponnière sont des enfants dont on ignore leur origine.

Ainsi pour procéder à une meilleure prise en charge, nous avons besoin d'un certain nombre d'informations qui seront consignées dans le tableau de l'anamnèse.

3.2.3.4- Anamnèse des membres du groupe de travail

L'anamnèse est l'ensemble des renseignements préliminaires qu'un patient fournit sur l'histoire de sa maladie. Dans le cadre de notre étude, elle consiste à acquérir des renseignements sur l'histoire personnelle des membres de notre groupe de travail.

Tableau VIII : Anamnèse des membres du groupe de travail

renseignement	Antécédents médicaux	Exposé du cas	Comportement en famille	Comportement en institution	Difficultés	Attitudes éducatives
JP	Souffre de strabisme, IMC hémiparésie	Abandonné à l'âge de 3 ans par sa génitrice aux portes du 16eme Arrondissement de Yopougon en 2016. Il a été Transféré au centre Saint Joseph de l'ONG Cressento-vie de Grand-Bassam. Il a fréquenté l'école primaire	Pas d'informations	Il participe aux activités initiées pour les enfants handicapés. Il n'est pas sociable, difficile et manque de politesse envers les éducateurs. Parfois coléreux et introverti. Il réagit parfois	Il éprouve des difficultés à courir, à s'habiller, à se laver, à se brosser, à saisir les objets. Il a un trouble du langage et trouble au niveau de la motricité fine et large. Il est hémiparésie au niveau du membre supérieur droit et au niveau du	Nous l'aidons au niveau psychomoteur à effectuer des activités de montage et d'assemblage pour améliorer l'attention, des activités de collage-déchetage pour améliorer la motricité et des activités de coloriage suivant des consignes précis pour favoriser l'affectivité. Nous organisons des jeux collectifs (course, dance, lancé de Ball...) pour favoriser
JO	Souffre de strabisme Hémiparésie. IMC, hémiparésie	Selon le procès-verbal de la police, elle avait été égarée et après 3jours de recherche en contactant les différentes communautés du quartier sans succès, ils l'ont confié à la brigade de protection des mineurs. Elle avait 6 ans.	Pas d'informations	Elle est imprévisible, parfois introvertie et sociable, participe aux activités, aime aider aux tâches ménagères (trie des vêtements) malgré son handicap. Elle respecte et	elle a un trouble du langage et trouble au niveau de la motricité fine. Elle est hémiparésie au niveau du membre supérieur gauche par conséquent difficulté à mener certaines activités qui nécessitent	Nous l'aidons au niveau psychomoteur à effectuer des activités de montage et d'assemblage pour améliorer l'attention, des activités de collage-déchetage pour améliorer la motricité et des activités de coloriage pour favoriser l'affectivité. Nous organisons des jeux collectifs (course, dance, chant, lancé de Ball...) pour favoriser

Au regard du tableau ci-dessus, il ressort que l'un des enfants a été abandonné et l'autre égaré. Leur dossier médical montre qu'ils sont des IMC souffrant d'hémiplégie et de strabisme. Le tableau montre également qu'ils ont des déficiences au niveau de la motricité fine et de la motricité large avec quelques troubles du langage.

3.2.4- Evaluation des acquisitions des bénéficiaires en début de projet

Tableau IX : Constat des bénéficiaires en début de projet

Domaine	Constats	Activités proposées	Objectifs	Résultats attendus
Psycho Moteur	Le bénéficiaire a des difficultés à se laver seul. Il se frotte superficiellement les parties du corps. On voit des mousses de savon sur lui après le rinçage, Il	Bain	Etant donné un sceau d'eau, une éponge, du savon et une serviette, le bénéficiaire doit être capable de prendre seul son	Le bénéficiaire prend seul son bain
	Le bénéficiaire est incapable de mettre les boutons d'une chemise sans se tromper. Il met les boutons dans le désordre. Il a des difficultés à repérer l'endroit et l'envers d'une chemise, il la porte sans dresser les cols.	Port d'une chemise à bouton	Étant donné une chemise à bouton, le bénéficiaire doit être capable de se boutonner sans se tromper	Le bénéficiaire se boutonne sans se tromper
	Le bénéficiaire prend le repas en se salissant. Il a les mains qui tremblent lorsqu'il porte le repas à la bouche. Il attrape la cuillère avec tous les doigts.	Prise de repas	Etant donné un repas et une cuillère à soupe, le bénéficiaire doit être capable de le prendre sans se salir	Le bénéficiaire prend le repas sans se salir

Source : Observations

La lecture de ce tableau, nous renseigne qu'en début de projet, le bénéficiaire n'arrive pas à prendre seul le bain et se fait aider. Il se frotte superficiellement le corps, et on voit des mousses de savon sur certaines parties de son corps. Il est incapable de s'essuyer

convenablement. Aussi il éprouve des difficultés à se boutonner. Il met les boutons de sa chemise dans le désordre. Les cols de la chemise ne sont pas dressés. Il ne sait pas repérer l'endroit et l'envers d'une chemise avant de la porter. Enfin il éprouve des difficultés à prendre le repas. Il attrape la cuillère avec tous les doigts et Il a les mains qui tremblent pendant qu'ils portent le repas à la bouche, le repas verse et il se sali. Tout ceci a des répercussions sur leurs acquisitions donc un problème qui mérite notre attention. Ainsi, après notre intervention, nous attendons que les bénéficiaires parviennent à se prendre en charge dans les actes basiques de la vie quotidienne.

3.3- TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE LA RECHERCHE

Toute étude scientifique requiert des techniques et des matériels de recherche. L'observation, l'entretien et la recherche documentaire ont été nos techniques d'investigations dans la réalisation de ce projet.

3.3.1- Techniques de collecte des données

C'est l'ensemble des procédés par lesquels les informations ont été recueillies afin d'aboutir à la réalisation du projet. Ainsi, dans le cadre de notre recherche, nous avons eu recours à : l'observation, l'entretien et la recherche documentaire.

La technique d'observation consiste à regarder et à noter tout ce que l'on perçoit et constate sur une période donnée. On distingue l'observation générale et l'observation spécifique.

✓ Observation

Procédée scientifique d'investigation consistant à l'examen attentif d'un fait, d'un processus en vue de mieux le connaître, le comprendre, en excluant toute action sur les phénomènes étudiés. L'observation requiert des aptitudes de finesse, de subjectivité, de rigueur et d'honnêteté. Il existe plusieurs types d'observations parmi lesquelles l'observation

générale et l'observation spécifique. Ces observations nous ont permis de collecter des informations pour élaborer le cadre d'analyse et d'avoir des informations sur les enfants du groupe de travail.

- Observation générale

L'observation générale consiste pour le chercheur à relever les comportements ou les événements qui se présentent à lui. Il dispose comme unique moyen de collecte de données, ses organes de sens. Au cours de cette observation, nous avons mis l'accent en particulier sur tout ce qui est comportements anormaux ou qui attirent l'attention. Ce type d'observation nous a permis d'obtenir des données vagues, générales dont certaines ont été précisées par l'observation spécifique.

- Observation spécifique

Elle nous a permis d'observer les comportements de manière précise en utilisant des techniques approfondies de recherche afin de recueillir des informations justes.

Cette technique n'ayant pas pu relever toutes les caractéristiques des bénéficiaires, nous avons eu recours à l'entretien afin d'approfondir un certains nombres de choses.

✓ Entretien

L'entretien est une technique de recherche à plusieurs formes servant à recueillir des informations ou données nécessaires à la compréhension d'une situation-problème. Cette technique nous a permis d'échanger avec le personnel d'encadrement (la directrice, les éducateurs, les assistantes sociales, les auxiliaires sociales, l'infirmière, le kinésithérapeute ...) de façon individuelle pendant la durée du stage. L'objectif était de réunir des informations utiles pour la réalisation de notre projet d'étude.

✓ **Etude documentaire**

C'est une technique de recherche qui consiste à consulter différentes sources documentaires, des recueils d'informations et des renseignements relatifs à notre étude. Elle consiste à donner des explications, des définitions, des preuves scientifiques en rapport avec notre objet de recherches, cela à l'aide des travaux de recherches antérieurs (mémoires de fin de cycle, dictionnaires, encyclopédies, des registres, des archives, internet, dossier médicaux, ouvrages ...)

3.3.2- Outils de collecte des données

Outils désignent tout objet élaboré permettant d'agir sur la matière ou pour faire le travail. Ainsi, nous avons utilisé :

✓ **Un cahier de bord**

Le cahier de bord est un outil important tenu au quotidien par le stagiaire, lui permettant de consigner les résultats des observations faites sur les bénéficiaires et les activités menées. De même dans ce cahier, il est marqué les différents comptes rendus des activités quotidiennes, les critiques et les suggestions pendant la durée du stage ainsi qu'aux regroupements.

✓ **Fiche technique d'activités**

Ce sont des fiches de présentation des activités prévues et leur déroulement. Ces fiches techniques d'activités présentent et résument l'organisation pratique des activités. Elles nous servent de fil conducteur pour mener les activités de façon cohérente.

✓ **Grille d'observation**

C'est un outil qui se présente sous forme de tableau et qui sert à évaluer les comportements des bénéficiaires. Il est le complément de la fiche

technique d'activités. Elle nous permet d'enregistrer les comportements observés chez les bénéficiaires pendant les activités. Ainsi, à chaque séance, nous avons pu suivre et évaluer le niveau d'acquisition des bénéficiaires par rapport à l'objectif fixé.

✓ **Emploi du temps**

Nous avons eu recours à cet outil qui définit le programme détaillé des différentes activités à mener dans la semaine et dans la journée.

Toutes ces informations ont permis d'élaborer la méthodologie de l'intervention et la problématique.

