

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia**  
**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**  
**Département des Sciences Sociales**



**Mémoire de fin de cycle**  
**En vue de l'obtention du diplôme de Master**  
**Option**  
**Psychologie clinique**  
**Thème**

**L'agressivité chez les adolescents  
porteurs de Trisomie 21**

*Etude de six cas réalisée au niveau du centre psychopédagogique  
d'inadaptés mentaux de Bejaia.*

**Réalisé par :**

M<sup>lle</sup> DAMICHE Lynda

M<sup>lle</sup> OUARI Naima

**Encadré par :**

Mr MEBAREK

**Promotion : 2017/2018**

## Remerciements

Nous tenons à remercier le dieu qui nous à donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

Au terme de ce travail nous tenons à exprimer nos vifs remerciements et notre profonde gratitude a M<sup>r</sup> MEBAREK .de nous avoir encadré et pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Notre profonde gratitude et mes plus vifs remerciements à tous ceux qui ont accepté d'examiner et juger notre modeste travail.

Nous remercions également tous le staff administratif et pédagogique de centre. Nous remercions aussi les enfants trisomiques.

Nous tenons à remercier M<sup>lle</sup> MESSOUAF Massiva la psychologue du CPP de Bejaia pour ses conseils, ses orientations et son aide remarquable.

Un grand merci à nos familles pour leurs soutiens aussi bien moral que financier et pour leurs sacrifices.

Finalement, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

# Dédicace

On dit souvent que le trajet est aussi important que la destination.

Les cinq ans de maîtrise m'ont permis de bien comprendre la signification de cette phrase toute simple. Ce parcours, en effet, n'est pas réalisable sans défit et sans soulever de nombreuses questions pour lesquelles les réponses nécessitent de longues heures de travail.

Je tiens à la fin de ce travail à remercier **ALLAH** le tout puissant de m'avoir donné la foi et de m'avoir permis d'arriver jusqu'à la.

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et immense joie que je dédie ce modeste travail.

✚ A mes très chers, respectueux et magnifiques parents **OUARI**

**Ferhat et KEFKEF Taouas :**

A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien morale et source de joie et de bonheur, celui qui s'est sacrifié pour me voir réussir : mon père.

A la lumière de mes jours ; la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, et mon bonheur : maman.

✚ A mes chers frères **LOTFI, HAMID, HAMZA, HICHAM, RACHID.**

Mes chers frères que j'aime beaucoup, qui m'ont toujours soutenue et aidé tout au long de ce projet.

✚ A mes chères sœurs **NORA, TAKLIT, SYLIA**

En témoignages de l'attachement de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

✚ A tous les membres de la famille **OUARI** petits et grands.

✚ A mes chers amis : **YAMINA, KARIMA, MANEL, ZOUINA, SYLIA, TINHINAN, HAKIM et MEHDI.**

✚ A ma binôme **LYNDA** et tout sa famille.

**NAIMA**

## Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en signe de respect :

-A la personne devant laquelle tous les mots de l'univers sont incapables d'exprimer mon amour et mon affection qui est ma mère que dieu la protège.

-A mon chère père pour son sacrifice, son amour et son encouragement que dieu le protège.

-A mes chères frères : Hansi, Rayane.

-A mon fiancé Fares qui m'a guidé et soutenu durant toutes mes années d'étude, et toute sa famille.

-A mes chère amies : Ilham, Meriem, Kenza, Nabila, sans oublier les autres.

-A ma binôme Naima et toute sa famille.

-A tous mes oncles et mes tantes.

-A toute ma famille pour l'amour et le respect qu'ils m'ont toujours accordé.

**Lynda/D**

# Table des matières

Introduction générale .....	12
I-choix du sujet .....	15
II-la problématique .....	15
III-formulation des hypothèses .....	20
IV-définition des concepts clé .....	20

## Partie théorique

### Premier Chapitre : l'agressivité

Introduction.....	24
1-distinguons et clarification les concepts : « agression », « agressivité » .....	24
1-1-l'agression .....	24
1-2-la violence.....	24
1-3-l'agressivité .....	24
2-les divers types d'agression.....	25
3-les deux fonctions de l'agression.....	26
4-les modèles d'approches de l'agressivité.....	27
4-1-le <b>modèle</b> psychanalytique.....	27
4-2-le modèle éthologique .....	27
4-3-le modèle socio cognitives .....	28
4-3-1-la théorie bio psychosociale .....	28
4-3-2-l'approche interactionniste.....	29
4-4-théories traditionnelles des comportements agressifs .....	29
4-4-1-théorie biologique .....	29
4-4-2-théorie de l'apprentissage social .....	30
5-l'agressivité comme une énergie vitale.....	30
6-Les facteurs de risque des comportements agressifs.....	31
6-1-les prédispositions.....	31
6-1-1-l'hyperactive.....	31
6-2-la structure familiale : interactions sociales précoces, style parental et fratrie .....	31
6-2-1- interaction sociale précoces et agressivité.....	32
6-2-2-Maltraitance et agressivité .....	32
6-2-3- style parental, instabilité familiale et agressivité .....	33
6-2-4-fratrie et agressivité .....	34

6-3-le contexte sociétal.....	35
6-3-1-le groupe de pairs.....	35
6-3-2-télévision et agressivité.....	35
7-l'agression est -il héréditaire .....	35
8-les origines développementales de l'agressivité .....	36
9-Distinguer l'agressivité normale des troubles de comportements .....	37
10-les causes de l'agressivité.....	37
11-les manifestations d'une personne agressive .....	38
Conclusion .....	39

## **Deuxième Chapitre : handicap et trisomie 21**

Introduction.....	41
1-la définition de le handicap mental.....	41
2-Etiologie du handicap mental .....	41
2-1-les facteurs organiques.....	42
2-2-les facteurs psychologiques.....	42
2-3-les facteurs environnementaux .....	42
3-la trisomie 21 .....	42
3-1-historique .....	42
3-2-Définition de la trisomie 21 .....	44
3-3-les origines de la trisomie 21.....	44
3-4-incidence de la trisomie 21.....	45
3-5- la santé de l'adulte trisomique.....	45
3-6-différentes forme de trisomie 21 .....	46
3-6-1-la trisomie 21 libre et homogène.....	46
3-6-2-la trisomie 21 en mosaïque .....	47
3-6-3-la trisomie 21 par translocation.....	48
3-7-les caractéristiques de l'adolescent trisomique .....	48
3-7-1-les signes physiques.....	48
3-7-2-les signes biologiques .....	49
3-8-Les différents aspects de la vie des adolescents trisomiques .....	49
3-8-1-aspect intellectuel .....	49
3-8-2-aspect sociale.....	50
3-8-3-habilité sociales .....	51
3-8-4-aspect affectif.....	51
3-9-Diagnostic de la trisomie 21.....	52

3-9-1-critère physique .....	53
3-9-2-critère psychomoteur .....	53
3-10-la prise en charge des adolescents trisomiques .....	54
3-10-1-la prise en charge médicale .....	54
3-10-2-la prise en charge kinésithérapique .....	55
3-10-3-la prise en charge psychomotrice .....	55
3-10-4-la prise en charge psychologique .....	56
3-10-5- la prise en charge orthophonique .....	57
3-10-6- la prise en charge éducative .....	57
Conclusion .....	58

## **Partie pratique**

### **Troisième chapitre : méthodologie de la recherche**

Intruduction.....	61
1-présentation du lieu de stage .....	61
1-1-Un tableau qui comprend les répartitions des enfants.....	62
1-2-centre psychologique pour enfants handicapés mentaux Bejaia.....	63
1-3-la répartition des enfants de centre .....	64
1-4-les fonctions du centre .....	64
2-la pré enquête .....	65
3-la démarche de la recherche et les outils d'investigation .....	66
3-1-la démarche méthodologique .....	66
3-2-la méthode utilisé dans notre recherche.....	67
3-2-1-la méthode clinique.....	67
3-3-les outils de la recherche .....	67
3-3-1-l'observation clinique .....	68
3-3-2-l'entretien clinique.....	69
3-3-3-le guide d'entretien .....	70
3-3-4-D'application de guide d'entretien.....	71
3-3-5-l'échelle de TSAB .....	72
4-le groupe de recherche et les caractéristiques .....	72
4-1-les critères de sélection de groupe de recherche .....	72
5-le déroulement de la recherche.....	73
Conclusion .....	74

## **Quatrième chapitre : présentation, analyse des résultats**

Introduction.....	77
1-Présentation et analyse des résultats des six cas .....	77
2-traduction des résultats qui correspond à chaque cas selon le questionnaire de TSAB,et les entretiens .....	78
3-Discussion des hypotheses .....	89
Conclusion .....	92
Liste bibliographique	
Annexes	



## Liste des figures

<b>Figure n°1</b> : Distribution normale du chromosome 21 .....	47
<b>Figure n°2</b> : Distribution anormale de chromosome 21.....	47
<b>Figure n°3</b> : Trisomie 21 par translocation .....	48

## Liste des tableaux

<b>Tableau n°1</b> : tableau récapitulatif des différents types d'agressions.....	26
<b>Tableau n°2</b> : tableau qui comprend les répartitions des enfants .....	63
<b>Tableau n°3</b> : tableau qui représente la répartition des enfants au niveau du centre selon l'âge, le sexe et la nature du handicap, Année scolaire.....	65
<b>Tableau n°4</b> : tableau récapitulatif des cas de notre étude.....	74
<b>Tableau n°5</b> : tableau qui représente le centre psychologique pour enfants handicapés mentaux Bejaia.....	64

# **Introduction**

## **Générale**

### **Introduction générale :**

L'adolescence représente un passage entre deux états de l'enfance à l'âge adulte.

Cette période de grande fragilité où se rejouent différents stades déjà vécus dans la petite enfance. Mais également un mouvement des idéalizations des parents qui plonge l'adolescent dans une perte de repères, ces changements physiques entraînent le jeune dans une désorganisation passagère.

Le début de l'adolescent chronologiquement associé au démarrage de la maturation pubertaire, se situe vers l'âge de 11-12 ans et son achèvement vers l'âge de 18 ans. Terme qu'il convient de retenir même si les limites sont floues entre la fin de l'adolescent et le statut de jeune adulte, en effet les transformations biologiques et psychosociales propres à l'adolescence sont accomplies vers l'âge de 18 ans, bien que le développement se poursuit au delà dans d'autres domaines et selon d'autres modalités.

Le handicap est un élément qui fait partie de notre vie, chaque jour l'être humain se retrouve confronté à des situations qui le bloquent et le paralysent. Le handicap désigne la limitation et l'incapacité de la personne à entrer en interaction avec son environnement, menant à un stress et à des difficultés morales, relationnelles, intellectuelles et physiques et variables en fonction des contextes (sociétaux, humains, technique, juridiques...etc.).

Parler du handicap nous fait penser à la trisomie 21 qui reste un obstacle ou un point noir pour certains surtout pour les parents d'un adulte trisomique. Dans la mesure où l'aide proposée à la personne atteinte de trisomie 21 sont essentiellement éducatives et rééducatives.

L'agressivité c'est le centre de débats, dans les institutions scolaires et socio éducatives, est un sujet quotidiennement abordé par les médias en raison d'une flambée de l'agressivité.

L'étude des comportements agressifs pose le problème d'une difficulté se situant de la définition et de la classification puisque ces comportements sont très hétérogènes dans leurs finalités et leurs conditions de milieu, alors il y a un différent contexte généraux au l'agression prend place et elle varié en intensité selon la motivation des individus tout individu dispose d'une énergie physique

et psychique et des forces pour trouver dans son environnement. Les éléments nécessaires à son besoin, ces forces désignées par la motivation.

Pour y parvenir, l'étude sera organisée en deux parties théoriques et parties pratique et subdivise en quatre chapitres :

D'abord on doit Saisir le cadre générale de la problématique, les hypothèses, les raisons et les objectifs de choix de thème, la définition des concepts opérationnels et les études intérieures.

### **-le premier chapitre :**

Réservé par la variable de l'agressivité, les différentes définitions de l'agressivité, les divers types de l'agressivité, des modèles d'approche de l'agressivité, et les facteurs risque des comportements agressifs et les cause de l'agressivité.

### **-le deuxième chapitre :**

Concerne le « handicap et la trisomie 21 », ou nous allons cerner les aspects lies à la trisomie 21.

### **-le troisième chapitre :**

La méthode et technique utilisée, l'échantillon d'étude la définition et application, les outils de recherche et échelle, présentation de terrain et le déroulement de l'enquête.

### **-le quatrième chapitre :**

Décrit la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Et enfin on a conclut notre étude avec une conclusion général.

# **Problématique et hypotheses**

## **I-Le choix de sujet :**

Le choix de notre sujet de recherche s'est dessiné assez rapidement au fur et à mesure par ce qu'aujourd'hui de nombreux travaux publics portent sur la question de la trisomie tout en montrant les difficultés rencontrées par les enfants et leurs parents dans la vie quotidienne. Donc on s'est intéressé à ce handicap à fin :

- D'avoir et d'acquies des connaissances sur ce sujet.
- Ce sujet pourra nous aider dans notre carrière professionnelle.
- Par l'envie de comprendre mieux l'adulte trisomique.
- Décrire le plus Objectivement possible la réalité d'une tranche d'adultes trisomique qui souffre de ce handicap.
- Connaitre le vécu quotidien des adolescents trisomiques qui manifeste des comportements agressifs.

## **II-La problématique :**

Selon Stéphane Bourcet, l'adolescent présenté comme l'avènement de développement de l'enfant est surtout de grand bouleversement corporel intellectuel et psychique, la finalité est de permettre à l'enfant de devenir un adulte, structuré, adapté et responsable, (Stéphane Bourcet, 2003, p 93).

Le terme handicap désigne l'incapacité d'une personne à vivre et agir dans son environnement en raison de déficiences physiques, mentales ou sensorielles, il se traduit la plupart de temps par des difficultés de déplacement, d'expression ou de compréhension chez la personne adulte.

Le mot « handicap » vient de terme anglais handicap la main dans le chapeau en référence à un jeu pratique au XVI<sup>ème</sup> siècle en grande Bretagne qui consiste à échanger des liens à l'aveugle dont la valeur est contrôlée par un arbitre qui assure l'égalité des chances entre les joueurs, cet anglicisme a ensuite engendré le substantif « handicap » qui apparaît officiellement dans les textes de loi français en 1957 le plus souvent accolé au mot « travailleur » puis poursuit sa métamorphose en se déclinant en « personne handicapée », par la suite, il est appliqué au monde de l'hippisme pour désigner la volonté d'imposer des

## Problématique et hypothèses

---

Difficultés supplémentaire aux meilleurs jockeys afin de rétablir l'équilibre des chances entre concurrents.

C'est seulement à partir de 1980 que le terme handicap est associé aux individus dans l'incapacité d'assurer un rôle et une vie sociale normale de fait de déficience, L'OMS (l'organisation mondiale de santé) y a ensuite rajouté l'aspect social que cela implique afin de mieux prendre en compte les facteurs environnementaux. Car ce qui crée la situation de handicap au final, c'est bien un environnement inadapté et non plus la déficience elle-même c'est pourquoi aujourd'hui nous parlons de « personne en situation de handicap ».

Cette dimension sociale est focalisée en 2005 avec la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». (<http://information.handicap.fr>), le 03-04-2018.

Dans cette période de 1754 ans on constate que le handicap n'avait aucune connotation d'infériorité au contraire celui dont les performants étaient déplacés celles des autres était handicapées, c'est en 1980 que Philippe Wood a transformé radicalement la vision du handicap en les définissant comme : « un désavantage dont est victime une personne pour accomplir un rôle social normal du fait de sa déficience ou de son incapacité. » désormais il concerne les plus faibles. (Cécile-12 juillet 2012).

L'OMS adopte en 1980, sa première classification internationale des handicapés (CIH) s'appuie à l'origine sur les travaux du Dr ph. Wood et elle distingue ainsi les termes suivants : la déficience et d'incapacité comme un désavantage social, pour un individu. Cette première classification de L'OMS ne prenait cependant pas en compte l'influence de l'environnement comme facteur contributif ou handicap. À ce sujet le Québec a contribué internationalement à inclure la notion que le handicap ne provient pas uniquement des caractéristiques de la personne. Mais également d'un environnement physique et social qui empêche le développement de l'autonomie de la personne. En 2001 après plusieurs discussions internationales sur le concept du handicap, L'OMS a adopté la classification internationale du fonctionnement du handicap et de santé (CIH) nommée aussi (CIF) définie le handicap comme « le résultat de l'interaction des caractéristiques de santé personnelles de l'individu et des facteurs environnementaux ».



## Problématique et hypothèses

---

Selon l'OMS les enquêtes épidémiologiques estiment que 15% à 20% des enfants présentent une incapacité.

En 2004 l'OMS a estimé pour une population mondiale de 6,5 Milliard de personnes près de 100 millions de personnes sont gravement handicapés 20% des personnes les plus pauvres dans les pays les plus pauvres ,98% des enfants handicapés ne fréquentent pas l'école ,30% des enfants des rues sont des enfants handicapés (Yvon d'abbé et All. (2010), p 55-56).

En Algérie la situation est plus grave, en 2012 on avait arrêté leur nombre à plus de 2 millions dont 40% de ces handicapés sont des handicapés moteur, alors que le handicapé lié à la compréhension soins et à la communication arrive en deuxième position avec prévalence de 32% de l'ensemble des handicaps suivi de handicap visuel de 24%. (<http://www.ouestribune>) le 05-04-2018.

Toutefois le handicap représente un domaine vaste et diversifié utilisé largement dans tous les domaines (social économique, physique, médical, etc.) Afin d'apporter une aide au profit des personnes en situation d'handicap et de les accompagner vers une éventuelle insertion dans le milieu social et professionnelle.

La trisomie 21 est aussi connue sous le nom de « syndrome de Down » cette appellation est reliée au médecin John Langdon Down. En 1866 Down la décrit comme une maladie qui associe des anomalies morphologiques particulières et une déficience mentale. C'est la découverte d'un chromosome 21 surnuméraire par J. le jeune en 1959 qui a permis de déterminer l'étiologie de cette maladie, son incidence est de 1 enfant sur 660, le risque de survenue est directement lié à l'âge de la mère, il augmente fortement après 45 ans dans des cas exceptionnels, la trisomie peut être liée à un facteur génétique familial (lorsque un membre de la famille est lui-même trisomique, ou lorsque une grossesse précédente a été touchée par cette anomalie). toutefois il est important de savoir que la plupart des enfants présentant, une trisomie 21 naissent dans une famille qui ne représente aucun facteur de risque. (Henriotte, Blochall, 1992, p, 807).

En Algérie, son incidence est de 1 cas sur 1000 naissances, selon un recensement établi par l'association nationale des enfants trisomiques, en Algérie le nombre d'enfant atteint de la trisomie 21 est de 80.000 cas. La même source indique que parmi les enfants qui naissent chaque jour, aux moins 3 cas présentent les symptômes de la trisomie 21 « ANET, 2012 ».

## Problématique et hypothèses

---

Donc la trisomie 21 est une anomalie qui fait partie de la catégorie des déficiences mentales selon DSMIV elle est caractérisé par un « fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne 70 et au dessous qui s'accompagne par une limitation significatif de fonctionnement adaptatif dans au moins deux secteurs d'aptitudes, parmi ceux-ci communication, les soins personnels, les compétences domestique, habilité sociale utilisation des ressources communicative, autonomie ,santé et sécurité aptitude scolaires fonctionnelles, loisir et travail, qui se manifestent avant 18 ans.(Lussein, Flessais, 2009, p 454).

Sur le développement des compétences langagières et mimiques.

En effet les études longitudinales et transversales menés Randers et collègue 1999 de montrent une amélioration significative en lecture et en écriture avec l'âge.

D'après Lacombe et Brun (2008) les sujets porteurs de la trisomie 21 traitent mieux les informations visuelles, que les informations auditives (D, Lacombe, V, Brun, 2008, p 23).

L'agressivité est une disposition parement à s'engager des conduits d'agression réelles on fantasmatique deux aspects peuvent distinguer une agressivité bénigne ou la combativité s'exprime par la compétition et créativité (RolondDoron, Françoise, Parrot p, 22).

Pour pierre Dolo l'agressivité est fondamentale chez toute être vivant elle montre chez les animaux, et chez les hommes, l'agression est Liée a l'instinct, cette agression dans son sens fondamentale permet a l'organisme d'employer ce qui l'entoure pour satisfaire les besoins essentiels de sa vie. (Pierre Dolo, 1973, p83).

En psychologie le terme d'agression recouvre toute forme de comportement ayant pour but d'infliger un dommage à un autre organisme vivant lorsque ce dernier est motivé par le désir de ne pas subir un traitement pareil. (Faranehpahlavan, 2002, p5).

Donc l'agressivité est un phénomène très complexe, fondamentale pour toute être vivant liée à l'instinct, l'étude de comportement agressif pose le problème d'une difficulté situant de la définition de la classification puisque les comportements sont très hétérogène.

## Problématique et hypothèses

---

Pour Tremblay et les collaborateurs (2000), la question de l'origine de la violence chez l'adulte ramène à un débat fort ancien entre deux idéologies de la nature humaine.

La première et celle de Rousseau, affirme que l'homme est naturellement bon à la naissance et que seul son contexte social est susceptible de pervertir, plus récemment Bandura (1973) affirmait que l'être humaine ne venait pas au monde agressif mais qu'il devenait par apprentissage. La sélection naturelle amène l'organisme vivant à se doter des stratégies d'agression pour survivre, se reproduire et établir leur statut social, car l'environnement naturel et social est souvent hostile (Roger Fontaine, 2003, p 21).

L'agressivité est fréquemment mise en parallèle avec la notion d'instinct de survie qui désigne une nécessité première d'assurer la survie et l'ensemble des actions sur l'environnement extérieur. Loborit (1983) distingue trois formes d'agressivité : prédatrice (innée), de compétition (protection) et défensive (quand la fuite est impossible). (CovolinSohe, 1997, p 16 .Dollard (1939), on met l'accent sur le rôle de la frustration provoquerait des affects pénibles qui induiraient des comportements agressifs, d'impossibilité d'extérioriser, les comportements ou leur inefficacité réduire la frustration, induirait à son tour la résignation et de désespoir, et éventuellement la crise de violence.

D'autre part (Bekouity 1984, 1988), dans une perspective cognitive considèrent que l'agressivité est une réaction aux événements à valeur négative (Joqueconsnior, 2006, p 53).

Smith, Twemlons et Hooren 1999 ont cherché sur les résultats d'un programme guérissant avec des catégories d'enfant qui sont classé comme des agressifs, victime et des enfants normaux.

Les résultats ont visés à la réussite du programme en diminuant le quitte de l'école et l'amélioration de l'entourage d'enseignement pour les agressifs et leurs victimes, comme elles sont montré que les enfants agressifs et leurs victimes font partie des familles qui souffrent de désordre, de divorce et de séparation (NaifaKattani et Mouna Soraya, 2009, p 73).

Et pour étudier les comportements agressifs, les psychologues et les éthologues utilisent l'observation directe qui a connu une réussite surtout pour les éthologues, à la suite des travaux pionniers de Konrad Lorenz (1969) et l'expérimentation mesurant traditionnellement l'agressivité d'un sujet par sa

propension à dispenser des chocs électriques à une victime. Les travaux ont le pas à l'étude du jugement émis par un individu, afin de mieux comprendre les mécanismes mentaux sous-jacents à l'élaboration de ses comportements agressifs.

Notre recherche consiste à enquêter et à approfondir sur la question de l'agressivité chez les adolescents porteurs de trisomie 21 :

**Est ce que les adolescents trisomiques ont une tendance à l'agressivité ?**

### **III-Formulation de l'hypothèse :**

A fin de répondre a la question de notre problématique, on a formulé l'hypothèse suivante :

#### **-hypothèse 1 :**

-les adolescents trisomiques manifestes des comportements agressifs observables.

### **IV-Définitions des concepts clés :**

#### **1-1-définition de l'agressivité :**

Pour nombre de psychologue, l'agressivité est étroitement liée à la frustration : un enfant empêché de jouer boude ou trépigne de colère, même le médecin, note avec Humour Freud, peut être inconsciemment agressif à l'égard de certains malades qu'il ne peut guérir.

L'agressivité chez l'enfant est le plus souvent du à une insatisfaction profonde, consécutive à un manque d'affection ou à un sentiment de dévalorisation personnelle. (Norbert s, 2003, p12).

#### **1-2-définition de la trisomie 21 :**

C'est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes. (Norbert , Sillamy, 1980, p 1202).

## **2-l'opérationnalisation des concepts :**

### **2-1-l'agressivité :**

C'est un trouble de conduite, il s'agit d'une façon d'être en conflit avec quelqu'un et encore, c'est de faire du mal à autrui soit physiquement ou psychologiquement.

L'adolescent agressif c'est celui qui :

-se bat et donne des coups de pied.

-utilise des paroles hostiles visant à insulter, mettre en colère autrui.

-cherche à courser du tort à quelqu'un en répondant des rumeurs à son sujet, dans le but de le rabaisser ou de l'exclure du groupe.

### **2-2-la trisomie 21 :**

La personne atteinte de trisomie 21 est une personne qui présente un retard mental et des signes cliniques très nets qui diffèrent d'une personne normale, ces signes se caractérisent par :

-un visage rond et aplati.

-yeux bridés et écartés.

-un nez petit et retroussé.

-langue volumineuse.

- des malformations cardiaques et digestives.

-ces enfants sont de petite taille.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I :**

# **L'agressivité**

**Introduction :**

Les comportements agressifs sont des scripts en mémoire à long terme que l'individu n'a pas appris à inhiber durant son enfance et ils sont activés très fréquemment des les situations sociales. Dans ce cadre, l'agressivité apparait comme un trait de personnalité, c'est-à-dire comme une composante stable dans la manière dont l'individu répond aux contextes sociaux.

**1-Distinguon et clarification des concepts:  
«agression», « agressivité»****1-1-l'agression :****-Selon le grand dictionnaire de la psychologie:**

« Comportement adapté avec l'attention de faire mal à l'autrui, physiquement au psychologiquement » (j.christophe tamisier.1999, p.151).

-Aussi l'agression peut être définie comme : « un comportement destiné à blesser intentionnellement un autre individu ». (lourent bègue, 2010,p.08).

**1-2-la violence :**

-le terme violence provient du latin « violentia »qui signifié force impétueuse. Abondante au excessive .le verbe apparenté « violare »implique clairement l'idée de transgression c'est-à-dire d'excès par rapport à norme André 1994 .p.13).

**-selon le grand dictionnaire de la psychologie :**

« Force brutale qu'un être impose à autre prouvent aller jusqu'à la contrainte exercé par l'intimidation ou la terreur »elle est aussi représentée par « toute les conduites agression qu'un sujet plus fors physiquement oui moralement fait subit à un plus faible ». (J.christophe tamisier,p.151).

**1-3-l'agressivité :**

-Agressivité →étymologie : vient du latin agrandi dont l'étymologie aggre di dont l'étymologie ad-gradi signifié « marcher vers »désigne une notion floue .une tendance à l'attaque en passant par une hostilité envers autrui « pierre glivier, 2001, p.10 ».



**-selon le grand dictionnaire de la psychologie :**

« Tendence à attaquer autrui ou tout objet susceptible faire obstacle à une satisfaction immédiate». (Idem, p151).

**2-les divers types d'agression :**

Arnold .buss(1916) à définie trois dimension caractérisant l'agression :

- 1)-physique –verbale ; l'agression est exprimée par des gestes ou des paroles.
- 2)-active-passive (elle correspond à une action positive que l'individu. Omet volontairement de réaliser.
- 3)-direct-indirecte (la victime est physiquement présent ou absente).

La combinaison de ces trois dimensions permet de définir 8 types d'agressions différentes.les types sont expliqués dans le tableau suivant. (lourent bègue ;2010 ;p.9).

<b>Active</b>	physique	directe	Attaquer quelqu'un en utilisant une partie du corps (pieds, dents) ou une arme (couteau, pistolet)
		indirecte	Voler ou endommager des biens, piéger quelqu'un engager un assassin
	verbale	directe	Critiquer, désobliger, maudire, menacer quelqu'un
		indirecte	Propager des rumeurs concernant qu'elle qu'un
<b>passive</b>	physique	directe	Empêcher qu'el qu'un d'atteindre son but
		indirecte	Refuser de s'engager dans une activité d'exécuté une tache
	verbale	directe	Refuser de parler à quelqu'un de reprendre aux questions
		indirecte	Refuser d'acquiescer de défendre quelqu'un lorsqu'il injustement mise en couse

**Tableau récapitulatif des déférents types d'agression.**

### **3-les deux fonctions de l'agression :**

On distingue classiquement deux fonctions du comportement agression : l'agression hostile (ou réactive) et l'agression instrumentale (ou proactive).

**-l'agression hostile :** vise essentiellement à infliger une souffrance ou à cause du tort à l'autrui. Elle est généralement associée à des émotions hostiles comme la colère.

**-l'agressions instrumentale :** représente en revanche un comportement par lequel l'attaque d'autrui est perpétrée dans un but qui n'est pas prioritairement agressif, par exemple un dessein d'acquérir un bien matériel (lourent bègue, 2010, p.11/12).

#### **4-les modèles d'approches de l'agressivité :**

L'agressivité est un phénomène complexe qu'on ne peut essayer de comprendre que si on l'aborde de façon pluridisciplinaire.

##### **4-1-le modèle psychanalytique :**

Freud a proposé deux modèles successifs de l'agression :

Le premier en 1905, la considérait comme une réaction aux frustrations empêchant la satisfaction libidinaux, ultérieurement notamment dans malaise dans civilisation (1929) il a mis en avant ce qu'il désignait comme un instinct de mort (thanatos) complémentaire d'Eros et dont le ressort ultime était l'autodestruction de l'individu. Selon Freud confrontée à l'énergie libidinale, l'énergie propre à l'instinct de mort serait dirigée vers l'autrui sous forme d'agression et permettrait ainsi à l'individu sa propre survie par l'intermédiaire de l'agression d'autrui. (Idem, p.40).

C'est dans son livre « au-delà du principe de plaisir » que S, Freud introduit la notion de pulsion de mort, instinct de mort qui investit l'objet et le moi comme la libido et qui représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique ainsi dans le cadre des pulsions de mort. la notion de pulsion de mort est loin d'être acceptée par l'ensemble des psychanalystes, Mais elle est à la base de l'élaboration de la doctrine kleinienne Mélanie Klein admet l'existence primitive de sentiments d'amour et de haine qui se livrent un combat dans l'esprit de l'enfant à la suite de K-Abraham, cet auteur met en valeur chez le nourrisson le besoin de mordre de dévorer, lorsque la satisfaction lui font défaut au stade orale de la succion, il est recherchera au stade orale de la morsure.

Pour M. Klein, au nombre des factures qui sont d'une importance fondamentale pour la dynamique des processus psychique, on doit placer non seulement la polarité, mais aussi l'interaction des instincts de vie et de mort. (J.De A juriaguerra ,1980 p.466'-467).

##### **4-2-le modèle éthologique :**

Lorenz(1969) considérait l'agressivité comme l'expression d'un instinct de combat que l'homme partagerait avec de nombreux autres organismes vivants. cet instinct se serait développé au cours de l'évolution en raison de ses nombreuses fonctions adaptatives : dispersion des populations animales sur une

aire géographique afin d'assurer au maximum les ressources alimentaires, facilitation de la reproduction sélection des meilleurs sujets et établissement des hiérarchies nécessaire dans toutes société .selon Lorenz, des schémas de comportement seraient associé à un potentiel énergétique spécifique et interne génère spontanément par l'organisme. Cette énergie s'accumulerait régulièrement, et l'agression chez l'homme comme chez l'animal serait fonction de la quantité d'énergie accumulée et de la présence et de l'importance de stimuli déclencheurs dans l'environnement immédiat de l'organisme. Plus la quantité d'énergie accumulé augmenterait, plus faible serait le stimulus nécessaire au déclenchement de comportement .ce modèle hydraulique expliquerait également que dans le cas d'une importance accumulation d'énergie, on pourrait assister à des agressions spontanées dites dysfonctionnelle il s'agirait du comportement de soumission et des manifestations de douleur de la part de la victime. Selon Lorenz deux facteurs contribuerait à ce que l'agression soit particulièrement fréquente chez l'humain. L'homme en tant que agresseur développe des armes sophistiquées dont il peut ne pas voir les effets sur la victime, et deuxièmement, en tant que victime, ne s'engage que rarement dans les actes d'apaisement régulateurs chez l'animal. Ces points sont évidemment importants : les recherches expérimentales démontrent qu'une forte distance physique entre agresseur et une victime Constitue un important facteur de facilitation pour l'agresseur. (idem, p.40-41).

#### **4-3-le modèle socio cognitives :**

Elle se compose de deux théories :

##### **4-3-1-la théorie bio psychosociale :**

Selon cette approche, c'est l'interaction de multiples facteurs (biologique physiologique mécanisme d'apprentissage et expériences sociales) qui serait à l'origine d'un comportement d'agression ( G un Mosely, Resnick karp,alavi arnold, et Gur,1995,Th ornhil et al.1992) l'évolution des espaces est ici considérée comme un facteur de continuité de l'agression ,intra-espèce et inter-espèces, selon les tenants de cette approche, les facteurs génétique, hormonaux et neuronaux joue un rôle dans le contrôle de l'agression mais l'activation et le mode d'intervention de ces facteurs dépend de l'apprentissage et du contexte sociale de leur expression.

Des centres nerveux précis gèrent les émotions fondamentales dans la colère. Les tenants de cette approche supposent néanmoins l'existence d'une certaine

flexibilité au niveau du système nerveux. C'est alors la relation dynamique entre les différents centres ainsi que la relation entre ses mêmes centres et l'environnement qui seraient à l'origine des changements spécifiques au niveau du système nerveux (bandler et keay 1996, panksepp, 2000, siegel et Schubert, 1995).

Donc l'apprentissage de comportement agressif serait assuré par le conditionnement classique, et le déterminisme biogénétique hormonal on à aussi l'éducation qui à un rôle important dans le contrôle de l'agression au fil des étapes du développement (pahlavan frazaneh 2002, p, 11).