3.4- EXPERIMENTATION OU PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES

L'expérimentation consiste à présenter et à expliquer les différentes activités à mener durant la recherche afin de renforcer l'autonomie chez les adolescents IMC en institution. Il s'agit de présenter la procédure de collecte de données, de décrire les différentes activités menées avec notre groupe de travail et la manière dont nous les avons conduites. Dès lors, notre projet éducatif va se faire en deux phases. Une phase de sensibilisation et une phase pratique.

1. - La phase de sensibilisation

C'est une phase préliminaire qui consiste à informer et à susciter l'adhésion et la collaboration de toutes les personnes impliquées dans la mise en œuvre du projet. En effet, après nos observations, le problème que nous avons trouvé récurrent était le manque d'autonomie chez la majorité des enfants. Ainsi pour aider les enfants, nous avons initié un projet éducatif que nous avons soumis aux différents responsables à travers des rencontres.

- La Directrice du centre :

Nous avons rencontré la Directrice de l'institution afin de l'informer du problème du manque d'autonomie chez les enfants en général en situation de handicap. Ensuite nous lui avons proposé et expliqué la nécessité d'initier un projet éducatif « réalisation des activités de vie quotidienne » pour résoudre le problème. Ainsi pour susciter son adhésion et sa collaboration, nous lui avons présenté l'intérêt que ce projet revêt, aussi bien chez les enfants que pour la structure. Ce projet concourt à la participation des enfants à la vie sociale et à leur épanouissement, en les occupant de façon saine et en leur apprenant à manipuler les choses. Au niveau de la structure, ce projet va permettre d'alléger les tâches quotidiennes des travailleurs en particulier les auxiliaires sociaux.

- Directeur de mémoire

Nous lui avons présenté notre projet et montré sa pertinence. En fait, nous lui avons expliqué que les observations menées ont révélé que les adolescents IMC de la Pouponnière de Yopougon-Attié ont des problèmes d'autonomie d'où leur incapacité à se prendre en charge dans la réalisation des activités élémentaires de vie quotidienne comme se laver, se brosser, s'habiller, prendre son repas seul etc. nous lui avons également expliqué la nécessité de mener trois activités avec les bénéficiaires en vue de résoudre le problème.

- L'équipe d'encadrement.

Avec l'équipe d'encadrement, nous leur avons également présenté le projet, expliqué ses bienfaits. Il a été question de les convaincre à s'approprier le projet en s'appuyant sur les activités proposées comme

nouveaux outils pour une prise en charge efficiente et efficace des IMC de la structure.

- **Les bénéficiaires**

Nous leur avons expliqué l'importance du projet et les intérêts que cela va susciter en leur faveur. Les activités que nous allons mener avec eux, vont leur permettre de ne plus dépendre des autres dans la réalisation de certaines tâches. Et nous leur avons demandé de coopérer et de se rendre disponibles toutes les fois que nous allons les solliciter pour des activités.

2. - **Phase pratique**

Cette phase consiste à exécuter les activités pour apporter une solution au problème du manque d'autonomie des adolescents IMC. Les activités proposées sont au nombre de trois, à savoir : le bain, le port de chemise à bouton et la prise de repas.

✓ **Présentation des activités**

Il s'agit des activités éducatives proposées pour le renforcement de l'autonomie des bénéficiaires. Ces activités se sont déroulées sur deux périodes dont la première part du 15 avril au 31 mai 2022 et la seconde du 10 juin au 29 juillet 2022.

Activités 1 : Bain

L'activité se déroule avec la stagiaire et les deux adolescents dans les salles de bain de la buanderie au sein de la pouponnière, sous la supervision de l'encadreur, chargé de corriger les éventuelles erreurs. Les matériels utilisés sont : un seau d'eau, une éponge, du savon et une serviette. Les bénéficiaires sont debout face à la stagiaire. Ainsi, en suivant les exemples de l'éducateur (stagiaire), le bénéficiaire doit être capable de prendre seul son bain.

Concrètement il s'agit pour la stagiaire de prendre l'éponge, la mouiller, la savonner et frotter ses parties intimes, ensuite frotter les autres parties du corps, après avoir fini de bien frotter, se rincer le corps, rincer l'éponge, la ranger et s'essuyer avec une serviette. Après chaque étape, elle demande aux bénéficiaires de reproduire la même chose. S'ils ont réussi, on dira qu'ils ont assimilé l'activité. Cette activité est accompagnée d'une fiche technique d'activité. (Voir annexe I)

Activité 2 : L'habillage: (le port d'une chemise à bouton).

L'activité se déroule avec les deux adolescents et la stagiaire, à la salle d'éveil « les coccinelles » sous la supervision de l'encadreur de stage. Les matériels utilisés au cours de l'activité sont : une table, trois chemises à boutons et des boutonnières. Les bénéficiaires sont debout face à la stagiaire qui présente le matériel.

Concrètement, la stagiaire prend la chemise, repère l'endroit et l'envers, met le bras gauche dans la manche gauche de la chemise, ensuite met le bras droit dans la manche droite de la chemise, puis dresse le col, ajuste la chemise vers le bas, saisit le premier bouton du bas de la chemise, l'introduit dans la première boutonnière du bas et enfin met au moins quatre boutons de la chemise sans se tromper. Après avoir fini, elle demande aux bénéficiaires de reprendre l'activité en respectant les différentes étapes. Cette activité est détaillée dans la fiche technique d'activité (voir annexe II)

Activité 3 : Prise de repas

L'activité se déroule avec les deux adolescents et la stagiaire à la salle d'éveil « les coccinelles » de la pouponnière, sous la supervision de l'encadreur de stage. Les matériels utilisés sont : une table, trois chaises, trois repas, trois cuillères à soupe, trois gobelets d'eau et trois

serviettes de table. Les bénéficiaires sont assis sur des chaises autour d'une table à manger avec la stagiaire.

De façon concrète, la stagiaire tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur, prend le repas avec la cuillère, la porte à la bouche en l'ouvrant grandement, ensuite introduit le repas dans la bouche et reproduit les mêmes gestes jusqu'à vider l'assiette. Après avoir fini, elle demande aux bénéficiaires de reprendre l'activité en faisant comme elle. Cette activité est détaillée dans une fiche technique d'activité (voir annexe III)

5. - Les difficultés liées au stage

Tout projet, dans sa réalisation, rencontre des difficultés et le nôtre n'a donc pas échappé à cette règle. Ces difficultés que nous avons rencontrées sont multiples et se situent à différents niveaux.

✓ Au niveau de la structure :

- Inexistence d'éducateurs spécialisés et insuffisance de maîtres d'éducation spécialisée. La pouponnière compte 46 enfants handicapés pour seulement un maître d'éducation spécialisée. Ce qui rend difficile la prise en charge. En réalité, les débuts n'ont pas été faciles pour nous étant donné que le seul personnel MESP dans la structure venait d'être promu à un concours professionnel, occasionnant son départ. Nous avons donc été encadrées par une Educatrice Préscolaire.
- Manque de matériel adapté pour la rééducation des bénéficiaires selon leur handicap. Ce qui a influencé le choix de nos activités. A ce niveau, nous avons eu à effectuer des exercices de mobilisation des articulations avec les bénéficiaires.
- L'inexistence de salle aménagée (salle d'éveil) pour les enfants en situation de handicap. En effet, les activités sont menées sous un

préau, ce qui attire la curiosité des autres enfants qui viennent perturber le bon déroulement des activités. Pour contourner ce problème, nous avons sollicité la garde des plus vaillants.

✓ **Au niveau des bénéficiaires :**

- Nous avons été confrontés à l'absence récurrente des membres du groupe de travail pour des raisons de santé due à leur vulnérabilité occasionnée par le handicap dont ils souffrent.
- Les bénéficiaires sont de sexes différents, ce qui nous amenait souvent à mener les activités séparément.

Malgré toutes ces difficultés rencontrées le projet a été mené à terme. Et nous avons pu obtenir des résultats que nous allons présenter dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 4 : RESULTATS

Ce chapitre consacré aux résultats s'articule autour de quatre points qui traitent respectivement du bilan partiel des activités de la première période, du bilan partiel des activités de la deuxième période, des tableaux synoptiques des résultats des activités sur les deux périodes et l'évaluation des bénéficiaires en fin de projet.

Pour une meilleure compréhension des tableaux, nous présentons ici les codes utilisés et leurs significations.

+ = Comportement positif

P1 = Première Période

- = Comportement négatif

P2 = Deuxième Période

0 = Comportement non-observé

Ec = Ecart

4.1- BILAN PARTIEL DES ACTIVITES DE LA PREMIERE PERIODE

Les trois activités de la première période s'étendent du 15 avril au 31 mai 2022. Les résultats sont présentés à travers la synthèse des grilles d'observation.

4.1.1- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1

Titre de l'activité : Le bain

Lieu : Salle de bain de la buanderie

Effectif : 02 adolescents IMC

Moment : Après-midi

Durée de la séance: 15 mn

Nombre de séances effectuées : 5

Période : 1 (15 Avril au 31 Mai 2022)

Age : 11 et 13 ans

Niveau d'étude : Non scolarisés

Matériel : Un sceau d'eau, une éponge, du savon et une serviette

Disposition : Debout face à l'éducatrice

Objectif spécifique terminal : Etant donné un sceau d'eau, une éponge et du savon, l'enfant doit être capable de prendre seul son bain.

Observateur : Maitresse de stage : Educatrice Spécialisée

Tableau X : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1
à la période 1

N° des Items	Comportement à observer	Noms codés		Total		
		JO	JP	+	-	0
1	Prend l'éponge	+	+	2	0	0
2	Mouille l'éponge	+	+	2	0	0
3	Savonne l'éponge	-	-	0	2	0
4	Frotte ses parties intimes avec l'éponge	-	-	0	2	0
5	Frotte les autres parties de son corps avec l'éponge	-	-	0	2	0
6	Rince son corps avec de l'eau propre	+	-	1	1	0
7	Rince l'éponge avec de l'eau	+	-	1	1	0
8	Range l'éponge	+	+	2	0	0
9	S'essuie avec la serviette	-	-	0	2	0
Total		+	5	3	8/18	
		-	4	6		10/18
		0	0	0		

Légende : { + = comportement positif
- = comportement négatif
0 = comportement non-observé

Sur un total de 18 comportements observés, le tableau indique 8 comportements positifs sur 18, 10 comportements négatifs sur 18 et 0 comportement non observé sur 18.