#### **4-3-2-l'approche interactionniste :**

L'approche « interactionniste » de l'agression est inspirée de l'analyse aristotélicienne du lien entre la colère et l'agression, met l'accent sur le rôle des concepts d'intention et de motivation dans les conduites agressives. Un acte intentionnel est un acte qui implique une attente dans la poursuite d'un but proximal valorisé, l'agression serait alors choisie comme une action qui porte dommage à la cible.

Donc selon cette approche l'agression est d définie comme un comportement utilisé pour influencé les actes, et protéger l'identité social elle la considère comme une conséquence normal d'une relation interactionnelle conflictuelle ainsi elle explique la colère perçue comme une émotion. (Idem, 11).

#### **4-4-théories traditionnelles des comportements agressifs :**

Elles se composent de deux théories qui sont :

##### **4-4-1-théorie biologique :**

D'après cette théorie l'agression serait une modalité génétiquement déterminée du comportement des organismes dans un but de protection de l'espèce contre les changements dans le milieu.

La conception biologique du comportement agressif l'interprète comme le résultats de l'activation de centres de contrôle ou de substrats nerveux particuliers pour sous tendre les différents types de comportement agressif, donc elle explique les comportements agressifs selon le critère ; les théories s'inspirant d'une conception biologique empruntent deux orientation différentes, la première considère l'agression renvoi à des origines internes

spontanées. La deuxième comme étant la réponse à la perception d'un stimulus externe. La première conception insiste sur les mécanismes pulsionnels et le rôle de certains événements dans l'environnement immédiat.

Pour certains auteurs l'agressivité serait due à l'accumulation d'énergie dans le système nerveux et quand cette énergie est consommée le comportement cesserait, l'expression de l'agression serait suivie diminution cathartique de l'énergie et un nouveau cycle recommencerait. Donc cette conception le comportement agressif est une notion unitaire et unidimensionnelle (Idem,p.104).

#### **4-4-2-théorie de l'apprentissage social :**

La théorie de l'apprentissage sociale et une théorie à la fois cognitive et associationniste, les processus impliqués dans l'apprentissage de l'agression sont identiques aux processus dans l'apprentissages comportements sociaux selon Bandura (1973) le fondateur de cette théorie la frustration qui en gendre l'agression est le résultats de l'acquisition et l'apprentissage avec les liens associatifs et l'observation d'autrui d'après cette réaction agressive peut être modulée par des caractéristiques neurophysiologique. Des facteurs génétiques hormonaux, caractéristiques physiologique ...etc. toutes ces dernières influent l'agression de l'individu.

Selon bandura l'acquisition de comportement agressif qui se produit par l'intermédiaire et l'importance de renforcement des actes agressif qui manifeste dans l'augmentation de ces comportements.

D'autre résume l'apprentissage de l'agression par le processus premièrement d'observation ou l'agent socialisant pris comme modèle : familial, subculture, et symbolique, le deuxième veut dire l'apprentissage médiatisé, et ce type d'acquisition dépend des caractéristiques individuelles. (Idem, p102,10)

#### **5-l'agressivité comme une énergie vitale :**

A la naissance le petit d'homme possède déjà une énergie brute, vitale certes mais nom civilisée.

Dés que le petit à les habiletés motrices pour le faire, c'est à dire vers l'âge de 8ou 9 mois, il tire les chevaux et tape sur les autres .quand il sait se tenir debout et marcher, il vole très volontiers le jouet des autres et donne des coups de pied à ses camarades, très tôt, il crie sa colère adaptée à certains ce et lance des objets.

L'agressivité est normale : c'est une pulsion de vie adaptée à certains contextes. Ainsi, les cris les pleurs d'un bébé affamé sonnent l'alarme et lui permettent d'assouvir ses besoins. Lorsqu'elle reste dans certaines limites cette énergie vitale assure notre survie, elle nous permet de nous affirmer et d'atteindre nos objectifs. L'éducation ne vise donc pas à éliminer cette énergie mais bien à la canaliser et à la rendre utile. L'agressivité se présente donc la première année de vie, mais elle se désapprend au fur et à mesure que l'enfant découvre comment exprimer ses besoins et ses frustrations dans le respect de soi des autres (sylvie bourcier, 2008, p11).

## **6-Les facteurs de risque des comportements agressifs :**

### **6-1-les prédispositions :**

#### **6-1-1-l'hyperactive :**

L'hyperactivité est un trouble du comportement qui se manifeste essentiellement par deux symptômes, une agitation ou une activité incontrôlée et permanente, et une incapacité à maintenir son attention dans une tâche. Ces deux traits de tempérament lorsqu'ils sont observés dès les premiers mois de la vie, seraient selon certains auteurs, des précurseurs de trouble comportementaux. En particulier à l'adolescence, l'hyperactivité a été identifiée dans de nombreuses recherches comme un facteur de risque très important pour des problèmes d'adaptation sociale. Des études longitudinales ont été conduites sur des périodes de 4 à 14 ans avec des enfants.

Les résultats sont convergents, et tous les auteurs concluent que l'hyperactif est un facteur de risque prépondérant pour le développement de comportements agressifs chroniques de conduites sociales et de délinquance.

#### **6-2-la structure familiale : interactions sociales précoces, style parental et fratrie.**

La structure familiale est le creuset de la socialisation de l'enfant. C'est une évidence générale. De nombreux spécialistes évoquent une transmission intergénérationnelle de la violence, selon cette hypothèse, de nombreux individus agressifs grandiraient dans une ambiance familiale violente et auraient eux, même tendance à se comporter agressivement avec leurs propres enfants. La question posée est : quel est le mode de fonctionnement d'une famille qui représente un facteur de risque pour l'enfant ?

**6-2-1- interaction sociale précoces et agressivité :**

Une structure familiale se définit par la nature (agressive sécurisante, dominatrice, affectueuse, etc.) des interactions sociales qui se tissent entre ses membres. Depuis les célèbres travaux de John Bowlby (1969), une importance considérable est accordée aux premières relations sociales, en générale entre le nourrisson et sa mère, communément appelées « attachement » Bowlby à proposé un modèle théorique proche de celui issu des célèbres travaux harlow (1958-1969) conduite sur les interactions précoce entre la mère et son bébé, en rupture avec la théorie de l'étayage, proposée par son Freud, selon la quelle les premières relations mère-enfant sont d'abord de nature alimentaire et seulement ensuite sociale, la théorie de l'attachement considère que les premières relations sont sociales, le nourrisson humain, comme ses cousins simiesques ,recherche le contact permanent avec une personne sécurisante, en générale se mère même si certains chercheurs pense que plus d'attachement, c'est d'attachements multiples dont il faudrait parler, en particulier avec le père. la chaleur, l'intimité et la stabilité de ce premier lien sont d'une importance fondamentale pour la santé mentale de l'individu et son bon développement psychologique, cognitif et social, Bowlby (1953-1973) considère que la période entre 6 mois et 3 ans est cruciale, mais il serait abusif de parler d'une véritable « période critique » au sens strict des éthologistes, les effets de la séparation ou d'une mauvaise relation durant cette période sur le devenir de l'enfant sont, selon Bowlby, nuisible voire catastrophique.

**6-2-2-Maltraitance et agressivité :**

Parmi les modes d'attachement anxieux aux effets les plus catastrophiques sur la vie de l'enfant, les situations de maltraitance méritent une attention particulière. Elles recouvrent un ensemble varié de situations éducatives qui ont toute pour point commun essentiel d'avoir un effet gravement nuisible sur le fonctionnement psychologique de la victime. Les enfants négligés peuvent être distingués des enfants abusés. Les premiers sont privés d'affection et d'attention éducative de la part de leurs parents et particulièrement de leurs mères : ils vivent une véritable situation de carence affective.les secondes subissent des violences physique au sexuelles, les abus physiques se définissent comme une utilisation intentionnelle par un adulte de la force ou harcèlement d'enfants ou d'adolescents dans des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas et pour les quelles ils ne peuvent pas donner leurs consentements. Ces différentes formes de maltraitements ne sont exclusives l'une de l'autre, un



paramètre important est la durée de la maltraitance. Elle peut être chronique et devenir le cadre social permanent de l'enfant ou épisodique et n'apparaître que lors d'une période de temps restreinte.

### **6-2-3- style parental, instabilité familiale et agressivité :**

#### **-style parental :**

Les recettes pour bien éduquer son enfant font depuis toujours l'objet de nombreux débats qui travaillent avec des enfants connaissent la difficulté de parler à des parents de leurs enfants, la plupart d'entre eux sont convaincus de bien-fondé de leur mode éducatif ou de leurs styles parentaux, il est très difficile d'admettre pour beaucoup d'entre nous que les problèmes de nos enfants sont liés plus ou moins directement à nos façons d'être avec eux, Lautry (1980) a conduit une recherche très approfondie sur les liens entre l'ambiance familiale et le développement intellectuel et social. Il apparaît que les familles trop rigides et trop laxistes ont un effet néfaste sur le devenir de l'enfant alors que celles qui offrent un cadre chaleureux, structuré, source de découverte et d'expérimentation favorisent un développement harmonieux et performant. Ces considérations sont confirmées par la plupart des autres études.

#### **-instabilité familiale :**

Parmi les styles parentaux particuliers, ceux liés aux situations de divorce et de reconstitution familiale méritent une attention particulière. L'effet du divorce sur les enfants est fonction de leur âge et du climat social entre les parents qui a précédé et accompagné la séparation (conflictuelle ou conciliante). Dans ce jeu, certains sont gagnants, certains sont perdants, certains sont survivants. Selon Hetherington (1988), les enfants les plus petits ne comprenant pas les événements, les enfants d'âge moyen appréhendent mieux la situation et développent souvent un syndrome de réconciliation, désir ardent que les parents se réconcilient et les préadolescents éprouvent souvent de la honte et de la colère en considérant qu'ils sont oubliés dans la prise de décision de leurs parents. Les études longitudinales des effets du divorce sur les comportements sociaux des enfants donnent des résultats complexes et parfois contradictoires. Hetherington a étudié l'effet à moyen terme du divorce sur le développement d'enfant appartenant à 144 familles de l'état de Virginie aux États-Unis, la moitié des enfants vivaient avec leur mère et l'autre moitié avec leurs deux parents. Une année après la séparation, la majorité des enfants évoluant dans un contexte monoparental témoignait de détresse émotionnelle et de troubles du

comportement. Deux ans après le tableau s'étaient aggravés ; Les problèmes les plus importants consécutifs au divorce sont les conditions antisociales et agressives qui provoquent souvent à l'école une attitude de retrait et un rejet de la part des camarades de classe, L'effet à long terme est plus complexe.

#### **6-2-4-fratrie et agressivité :**

La structure familiale ne peut pas se réduire aux relations entre l'enfant et ses parents, le style parental a aussi un effet sur la nature des relations entre les frères et sœurs. Le style autoritaire et hostile envers les enfants semble favoriser le développement d'interactions hostile dans la fratrie qui seraient favorable à l'apparition de conduite asociales et agressives.les interactions entre frères et sœurs apparaissent aussi comme un facteur important. La nature de cette influence a été étudiée par un certain nombre d'auteurs. D'eux modèles théoriques apparaissent dans la littérature. Le premier propose par Patterson (1984), est intitulé « la fratrie comme chef pathogènes » .les frères ou les sœurs aînée.

Fourniraient des modèles d'apprentissages de conduites antisociales. Le processus reposerait sur l'observation par le cadet de relations familiales coercitives entre son frère ou la sœur aînée et ses parents. Elles seraient un renforcement négatif des conduites antisociales en particulier à l'extérieur du cercle familial.

Le seconde modèle théorique, que l'on doit à Rowe et Gulley (1992), est intitulé « partenaire dans le crime ». Il stipule que les ressemblances comportementales entre les frères ou les sœurs sont dues à des renforcements positifs et non à l'observation de modèles coercitifs et négatifs. L'enfant éprouverait un attrait pour son aîné et le prendrait pour modèle. Cet attrait serait conditionné par la chaleur et la complicité de la relation. Dans ces deux approches théoriques, L'enfant prend pour modèle un membre de sa fratrie du même sexe, les différences entre ces deux approches peuvent se réduire dans une perspective développementale. Durant l'enfance, l'expérience de modèles coercitifs et de relation fraternelles hostiles créerait les bases de tendance antisociale à l'adolescence qui pourraient alors être amplifiées par un attrait positif vis-à-vis des comportements du frère aînée. L'hostilité céderait la place la complicité au cours du développement des relations.

**6-3-le contexte sociétal :**

L'existence de facteurs de risque d'origine familiale n'est pas contradictoire avec celle de contextes sociaux favorisant le maintien et le développement de conduites agressives. Ces dernières doivent se construire selon un ensemble de processus interactifs et cumulatifs entre des prédispositions de tempérament et un certain type d'environnement.

**6-3-1-le groupe de pairs :**

Selon Youniss(1980), les relations entre pairs se construisent sur une forme de réciprocité qui favorise le développement de l'empathie et la construction d'une réalité sociale partagée. Elles représentent un véritable terreau sur lequel peut fructifier une constellation d'expériences sociales nécessaires à l'acquisition de comportement d'ajustement social comme le degré avec lequel l'enfant recherche le contact avec d'autres camarades, avec lequel il s'engage dans des comportements pro sociaux et avec lequel il inhibe les comportements hostiles et asociaux. La pro socialité s'exprime à travers des conduites de coopérations, de négociation, de compréhension des rôles sociaux, de la capacité à comprendre les intentions d'autrui et d'intégrer les normes sociales. En bref, de bonnes relations avec les pairs apparaissent comme un contexte social très favorable à la socialisation et à l'inhibition des comportements agressifs.

**6-3-2-télévision et agressivité :**

Parmi les causes sociales de la violence, la télévision tient une place particulière, elle est devenue aux yeux de certaines associations d'une véritable adversaire. Elle est souvent accusée de détruire le dialogue familial, d'abêtir nos chères têtes blondes qui verraient leur intérêt pour l'école baisser à profil des programmes télévisuels, de provoquer des troubles du sommeil et enfin d'être un véritable vecteur de violence. Les scènes très fréquentes de délits, d'agression, de guerre provoqueraient la construction de schémas mentaux que nous aurions tendance à reproduire dans notre vie réelle. La surconsommation de télévision inciterait, particulièrement chez les adolescents à une confusion entre la fiction et la réalité. (Roger Fontaine 2003, p,41 ,70).

**7-l'agression est t'il héréditaire :**

Des facteurs génétiques ont été évoqués pour expliquer les comportements agressifs et dangereux chez certains individus, Mason et Frick (1994) résument une analyse portant sur douze recherches avec des jumeaux et trois avec des

enfants adoptés en affirmant qu'il existe un facteur héréditaire « modéré » dans l'apparition des comportements anti sociaux. Cette conclusion est confirmée par d'autres travaux. Dans les recherches analysées par Mason et Frick (1994) l'influence de l'hérédité est inférée à partir de tendance statistiques. Le problème apparait beaucoup plus complexe quand il s'agit de déterminer le support biologique. Dans les années 1960, certains chercheurs américains avaient affirme que les comportements criminels étaient de génération en génération sous forme de traits de personnalité selon les lois de la génétique. (Roger-Fontaine, 2003, p, 22).

### **8-les origines développementales de l'agressivité :**

Depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, les scientifiques s'appuient souvent sur les données des statistiques criminelle pour postuler que c'est durant l'adolescence et le début de l'âge adulte que les êtres humain commettent le plus de crimes agressifs. Récemment de nombreux chercheurs du développement de l'enfant ont réalisé des études adoptant des devis longitudinaux avec de grands échantillons d'enfant suivie de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte dans différentes pays afin de comprendre les racines multidimensionnelles de l'agressivité au cours de l'enfance.

-Premièrement, les chercheurs de ces études révèlent que l'agressivité physique envers les autres commence à augmenter significativement entre le 9<sup>eme</sup> et le 48<sup>eme</sup> mois après la naissance de l'enfant. C'est études indique par ailleurs que la plupart des enfants d'âge pré scolaire utilisent l'agressivité physique semble être normative et adaptative jusqu'à l'âge 4 ans pour la majorité des enfants.

-deuxièmes, et ce contrairement à la courbe de l'âge relie au crime expliquée précédemment, de récent résultats mettent en lumière que les enfants semblent d'abord avoir une tendance développementale à l'agressivité physique pour ensuite utiliser d'autres choix plus adaptatifs en fonctions du stade développementale .les récentes études longitudinales mettent en évidence que l'âge de pointe de l'agressivité physique ne situe pas à l'adolescence ni au début de l'âge adulte, mais plutôt durant la petite enfance et l'âge prés scolaire, ou plus précisément entre 24 et 42 mois après la naissance de l'enfant, pour ensuite diminuer régulièrement jusqu'à l'âge pré adolescence et l'adolescence.

Certains auteurs suggèrent que le développement des fonctions exécutives c'est –adire l'ensemble des fonctions cognitive incluant la capacité

d'autocontrôle et l'inhibition du comportement, raisonnement abstrait, la résolution de problème, la planification et l'organisation de l'autorégulation des émotions et des stratégies cognitives, permettant de différer la gratification serait responsable du déclin de l'agressivité physique après 24 mois, d'autres suggèrent qu'avec le développement du vocabulaire expressifs entre 24 et 48 mois de vie, l'agressivité physique diminue tandis que l'agressivité verbale semble augmenter.

-troisièmes, bien que la grande majorité des enfants utilisent de mois en mois l'agressivité physique entre la maternelle et la sixième année, une minorité d'enfant et de jeunes sont agressifs de façon chronique au cours de leur développement et sont responsable pour plus de la moitié des crimes. Ces études fournissent des données qui indiquent que les adolescents et adultes qui sont agressifs était auparavant des enfants agressifs. (Sébastien Normand et Al, 2009, p23, 24).

### **9-Distinguer l'agressivité normale des troubles de comportements :**

L'agressivité dite « normale » est celle qui se manifeste chez les petits d'âge préscolaire parce qu'ils n'ont pas encore appris à utiliser des stratégies pacifiques pour résoudre leurs conflits, à réguler leurs émotions ou à se servir de comportements adaptatifs de recharge à l'agressivité. Ils n'ont pas encore développé les habiletés sociales qui leur permettront d'interagir de façon positive avec leur entourage. On explique leurs gestes agressifs par leur maladresse sociale, leur immaturité neurologique, leurs habiletés langagières à peine émergentes et leur capacité naissante à intégrer les interdits. Les chercheurs s'entendent pour dire qu'au cours du développement ce qui distingue les manifestations agressives normales des conduites agressives dites « anormale » ou « atypiques » c'est la fréquence et la gravité des symptômes. On parle donc de conduites agressives atypiques chez les enfants d'âge préscolaire qui déclenchent des bagarres, intimident, utilisent des objets pour blesser les autres. Ces agissements nuisent à leur développement. Ils se montrent incapables de vivre des relations positives avec leurs compagnons, ils agressent leurs parents. On peut également s'inquiéter de la violence exercée sur des animaux et de certains gestes de structures comme mettre le feu. (Idem p, 13, 14).

### **10-les causes de l'agressivité :**

Un individu peut adopter un comportement agressif pour les raisons suivantes :

- besoin de territoire : besoin d'espace vital, d'intimité.
- besoin de communiquer : façon de parler, ton de la voix, attitudes...peuvent provoquer des tensions et des réactions agressives.
- besoin dignité d'estime de soi : besoin d'être respecté par les autres.
- besoin de sécurité : besoin de se sentir protégée et de protéger ceux qu'on aime.
- besoin d'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions d'avoir le contrôle sur sa vie.
- besoin d'avoir le temps nécessaire : besoin d'évoluer à son propre rythme, sans être bousculé ni presse par les autres.
- besoin d'identité : besoin de conserver ses liens (on ne le compare pas à quelqu'un d'autre).
- besoin de confort : besoin d'être libre de douleur physique ou émotionnelle.
- besoin de propriété : besoin de conserver ses biens.

Quand un besoin n'est pas satisfait, la personne devient frustrée.

Elle peut alors l'exprimer, mais si elle en est incapable, elle va agir, elle risque alors de passer à l'acte en frappant, criant, en essayant de faire peur ou d'impressionner... quoi qu'il en soit, c'est toujours une grande souffrance que va faire que la personne se désorganise ainsi. (Alex Tromont, 2013, p, 11).

### **11-les manifestations d'une personne agressive :**

Quelles sont les manifestations qui peuvent faire penser qu'une personne est potentiellement violente /agressive ?

- ton de voix saccadé.
- regard fixé. Menaçant (battement de paupières) au regard fuyant.
- dilatation des pupilles.
- utilisation d'insultes, de menaces, de sarcasmes.
- agitation, mouvements saccadés, apparition de tics.
- pâleur ou augmentation de la coloration du visage.

- raidissement des membres, serremments des mâchoires, tremblements.
- postures menaçantes (pointe du doigt, montre les poings).
- tendances à s'approcher.
- consommation d'alcool ou de drogue.
- objets lancés ou jetés par terre.
- soupirs, modification de respiration.
- transpiration.

(Alex Tromont, 2013, p, 09).

### **Conclusion :**

L'agressivité est considérée comme toute chose normale et toute chose un trouble de comportement qui est une réponse à l'inconfort moral ou physique en vers soi des personnes ou objets ou vers la personne lui-même.

# **Chapitre II :**

# **Trisomie 21**



## **Introduction :**

Dans ce chapitre, on définira le terme de la trisomie 21 (syndrome du Down) comme une anomalie chromosomique congénitale provoqué par la présence d'un chromosome surnuméraire pour la 21 paire, ses signes cliniques sont très nets, un retard cognitif est observé associé à des modifications morphologiques particulières. La trisomie 21 suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie et aussi le grand public, depuis le XIX siècle.

## **1-la définition de l'handicap mental :**

Le handicap mental est une incapacité caractérisé par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques. (Yvon L'abbi et Al, 2010, p, 37).

Le handicap mental est un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neurocentrales et intellectuelles, il influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuel, psychoaffectifs et comportementaux. Les atteintes sont sélective. Elles sont irréversible et non pas d'origine génétique directe.

Le handicap mental est un handicap majeur aux étiologies diverses. Chez l'enfant les plus fréquentes sont les troubles de la maturation fœtale, les accidents d'accouchement, les accidents néo-nataux et les maladies des petites enfance méningites, accidents, cérébraux.

Le handicap mental est défini aujourd'hui en termes de QI, selon les évaluations suivantes :

-débilité légère : de 70 à 100.

-débilité moyenne de 40 à 60.

-débilité profonde 40 et moins (Cuillert, Monique(2007).p16)

## **2-Etiologie du handicap mental :**

Trois ordres de facteurs peuvent provoquer une déficience intellectuelle ; ces facteurs interviennent d'une façon isolée dans certains cas mais, le plus généralement, de manière intriquée.

## 2-1-les facteurs organique :

Il peut s'agir d'une lésion cérébrale en relation avec une perturbation du programme génétique (trisomie, syndrome, de l'x fragile) de maladies métabolique héréditaire (phénylcétonurie), de mélodies ou malformation acquise pendant la gestation (rubéoles, toxoplasmose, causes médicamenteuses ou toxique) de maladies ou accidents périet postnataux (grande prématurité, méningite séquelles de convulsions, traumatismes anciens).

## 2-2- les facteurs psychologiques :

la psychanalyse a apporté une contribution décisive dans le compréhension des troubles psychiques et manteaux, en imposant l'idée que leur origine n'est pas nécessairement organique mais qu'elle peut être psychogène et exprimer le mal être du sujet dans un environnement psychologique éventuellement pathogène : « des déficits profond peuvent ne s'accompagner malgré toute les recherches, d'aucune étiologie organique évidente », on décrit ainsi des retards manteaux de personnalités fragiles qui se sont construites sur un mode déficitaire .de nombreux auteurs, parmi lesquels Mélanie Klein ont souligner la dépendance des performances intellectuelles et scolaires de l'ensemble de la personnalité décrivant des inhibitions ou des surinvestissements intellectuel a comprendre comme l'expression des mécanismes de défense mis en place par le sujet.cet aspect d'imbrication des facultés intellectuels dans la construction de la personnalité correspond à l'approche psychopathologique des troubles cognitifs.

## 2-3-les facteurs environnementaux :

Ces facteurs renvoi aux conditions de vie (alimentation, hygiène, situation économique et culturelle..) qui peuvent entraver le développement optimal de l'enfant.<http://handisciences> ,le 26/02/2018 a 13h20

## 3-trisomie 21 :

### 3-1-historique :

Plusieurs précurseurs ont eu le sentiment ,dans la deuxième partie de XIX siècle, de première fois en botanique par von nageli dans la seconde moitié du XIXème siècle .en 1846 le Dr Edouard seguin décrit pour la première fois le visage très caractéristique des individus trisomique, est vraisemblablement le

premier à décrire précisément la trisomie à partir de l'observation de deux adolescents.

En 1866 Seguin en donne une description magistral cette fois il précise son approche et désigne l'affection des enfants observés du nom de « crétinisme furfuracé » cette nomination est purement descriptive. Elle rend compte, d'un part, de l'arriération mentale et d'autre part, de l'aspect desquamé de la peau.

Clément Benda lui rendra hommage pour son génie clinique, il note qu'en peu de mots, Séguin à saisi l'essentiel des traits mongoloïdes.

Dans la même année, le médecin anglais John Langdon Down cherche à mettre au point un classement pertinent des « différentes catégories des lésions congénitales », il donne aussi une description exhaustive. Du syndrome il lui associé son nom, tout en proposant une véritable théorie explicative quant à son origine, liant celle-ci à la race mongole. Cette dernière terminologie à connu un vaste succès qui ne s'est pas encore démenti. la démarche de down avait entrouvert une porte à la curiosité scientifique et à la recherche d'une causalité probante.

En 1882 fut la découverte des chromosomes chez l'être humain par Walther Flemming.

En 1909, G. Shuttleworth déclara que ce syndrome résultait d'un épuisement de l'utérus de la mère, il avait remarqué que le syndrome était fréquent chez les derniers nés de la famille nombreuse. (Jean-adolphe Rondal (2010), p47)

En 1956, nous connaissons le génome humain, il est constitué de vingt deux paires de chromosomes autosomiques, connus aux deux sexes, qui participent à la construction et à l'entretien du corps et de deux allosomes ou chromosomes sexuels XX pour la femme ex XY pour l'homme.

En 1959, trois français, le jeune, M, Gautier et Turpin, découvrent la présence d'un troisième chromosome 21 chez certains sujets. Ils nomment cette aberration chromosomique trisomie 21 et démontrent qu'elle à l'origine du syndrome de Down ou mongolisme.

A partir de cette découverte il suffit d'établir le caryotype d'un individu, c'est-à-dire de visualiser au microscope électronique ses chromosomes après les avoir mis en culture cellulaire amniotique à partir d'un échantillon organique pour poser un diagnostic vers l'année 1966. (Denir, V, (2006), p, 7).

### 3-2-Définition de la trisomie 21 :

Les termes « trisomie », « trisomique » se sont substitués à « mongolisme » « mongolien » avancés par le médecin anglais John Haydon Down 1828-1896 qui s'appuyant sur les caractéristiques mongoloïde du visage d'un groupe particulier d'arrières mentaux. En 1959 fut la découverte d'un chromosome 21 surnuméraire par l'équipe française de J, le jeune, M Gauthier et R, Turpin (Henriette, Bloch, et All, (2011), p, 968).

La trisomie 21 est une aberration chromosomique consistante la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes. (Norbert, Sillamy, (1980), p 1202).

En entend souvent dire que la trisomie 21 est la condition génétique déterminant un degré important de handicap cognitif la plus fréquente. Cela n'est pas tout à fait exact, c'est affectivement l'aberration chromosomique déterminant un handicap cognitif notoire la plus répandue. (jean-adolphe, rondal(2013), p, 16).

La trisomie 21 est donc une condition génétique relative au chromosome 21, ou une série de gènes tri piques déterminent une surproduction de protéines, particulières dans une série de tissus du corps, la quelle provoque les effets pathologiques caractéristique de phénotype des personnes porteuses d'un syndrome dit de Down, (idem, p, 19).

### 3-3-Les origines de la trisomie :

Dans sa forme la plus courante, le mongolisme se caractérise donc par la présence de trois chromosomes 21. En générale l'origine de cette trisomie est une fécondation entre gamète possédant un chromosome 21, et un gamète possède un seul chromosome 21.

Normalement un gamète possède un seul chromosome 21. Dans le cas d'une présence de deux chromosomes 21, on peut expliquer ce défaut par un non-disjonction des chromosomes homologues (lors de la première division de méiose). ou des chromosomes sœurs (lors de la deuxième division de méiose).

Le déroulement est très schématique d'une méiose normale est présente au centre avec de part et d'autres les conséquents de mauvais positionnement des chromosomes.

Au moment de la fécondation, le deuxième gamète apporte un chromosome 21, a une chromatide. Si le gamète formé possède déjà deux chromosomes 21, le zygote en possède alors trois : d'individu est trisomique.

On peut noter que des individus monosémique (un seul chromosome 21), peut être obtenu de la même façon : ces individus sont pas viable et toute fois et donc pas observé a la naissance de translocation qui se produit peu avant la formation du gamète, par complet pendant la gamétogenèse. (Cuillert, M. (2003), p70-108).

### **3-4-incidence de la trisomie 21 :**

L'espérance de vie en 1929 est entre 9 ans et 12 ans. En 1970 l'espérance à augmenté de 18 ans à 20 ans, aujourd'hui l'espérance tourne autour de 60ans a 70ans (Cuillert, M. (2007), p3).

En Algérie, chaque jour parmi les enfants qui naissent, au moins trois cas des bébés présentent les symptômes d'une trisomie 21. 80.000 trisomiques recensés dans toute l'Algérie en 2012. (santé-mag-n°4, mars 2012).

Selon salbreux l'incidence est directement liée à l'âge de la mère, l'âge de la mère est un facteur de récurrence :

- Globalement le risque de trisomie 21 est de 1.2 - 1.5 pour 1000.
- A l'âge de 30 ans est de 1 pour 1000.
- A l'âge de 35 ans est de 1 pour 375.
- A l'âge de 40 ans est de 1 pour 100.
- A l'âge de 45 ans est de 1 pour 50. (Mebarek bouchaalal fatah-(2011), p, 35).

### **3-5- la santé de l'adulte trisomique :**

Il est important de connaître les difficultés rencontrées chez l'enfant trisomique :

L'enfant porteur de trisomie 21 est confronté à :

- une anomalie intestinale appelée maladie d'Hirschsprung se manifestant par une alternance de diarrhée et de constipation.
- un reflux gastro-œsophagien.
- des otites méconnues, une surdité méconnue, une anomalie de conformation de l'oreille externe, bouchon de cérumen, hypo mentalité de la

chaîne des osselets de l'oreille moyenne, trouble fonctionnel et de conformation de l'oreille interne.

- La sphère ORL est souvent impliquée (végétations ou amygdales trop volumineuses).

-Un déficit visuel, une amblyopie (œil non voyant), un trouble de réfraction oculaire (myopie, hypermétropie et astigmatisme), une opacité cornéenne, des pathologies aiguës infectieuses comme la conjonctivite ou les blépharites.

-des troubles or praxiques.

-une forme grave d'épilepsie appelée syndrome de West.

-des pathologies dermatologiques (acrocyanose, chéilitis, eczémas, mycoses, folliculites, psoriasis).

Dans les années suivantes :

-des pathologies auto-immunes et endocriniennes (hypothyroïdie, diabète insulino-dépendant, alopécie).

-une intolérance au gluten (maladie cœliaque).

-une leucémie aiguë ou une anomalie des vertèbres cervicales peuvent être décelées.

-des problèmes de constipation, dus parfois à un dérèglement hormonal mais le plus souvent à un déséquilibre alimentaire et à des difficultés à mastiquer.

-des problèmes de sur poids qui sont fréquents pour les mêmes raisons que les problèmes de constipation. (association AMED, (2013). p, 7).

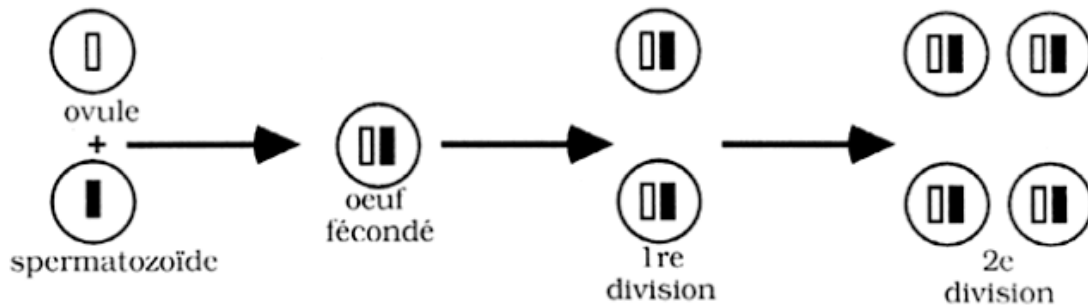
### **3-6-différentes formes de trisomie 21 :**

Il existe trois types d'aberrations chromosomiques dans la trisomie 21 ou bien syndrome de Down (mongolisme) :

#### **3-6-1-la trisomie 21 libre et homogène :**

On l'appelle trisomie homogène et on la qualifie aussi de libre. Dès la première division cellulaire qui suit la fécondation, il se produit une non disjonction chromatique au niveau de la vingt et unième paire. Cette altération est responsable de la présence de trois chromosomes 21 chez l'embryon, des

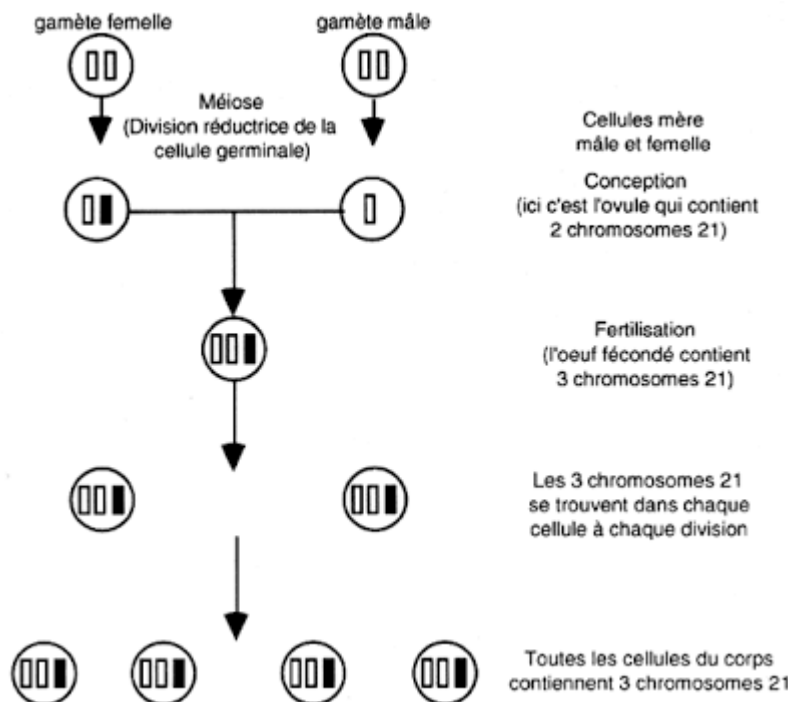
l'origine nous retrouvons ces trois chromosomes tout au long de son développement, dans chacune de ses cellules. Elle est due au hasard : résulte d'un accident, elle est la plus connue et la plus fréquente, représente (94% des cas).