Les items : « prend l'éponge » (item 1), « mouille l'éponge » (item 2) et « range l'éponge » (item 8) enregistrent chacun 2 comportements

positifs. « Rince son corps avec de l'eau propre » (item 6) et « rince l'éponge avec de l'eau » (item 7) enregistrent chacun 1 comportement positif.

« Savonne l'éponge » (items 3), « frotte ses parties intimes avec l'éponge » (item 4), « frotte les autres parties de son corps avec l'éponge » (item 5) et « s'essuie avec la serviette » (item 9) obtiennent chacun 2 comportements négatifs. « Rince son corps avec de l'eau propre » (item 6) et « Rince l'éponge avec de l'eau » (item 7), enregistrent chacun 1 comportement négatif. Les items 1 à 9 enregistrent chacun 0 comportement non-observé.

Les bénéficiaires : JO est parvenu à prendre l'éponge (item 1), à mouiller l'éponge (item 2), à rincer son corps avec de l'eau propre (item 6), à rincer l'éponge avec de l'eau (item 7) et à ranger l'éponge (item 8). Quant à JP, il a réussi à prendre l'éponge (item 1), à mouiller l'éponge (item 2) et à ranger l'éponge (item 8).

JP n'est pas parvenu à savonner l'éponge (item 3), à froter ses parties intimes (item 4), à froter les autres parties de son corps (item 5), à rincer son corps (item 6), à rincer l'éponge (item 7) et à s'essuyer avec la serviette (item 9). Quant à JO, il n'est pas parvenu à savonner l'éponge (item 3), à froter ses parties intimes (item 4), à froter les autres parties de son corps (item 5) et à s'essuyer avec la serviette (item 9).

JO et JP ont par contre réagi à tous les comportements.

A l'analyse, nous pouvons dire que dans l'ensemble, l'activité n'a pas connu de succès, car il y a eu plus de comportements négatifs que de comportements positifs. Pour ce qui est des comportements positifs, nous pouvons dire que ce succès est dû au fait de la précision des consignes simples, concis et de la répétition des activités. Quant aux contreperformances, elles s'expliquent par le fait que les bénéficiaires

n'ont pas encore assimilé les comportements recherchés. Ils ne sont pas habitués aux activités organisées, et ont un problème de compréhension. Aussi, Ils n'ont pas l'habitude de prendre eux-mêmes leur bain, ils vivent dans un environnement où ils ne travaillent pas. Ils manquent de tonicité au niveau des muscles car ils ne font aucun exercice de mobilité. Ils ont des difficultés physiques qui résultent des conséquences de la paralysie dont ils souffrent. Cette situation les empêche de mouvoir correctement leurs membres afin de réaliser des mouvements de motricité large et fine. Comme attitude éducative, nous les motivons par des encouragements, et préconisons des exercices de mobilisation afin de renforcer le tonus musculaire et assouplir les membres. Nous allons répéter les activités en les prenant individuellement afin qu'ils oublient les mauvaises habitudes et adopter les bonnes.

4.1.2- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la période 1

Titre de l'activité : Le port d'une chemise à bouton

Lieu : Salle d'éveil « les coccinelles »

Effectif : 02 adolescents IMC

Moment : Matinée

Durée de la séance: 15 mn

Nombre de séances effectuées : 6

Période : 1(15 Avril au 31 Mai 2022)

Age : 11 et 13 ans

Niveau d'étude : Non scolarisés

Matériel : Table, trois chemises à boutons et des boutonniers

Disposition : Debout face à l'éducatrice

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné une chemise à boutons, le bénéficiaire doit être capable de se boutonner sans se tromper.

Observateur : Maitresse de stage : Educatrice Spécialisée

Tableau XI : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la période 1

N° des Items	Comportement à observer	Noms codés		Total		
		JO	JP	+	-	0
1	Prend la chemise	+	+	2	0	0
2	Repère l'endroit et l'envers (bonne face) de la chemise	+	-	1	1	0
3	Met le bras gauche dans la manche gauche de la chemise	-	-	0	2	0
4	Met le bras droit dans la manche droite de la chemise	-	-	0	2	0
5	Dresse le col de la chemise	+	-	1	1	0
6	Ajuste la chemise vers le bas	-	-	0	2	0
7	Saisi le premier bouton du bas de la chemise	-	+	1	1	0
8	Introduit-le dans la première boutonnière du bas	-	-	0	2	0
9	Met au moins quatre boutons de la chemise sans se tromper	-	-	0	2	0
Total		+	3	2	5/18	
		-	6	7		13/18
		0	0	0		0/18

Légende: { + = comportement positif
- = comportement négatif
0 = comportement non-observé

La lecture de ce tableau indique 5 comportements positifs sur 18, 13 comportements négatifs sur 18 et 0 comportement non observé sur 18.

« Prend la chemise » (l'item 1) obtient 2 comportements positifs.
« Repère l'endroit et l'envers de la chemise » (item 2), « dresse le col de la chemise » (item 5) et « saisi le premier bouton du bas de la chemise » (item 7) obtiennent chacun, 1 comportement positif.

« Met le bras gauche dans la manche gauche de la chemise » (item 3), « met le bras droit dans la manche droite de la chemise » (item 4), « ajuste la chemise vers le bas » (item 6), « introduit-le dans la première boutonnière du bas » (item 8) et « met au moins quatre boutons de la chemise sans se tromper » (item 9) enregistrent chacun 2 comportements négatifs. « Repère l'endroit et l'envers de la chemise » (item 2), « dresse le col de la chemise » (item 5) et « saisi le premier bouton du bas de la chemise » (item 7) enregistrent chacun 1 comportement négatif.

Les items 1 à 9 obtiennent chacun 0 comportement non observé.

Les bénéficiaires : JO est parvenu à prendre la chemise (item 1), à repérer l'endroit et l'envers de la chemise (item 2), et à dresser le col de la chemise (item 5). Quant à JP, il est parvenu à prendre l'éponge (item 1) et à saisir le premier bouton du bas de la chemise (item 7). JP n'a pas réussi à repérer l'endroit et l'envers (item 2), à mettre le bras gauche dans la manche de la chemise (item 3), à mettre le bras droit dans la manche droite (item 4), à dresser le col de la chemise (item 5), à ajuster la chemise vers le bas (item 6), à introduire le bouton dans la première boutonnière du bas (item 8) et à mettre au moins quatre boutons sans se tromper (item 9). JO également, n'est pas parvenu à mettre le bras gauche (item 3), à mettre le bras droit (item 4), à ajuster la chemise (item 6), à saisir le premier bouton du bas (item 7), à introduire le bouton dans la première boutonnière (item 8) et à mettre au moins quatre boutons sans se tromper (item 9). Dans l'ensemble JO et JP ont réagi à tous les comportements.

A l'analyse nous pouvons dire que dans l'ensemble, l'activité n'a pas connu de succès, car il y a eu plus de comportements négatifs que de comportements positifs. Les contreperformances observées montrent que l'activité n'a pas été suivie, ils avaient des problèmes de

compréhension et ils étaient lents dans la réalisation. Ils éprouvent de réelles difficultés à réaliser de façon précise et coordonnée leurs mouvements. Ces difficultés sont le fait de l'infirmité motrice cérébrale dont ils souffrent, et qui se traduit par une hémiparésie, des raideurs et un manque de tonus musculaire au niveau des membres supérieurs. Aussi faut-il noter que les actions demandées nécessitent une concentration, donc la mobilisation de plusieurs ressources.

Pour corriger les imperfections, nous allons reconduire l'activité en insistant sur tous les items et les encourager d'avantage à mieux faire.

4.1.3- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la période 1

Titre de l'activité : Prise de repas

Lieu : Salle d'éveil « les coccinelles »

Effectif : 02 adolescents IMC

Moment : Matin

Durée de la séance: 15 mn

Nombre de séances effectuées: 7

Période : 1(15 Avril au 31 Mai 2022)

Age : 11 et 13 ans

Niveau d'étude : Non scolarisés

Matériel : Table, trois chaises, un repas, trois cuillères à soupe, trois gobelets d'eau, trois serviettes de table.

Disposition : Assis autour d'une table

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné un repas et une cuillère à soupe, le bénéficiaire doit être capable de le prendre sans se salir.

Observateur : Maitresse de stage : Educatrice spécialisée

Tableau XII : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la période 1

N° des Items	Comportement à observer	Noms codés		Total		
		JO	JP	+	-	0
1	Se met à table	+	+	2	0	0
2	Tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur	-	-	0	2	0
3	Prend le repas avec la cuillère	+	+	2	0	0
4	Porte la cuillère contenant le repas à la bouche	-	+	1	1	0
5	Ouvre grandement la bouche	-	-	0	2	0
6	Introduit le repas dans la bouche	+	+	2	0	0
7	Reproduit les mêmes gestes jusqu'à finir le	-	-	0	2	0
Total		+	3	4	7/14	
		-	4	3		7/14
		0	0	0		

Légende :

- + = comportement positif
- = comportement négatif
- 0 = comportement non-observé

Sur un total de 14 comportements observés, le tableau indique 7 comportements positifs sur 14, 7 comportements négatifs sur 14 et 0 comportement non observé sur 14.

« Se met à table » (item 1), « prend le repas avec la cuillère » (item 3), et « introduit le repas dans la bouche » (item 6) enregistrent chacun 2 comportements positifs. « Porte la cuillère contenant le repas à la bouche » (item 4) enregistre 1 comportement positif.

« Tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur » (item 2), « ouvre grandement la bouche » (item 5) et « reproduit les mêmes gestes jusqu'à finir le repas » (item 7) enregistrent chacun 2 comportements négatifs. « Porte la cuillère contenant le repas à la

bouche » (Item 4), enregistre 1 comportement négatif. Les items de 1 à 7 enregistrent chacun 0 comportement non-observé.

Les bénéficiaires : JP est parvenu à se mettre à table (item 1), à prendre le repas avec la cuillère (item 3), à porter la cuillère contenant le repas à la bouche (item 4) et à introduire le repas dans la bouche (item 6). Quant à JO, elle a réussi à se mettre à table (item 1), à prendre le repas avec la cuillère (item 3), à introduire le repas dans la bouche (item 6). JO n'a pas réussi à tenir la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur (item 2), à porter la cuillère contenant le repas à la bouche (item 4), à ouvrir grandement la bouche (item 5) et à reproduire les mêmes gestes jusqu'à la fin du repas (item 7). Quant à JP, il n'a pas réussi à tenir la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur (item 2), à ouvrir grandement la bouche (item 5) et à reproduire les mêmes gestes jusqu'à finir le repas (item 7). JO et JP ont réagi à tous les comportements.

A l'analyse nous pouvons dire que l'activité n'a pas connu de succès étant donné qu'il y a eu plus de comportements négatifs que de comportements positifs.

En effet, les bénéficiaires n'arrivent pas à tenir la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur, parce que leurs doigts sont encore raides donc difficiles à plier. Ils n'ouvrent pas grandement la bouche parce qu'ils ne suivent pas bien la consigne et sont pressés de manger. Ils ne reproduisent pas les mêmes gestes jusqu'à la fin sans se salir parce qu'ils se précipitent à manger ; du coup la nourriture se renverse sur eux et les salit.

Comme attitude éducative, nous allons les encourager et proposer en parallèle des activités pouvant leur permettre d'être concentré et être patient (tri de céréales, enfilage de perle). Enfin nous allons reconduire l'activité.

4.2- BILAN PARTIEL DES ACTIVITES DE LA DEUXIEME PERIODE

La deuxième période part du 10 juin au 29 juillet 2022.

4.2.1- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1

Titre de l'activité : Le bain

Lieu : Salle de bain de la buanderie

Effectif : 02 adolescents IMC

Moment : Après-midi

Durée de la séance: 15 mn

Nombre de séances effectuées : 10

Période : 2 (10 Juin au 29 Juillet 2022)

Age : 11 et 13 ans

Niveau d'étude : Non scolarisés

Matériel : Un sceau d'eau, une éponge, du savon et une serviette

Disposition : Debout face à l'éducatrice

Objectif spécifique terminal : Etant donné un sceau d'eau, une éponge et du savon, l'enfant doit être capable de prendre seul son bain.

Observateur : Maitresse de stage : Educatrice Spécialisée

Tableau XIII : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 1 à la deuxième période

N° des Items	Comportement à observer	Noms codés		Total		
		JO	JP	+	-	0
1	Prend l'éponge	+	+	2	0	0
2	Mouille l'éponge	+	+	2	0	0
3	Savonne l'éponge	+	+	2	0	0
4	Frotte ses parties intimes avec l'éponge	+	+	2	0	0

5	Frotte les autres parties de son corps avec l'éponge	+	-	1	1	0
6	Rince son corps avec de l'eau propre	+	+	2	0	0
7	Rince l'éponge avec de l'eau	+	+	2	0	0
8	Range l'éponge	+	+	2	0	0
9	S'essuie avec la serviette	+	+	2	0	0
Total		+	9	8	17/18	
		-	0	1		1/18
		0	0	0		

Légende : {

- + = comportement positif
- = comportement négatif
- 0 = comportement non-observé

Sur un total de 18 comportements observés, le tableau indique 17 comportements positifs sur 18, 1 comportement négatif sur 18 et 0 comportement non observé sur 18.

« Prend l'éponge »(item 1), « mouille l'éponge »(item 2), « Savonne l'éponge » (item 3), « frotte ses parties intimes avec l'éponge » (item 4), « rince son corps avec de l'eau propre » (item 6), « rince l'éponge avec de l'eau » (item 7), « range l'éponge » (item 8) et « s'essuie avec la serviette » (item 9), enregistrent chacun 2 comportements positifs et « Frotte les autres parties de son corps avec l'éponge » (item 5), obtient 1 comportement positif.

« Frotte les autres parties de ton corps avec l'éponge » (item 5) obtient 1 comportement négatif. Les items de 1 à 9 enregistrent chacun 0 comportement non observé.

JO est parvenu à prendre l'éponge (item 1), à mouiller l'éponge (item 2), à savonner l'éponge (item 3), à frotter les parties intimes (item 4), à frotter les autres parties (item 5), à rincer son corps (item 6), à rincer l'éponge (item 7), à ranger l'éponge (item 8) et à s'essuyer avec une serviette (item 9). JP, quant à lui, est parvenu à prendre l'éponge

(item 1), à mouiller l'éponge (item 2), à savonner l'éponge (item 3), à frotter ses parties intimes (item 4), à rincer son corps (item 6), à rincer l'éponge (item 7), à ranger l'éponge (item 8) et à s'essuyer avec une serviette (item 9), mais n'a pas réussi à frotter les autres parties de son corps (item 5). JO et JP ont réagi à tous les comportements.

A l'analyse nous pouvons dire que ces résultats obtenus sont satisfaisants car sur 18 comportements observés, nous avons enregistré 17 comportements positifs. Cette performance est due à l'utilisation des approches individualisées et la séquence des activités.

Les bénéficiaires ont réagi positivement, cela montre qu'ils ont assimilé l'activité. Désormais ils se lavent sans difficulté et sans aide. Cependant le comportement négatif observé chez JP à l'item 5, « frotte les autres parties de son corps », s'explique par le fait que sa main droite fonctionne à peine. Cette main est caractérisée par un faible tonus musculaire. Par conséquent, il se sert de sa main gauche pour accomplir les tâches. D'où son incapacité à passer l'éponge sur toutes les parties de son corps.

4.2.2- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2

Titre de l'activité : Le port d'une chemise à bouton

Lieu : Salle d'éveil « les coccinelles »

Effectif : 02 adolescents IMC

Moment : Matinée

Durée de la séance: 15 mn

Nombre de séances effectuées : 13

Période : 2(10 Juin au 29 Juillet 2022)

Age : 11 et 13 ans

Niveau d'étude : Non scolarisés

Matériel : Table, trois chaises, trois chemises à boutons et des boutonsnières

Disposition : Debout face à l'éducatrice

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné une chemise à boutons, le bénéficiaire doit être capable de se boutonner sans se tromper.

Observateur : Maitresse de stage : Educatrice Spécialisée

Tableau XIV : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 2 à la deuxième période

N° des Items	Comportement à observer	Noms codés		Total		
		JO	JP	+	-	0
1	Prend la chemise	+	+	2	0	0
2	Repère l'endroit et l'envers (bonne face) de la chemise	+	+	2	0	0
3	Met le bras gauche dans la manche gauche de la chemise	+	+	2	0	0

4	Met le bras droit dans la manche droite de la chemise	+	+	2	0	0
5	Dresse le col de la chemise	+	+	2	0	0
6	Ajuste la chemise vers le bas	+	+	2	0	0
7	Saisi le premier bouton du bas de la chemise	+	+	2	0	0
8	Introduit-le dans la première boutonnière du bas	+	+	2	0	0
9	Met au moins quatre boutons de la chemise sans te tromper	+	+	2	0	0
Total		+	9	9	18/18	
		-	0	0		0/18
		0	0	0		

Légende : {

- + = comportement positif
- = comportement négatif
- 0 = comportement non-observé

A la lecture de ce tableau, il ressort que sur un ensemble de 18 comportements observés, on totalise 18 comportements positifs sur 18, 0 comportement négatif sur 18 et 0 comportement non observé sur 18. « Prend la chemise » (items 1), « repère l'endroit et l'envers de la chemise » (item 2), « mets le bras gauche dans la manche gauche de la chemise » (item 3), « met le bras droit dans la manche droite de la chemise » (item 4), « dresse le col de la chemise » (item 5), « ajuste la chemise vers le bas » (item 6) , « saisis le premier bouton du bas de la chemise » (item 7), «Introduit-le dans la première boutonnière du bas » (item 8) et « met au moins quatre boutons de la chemise sans te tromper »(item 9), enregistrent chacun 2 comportements positifs. Les items de 1 à 9 enregistrent chacun 0 comportement non-observé.

Les bénéficiaires JO et JP sont parvenus à prendre la chemise (item 1), à repérer l'endroit et l'envers de la chemise (item 2), à mettre le bras gauche dans la manche gauche de la chemise (item 3), à mettre le bras droit dans la manche droite de la chemise (item 4), à dresser le col

de la chemise (item 5), à ajuster la chemise vers le bas (item 6), à saisir le premier bouton du bras de la chemise (item 7), à l'introduire dans la première boutonnière du bas (item 8) et à mettre au moins quatre boutons sans se tromper (item 9). Ils ont également réagi à tous les comportements.

A l'analyse, les 18 comportements positifs observés sur les 18 comportements, montrent que l'activité a connu un succès total auprès des bénéficiaires. Cela s'explique par le fait qu'après plusieurs séances d'exercices de mobilisation, leurs doigts sont devenus souples et ont gagné en tonus. Désormais ils ont suffisamment de force dans les muscles pour saisir les boutons et les introduire dans les boutonnières. Ils peuvent coordonner et réaliser les mouvements avec précision. Ils peuvent mettre les boutons sans se tromper.