**Figure 1 : distribution normale du chromosome 21 (la trisomie 21 libre) .**

### 3-6-2-la trisomie 21 en mosaïque :

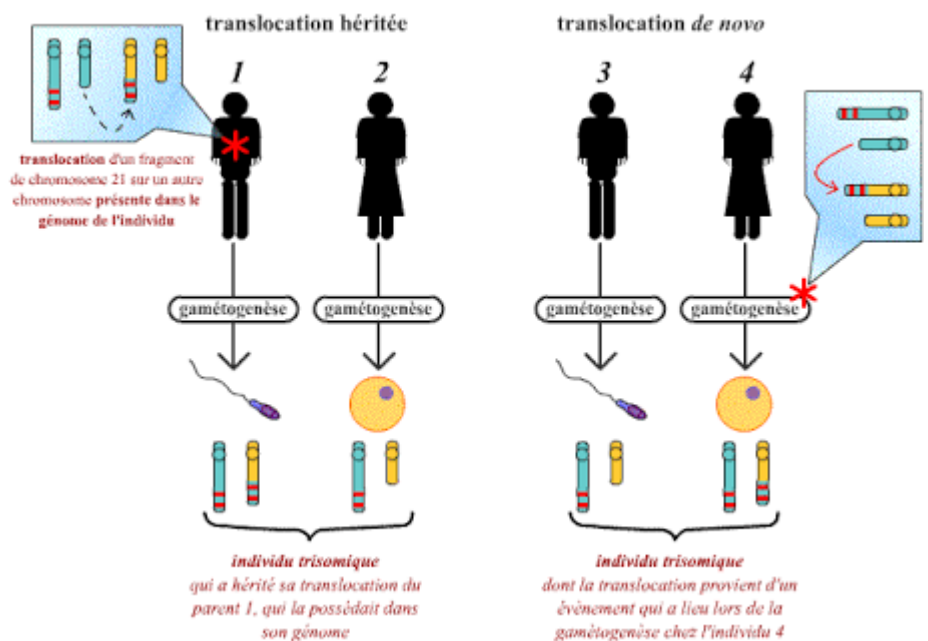
Provoquée par une non-disjonction à n'importe quel moment, intervient un peu plus tardivement au niveau de l'œuf et concerne la deuxième ou la troisième division cellulaire. Quand c'est le cas, seules les cellules issues de la lignée trisomique seront trisomiques. La trisomie en mosaïque est rare et peu étudiée, représente (2% des cas). ( Denir-v-(2006), p08).



**Figure 2 : distribution anormale du chromosome 21(trisomie 21 en mosaïque)**

### 3-6-3-la trisomie 21 par translocation :

L'apparition de la trisomie 21 chez l'enfant n'est pas due à un accident le caryotype d'un des parents recèle une particularité, une partie d'un chromosome 21 est collée à un autre chromosome à la suite d'une translocation. Au moment de la constitution des gamètes, cet autre chromosome entrainera avec lui ce morceau de chromosome 21 ; qui pourra alors se trouver dans le même gamète que l'autre chromosome 21. Dans ce gamète ; il y aura donc une partie du matériel génétique du chromosome 21 présente en double exemplaire. Si ce gamète est fécondé ; en rencontrant le chromosome 21 issu du gamète de l'autre géniteur, il donnera un œuf et donc un enfant trisomique. Alors nous savons maintenant qu'une certaine partie du chromosome 21 en surnombre suffit à induire un syndrome complet. (Denir, V, (2006) .p 08).



**Figure 3 : trisomie 21 par translocation**

### 3-7-les caractéristiques de l'enfant trisomique :

#### 3-7-1-les signes physiques :

- un facies caractéristique avec ouverture palpébrale oblique.
- crane petit et aplati.



- langue saillante.
- les mains ont un seul pli palmaire et de petits doigts.
- yeux et fentes palpébrales.
- taille normale à la naissance (retard de croissance après 4 ans).
- obésité légère et tendance au surpoids.
- Hypotonie.
- la peau apparait souvent marbrée, facilement sèche.
- les cheveux clairsemés, fins et raides.

### **3-7-2-les signes biologiques :**

- malformation cardiaque.
- malformation somatique sont fréquente.
- des anomalies digestives qui touchent les intestins ou l'œsophage.
- malformation oculaire et troubles de l'audition.
- un vieillissement précoce et un risque de maladies néoplasiques.(Canoui, MESSERSCHMITT, p, (1993).p 65).

### **3-8-6-Les différents aspects de la vie des adolescents trisomiques**

#### **3-8-1-aspect intellectuel :**

L'intelligence serait qu'elle est le fruit des interactions entre la personne et son environnement. Toute la complexité biologique de l'être humain se mêle alors à l'environnement dans lequel évolue la personne pour parvenir à produire un être en finalité.

Pour parvenir à fonctionner à son potentiel, le cerveau a besoin de différents matières biochimiques telles que des neurones (on parle d'environnement, 11 millions de neurones d'un système de câblage pour transporter toutes les informations et d'éléments chimiques qui viennent alimenter le tout. On parle d'acides aminés comme la tyrosine et la cystéine des neurotransmetteurs comme la sérotonine du thalamus et de l'hypophyse s'ils sont affectés par un déséquilibre biochimique pourraient en gêner un mauvais fonctionnement du

cerveau c'est donc un réseau fort complexe qui entraîne en jeu lorsqu'il est question des capacités cognitives d'une personne et pas seulement sur le plan biochimique, mais environnemental aussi, à partir de ses analyses Piaget a démontré que « l'intelligence est un équilibre, cet équilibre est le résultat d'une interaction entre le sujet et son milieu, interaction qui est influencée par des caractéristiques de sujet et par celle de milieu. Pour la personne ayant une déficience intellectuelle, son développement suit le même parcours que ce qui a été démontré par Piaget, mais à un rythme plus lent (un adolescent ayant une déficience intellectuelle pourrait prendre plus que deux ans, pour compléter la période sensorimotrice), et chose impotente, ils arrêtés plus tôt. Par exemple pour les personnes ayant une déficience intellectuelle léger d'arrêt du développement produit habituellement au tout début des opérations concrètes, elles peuvent donc avoir de la difficulté. Classifier les informations qu'elles reçoivent de l'extérieur afin de les comprendre, les stocker et éventuellement les utiliser de nouveau pour effectuer un transfert « placées devant un problème légèrement complexe, les personnes reviennent à une pensée préparatoire ». C'est donc cette capacité de faire des liens logiques entre les choses qui leur échappe, surtout lorsque le problème se complexifie. Pour la personne ayant une déficience intellectuelle moyenne, le développement de l'intelligence semble se fixer à la période préparatoire, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle sévère et profonde, l'arrêt se fait souvent à la période sensorimotrice une grande partie des apprentissages. Se font surtout par des initiations et par répétition. (Jean François martin, 2007, p58).

### **3-8-2 aspect social :**

Vivre sans interaction avec d'autres personnes est impensable pour la majorité d'entre nous, l'humain a besoin d'entrer en relation avec ses pairs et le manque d'interaction sur une longue période peut engendrer des troubles cognitifs affectifs, voir médicaux il y'aurait 30% des personnes ayant une déficience intellectuelle qui ne parlent jamais au téléphone de plus d'autres chiffres indiquent que 18% ne socialisent jamais avec leur famille, leur amis, ces d'autres personnes de leur communauté. Un des problèmes donc est de favoriser le plus d'interaction possibles. Ce sont souvent les parents qui doivent se charger de développer ce réseau par la création d'activités.

Habituellement lorsqu'il est question d'un adolescent le problème ne se présente pas toujours mais plus l'écran se creuse entre la personne ayant une

déficience intellectuelle et les autres autour d'elle plus son réseau social a tendance à s'effriter. (Jean François Martin, 2007. p 71).

### **3-8-3-habilité sociales :**

Les habilités sociales ne se limitent pas à des comportements observables comme le fait de bien se comporter au restaurant...etc. mais font aussi référence à la compréhension de soi même et de l'environnement dans lequel on évolue. La personne ayant une déficience intellectuelle a donc sa perception du monde sociale ou elle se trouve et elle réagit en conséquence, on doit faire de façon réaliste, cette création de son monde sociale débute avec les premiers liens d'attachement se déroulera sur plusieurs années, certains chercheurs avancent qu'il pourrait même se poursuivre jusqu'aux années d'école primaire. C'est donc pendant ce processus que l'adolescent apprend à faire confiance à son environnement et aux gens qui l'entourent et à démontrer des habilités sociales.

Pour l'adolescent ayant une déficience intellectuelle ce processus n'est pas déférent certes il faudra être plus rigoureux dans l'encadrement de la personne afin d'assurer que la représentation de son monde sociale soit bien équilibré. De plus il faudra bien offrir beaucoup plus d'occasions de mettre en pratique ses habilités. (Jean François Martin, 2007. p 71).

### **3-8-4-aspect affectif :**

Nous avons tout un concept de soi qui fait référence à la perception que nous avons de nous même. Selon Adler Towne (1998) le concept de soi serait tridimensionnel c'est-à-dire qu'il aurait trois dimensions : le soi personnel (qui représente qui nous sommes vraiment) le soi idéal (qui nous voudrions être) et le soi extérieur (l'image que nous voulons montrer aux autres). Parfois le soi extérieur est en concordance avec le soi personnel mais dans le cas contraire on arrive à porter les « masques », nous portant les masques afin de préserver l'image que nous pensons que les autres ont de nous.

Pour la personne ayant une déficience intellectuelle, le soi extérieur est presque toujours en accord avec le soi personnel. Donc pas de masque.

Le concept de soi a aussi une influence sur la façon dont une personne réagit face aux autres et à la situation.

Il est impossible de ne pas parler de l'estime de soi lorsque on parle d'affectivité, l'estime de soi est en quelque sorte un jugement que l'on porte sur

soi même. Lorsque ce jugement est positif la vie nous semble magnifique car nous croyons en nos capacités et nous apprécions qui nous sommes. En d'autre occasion ce jugement peut être négative et engendrer des souffrances quotidiennes. André et lebord (1999) ont motionné qu'il avait trois parlons essentiels a l'estime de soi. Le premier parler de l'amour de soi qui fait référence a un amour inconditionnel « malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les rêves. Le deuxième perlier touche la vision de soi, qui représente une évolution portée, sur soi-même, et non pas en fonction de la réalité, mais en fonction de l'interprétation que nous lui donnant finalement le troisième perlier concerne la confiance en soi ce qui signifie se sentir « capable, d'agir, de manière adéquate dans les situations importantes ».

On trouve les trois parlons chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, mais les pilions sont fragilisés en raison d'une estime de soi plus faible que celle de la population en général. Il faut donc les aider modifier cette image d'eux même en leur permettant de vivre des réussites .elle vivre plus souvent que d'autre des échecs qui viennent fragiliser leur estime, il ne faut surtout pas croire qu'elle ne sont pas conscients de ce fait.

Une grande majorité des personnes ayant une déficience intellectuelle comprennent bien limites et sont en mesure d'identifier leurs déférences par apport aux autres.

### **3-9-Diagnostic de la trisomie 21 :**

La trisomie 21 resté généralement de diagnostique aisé par l'association d'un retard mentale à un aspect physique assez évocateur.

- A la naissance, le diagnostic est parfois difficiles, toute fois possible, et il l'est toujours dans les cas sévères, surtout dans ceux adolescent des malformations importantes.

Le nouveau né est le plus souvent calme, optiques, pleurant peu avec faiblesse et raucité du cri. Il présente une hyper laxité articulaire, avec hypotonie musculaire.

Le ventre est gros avec salie de l'abdomen en avant par diastasis des musclas droits et sauvent une hernie ombical, la peau est sèche et ragueuse. Les pieds et les mains sont courts avec un signe évocateur, l'existence d'un pli palmaire transverse unique ou plis mien. Diverse mal formation s'associons a ce tableau dysmorphie :

- Cardio-vasculaire : persistance du canal artériel.

- Génitales : types d'agénésie.
- Maladie de hischprung.
- Autres : agressés d'un membre.

-au stade du nourrisson et durant la première en foncé, le diagnostic est facile ,il repose essentiellement sur deux critères incluant tout les deux une notion de retard :

### **3-9-1-critère physique :**

- Retard global sur le plan staturo-pondéral avec microcéphalie et occiput plat.
- Faciles mongoloïde (visage plat, rond, nez petit avec base large, fents palpébrols obliques).
- Petit oreilles sternes peu ourlés.
- Bouche petite avec longue sevotale qui tend a sortir.
- Dent petites, d'apparition retarde et souvent mal implantés.
- Cou court, avec ces de peau sur la nuque.
- Organes géni sternes sous développés.

### **3-9-2-critère psychomoteur :**

Retard global du développement psychomoteur avec un retard ou absence parfois des acquisitions (survie, tenue de tête, position assise, marche, langage, contrôle sphinctérien).une évaluation pertinente chiffé du quotient de développement est souhaitée pour suivre les progrès chez nourrisson et le jeune enfant sortant à la mise en place d'un suivi avec stimulation sensori-motrice.

Dans la seconde enfance, le trisomique reste effectues calme, ludique gou, vif cette particularité de son comportement social fait qu'il sur cite l'attachement et l'affectation de tout l'entourage et reste généralement bien toléré dans le milieu familial et scolaire, certaine troubles du comportement et du caractère peuvent s'observer à cet âge. Trouble a vise classique, mais ils gardent presque toujours un caractère réactionnel a milieu familial ou social rejets intolérant, frustrant.

Sur le plan instrumental, le langage est sauvant pauvre et en référence ou niveau intellectuel, l'articulation est mauvaise et mal acquise, s'applique

pour certain acteurs (lower, schacheter) par l'encombrement chino-pharyngé chronique la compréhension est insuffisante s'appliquant pour une part le retard et les difficultés d'acquisition du langage.

Le déficit de la motricité est très variable, c'est pour le langage mais il suit toujours. Les gestes sont mal coordonnés souvent brusques, la marche acquise tardivement reste bien typique, un peu incertaine toujours les pieds plats. Les perturbations de la motricité sont les conséquences immédiates du retard du développement global et des répercussions morpho-physiologique de l'hypotonie musculaire et de la laxité articulaire.

-De l'enfance à l'âge adulte, le quotient intellectuel n'est pas fixe de manière immuable et peut constamment changer et notamment progresser jusqu'à 20 ans. L'évolution est d'autant plus favorable quand les interférences affectives plus ou moins élaborées par le milieu familial et scolaire sont positives, intervenant tout sur les aspects qualitatifs que quantitatifs du développement cognitif et des acquis intellectuels.

Sur le plan cognitif l'attention est souvent labile, la mémoire des lieux et des chiffres est souvent bonne ; les capacités de compréhension et de jugement sont différemment appréciées, et d'ensemble le complexe des structures perspectives motrices insuffisamment explorées (M, Bowbli, 1984, p 173-178).

### **3-10-la prise en charge des adolescents trisomiques :**

#### **3-10-1-la prise en charge médicale :**

Tout enfant trisomique doit bénéficier de la surveillance médicale proposée pour sa tranche d'âge avec une vigilance particulière dans certains domaines. Le rythme des consultations doit être fréquent chez les petits, mais passé l'âge de trois ans il devient annuel. Un suivi systématique est indispensable en raison des particularités de l'expression de la douleur chez les personnes porteuses de trisomie 21, présentes quel que soit l'âge : l lenteur de réaction, hypotonie, difficulté à dire si et/ ou elles souffrent, à décrire leurs sensations et troubles du langage. En conséquence, là où une personne ordinaire va exprimer une souffrance ou un malaise, l'enfant trisomique, s'exprimera parfois uniquement par une modification ou un trouble du comportement, un repli sur lui-même, une régression des acquis, des manifestations de refus. (Bénédicte, de Fréminville, et al, (2007). p 273).

### **3-10-2-la prise en charge kinésithérapique :**

L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en l'absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de l'hyper laxité.

Le projet est construit et réévalue régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan kinésithérapique.

Il faut solliciter la pratique régulière d'activités physiques qui seront un relais ensuite à la kinési thérapie. Elle est souvent arrêté à l'âge de la marche alors que les bénéfices à la pour suivre sont majeurs sur la tonicité et la motricité globales, la motricité fine. L'acquisition de l'équilibre la tonification bucco faciale. Elle prépare aussi à la pratique régulière d'activités physiques mais il est indispensable de faire régulièrement un bilan moteur et statique pour surveiller l'évolution corporelle et les capacités motrices. (Renaud, T et All, (2011).P18)

### **3-10-3-la prise en charge psychomotrice :**

L'objectif est d'aider l'enfant à percevoir et connaitre son corps pour ses conduites motrices, mais aussi pour ses conduites expressives, ceci en :

-Estimant ses possibilités, et les indice hétérogénéité dans son développement valorisant son potentiel, ses compétences et son désir d'expérience.

-Accompagnant les domaines les plus en retrait afin d'augmenter ses chances d'adaptation.

-Veillant à l'expression des difficultés dans le temps et à leurs implications affectives.

-Identifiant, et prévenant les périodes sensibles lorsqu'il est confronté à des situations sociales ou d'apprentissage qui le mettent en difficulté.

Une attention particulière est portée sur l'adaptation de l'enfant au sein de la collectivité, sa compréhension des situations sociales, de jeux et sa capacité à construire sa place.

Un travail peut être maintenu chez l'adolescent en fonction de ses choix et des demandes particuliers qu'il peut formuler. Soit à partir d'objectifs d'autonomie

que l'adolescent peut formuler, soit sous la forme d'un accompagnement plus global à cette période qui nécessite une réappropriation de l'image du corps qui subit des transformations importantes et qui correspond des souvent à une nouvelle confrontation à la perception de la différence. (Renaud, Touraine, et All(2011).p18)

### **3-10-4-la prise en charge psychologique :**

L'accompagnement psychologique de la personne trisomique s'organise autour de deux axes complémentaires :

#### **-la famille :**

Comme pour tout enfant, elle constitue le cadre primordial de développement de l'enfant trisomique. Des l'annonce du diagnostic (en prénatal ou en postnatal), la famille aura à entamer le cheminement douloureux et souvent long qui lui permettra de se réorganiser pour donner à son enfant trisomique la place qui lui convient dans la structure familiale. Certains dispositifs d'accueil en place par des associations peuvent constituer une aide supplémentaire mais aussi les groupes de parole des parents et les groupes de fratrie.

#### **-la construction de la personne :**

Pendant l'enfance et l'adolescent puis à l'âge adulte des évaluations objectives et répétées des compétences des difficultés et des habiletés sociales peuvent aider la personne trisomique 21. Ainsi que sa famille et ses éducateurs, à mieux connaître ses points forts et ses points faibles dans le but de construire son projet de vie, en milieu ordinaire au adapté en repérant les personnes et les structures sur lesquelles il peut s'appuyer. (Renaud Touraine et All(2011). p20).

Les accompagnements psychologiques sont importants pour aider les personnes dans cette construction, et les familles dans la prise de risque que cela implique.

La trisomie ne préserve pas des aléas de l'existence, il existe pour les personnes trisomiques comme pour nous tous des moments où l'individu seul à du mal à faire face, et où l'écoute et le soutien d'un professionnel devient particulièrement nécessaire. Moins aptes que d'autres à exprimer leur malaise, au fait de faire de façon détournée voire maladroitement, la maladresse des personnes



trisomiques est trop souvent ignoré. Famille et professionnels doivent présenter une vigilance particulière sur ce plan. (Renaud, Touraine, et All,(2011). p 20.

### **3-10-5- la prise en charge orthophonique :**

Il existe une problématique langagière spécifique à la trisomie 21, avec en plus des difficultés d'articulation, concourant à une moindre intelligibilité de la parole, non corrélées avec le niveau de compréhension.

L'objectif global de cette éducation précoce est avant tout d'accompagner un très jeune enfant dans la mise en place de la communication, sans visée normative, et de l'aider à exprimer, à son rythme, l'ensemble de ses potentialités. L'orthophoniste est là aussi pour aider les parents à mieux interagir avec cet enfant dont l'hypotonie atténue les signes de communication, à savoir utiliser des stimulations, tout en restant les parents de cet enfant pour lui permettre de prendre sa place d'interlocuteur.

L'orthophoniste peut utiliser conjointement différents systèmes et méthodes d'aide à la communication, basés sur les stimulations sensorielles (le toucher, la vue, l'ouïe, etc....) sur la gestuelle, les mimiques et l'imitation. L'utilisation d'outils tels que le français signé et le Mankato (signes et pictogrammes) sont recommandés et permettent un accès plus rapide à la communication chez ces personnes qui peuvent conserver de grosses difficultés de langage et de parole.

Au fil des années, l'accompagnement orthophonique se poursuit en individuel ou en groupe pour accompagner l'enfant, l'adolescent et l'adulte dans sa scolarité et sa vie sociale et professionnelle qu'elle soit en milieu ordinaire et protégé. (Renaud, Touraine,(2011). p19).

### **3-10-6- la prise en charge éducative :**

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant porteur de trisomie 21 revient à prendre le risque de laisser croire que la survenue d'un enfant handicapé dans une famille rend celle-ci incompétente pour l'éduquer. À l'inverse, il serait tout aussi vain de penser que ces personnes ne peuvent bénéficier utilement d'un accompagnement éducatif.

La prise en charge éducative des personnes handicapées a historiquement été construite à partir de groupes constitués de personnes présentant des caractéristiques communes, c'est l'origine même des institutions.

Une modification de la conception du travail éducatif, une meilleure connaissance des conséquences de la trisomie 21, et une évolution des représentations sociales du handicap permettent maintenant de considérer que c'est la multiplication des interactions, l'appartenance à des groupes divers constitués de personnes ordinaires, ou de personnes en situation de handicap qui favorisent le développement le plus harmonieux des personnes porteuses de trisomie 21. (Bénédicte, de Fréminville, et All, (2007). p278).

### **Conclusion :**

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut considérer que la trisomie 21 est la présence d'un chromosome 21 surnuméraire qui se traduit par un retard mental et d'un aspect physique propre aux enfants atteints de trisomie 21. Il est important de savoir que chaque enfant présente un profil particulier qui lui est propre et qui varie selon l'étendue de son retard.

# Partie pratique

**Chapitre III :**  
**La méthodologie de la**  
**recherche**

## **Introduction :**

Toute recherche en psychologie cliniques doit être méthodique, portant en général sur un secteur particulier bien déterminé, avoir un terrain de recherche une population d'étude et des outils d'investigations. A fin d'arriver à l'objectif de notre recherche, on doit s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, alors dans notre recherche on a fait recours à la méthode clinique dans le but d'accroître nos connaissances générales et afin d'approfondir notre étude sur notre échantillon d'étude.

Afin de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche, le thème de notre recherche est « l'agressivité chez les adolescents porteurs de la trisomie 21 ».

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que la présentation du terrain et de la population d'étude et en dernier les outils qu'on a utilisés.

### **1-présentation du lieu de stage :**

Notre recherche a été effectuée au sein d'un centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

Le centre psychopédagogique de Bejaia, situé au village Lazib Oumaamar Ihaddaden Bejaia. L'existence du CPPEHM est due au décret exécutif n°08-282 du 06/09/2008 des centres médicaux- psychopédagogiques et des centres d'enseignements spécialisés pour l'enfance handicapée notamment son article 3 et complétant les listes des centres d'enseignements spécialisés pour enfants handicapés visuels et auditifs et des centres médico-pédagogiques pour enfants inadaptés mentaux et handicapés Moteurs modifié et complété aussi par le décret exécutif n°12-05 du 04-01-2012 portant le statut type des établissements de l'éducation et de l'enseignement spécialisé des enfants handicapés.

L'établissement a ouvert ses portes et mis en activité le 05 janvier 2010. C'est un établissement à caractère étatique. Des enfants sont pris en charge sous le régime de la demi-pension, sa capacité d'accueil est de 60 enfants.

Actuellement, le nombre d'enfants pris en charge 75, répartis sur 9 niveaux, et 9 ateliers. Il prend en charge toute la gamme des inadaptés mentaux dont des (IMC, trisomique, microcéphalie.....etc.), âgés entre 04 à 18 ans.

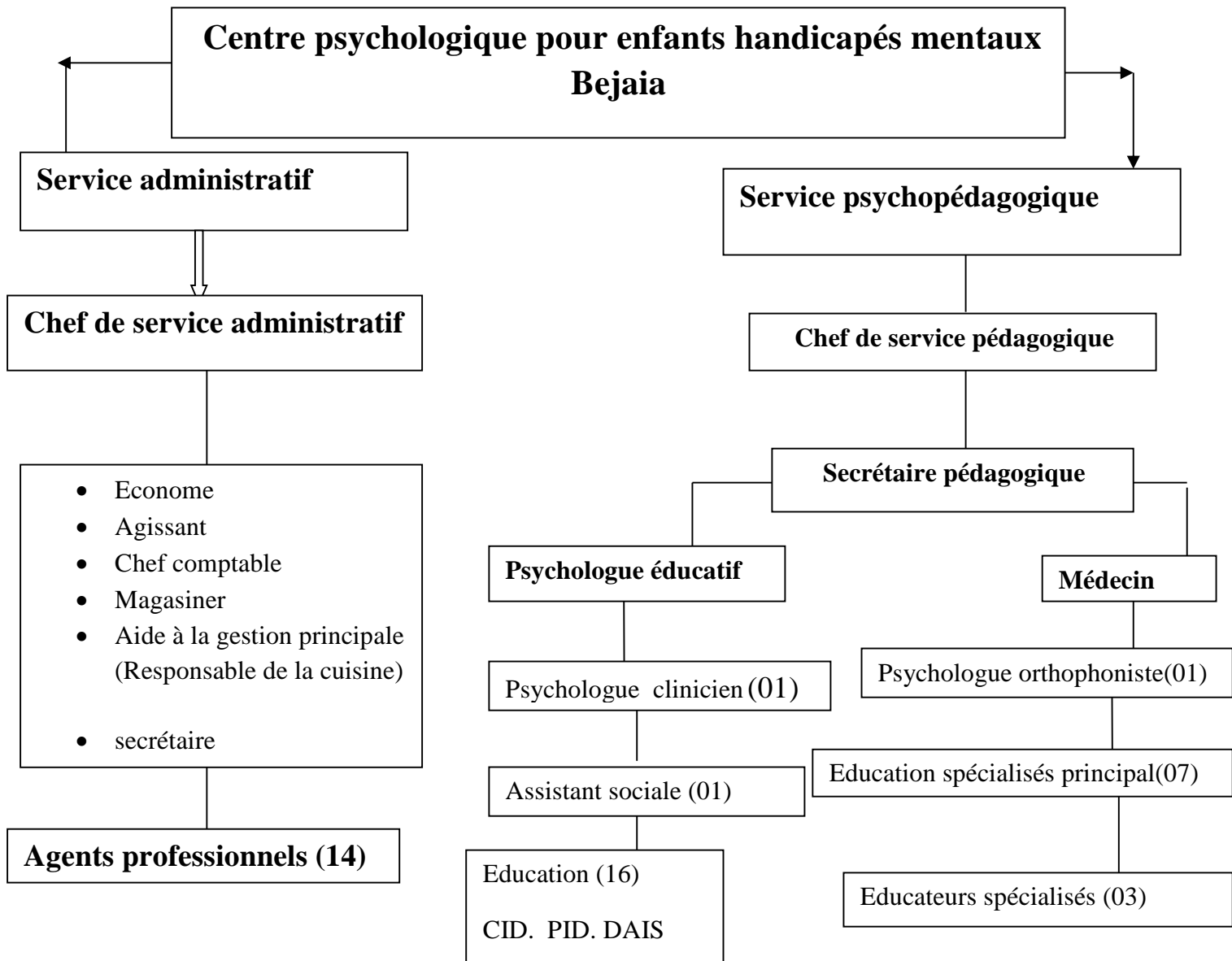
## 1-1 Un tableau qui comprend les répartitions des enfants :

**Un tableau qui comprend les répartitions des enfants en classes et en ateliers Année scolaire : 2017/2018**

<b><u>ATELIERS/NOMBRE D'enfants</u></b>	
<b>08</b>	Atelier de pré-couture
<b>08</b>	Atelier de cuisine
<b>07</b>	Atelier sur les grains
<b>24</b>	Atelier sur les sables
<b>13</b>	Atelier sur les pates à sel
<b>15</b>	Atelier sur les papiers mâchés
<b>75</b>	<b>Totalité</b>

<b><u>Classe /Nombre d'enfants</u></b>	
<b>13</b>	<b>Classe intégrée</b>
<b>10</b>	<b>Classe Parascolaire</b>
<b>06</b>	Eveil (01)
<b>10</b>	Eveil (02)
<b>08</b>	Eveil (03)
<b>06</b>	Stimulation (01)
<b>07</b>	Stimulation (02)
<b>08</b>	Précoce (01)
<b>07</b>	Précoce (02)
<b>75</b>	<b>Totalité</b>

**1-2-centre psychologique pour enfants handicapés mentaux Bejaia :**



**1-3-la répartition des enfants de centre :**

**Un tableau montrant la répartition des enfants au niveau du centre selon l'âge, le sexe et la nature du handicap**

**Année scolaire : 2017/2018**

Par handicap		Par âge			Par sexe		Nombre total d'enfants
Différents handicaps mentaux	Syndrome de Down (T21)	Supérieurs à 14	14-11	10-06	Femelle	males	
<b>44</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	

**1-4- les fonctions du centre :**

-offrir une meilleure prise en charge.

-faire acquérir à l'enfant une autonomie personnelle et sociale.

-développer la capacité de l'enfant à être attentif à imiter et à communiquer avec les personnes qui l'entourent.

-développer la capacité de l'enfant à demander de l'aide et exprimer ses difficultés et ses choix.



-apprendre à l'enfant des connaissances sur les plans pédagogiques et l'apprentissage manuel.

-favoriser le développement de la construction de soi.

-le suivie psychologique et orthophonique.

-la guidance parentale.

-consultations externes.

-L'insertion au milieu scolaire ordinaire.

-participations aux activités manuelles et de loisirs qui permettent l'épanouissement de l'enfant.

-l'insertion sociale, si cela possible.

### **2 la pré enquête :**

La pré enquête reste une étape indispensable dans toute les recherches en science sociales, car elle permet au chercheur de recueillir un ensemble important d'information concernant le thème de recherche et aussi d'avoir des renseignements sur le terrain de recherche, concernant la population visé.

Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments pour effectuer l'enquête, elle permet aussi de cerner le thème de recherche, de vérifier sa faisabilité.

Cette étape nous permet aussi de cadrer notre thème de recherche et d'être auprès des personnes, concernés et celles qui les accompagnants, mais qui peuvent nous aidez et enrichir notre recherche afin de tracé un plan pour cibler le sujet de recherche, faciliter l'élaboration des questions, et d'orienter la formulation de nos hypothèses.

Notre pré enquête a débuté a travers nos lectures sur l'handicap d'une manière générale, et avec le temps on a orienté plus spécifiquement a la question d'agressivité, ensuite nos avons exploré plus précisément à la question de la trisomie 21. Ensuite nos avons procédé a une exploration du terrain en commençant par le (ccp) d'Ihadaden et a l aide des informations recueillies de l'équipe pluridisciplinaire « psychologue » éducatrice orthophoniste pédagogue nous avons ciblé et sélectionner notre population d'étude et on a délimité le champ de notre investigation aux adolescents porteurs de la trisomie 21.

En suite on a choisir pour faire notre recherche sur l'agressivité des adolescents trisomique.

Durant cette période on a pris le contact avec le chef du centre commençant par la psychologue et l'orthophoniste et le pédagogue de centre qui nous ont communiquer les modalités de la prise en charge d'accompagnement et de consultation qui exercent auprès des sujets trisomiques, qui représente un nombre asseye important de l'affectif du centre puis les éducateurs qui enseignent et a accompagne le sujet durant la journée.

On a aussi assisté ou déroulement de la prise en charge des adolescents trisomiques et on a observé les adolescents dans leur classe et dans les ateliers.

Cette étape nous a aidez pour arriver à élaborer notre problématique de recherche et d'élaborer des hypothèses.

### **3-la démarche de la recherche et les outils d'investigation :**

#### **3-1-la démarche méthodologique :**

« La méthode peut se rapporter à une façon d'envisager et d'organiser la recherche, elle dicté alors une manière de concevoir et planifier le travail sur un objet d'étude en particulier, elle peut intervenir d'une façon plus ou moins impérieuse, et plus ou moins précise à tous les étapes de la recherche l'une ou l'autre ». (Angers, M, (1997), p 56).

#### **3-2-la méthode utilisé dans notre recherche :**

**3-2-1-la méthode clinique :** la méthode clinique envisage : « la conduite dans sa perspective propre relever aussi fidèlement qui possible la manière d'être agir d'un être humain concret et complet aussi prise avec cette situation chercher à établir le sens, la structure et la genèse, décolorer les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre les conflits.(Logache, 1949).