4.2.3- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3

Titre de l'activité : Prise de repas

Lieu : Salle d'éveil « les coccinelles »

Effectif : 02 adolescents IMC

Moment : Matin

Durée de la séance: 15 mn

Nombre de séances effectuées: 13

Période : 2 (10 Juin au 29 Juillet 2022)

Age : 11 et 13 ans

Niveau d'étude : Non scolarisés

Matériel : Table, trois chaises, un repas, trois cuillères à soupe, trois gobelets d'eau, trois serviettes de table.

Disposition : Assis autour d'une table

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné un repas et une cuillère à soupe, le bénéficiaire doit être capable de le prendre sans se salir.

Observateur : Maitresse de stage : Educatrice spécialisée

Tableau XV : Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3 à la deuxième période

N° des Items	Comportement à observer	Noms codés		Total		
		JO	JP	+	-	0
1	Se met à table	+	+	2	0	0
2	Tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur	+	-	1	1	0
3	Prend le repas avec la cuillère	+	+	2	0	0
4	Porte la cuillère contenant le repas à la bouche	+	+	2	0	0
5	Ouvre grandement la bouche	+	+	2	0	0
6	Introduit le repas dans la bouche	+	+	2	0	0
7	Reproduit les mêmes gestes jusqu'à finir le repas	+	+	2	0	0
Total		+	7	6	13/14	
		-	0	1		1/14
		0	0	0		0/14

Légende: { + = comportement positif
- = comportement négatif
0 = comportement non-observé

A la lecture de ce tableau, il ressort que sur un ensemble de 14 comportements observés, on totalise 13 comportements positifs sur 14, 1 comportement négatif sur 14 et 0 comportement non observé sur 14. « Se met à table » (item 1), « prend le repas avec la cuillère » (item 3), « Porte la cuillère contenant le repas à la bouche » (Item 4), « ouvre grandement la bouche » (item 5), « introduit le repas dans la bouche » (item 6), et « reproduit les mêmes gestes jusqu'à finir le repas » (item 7)

obtiennent chacun, 2 comportements positifs et « tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur » (item 2) obtient 1 comportement positif.

L'item 2 (tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur) enregistre 1 comportement négatif. Les items de 1 à 7 enregistrent chacun 0 comportement non observé.

Les bénéficiaires : JO a réussi à se mettre à table (item 1), à tenir la cuillère entre majeur (item 2), à prendre le repas avec la cuillère (item 3), à porter la cuillère à la bouche (item 4), à ouvrir grandement la bouche (item 5), à introduire le repas dans la bouche (item 6) et à reproduire les mêmes le repas (item 7), quant à JP, il est parvenu à se mettre à table (item 1), à prendre le repas avec la cuillère (item 3), à porter la cuillère. à la bouche (item 4), à ouvrir grandement la bouche (item 5), à introduire le repas dans la bouche (item 6) et à reproduire les mêmes le repas (item 7). JP n'est pas parvenu à tenir la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur (item 2). Par contre, les deux ont réagi à tous les comportements.

A l'analyse nous pouvons dire que ces résultats obtenus sont satisfaisants étant donné que nous totalisons plus de comportements positifs que de comportements négatifs.

Dans l'ensemble, les bénéficiaires ont réagi positivement à l'activité. Ils sont capables de prendre leur repas sans se salir et sans se faire aider. Cependant, le comportement négatif observé chez JP est dû au fait qu'il utilise tous les 5 doigts de la main pour tenir la cuillère alors que la consigne demande l'utilisation du pouce, l'index et le majeur.

4.3- TABLEAUX SYNOPTIQUES DES RESULTATS OBTENUS SUR LES DEUX PERIODES.

Le tableau synoptique des résultats est un tableau de synthèse des grilles d'observation des activités sur les deux périodes. Il s'agit ici

de faire un récapitulatif des résultats obtenus des différentes activités sur les deux périodes afin de comparer le niveau des enfants. Au regard de ces activités, nous avons construit trois tableaux présentés ci-dessous.

- **Tableau récapitulatif des résultats de l'activité 1 sur les deux périodes.**
- **Activité 1 : Bain**

Tableau XVI : Tableau synoptique de l'activité 1

N° des items	Comportements observés	Comportements positifs			Comportements négatifs			Comportements non-observés		
		P1	P2	Ec	P1	P2	Ec	P1	P2	Ec
1	Prend l'éponge	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	Mouille l'éponge	2	2	0	0	0	0	0	0	0
3	Savonne l'éponge	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
4	Frotte ses parties intimes avec l'éponge	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0

5	Frotte les autres parties de son corps avec l'éponge	0	1	+1	2	1	-1	0	0	0
6	Rince son corps avec de l'eau propre	1	2	+1	1	0	-1	0	0	0
7	Rince l'éponge avec de	1	2	+1	1	0	-1	0	0	0
8	Range l'éponge	2	2	0	0	0	0	0	0	0
9	S'essuie avec la serviette	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
Total		8	17	+9	10	1	-9	0	0	0

Légende : { P1 = première période
P2 = deuxième période
EC = Ecart = P2 – P1

Sur l'ensemble des deux périodes :

Le tableau indique 8 comportements positifs sur 18 à la période 1 et 17 comportements positifs sur 18 à la période 2, soit un écart de +9 comportements. 10 comportements négatifs sur 18 à la période 1 et 1 comportement négatif sur 18 à la période 2, soit un écart de -9 comportements.

Ces résultats satisfaisants sont dus à la perspicacité des bénéficiaires. Ils n'ont pas été découragés. Cette progression des comportements chez les bénéficiaires est aussi due à la pertinence des analyses et les attitudes éducatives à travers la pratique des activités parallèles (le sport, les massages, le modelage, etc.)

- **Tableau récapitulatif des résultats de l'activité 2 sur les deux périodes.**
- **Activité 2 : Habillage (port de chemise à bouton)**

Tableau XVII : Tableau synoptique de l'activité 2

N° des items	Comportements observés	Comportements positifs			Comportements négatifs			Comportements non-observés		
		P1	P2	Ec	P1	P2	Ec	P1	P2	Ec

1	Prend la chemise	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	Repère l'endroit et l'envers (bonne face) de la chemise	1	2	+1	1	0	-1	0	0	0
3	Met le bras gauche dans la manche gauche de la chemise	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
4	Met le bras droit dans la manche droite de la chemise	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
5	Dresse le col de la chemise	1	2	+1	1	0	-1	0	0	0
6	Ajuste la chemise vers le bas	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
7	Saisi le premier bouton du bas de la chemise	1	2	+1	1	0	-1	0	0	0
8	Introduit-le dans la première boutonnière du bas	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
9	Met au moins quatre boutons sans te tromper	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
Total		5	18	+13	13	0	-13	0	0	0

Légende : { P1 = Première période
P2 = Deuxième période
EC = Ecart = P2 – P1

Sur l'ensemble des deux périodes:

Le tableau indique 5 comportements positifs sur 18 à la période 1, contre 18 comportements positifs sur 18 à la période 2, soit un écart de +13 comportements. 13 comportements négatifs sur 18 à la période 1, 0 comportement négatif sur 18 à la période 2 soit un écart de -13 comportements. Cette progression de comportements positifs est due à la pertinence des analyses et les attitudes éducatives.

Tableau Récapitulatif des résultats de l'activité 3 sur les deux périodes.

- **Activité 3** : Prise de repas

Tableau XVIII : Tableau synoptique de l'activité 3

N° des observations	Comportements observés	Comportements positifs	Comportements négatifs	Comportements non-observés
---------------------	------------------------	------------------------	------------------------	----------------------------

Les items	Observes	P1			P2			Ec		
		P1	P2	Ec	P1	P2	Ec	P1	P2	Ec
1	Se met à table	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	Tient la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur	0	1	+1	2	1	-1	0	0	0
3	Prends le repas avec la cuillère	2	2	0	0	0	0	0	0	0
4	Porte la cuillère contenant le repas à la bouche	1	2	+1	1	0	-1	0	0	0
5	Ouvre grandement la bouche	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
6	Met le repas dans la bouche	2	2	0	0	0	0	0	0	0
7	Reproduit les mêmes gestes jusqu'à finir le repas	0	2	+2	2	0	-2	0	0	0
Total		7	13	+6	7	1	-6	0	0	0

Légende : { P1 = Première période
P2 = Deuxième période
EC = Ecart = P2 – P1

Sur l'ensemble des deux périodes :

Le tableau indique 7 comportements positifs sur 14 à la période 1 contre 13 comportements positifs sur 14 à la période 2, soit un écart de +6 comportements positifs. 7 comportements négatifs sur 14 à la période 1, 1 comportement négatif sur 14 à la période 2, soit un écart de -6 comportements négatifs.

Cette progression de comportement positif est due à la pertinence des analyses et les attitudes éducatives.

4.4- EVALUATION DES ACQUISITIONS DES BENEFICIAIRES EN FIN DE PROJET

Tableau XIX : Evaluation des acquisitions des bénéficiaires en fin de projet

Domaine	Constat en début de projet	Activités menées	Objectifs	Résultats attendus	Résultats obtenus
PSYCHO-MOTEUR	Le bénéficiaire est incapable de prendre seul son bain. Il se frotte superficiellement les parties du corps. On voit des mousses de savon sur son corps après le rinçage. Il s'essuie difficilement.	Bain	Etant donné un sceau d'eau, une éponge, du savon et une serviette, le bénéficiaire doit être capable de prendre seul son bain	Le bénéficiaire prend seul son bain	1 sur 2 bénéficiaires prennent seul leur bain
	Le bénéficiaire a des difficultés à mettre les boutons de sa chemise sans se tromper. Il met les boutons dans le désordre, ne sait pas repérer la bonne face d'une chemise.	Port d'une chemise à bouton	Etant donné une chemise à boutons, le bénéficiaire doit être capable de mettre les boutons sans se tromper	Le bénéficiaire met les boutons de sa chemise sans se tromper	2 sur 2 bénéficiaires mettent les boutons de leur chemise sans se tromper
	Le bénéficiaire est incapable de prendre seul son repas sans se salir. Il ne sait pas repérer la bonne face d'un plat.	Prise de repas	Etant donné un plat, le bénéficiaire doit être capable de prendre seul son repas sans se salir	Le bénéficiaire prend seul son repas sans se salir	1 sur 2 bénéficiaires prennent le repas sans se salir

CHAPITRE 5 : PROJET DE SUIVI

Ce tableau nous montre les acquis du bénéficiaire en fin de projet. En début de projet, le bénéficiaire avait des difficultés à prendre seul son bain, à mettre les boutons de sa chemise sans se tromper et à prendre le repas sans se salir. Pour résoudre ces difficultés, nous avons proposé les activités suivantes : Le bain, le port d'une chemise à boutons et la prise de repas. Nous avons alors obtenu des résultats satisfaisants.

Ce chapitre comporte trois parties essentielles : l'évaluation des résultats positifs, les insuffisances liées aux résultats et les suggestions.

5-1. EVALUATION DES RESULTATS POSITIFS

Il s'agit ici, de relever les résultats positifs sur les deux périodes et montrer ce qui a favorisé l'obtention de ces résultats.

Au cours de l'exécution de ce projet nous avons œuvré à rendre autonome des adolescents IMC par le biais des activités de la vie quotidienne en leur faisant acquérir des aptitudes nouvelles. En fin de projet, Nous avons obtenu des résultats satisfaisants dans l'ensemble. Notre objectif a été atteint car les résultats au terme des 2 périodes ont montré une évolution positive des comportements des bénéficiaires. En effet pour l'activité 1, il y a eu un écart de +9 comportements positifs entre les 2 périodes. L'activité 2 montre aussi un écart de +13 comportements positifs. Quant à l'activité 3, elle a enregistré un écart de +6 comportements positifs entre les 2 périodes. Ces résultats sont la preuve de la réalisation et de la matérialisation de nos objectifs, d'où notre satisfaction. Bien vrai que nous sommes satisfaits, pour parvenir à ce résultat, nous avons cependant enregistré des insuffisances.

5-2. INSUFFISANCES LIEES AUX RESULTATS

Les insuffisances se situent au niveau de l'activité 1 et l'activité 3 qui ont enregistré chacun 1 comportement négatif à la deuxième période. Au cours de l'activité 1, JP a été incapable de froter les autres parties de son corps (item 5). Cela s'explique par le fait que la main droite de JP a un faible tonus musculaire (hypotonie), Or le temps étant insuffisant, les exercices de mobilisation et de massage n'ont pas pu donner une vigueur totale à la main droite de JP. A l'activité 3, JP n'a pas pu tenir la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur (item 2), car il éprouve encore des difficultés à utiliser uniquement les trois doigts.

La constatation des insuffisances nous amène à formuler des suggestions.

5-3. SUGGESTIONS

Ce projet porte sur le renforcement de l'autonomie des adolescents IMC qui éprouvent des difficultés à accomplir certains actes. Nous nous

sommes appuyés sur les activités de la vie quotidienne pour les rendre autonome. Les résultats obtenus montrent que ces activités ont procuré un changement positif dans le quotidien des bénéficiaires. Cependant, il faut que les bénéficiaires s'habituent à ces activités et les intègrent dans leur quotidien. Nous demandons aux éducateurs du centre de poursuivre les activités pour ne pas que les bénéficiaires perdent les aptitudes acquises.

Au niveau de la Pouponnière, Nous souhaitons un renforcement du personnel du service de l'éducation spécialisée ; en l'occurrence des Maîtres d'Education Spécialisée et des Educateurs Spécialisés pour assurer un suivi et une prise en charge de qualité aux enfants.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude est de renforcer l'autonomie des adolescents IMC à travers des activités de la vie quotidienne. Pour se faire, nous avons mis en place trois activités que sont : le bain, le port d'une chemise à bouton et la prise de repas. Au terme de l'expérimentation exécutée sur deux périodes : la première période part du 15 avril au 31 mai 2022 et la deuxième période, du 10 juin au 29 juillet 2022, dans l'ensemble, les activités ont donné des résultats probants et satisfaisants. L'activité 1 obtient 94,44% du taux de réussite, l'activité 2 obtient 100% et l'activité 3 en obtient 93%. Ces résultats nous montrent

que les bénéficiaires ont acquis des compétences. Désormais, ils peuvent froter leurs parties intimes, dresser le col de leur chemise et introduire le repas dans la bouche sans verser. Ces résultats positifs obtenus, traduisent les progrès remarquables réalisés par les bénéficiaires. La présente étude, représente un instrument ou un outil pédagogique destiné aux professionnels du travail social. Ils peuvent s'en servir pour assurer une prise en charge efficiente d'une catégorie d'enfants que sont, des enfants à besoins spéciaux.

BIBLIOGRAPHIE

Ardoino, J. (1997). *La démarche du projet et son procès d'évaluation*. In l'évaluation Paris.

Lafon, R. (1973). *Psychologie du Développement et Pédagogie-Percée-Vocabulaire De Psychopédagogie Et De Psychiatrie De L'enfant*. Parution : 01/01/1973 ; Format : moyen, de 350g à 1kg...

Tardieu, G. (1955). *Les feuillets de l'infirmité motrice cérébrale*, Paris ANIMC, 3^e édition refondu, Paris CDI, pages 1 à 12.

Wallon, H. (1949). *Les origines des caractères chez l'enfant*, Paris les préluces du sentiment de personnalité, PUF, 324P.

OUVRAGES SPECIFIQUES

Boyer, L. et Equilbey, N. (1999). *Organisations théoriques et applications* collection référence 19 Octobre 1999

Giard, V. et Midler, C. (1993). « *Pilotages de projet et Entreprises : diversité et convergences* », ECSIP, 1993, Economica, 360 p., PP. 17-29

Grawitz. (2004). *Lexique des Sciences Sociales*. 8^e édition. Janvier 2004 Paris Cedex, France : DOLLOZ

Kirby, A. et Peter, L. (2010). *100 idées pour venir en aide aux élèves dyspraxiques*, Edition Tom Pousse, 200p.

Loher, A. (2004). Date de parution. 9/12/2004. Editeur. Chronique Sociale. Collection. *Comprendre les personnes*. ISBN.2-85008-562-6. EAN 9782850085628. Présentation. Broché. Nb. de pages-147

Benoit, M-L. (2016). Ergothérapeute dans *clinique pour enfant* (2016)

O'shaughnessy, W. (1992). « *Faisabilité de projet* » apparition 06/1992 ouvrage 236p

Robert et Rigal. (2013). « *Difficultés et troubles des apprentissages scolaires* » Université des Antilles et de la Guyane.

Mourat, de R. et AL. (2015). *dans Sciences du Design* 2015/1(n°1), pages 68 à 75

Dictionnaire médical.fr Copyright Christian Thomsen C 2015-2022-C.G.U-Mentions légales

Larousse, Dictionnaire de français, Paris 2012. 1095 pages.

Vocabulaire des sciences humaines et de l'informatique. Bulletin officiel, 26 janvier 2006, n°4.

Dessibourg, C. et Lambert, J. (2007). *Traitements médicaux et personnes déficientes intellectuelles*, Paris, Edition médecine et hygiène, 200 p.

Keita, M. (2015). « *Activités manuelles, moyen d'atténuation de la déficience motrice fine chez l'enfant souffrant de Diplégie spastique.* » Abidjan, INFS, École des Éducateurs spécialisés, 77p, inédit.

Adou, A. (2021). « *Activité manuelle, moyen de renforcement de la motricité fine chez l'enfant IMC* » Abidjan, INFS, Ecole des Educateurs spécialisés, 78p, inédit.

Katz. (1983). *Journal of the American Geriatrics Society* 31 (12) : 721-727. Source : *Assessing self-maintenance : activity of daily living*

La loi assurant *les droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, (Janvier 2010 à mars 2013),

Commission spécialisée de terminologie et de néologie, la loi sur *le droit de la personne handicapée* 13p DBC4 rapport commission générale (2006)

Circulaire N° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381/du 22 Novembre 2013. Relative à *la convention des droits des personnes handicapées*

Magazine « *votre santé* » publié le 13 Janvier 2008. 258p. 2Mo

Ardoino, J. (1997). Pédagogue et pédagogie- *collection Revue des Sciences de l'éducation* Vol 23, numéro 2, 1997 URI : [HTTPS://ID.erudit.org/id/031944ar](https://id.erudit.org/id/031944ar) DOI : [HTTPS : //doi.org/10.7202/031944](https://doi.org/10.7202/031944)

ANNEXES

ANNEXE I : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 1

Titre de l'activité : Bain

Effectif : 02 adolescents IMC

Durée : 15 mn

Age : 11 et 13 ans

Lieu : Salle de bain de la buanderie

Nombre de séances prévues : 10

Période : 1 (15 Avril au 31 Mai 2022)

Niveau d'étude : Non scolarisés

Disposition : Debout dans la salle de bain face à l'éducatrice

Matériel : Un seau d'eau, une éponge, du savon et une serviette

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné, un seau d'eau, une éponge, du savon et une serviette, le bénéficiaire doit être capable de prendre seul son bain.

Objectifs spécifiques intermédiaires (OSI) : Au terme de cette séquence d'apprentissage, le bénéficiaire doit être capable de :

- 1- Prendre son éponge
- 2- Mouiller son éponge avec de l'eau
- 3- Savonner son éponge
- 4- Frotter les parties intimes de son corps
- 5- Frotter les autres parties de son corps
- 6- Se rincer le corps avec de l'eau propre
- 7- Rincer son éponge
- 8- Ranger son éponge
- 9- S'essuyer le corps avec une serviette propre

Mise en train : Nous invitons les bénéficiaires à faire des étirements pour se relaxer.