Elle répond aussi exigeants de référence à la singularité des individus de prise en compte de la totalité des situations (L'observation est partie intégrante de l'observateur) a la dimension, concrète des situations la dynamique, la genèse tout être humaine est en conflit tout avec le monde extérieur qui a avec les autres et avec lui même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité

inachevée qui évolue en permanence et les réactions s'échappent à la lumière de l'histoire de sa vie.

La méthode clinique utilisé, d'entretien, les testes, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique.

L'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisque il peut s'agir d'analyser de contenu. L'analyse psychopathologique d'analyse normative, d'analyse perceptive cognitive etc.

Cette étude de cas est la méthode la plus communément utilisé en pratique clinique qui vise non seulement à donner. une description d'une personne de sa situation et ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement de l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problème « Huber 1993 » il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre longue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ces indépendamment des aspects de diagnostic, celui-ci favorise le contact effectif, d'expression émotionnelle, la planification de la demande et du problème l'émergence des relation entre les faits, les événements passés et présent etc.(Chahraoui k et benony h,2003 ,p 11,12).

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer, la « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu.(Fernandez, l, Pedinielli, j, l (2006), p 43).

### **3-3-les outils de recherche :**

#### **3-3-1-l'observation clinique :**

L'observation clinique à pour objet de relever des phénomènes comporte manteaux significatif, de leur donner un sur de les situer dans la dynamique individuelle.

L'observation a une place ancienne et respectée dans la science, dans l'étude de l'histoire naturelle dans l'étude des mouvements célestes, et dans l'étude du

comportement humain, spécialement le comportement des enfants, la fiabilité dans les études d'observateurs indépendants.

Le propre de l'observation clinique est de considérer que les conduits sont des productions significatives d'une personne et qu'elles expriment quelque chose de lui lorsqu'il y a un observateur présent, l'influence de ce dernier fait que les comportements de la personne observée en situation deviennent des interactions.

A partir des travaux de Lebovici (1983) chez l'enfant, l'approche clinique dégage les interactions comportementales (manière dont les comportements de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un à l'autre affectivement l'influencé, réciproque de la vie émotionnelle de l'enfant et celui de la mère) et fantasmatique (influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de l'enfant).

L'observation qualifiée de naturaliste permet d'appréhender assez largement les situations quotidiennes (sommeil, alimentation, jeux, soins corporels) mais aussi les contextes de séparation, de détresse et de souffrance. Les manifestations objectives, visibles ou comportementales peuvent être directement observées, mesurées ou enregistrées alors que les manifestations subjectives ne sont connues que du sujet lui-même et sont l'expression de son activité mentale la plus intime. Ainsi l'observation des actes, des gestes jusqu'à des comportements plus discrets tels que les émotions, ces manifestations peuvent être simplement décrites mais on peut aussi les interpréter, l'interprétation va alors dépendre du modèle théorique utilisé par l'observateur. Pour le psychanalyste, les processus intrapsychiques dépendent directement de la communication interpersonnelle qu'elle est observée dans la relation. Au sien de cette rencontre l'interaction psychique même élimine le critère d'extériorité et de neutralité objective du psychologue expérimentaliste. (Hervé Bénony Khadidja Chahraoui, p 31).

### **3-3-2-l'entretien clinique :**

L'entretien peut être défini dans un premier comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est le synonyme de conversation, discussion, ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la

relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, des difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménagé ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasme.

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique, il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet ; mais ses informations ne peuvent être compris qu'en référence au sujet lui-même, il situé généralement dans un contexte :

- d'aide ou de soins psychologique.
- de diagnostic ou d'évaluation psychologique.
- ou de recherche clinique.

#### **L'entretien semi-directif :**

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent a des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Les questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée clinique, à la fin d'une association au sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'effacé pour laisser parler le sujet, ce qu'est proposé est avant tout une trame à partie de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. « Hervé Bénovy Khadidja Chahraoui, p11, 12, 13, 2013).

#### **3-3-3-le guide d'entretien :**

Il est défini comme un « ensemble organiser de fonction d'opérateurs et d'indicateurs, qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention. (Blanchet, A, Gotman, A, (2007), p 61).

Consignes, générale données aux enquêteurs, en particulier lorsqu'ils n'utilisent pas un questionnaire précis, celle-ci sera essentiellement identique par tous les sujets. (Ibid, d, (2004), p 199).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques traité ou le clinicien, chercheur prépare des questions avant d'entretenir avec le sujet.

Notre guide d'entretien est élaboré de quatre axes qui contiennent des questions en relation avec notre thème de recherche :

**Axe 1 :** des renseignements généraux, sur l'adolescent et ses parents (nom professions parents).

**Axe 2 :** des renseignements sur la vie de l'adolescent au sien de centre (quelle est l'activité préférer chez cet adolescent).

**Axe 3 :** des renseignements sur la nature de relation de l'adolescent au sein du groupe (la relation de cet adolescent au sien de group).

**Axe 4 :** des renseignements sur la vie de l'adolescent à la maison (est ce que cet adolescent a des bonnes relations avec sa fratrie).

### **3-3-4-l'application de guide d'entretien :**

Pour mener à bien notre recherche, nous avons commencé par une prise de contact et des observations du groupe de notre étude. Cette dernière nous a permet d'avoir des connaissances sur le sujet qui nous intéressent.

Ensuite, nous avons procédé a des entretiens avec les adolescents, les éducateurs et les parents afin d'arriver à des renseignements sur l'histoire personnelle du sujet.

Notre guide d'entretien est composé de 4 axes, le premiers contient six questions le deuxième axe contient aussi huit questions et le troisième axe contient dix -huit questions et le quatrième axe contient dix sept questions.

La conduite de notre entretien qui à été effectué avec des éducatrices dans le but de recueillir des informations sur échantillon d'étude. La psychologue nous a décrit les comportements agressifs des adolescents trisomiques en milieu de centre.

Nos entretiens avec les adolescents trisomique été effectué dans une salle pédagogique selon leurs disponibilité et la notre. Lors de la passation avec

chaque adolescent au début on parle sur ses activités préférés après on lui pose une question, et on le laisse un moment et on reprend, afin de le mettre plus à l'aise pour qu'il ne pense pas qu'il est en situation d'examen.

Pendant l'entretien, les enfants s'exprimaient en langue Kabyle et répondaient à nos questions d'une manière souple.

Notre entretien est déroulé dans des bonnes conditions, dans un climat calme et favorable. Nous avons posé nos questions d'une manière simple dans le but de faciliter à l'enfant la compréhension et de lui permettre de répondre. Ce n'est qu'après l'entretien avec les enfants que nous avons accédé aussi aux dossiers médicaux et administratifs, pour compléter et achever la collecte d'informations concernant le sujet de notre étude.

Nous avons effectué la procédure de l'entretien avec la présence de la psychologue et en nous appuyant sur son aide pour guider notre recherche et arriver aux résultats tant attendues.

### **3-3-5-Echelle de TASB, évaluation du comportement social par l'enseignant :**

Pour mesurer le comportement social du sujet avec ses pairs, nous avons traduit le questionnaire Teacher Assessment of Social Behavior, TASB de Cassidy et Asher(1992) et nous avons demandé à l'enseignant de chaque sujet de le remplir.

Le questionnaire est composé de 12 items qui permettent d'évaluer quatre dimensions du comportement : agressif, perturbateur, pro social et timide. Pour chaque item (ex : « cet enfant blesse les autres enfants »), l'enseignant doit attribuer un score sur une échelle de Likert en 5 points, où 1 correspond à « pas du tout caractéristique de l'enfant » et 5 à « très caractéristique de l'enfant ». Trois items se rapportent spécifiquement à chaque dimension ; ainsi, les scores de chaque échelle (agressif, perturbateur, pro social, timide) varient de 3 à 15.

Nous avons choisi cette échelle car elle permet d'avoir une mesure des comportements sociaux dans les interactions avec les pairs dans le milieu scolaire. Elle est simple à administrer et évalue différentes dimensions du comportement social. Elle comporte une dimension pro sociale qui nous intéressait particulièrement, cette dimension caractérise la plupart des enfants porteurs d'une T21, Les trois autres dimensions nous intéressaient également car l'un de nos objectifs était de déterminer s'il existait des liens entre l'attachement et le comportement social chez les enfants porteurs d'une T21, comme chez les enfants contrôlés. Or, les enfants au développement typique présentant une insécurité d'attachement sont plus à risque de développer des troubles du comportement externalisés comme les comportements agressifs ou perturbateurs ou intériorisés comme la timidité.

Au niveau psychométrique, les quatre facteurs ont été mis en évidence, et Chacune des sous-échelles présentait une bonne consistance interne.

#### **4-groupe de recherche et les caractéristiques :**

##### **4-1-les critères de sélection de groupe de recherche :**

Notre groupe est constitué d'un nombre des six cas qui ont été choisi à partir des critères suivant :

##### **A-critère pertinent :**

- âgés de 13 ans à 18 ans
- l'association d'aide aux inadaptés mentaux.
- tous les éléments de notre recherche parlent la langue maternelle Kabyle.

##### **B-critères non pertinent :**

- (nous avons travaillé avec 3 filles et 3 garçons)
- le degré d'intelligence n'est pas pris en considération.



**Tableau récapitulatif des cas de notre étude :**

<b>prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Age</b>	<b>sexe</b>
<b>Badou</b>	16/09/2002	16 ans	masculin
<b>Amira</b>	09/05/2002	16 ans	féminin
<b>Sara</b>	30/03/2000	18 ans	féminin
<b>Syphax</b>	31/07/2005	13 ans	masculin
<b>Ryda</b>	31/07/2005	13 ans	masculin
<b>Yasmine</b>	08/09/2005	13 ans	féminin

**5- le déroulement de la recherche :**

Notre recherche s'est déroulée du 21/02/2018 jusqu'à 23/05/2018 mais ont été présent dans l'établissement avant la date prévue avancé dans notre pré-enquête et surtout pour le terrain de notre enquête, les adolescents, et leurs comportements...

On a discuté en suite avec la psychologue et les éducatrices de centre sur notre sujet de recherche et on a sélectionné notre échantillon d'étude selon les critères de notre sujet de recherche.

Cette étape nous a permis d'avoir des informations préliminaires pour entamer nos entretiens cliniques. Une fois que ces derniers sont élaborés, nous avons essayé de retracer l'historique de la pathologie chez les adolescents.

En suite nous avons complété la collecte d'information par les dossiers médicaux et administratifs qui existent au niveau du centre.

### **Conclusion :**

Par la méthodologie adoptée dans notre recherche on peut assurer une meilleure organisation de ce travail de recherche, qui s'est basé essentiellement sur des méthodes et des techniques propres à la psychologie clinique , a savoir l'étude de cas , l'observation clinique , les entretiens cliniques ...

# Chapitre IV :

Présentation, analyse et  
discussion des résultats

:

Ce dernier chapitre contiendra la partie proprement pratique de notre étude, premièrement en a commencé par présentation générale des sujets de notre étude, en se référant aux informations recueillies aux cour de notre observation et les entretiens cliniques effectuer avec les adolescents, ainsi que des informations délivrer des dossiers administratif et médical et celle formier par le personnel du centre psychopédagogique

### **1-Présentation et analyse des résultats des six cas :**

#### **Présentation et analyse du cas Belal :**

Badou est un adolescent trisomique, âgé de 16 ans né d'une grossesse désirée, d'un accouchement normal, à sa naissance sa mère avait l'âge de 35 ans et son père 39 ans, il est quatrième d'une fratrie de trois enfants, son poids a atteint 2.9 kg à sa naissance, sa taille est de 50 cm, ayant un allaitement mixte, il a commencé à marcher à l'âge de 3 ans, sa famille a un statut économique moyen, son père travail comme un chauffeur et sa mère femme au foyer.

D'après l'entretien que on a fait avec sa mère, Badou est très attaché à elle, il souffre des problèmes familiaux ; des conflits et surtout la violence et l'agressivité qui existent entre ses parents et qu'il lui provoque des crises de larme, sa maman dis que son fils a une bonne relation avec ses frères, et il préfère aller au centre mieux que de rester à la maison, il aime être aidé par sa maman pour qu'il se prépare et choisir ses vêtements avant d'aller au centre, et selon ses éducatrices , Badou c'est un garçon hyperactif qui aime bouger, il a une mauvaise relation avec ses camarades et ses éducatrices, il aime jouer seul, et parmi ses activités préférer (le coloriage), il ne présente pas des problèmes de langage, il parle couramment et développe des capacités intellectuelles et comprend bien les consignes, il a une bonne mémorisation , et par rapport à son avenir, il souhaiterai être policier. Badou intégré au centre psychopédagogique depuis l'année 2010.

## 2- Traduction des résultats qui correspondent a chaque cas (enfant) selon le questionnaire de TASB :

Cas N°01 : belal :

		Score de (1) à (5) : (1)-pas de tout caractéristique (5)-très caractéristique
01	Cet enfant coopère avec les autres enfants, il /elle partage et attend son tour	1
02	Cet enfant est à l' origine de bagarre	5
03	Cet enfant est timide /en retrait	1
04	Cet enfant interrompt les autres	3
05	Cet enfant est aimable est gentil avec les autres enfants	1
06	Cet enfant est méchant avec les autres enfants	5
07	Cet enfant ne joue ou ne travail pas beaucoup avec les autres enfants	2
08	Cet enfant se comporte mal en classe	1
09	Cet enfant rend service aux autres enfants	1
10	Cet enfant blesse les autres enfants	5
11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	1
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	5

### **L'analyse des résultats de Belal :**

D'après l'entretien qu'on a fait avec l'adolescent, les parents, les éducatrices, on a constaté que Badou est un adolescent qui aime venir au centre, il est présentable et capable d'effectuer toutes ses activités éducatives seul < l'écriture, le dessin, le coloriage>, il arrive à exprimer ses choix et ses désirs. Et d'après notre observation, on a remarqué qu'il a une mauvaise relation avec ses éducatrices et ses camarades, il développe un comportement agressif envers les autres, et il démontre une agressivité verbal et physique<utilise un langage grossier, claque les portes, lance des objets par terre, brise des objets >, il démontre des comportements socialement inapproprié.

Badou est hyperactif, il passe par des périodes d'impulsivités et de changement de tempérament lorsque il est colérique, et parmi les causes qui le rend agressif : les problèmes familiaux et lorsque son éducatrice lui impose une tâche quelconque, les autres refuse de jouer avec lui.

Durant notre entretien que nous avons effectué avec lui, on a constaté que cet adolescent arrive à comprendre tous ce qu'on lui a dit, mais concernant l'agressivité Badou présent tous types de comportements agressifs.

Selon le teste de TSAB, Nous avons constaté que cet adolescent est très agressif, et d'une méchanceté et d'une vulgarité très remarquable envers les autres (ses camarades et ses éducatrices).

Et selon notre enquête, les comportements négatifs de Badou, sont dus aussi aux problèmes familiaux dont il est victime.

### **Présentation et analyse de cas de Syphax :**

Syphax est un adolescent trisomique, âgé de 13ans , né d'une grossesse désiré, d'un accouchement normal, a sa naissance sa mère avait l'âge de 41 ans et son père 44 ans, il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants, son poids a atteint 3,7 Kg a la naissance, il fut alimenter au sein de sa maman pendant 8 mois, sa famille a un bon statut socio-économique, son père et sa mère sont des enseignants, Ses éducatrices montre que Syphax c'est un adolescent envahissant , bouge trop, il exprime aucun intérêt au monde, il vit dans un monde imaginaire, il est agressif envers ces pairs, au centre, Syphax est hyperactif qui aime courir, il participe aux activités, fait le triage des couleurs avec aide de ses

éducatrices, mais il n'aime pas de partager ses jeux avec ses camarades, et des fois il refuse les activités qu'on lui propose.

**Cas N°02 : Syphax**

		Score de (1) à (5) :  (1)-pas de tout caractéristique  (5)-très caractéristique
01	Cet enfant coopère avec les autres enfants, il /elle partage et attend son tour	2
02	Cet enfant est à l'origine de bagarre	4
03	Cet enfant est timide /en retrait	2
04	Cet enfant interrompt les autres	3
05	Cet enfant est aimable est gentil avec les autres enfants	1
06	Cet enfant est méchant avec les autres enfants	4
07	Cet enfant ne joue ou ne travail pas beaucoup avec les autres enfants	5
08	Cet enfant se comporte mal en classe	4
09	Cet enfant rend service aux autres enfants	1
10	Cet enfant blesse les autres enfants	5
11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	1
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	3

**L'analyse des résultats de Syphax :**

Syphax est un adolescent non sociable qui a une tendance à l'isolement, il participe plus au déroulement de la séance, il est agité, impulsif lorsqu'il ne prend pas ses médicaments neuroleptiques, il exprime aucun intérêt aux autres, il fait ses activités seulement à la présence de ses éducatrices, et d'après l'échelle de TSAB, on a constaté qu'il n'a pas le sens de partage, et n'aime pas entrer en interaction avec les autres, il est hyperactif et développe un comportement agressif envers les autres, donc nous avons remarqué qu'il est globalement agressif mais avec un degré d'agressivité moyen, il est détesté par ses camarades, car il est à l'origine des bagarres et d'après notre enquête, les comportements et le caractère de Syphax sont expliqués par le fait qu'il a une surconsommation des médicaments ce qui provoque bien évidemment un désir d'isolement.