Motivation : Nous allons vous raconter une petite histoire. Il s'agit d'un adolescent de 12 ans. Il se nomme BEHI. Vous savez, BEHI n'aime pas

se laver, chaque jour sa maman le frappait avant qu'il ne rentre dans la douche. Même quand il rentre dans la douche, il verse l'eau sur lui et ressort. Un matin, à son réveil, il constate que son corps est couvert de boutons et ça démange très fort. Il s'est mis à gratter le corps jusqu'à avoir des plaies. Sa mère l'a conduit à l'hôpital et le médecin a diagnostiqué la galle. Alors les enfants, dites-moi, pourquoi BEHI a la galle ? Ils répondent : il a la galle parce qu'il ne se lave pas. Donc les enfants, vous voyez, pour être en bonne santé et ne pas avoir la galle, il faut se laver tous les jours, au moins deux fois dans la journée.

Aujourd'hui nous allons apprendre comment prendre seul son bain pour être propre et ne pas avoir la galle comme BEHI.

Déroulement de l'activité :

L'activité va se dérouler en trois parties :

1ere partie : Nous allons vous présenter le matériel et annoncer l'activité.

Ceci est un sceau d'eau, cette eau va servir à nous rincer, ce que nous tenons en main est une éponge, elle sert à frotter les parties du corps. Cet objet de forme rectangulaire et solide est un savon qui sert à enlever la graisse sur la peau et enfin nous avons la serviette qui sert à s'essuyer après s'être rincé le corps.

2eme partie : Nous faisons la démonstration de l'activité

Avant de commencer, nous invitons les bénéficiaires à nous suivre attentivement. Nous prenons notre éponge, nous la mouillons avec de l'eau, ensuite nous la savonnons, nous frottons nos parties intimes (les aisselles, entre les cuisses, les fesses) ensuite nous nous rinçons le corps avec de l'eau propre, nous rinçons l'éponge, nous la rangeons et enfin nous nous essuyons avec une serviette propre.

3eme partie : Nous évaluons les bénéficiaires. Cette évaluation se fait en neuf étapes.

Etape 1 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de prendre son éponge.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire prend son éponge.

Etape 2 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de mouiller son éponge avec de l'eau

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire mouille son éponge

Etape 3: Nous demandons à chaque bénéficiaire de savonner son éponge.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire savonne son éponge.

Etape 4 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de frotter ses parties intimes avec son éponge.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire frotte ses parties intimes avec l'éponge.

Etape 5 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de frotter les autres parties de son corps.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire frotte les autres parties de son corps.

Etape 6 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de se rincer le corps avec de l'eau propre.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire se rince le corps avec de l'eau propre.

Etape 7 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de rincer son éponge avec de l'eau.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire rince son éponge avec de l'eau.

Etape 8 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de ranger son éponge.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire range son éponge.

Etape 9 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de s'essuyer avec sa serviette.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire s'essuie avec sa serviette.

Rangement : Nous félicitons les bénéficiaires et les invitons à ranger le matériel avec nous.

Retour au calme : Pour observer un moment de silence, nous leur demandons de croiser les bras et fermer les yeux pendant 5 secondes.

Intérêt pédagogique : Cette activité contribue au bien être des bénéficiaires.

ANNEXE II : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 2

Titre de l'activité : Port d'une chemise à bouton

Effectif : 02 adolescents IMC

Durée : 15 mn

Age : 11 et 13 ans

Lieu : Salle d'éveil « les coccinelles »

Nombre de séances prévues : 13

Période : 1 (15 Avril au 31 Mai 2022)

Niveau d'étude : Non scolarisés

Disposition : Debout face à l'éducatrice

Matériel : Table, trois chaises, trois chemises à boutons.

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné une chemise à boutons, le bénéficiaire doit être capable de se boutonner sans se tromper.

Objectifs spécifiques intermédiaires (OSI): Au terme de cette séquence d'apprentissage, l'enfant doit être capable de :

- 1- Prendre la chemise
- 2- Repérer l'endroit et l'envers de la chemise
- 3- Mettre le bras gauche dans la manche gauche de la chemise
- 4- Mettre le bras droit dans la manche droite de la chemise
- 5- Dresser le col de la chemise
- 6- Ajuster la chemise vers le bas
- 7- Saisir le premier bouton du bas
- 8- L'introduire dans la première boutonnière du bas
- 9- Mettre au moins quatre boutons de la chemise sans se tromper

Mise en train : Nous entonnons un chant « Un petit doigt qui bouge, un petit doigt qui bouge ça suffit pour m'amuser yeh ! Deux petits doigts qui bougent, trois petits doigts qui bougent, ... »

Déroulement de l'activité:

L'activité va se dérouler en trois parties :

1ere partie : Nous présentons le matériel aux bénéficiaires et nous leur annonçons l'activité.

Nous avons ici une chemise et sur cette chemise, nous voyons des boutons, des boutonnières, un col, des manches et une poche.

2eme partie : Nous allons faire la démonstration de l'activité aux bénéficiaires.

Avant de commencer la démonstration de l'activité, nous invitons les bénéficiaires à nous suivre attentivement. Nous prenons la chemise, nous repérons l'endroit et l'envers de la chemise (la bonne face), ensuite nous mettons le bras gauche dans la manche gauche de la chemise, après nous mettons le bras droit dans la manche droite de la chemise, Nous invitons toujours les bénéficiaires à bien nous suivre. Nous poursuivons, nous dressons le col de la chemise, ensuite nous ajustons la chemise vers le bas, nous saisissons le premier bouton du bas de la chemise, nous l'introduisons dans la première boutonnière du bas et enfin nous mettons au moins quatre boutons sans nous tromper.

3eme partie : Nous évaluons les bénéficiaires. Cette évaluation va se faire en neuf étapes :

Etape 1 : Nous invitons chaque bénéficiaire à prendre sa chemise.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire prend sa chemise.

Etape 2 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de repérer l'endroit et l'envers (bonne face) de sa chemise.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire repère l'endroit et l'envers (la bonne face) de sa chemise.

Etape3 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de mettre son bras gauche dans la manche gauche de sa chemise.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire met son bras gauche dans la manche gauche de sa chemise.

Etape 4 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de mettre son bras droit dans la manche droite de sa chemise.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire met son bras droit dans la manche droite de sa chemise.

Etape 5 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de dresser le col de sa chemise.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire dresse le col de sa chemise.

Etape 6: Nous demandons à chaque bénéficiaire d'ajuster sa chemise vers le bas.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire ajuste sa chemise vers le bas.

Etape 7: Nous demandons à chaque bénéficiaire de saisir le premier bouton du bas.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire saisit le premier bouton du bas.

Etape 8 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de l'introduire dans la première boutonnière du bas.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire l'introduit dans la première boutonnière du bas.

Etape 9 : Nous invitons chaque bénéficiaire à mettre au moins quatre boutons sans se tromper.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire met au moins quatre boutons sans se tromper.

Rangement : Nous les félicitons et les invitons à ranger le matériel avec nous.

Retour au calme : Pour observer un moment de silence, nous leur demandons de croiser les bras, de poser la tête sur la table et de fermer les yeux pendant que nous fredonnons une berceuse.

Intérêt pédagogique : Cette activité contribue au développement de ses habiletés manuelles afin d'acquérir son autonomie.

ANNEXE III : FICHE TECHNIQUE D'ACTIVITE 3

Titre de l'activité : Prise de repas

Effectif : 02 adolescents IMC

Durée : 15 mn

Age : 11 et 13 ans

Lieu : Salle d'éveil « les coccinelles »

Nombre de séances prévues : 13

Période : 1 (15 Avril au 31 Mai 2022)

Niveau d'étude : Non scolarisés

Disposition : Assis autour d'une table

Matériel : Une table, trois chaises, un repas, trois cuillères à soupe, trois gobelets d'eau, trois serviettes de table.

Objectif spécifique terminal (OST): Etant donné un repas et une cuillère à soupe, le bénéficiaire doit être capable de le prendre sans se salir.

Objectifs spécifiques intermédiaires (OSI): Au terme de cette séquence d'apprentissage, l'enfant doit être capable de :

- 1- Se mettre à table
- 2- Tenir la cuillère avec le pouce, l'index et le majeur
- 3- Prendre le repas avec la cuillère
- 4- Porter la cuillère contenant le repas à la bouche
- 5- Ouvrir grandement la bouche
- 6- Introduire le repas dans la bouche
- 7- Reproduire les mêmes gestes jusqu'à la fin du repas

Mise en train : Nous entonnons un chant « Maman j'ai faim, donne-moi à manger, maman j'ai faim, donne-moi un gros plat, je veux grandir, grandir comme la girafe, je veux grossir, grossir comme l'éléphant »

Motivation : Les enfants, écoutez nous bien. Hier midi nous étions au réfectoire et nous avons constaté que vos camarades se salissent en mangeant. Leurs vêtements étaient tachés de sauce, il y avait des grains de riz sur eux et partout dans le réfectoire. Ils étaient très sales. Nous sortons une cuillère à soupe de notre sac et demandons aux bénéficiaires ce que s'est ? Ils répondent : c'est une cuillère. Ensuite nous leur posons la question suivante : A quoi la cuillère sert-elle ? Réponse des bénéficiaires : la cuillère sert à manger. Ensuite nous leur demandons: Qui sait comment tenir une cuillère pour manger ? Ils

répondent : « Moi ». Alors nous leur disons ceci : Aujourd'hui, nous allons apprendre comment prendre le repas sans se salir.

Déroulement de l'activité :

L'activité va se dérouler en trois parties :

1ere partie : Nous présentons le matériel aux bénéficiaires et nous leur annonçons l'activité.

Nous allons vous présenter le matériel qui sert à prendre le repas à table. Voici une cuillère, elle est composée d'une partie longue, mince et plate (la manche) que nous tenons entre les doigts et d'une partie ovale et creuse (cuilleron) qui sert à prendre la quantité du repas que nous voulons. Le repas en lui-même est composé de riz accompagné de la sauce légume au poulet. Ici nous avons un gobelet d'eau que nous allons boire après avoir de manger et des serviettes de table pour se nettoyer la bouche.

2eme partie : Nous allons faire la démonstration de l'activité aux bénéficiaires.

Nous nous mettons à table, ensuite nous tenons la cuillère entre le pouce, l'index et le majeur, pendant ce temps nous invitons les bénéficiaires à suivre l'activité. Nous prenons la quantité de repas que nous voulons avec la cuillère, ensuite nous portons la cuillère contenant le repas à la bouche, pendant ce temps nous ouvrons grandement la bouche, ensuite nous introduisons la cuillère contenant le repas dans la bouche et enfin, nous reproduisons les mêmes gestes jusqu'à finir le repas et nous invitons chaque bénéficiaire à venir faire l'expérience.

3eme partie : L'éducatrice évalue les bénéficiaires. Cette évaluation va se faire en cinq étapes :

Etape 1 : Nous invitons les bénéficiaires à se mettre à table.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire se met à table.

Etape 2 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de tenir sa cuillère entre le pouce, l'index et le majeur.

Réaction attendue : Le bénéficiaire tient sa cuillère entre le pouce, l'index et le majeur.

Etape 3 : Nous invitons chaque bénéficiaire à prendre le repas avec sa cuillère.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire prend le repas avec sa cuillère.

Etape 4 : Nous demandons à chaque bénéficiaire de porter sa cuillère contenant le repas à sa bouche.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire porte sa cuillère contenant le repas à sa bouche.

Etape 5 : Nous demandons à chaque bénéficiaire d'ouvrir grandement sa bouche.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire ouvre grandement sa bouche.

Etape 6 : Nous demandons à chaque bénéficiaire d'introduire le repas dans sa bouche.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire introduit le repas dans sa bouche.

Etape 7 : Nous invitons chaque bénéficiaire à répéter les mêmes gestes jusqu'à finir son repas.

Réaction attendue : Chaque bénéficiaire répète les mêmes gestes jusqu'à finir son repas.

Rangement : Nous les félicitons et les invitons à ranger le matériel avec nous.

Retour au calme : Pour observer un moment de silence, nous leur demandons de croiser les bras, de poser la tête sur la table et de fermer les yeux pendant que nous fredonnons une berceuse.

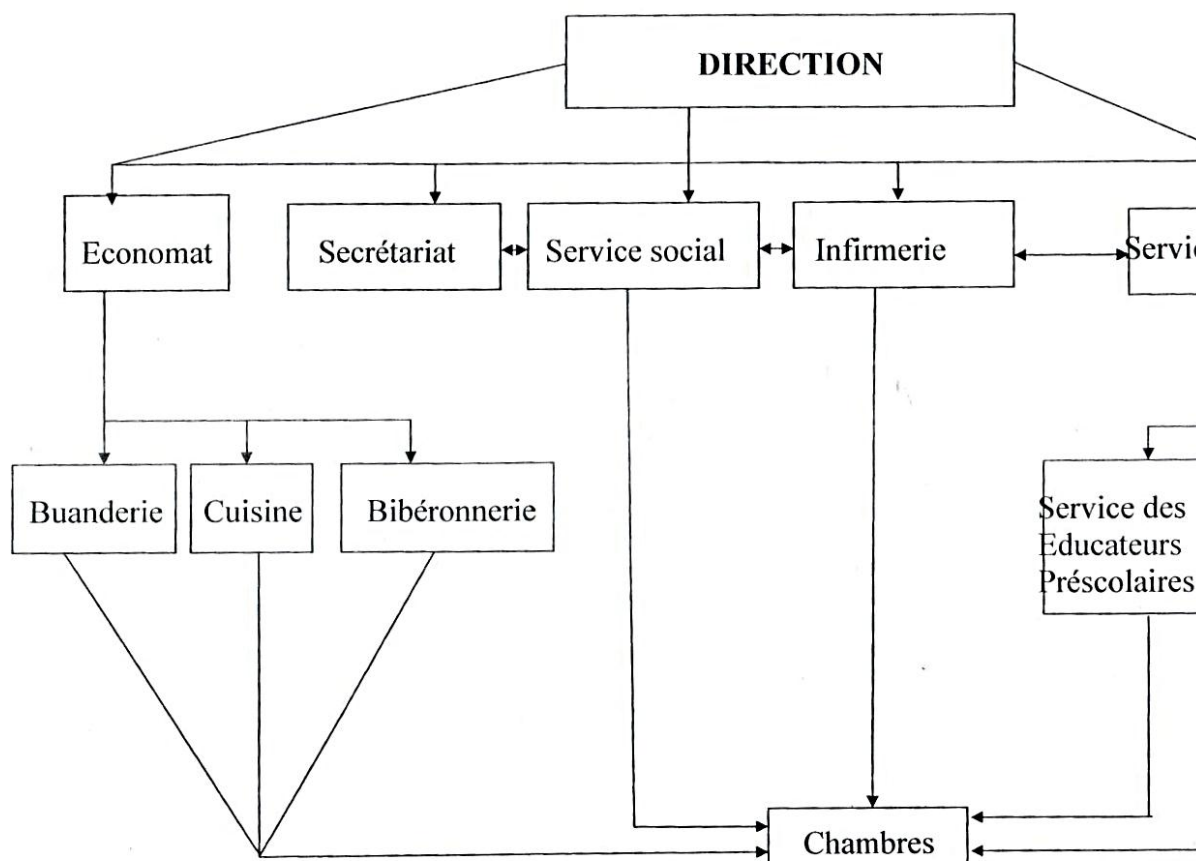
Intérêt pédagogique : Cette activité permet aux bénéficiaires d'adopter de bonnes attitudes pendant la prise de repas.

ANNEXE IV : Tableau récapitulatif du personnel de la pouponnière

STATUT	EFFECTIF
FONCTIONNAIRES	27
Conseillère d'Education Préscolaire (Directrice)	01
Assistant Comptable (Econome)	01
Assistante Sociale	02
Secrétaire Assistant de Direction	01
Infirmière	01
Médecin Pédiatre	01
Maître d'Education Spécialisée	03
Educateur Préscolaire	01

Educateur Préscolaire Adjoint	07
Adjoint Administratif	01
Agent de Bureau	01
Agent d'Hygiène	03
Auxiliaire Sociale	02
Chauffeur	01
Proposé Interministériel	01
Agent contractuel	35
Virgile	04

Source : Direction

ANNEXE V : Organigramme de la pouponnière**ORGANIGRAMME DE LA POUPONNIERE DE YOPC**

**ANNEXE III : TABLEAU DE REPARTITION DES PENSIONNAIRES
PAR TYPE DE HANDICAP**

Type de handicap	Nombre
Déficient intellectuel	15
Déficient intellectuel +Autisme	01
Déficient intellectuel + Hémiparésie	02
Déficient intellectuel +Autisme + Handicap physique	01
Déficient intellectuel + Surdité partielle	01
Infirmitt Motrice Cérébrale (IMC)	12
Handicap Psychique	10
Handicap psychique + difficultés oculaires	01
Handicap physique	02
Handicap mental + Nanisme	01
Total	46

Source : Dossier des enfants en situation de handicap

ANNEXE IIIII : PHOTOS DE QUELQUES ACTIVITES



PRISE DE REPAS



PORT DE CHEMISE A BOUTON

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	II
Dédicace.....	III
REMERCIEMENTS.....	IV
RESUME	VII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	X
INTRODUCTION	I
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE.....	III
CHAPITRE 2 : ELABORATION DU CADRE D'ANALYSE	XIII
2.1- ANALYSE DU CADRE D'INTERVENTION	XIII
2.2- DIAGNOSTIC	XVII
2.2.1- Observations générales:.....	XVIII
2.2.2- Observations spécifiques	XX
2.2.3- Analyse des observations.....	XXIV
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'INTERVEN	XXXI
3.1- PRESENTATION DU PROJET D'INTERVENTION	XXXI
3.1.1- Plan d'action du projet.....	XXXV
3.1.2- Plan d'exécution du projet	XXXVIII
3.2- POPULATION D'ETUDE ET GROUPE DE TRAVAIL	XLI
3.2.1- Population d'étude	XLI
3.2.2- Population cible	XLI
3.2.3- Groupe de travail	XLI
3.2.3.1- Critère de choix du groupe de travail	XLI
3-2-3-2. Caractéristiques des membres du groupe de travail.....	XLII
3.2.3.3- Renseignement familiaux	XLIV
3.2.3.4- Anamnèse des membres du groupe de travail.....	XLIV
3.2.4- Evaluation des acquisitions des bénéficiaires en début de projet.....	XLVI
3.3- TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE LA RECHERCHE.....	XLVII
3.3.1- Techniques de collecte des données	XLVII
3.3.2- Outils de collecte des données	XLIX
3.4- EXPERIMENTATION OU PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES	L
CHAPITRE 4 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	LVI
4.1- BILAN PARTIEL DES ACTIVITES DE LA PREMIERE PERIODE	LVII
4.2- BILAN PARTIEL DES ACTIVITES DE LA DEUXIEME PERIODE.....	LXVI

4.2.3- Synthèse des grilles d'observation de l'activité 3.....	LXXI
4.3- TABLEAUX SYNOPTIQUES DES RESULTATS OBTENUS SUR LES DEUX PERIODES.....	LXXIII
4.4- EVALUATION DES ACQUISITIONS DES BENEFICIAIRES EN FIN DE PROJET.....	LXXVII
CHAPITRE 5 : PROJET DE SUIVI.....	LXXIX
5-1. EVALUATION DES RESULTATS POSITIFS	LXXIX
5-2. INSUFFISANCES LIEES AUX RESULTATS.....	LXXX
5-3. SUGGESTIONS.....	LXXX
CONCLUSION.....	LXXXI
BIBLIOGRAPHIE.....	LXXXII
ANNEXES.....	I
TABLE DES MATIERES	XVII