**Présentation et analyse de cas de Ryda :**

Ryda est un adolescent trisomique âgé de 13 ans, né d'une grossesse non désirée et d'un accouchement normal, à sa naissance sa mère avait l'âge de 44 ans et son père 37 ans, son poids 4,5 Kg, son allaitement au sein de sa maman, sa famille a un statut socio économique moyen, sa mère femme au foyer, son père commerçant, il est le troisième enfant d'une fratrie de trois enfants. Selon les dires de ses éducatrices Ryda ne présente pas de problèmes de langage, R est hyperactif, sociable avec tous le monde, il préfère rester à la maison mieux que d'aller au centre, il est agité et agressifs avec les enfants de centre, il passe son temps à fuir et jouer, il comprend bien les consignes mais il n'arrive pas à se concentrer, il a une bonne mémorisation et un enchaînement gestuel et verbale selon l'entretien avec son père, Ryda est très attaché à lui, il vit dans une bonne ambiance familiale, il n'aime pas être aidé par sa maman pour qu'il se prépare avant d'aller au centre, à la maison il préfère jouer avec son frère, il a une relation spécifique avec sa maman, il occupe son temps à dessiner et il crie si quelqu'un lui ordonne de faire le contraire de ce qu'il voulait faire.

Et par rapport à son avenir, il nous a dit qu'il voudrait être commerçant comme son père. Ryda intégré au centre psychopédagogique depuis l'année 2011.



## Cas N°03 : Ryda

		Score de (1) à (5) :  (1)-pas de tout caractéristique  (5)-très caractéristique
01	Cet enfant coopère avec les autres enfants, il /elle partage et attend son tour	4
02	Cet enfant est à l'origine de bagarre	2
03	Cet enfant est timide /en retrait	3
04	Cet enfant interrompt les autres	2
05	Cet enfant est aimable est gentil avec les autres enfants	3
06	Cet enfant est méchant avec les autres enfants	2
07	Cet enfant ne joue ou ne travail pas beaucoup avec les autres enfants	3
08	Cet enfant se comporte mal en classe	2
09	Cet enfant rend service aux autres enfants	3
10	Cet enfant blesse les autres enfants	2
11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	3
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	2

**L'analyse des résultats de Ryda :**

Durant l'entretien que nous avons effectué avec l'adolescent, les parents et les éducatrices et d'après notre observation, on a constaté que Ryda est un adolescent trisomique et hyperactif, il passe par des périodes d'agitation, d'impulsivité, et de changement de tempérament lorsque quelqu'un le provoque et surtout lorsqu'il est blessé par sa maman, et il devient agressif envers soi et envers les autres, il dit des gros mots, mais dans le cas normal Ryda est un enfant gentil et adorable. Il représente un retard mental léger, et concernant ce cas nous avons observé qu'il est gentil avec ses éducatrices et agressifs de temps en temps avec ses camarades et surtout avec lui-même, il est a tendance a perturbé les activités faite dans le centre.

D'après nos observations, Ryda présente un cas particulier par rapport aux autres adolescents, il est hyperactif, ce qui explique ses comportements déplacés au moment des activités, il a aussi une très bonne relation avec sa maman, ce qui explique sa timidité dans son absence, et Selon le teste de TASB, Ryda présente une timidité et une gentillesse remarquable avec ses éducatrices ;mais temps en temps il se comporte mal en classe, et il blesse les autres enfant.

**Présentation et analyse de cas de Amira :**

Amira est une fille trisomique née d'une grossesse non désirée et d'un accouchement césarienne, a sa naissance sa mère avait l'âge de 36 ans et son père 41 ans, elle est quatrième d'une fratrie de trois enfants, son poids a sa naissance est de 3,6 Kg, son allaitement artificiel, sa famille a un statut économique moyen, sa mère est une femme au foyer, son père est pharmacien, Sa mère confirme que Amira est très attaché a son père, et elle a une bonne relation avec ses frères, et préfère d'aller au centre mieux que de rester à la maison. Pendant la période de sa scolarisation dans l'association, ses éducatrices dis qu'elle peut développer quelque capacités intellectuelle (la compréhension, la concentration, la perception), elle a un enchainement verbal, elle participe aux activités intellectuelle et manuel, Amira est une fille qui n'as pas de bonne relation avec ces camarades, elle chante mais a vois basse, elle ne laisse personne la provoquée et des fois en recreation elle joue avec une agressivité. Amira est intégrée au centre depuis l'année 2010.

## Cas N° 04 : Amira

		Score de (1) à (5) :  (1)-pas de tout caractéristique  (5)-très caractéristique
01	Cet enfant coopère avec les autres enfants, il /elle partage et attend son tour	4
02	Cet enfant est à l'origine de bagarre	3
03	Cet enfant est timide /en retrait	3
04	Cet enfant interrompt les autres	2
05	Cet enfant est aimable est gentil avec les autres enfants	3
06	Cet enfant est méchant avec les autres enfants	2
07	Cet enfant ne joue ou ne travail pas beaucoup avec les autres enfants	3
08	Cet enfant se comporte mal en classe	3
09	Cet enfant rend service aux autres enfants	3
10	Cet enfant blesse les autres enfants	1
11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	1
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	2

**L'analyse des résultats de Amira :**

Durant notre entretien et d'après notre observation, on a remarqué que Amira est une fille calme, stable mais qui ne donne aucun intérêt et importance à ses éducatrices, elle a une bonne relation avec les garçons mieux que les filles car elle démontre une certaine jalousie envers eux, elle a la volonté de participer aux activités éducatives, selon notre échelle Amira préfère de travailler seule car elle comporte mal en classe et des fois elle blesse les autres adolescents. Amira ne représente aucune difficulté de langage, elle comprend la consigne et développe des capacités intellectuelle, elle exprime ses choix et ses désirs librement, donc elle est consciente de tout ce qui se passe autour d'elle.

Elle ne laisse personne de la provoquer et si la personne essaie de faire ça, elle change de tempérament et développe une agressivité physique et verbale, et va avoir un caractère d'impulsivité. Elle se voit que c'est elle le centre d'intérêt, et elle joue le rôle de leader, et d'après ses dires Amira rêve d'être chanteuse et de se marier, donc concernant ce cas Amira est dotée de plusieurs compétences à savoir : chanter danser, et surtout elle n'est pas trop gentille avec les filles, elle est légèrement timide sauf qu'elle craint personnes de son entourage.

**Présentation et analyse de cas de Sara :**

Sara est une fille trisomique née d'une grossesse non désirée et d'un accouchement normal, à sa naissance, sa mère avait l'âge de 35ans et son père 42ans, elle est quatrième d'une fratrie de trois enfants, son poids atteint 3kg, son allaitement mixte, sa famille a un bon statut économique, sa mère femme au foyer et son père technicien supérieur. D'après sa mère Sara elle ne représente pas des problèmes de langage et parle couramment, Sara a une mauvaise relation avec ces frères c'est à cause de ça qu'elle préfère d'aller au centre mieux que rester à la maison, malgré qu'elle vit dans une bonne ambiance familiale, et selon les informations que l'on a recueillies avec ses éducatrices Sara a une tendance à frapper les plus faibles, elle comprend les consignes et tout ce qu'elle dit, elle a une bonne mémorisation et perception et de l'imagination, Sara a une bonne relation avec toutes les personnes du centre, elle est organisée et participe au prolongement de la classe, elle aime le coloriage et la danse, elle est très attachée à son père et elle l'aide sa maman à la maison et aime d'être aidée pour choisir ses vêtements avant d'aller au centre. Et par rapport à son avenir souhaite d'être enseignante, Sara intégrée au centre psychopédagogique depuis l'année 2010.

## Cas N° 05 : Sara

		Score de (1) à (5) :  (1)-pas de tout caractéristique  (5)-très caractéristique
01	Cet enfant coopère avec les autres enfants, il /elle partage et attend son tour	4
02	Cet enfant est à l'origine de bagarre	5
03	Cet enfant est timide /en retrait	1
04	Cet enfant interrompt les autres	4
05	Cet enfant est aimable est gentil avec les autres enfants	2
06	Cet enfant est méchant avec les autres enfants	5
07	Cet enfant ne joue ou ne travail pas beaucoup avec les autres enfants	4
08	Cet enfant se comporte mal en classe	4
09	Cet enfant rend service aux autres enfants	1
10	Cet enfant blesse les autres enfants	3
11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	1
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	4

**Analyse des résultats de cas de Sara :**

D'après l'entretien une notre observation, on a remarqué que Sara a des bonne relations avec ses éducatrice et elle passe plus de temps à leur parler et

elle aime être à l'interaction avec des autres qui sont plus faible que elle pour qu'elle puisse les frappé. Dans le cas ou Sara n'a pas prenez ses médicaments neuroleptique, elle deviendra agressive envers autrui et elle provoque des crises de larme et elle fait des gestes de menaces clairement dirigé envers autrui et pour le calmé. Il faut que la personne être sévère avec elle, Sara passe par des périodes d'agitation causée par des déférents stimuli.

Elle préfère d'aller au centre car elle a une mauvaise relation avec sa fratrie et parmi les choses qui lui rendre alaise et contente c'est de jouer et sortir faire des boutiques. Sara souffre d'un retard mental léger. Et selon l'échelle de TSAB, Nos avons remarqué que Sara a un type d'agressivité différents par apport aux cas précédent, cette adolescente est capable même de blessé ses camarades et elle a une tendance à frapper surtout les plus faible d'eux, son comportement en classe est souvent négatif elle perturbe le déroulement des activités.

### **Présentation de cas de Yasmine :**

Yasmine est une fille née d'une grossesse et d'une accouchement normal à sa naissance ca mère avait l'âge de 41 ans et son père 52 ans il est la troisième d'une fratrie de deux enfants, son poids 3,7 kg à sa naissance elle futé alimenté par le biberon, sa famille a un statut économique moyens sa mère femme au foyer son père est retraité elle nous a dis qu'elle est très attaché à son père ,et elle représente une bonne relation avec ses frères et aime resté a la maison ,elle se prépare et choisir ses vêtements seul .Ses éducatrices affirme que Yasmine ne représente pas des problèmes de langage, parle couramment, elle manifeste une sympathie et communique aisément, elle est effectues et sociable, et au centre Yasmine est une fille hyper active qui aime courir et bouger, elle a une mauvaise relation avec ses camarades et des bonnes relations avec ses éducatrices. Elle participe à tous les activités de classe : dessin, coloriage et sports mais elle n'aime pas partager ses jeu avec des autres pairs, Yasmine développe des capacités intellectuel mais reste toujours a corrigé quelques comportements instable. Elle est intégrée au centre psychopédagogique de l'inadaptées mentales de Bejaia depuis 2013.

## Cas N° 06 : Yasmine

		Score de (1) à (5) :  (1)-pas de tout caractéristique  (5)-très caractéristique
01	Cet enfant coopère avec les autres enfants, il /elle partage et attend son tour	1
02	Cet enfant est à l'origine de bagarre	5
03	Cet enfant est timide /en retrait	1
04	Cet enfant interrompt les autres	5
05	Cet enfant est aimable est gentil avec les autres enfants	3
06	Cet enfant est méchant avec les autres enfants	3
07	Cet enfant ne joue ou ne travail pas beaucoup avec les autres enfants	2
08	Cet enfant se comporte mal en classe	4
09	Cet enfant rend service aux autres enfants	2
10	Cet enfant blesse les autres enfants	4
11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	1
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	3

### **Analyse des résultats de cas de Yasmine :**

Comme elle nous l'a affirmé pendant l'entretien avec les éducatrices et les parents, on a remarqué que cette fille est hyper active, sociable aime d'être en interaction avec ses éducatrices, mais par contre elle a une mauvaise relation avec ses camarades de classe, Yasmine joue le rôle de l'éducatrice à la cour, et lorsque quelqu'un refuse de faire ce qu'elle veut elle devient agressive avec lui.

Elle participe à toutes les activités éducatives mais elle refuse des activités de l'atelier, Yasmine a une tendance à l'agressivité physique et verbale : frapper les autres, dit des mots grossiers. Lorsqu'elle est en colère ne respecte aucune personne. Yasmine a une imagination et souhaiterait d'être une éducatrice, Selon le teste de TSAB, notre analyse démontre qu'elle est d'une gentillesse remarquable avec ses éducatrices, mais elle déteste partager avec ses camarades, elle n'est pas trop agressive, sauf quand il s'agit d'une embrouille, donc son agressivité est beaucoup plus verbale que physique

### **3-Discussion de l'hypothèse :**

Notre objectif est de vérifier notre hypothèse, soit la confirmer ou l'infirmier.

Afin de réussir et atteindre des objectifs de notre recherche, on s'est entretenu avec six cas et leurs parents et éducatrices, les adolescents qui présentent une trisomie de causes différentes.

Pour pouvoir cerner notre hypothèse, nous avons appuyé sur des outils d'investigation les plus utilisés dans la recherche scientifique notamment en psychologie clinique qui est l'entretien semi directif et l'observation clinique.

**Hypothèse :** les adolescents trisomiques manifestent des comportements agressifs observables.

L'ensemble des résultats recueillis durant notre étude et à travers notre recherche sur six cas et d'après nos observations et les entretiens que nous avons réalisés, nous constatons que nos sujets manifestent des comportements agressifs.

Nous avons parvenus à confirmer notre hypothèse car les résultats démontrent que les adolescents porteurs de la trisomie 21 ont tendance à l'agressivité.



A travers l'analyse de l'ensemble des observations et les entretiens et l'échelle de TaSB, nous avons constaté que les adolescents pris en charge au sein de centre spécialisé par l'équipe pluri disciplinaire (médecin, orthophoniste, psychologue, éducateurs) et suivi à la maison par leurs parents, exprime ses malaises par des comportements agressifs (physiquement et verbalement) dirigé envers autrui qui veut dire que notre hypothèse et confirmé accompagner un adolescents porteur de trisomie 21 des son plus jeune âge reste le meilleurs moyen d'atténuer les d'une agressivité de la maladie et lui permettre de jouir d'une autonomie grâce à un programme spécialisé et adapté au adolescents trisomique 21, et d'avoir une vie la plus normale possible.

A travers notre recherches sur six cas nous avons distingué l'importance excessive donné pour ces adolescents de l'appart de leurs parents ce qui engendré une bonne relation de ces adolescents vis- à-vis de leurs parents qui appelé en psychologie clinique une relation d'attachement.

Cependant les résultats de n'importe qu'elle recherche scientifique restent relatifs car l'étude n'est pas effectué sur tous les adolescents trisomiques.

# **Conclusion**

## Conclusion :

Notre thème d'étude porte sur l'agressivité chez les adolescents porteurs de trisomie 21.

Pour répondre à notre hypothèse et atteindre notre objectif, nous avons exploré d'observation et la revue littérature suite à un ensemble d'observations effectuée au sein de C P P. Nous avons observé ces adolescents trisomiques au niveau des différentes classes, pendant les repas et la cour de récréation, afin de recueillir d'avantage information sur notre sujet.

Nous avons complété notre observation par des entretiens avec les adolescents. Les éducatrices, les parents.

Les résultats de l'analyse de ces dernier proposés par six cas âgé de 13 ans à 18 ans des le cadre d'une étude descriptive, nous avons conclu que les adolescents trisomique manifestent des comportements agressifs.

Notre étude donne lieu à une présentation qualitative de l'agressivité des sujets porteurs de trisomie 21 cette dernière confirme notre hypothèse que les enfants porteurs de trisomie 21 sont agressifs avec tous les cas de notre recherche.

En effet nous avons répondu à notre question de départ à s'avoir les adolescents trisomiques sont ils agressifs. En effet ils sont relativement agressif verbalement et physiquement.

Enfin cette recherche reste une bonne expérience avec beaucoup de passion : le plaisir de côtoyer des adolescents qui sont adorable cela nous à permit de découvrir l'être humain avec sa pluralité et dans sa complicité. Et à travers ca qu'on a appris beaucoup de choses sur la question de trisomie et les modalités de prise en charge malgré les résultats que nous avons obtenus, notre sujet reste limité est permet une ouverture sur d'autres pistes, nous espérons que notre travail sert d'exemple et de guide pour de future recherche. Nous espérons que les recherches ne cessent d'améliorer et continuent de faire évaluer positivement et de façon toujours plus pertinente les aides à apporter à la personne atteinte de trisomie.

La prise en charge précoce et pluridisciplinaire des personnes atteinte de la 21, reste toujours le moyen nécessaire pour réadapter ses dernières dans la vie quotidienne et leur intégration social.

# Bibliographie

### La liste bibliographique :

#### Les ouvrages :

- 1- A juraiguerra. J.De,(1980) ;« manuel de la psychiatrie de l'enfant» ed Masson , Paris.
- 2- Andie.M.(1994). « la violence biologie histoire et morale chrétien» ed Media paul, Canada.
- 3- Alex Tromont, (2013), « Gérer l'agressivité » Bruxelles.
- 4- Angers,M.(1997). Initiation de la méthodologie des sciences humaines, Québec,C.E-Cinc.
- 5- Barry H et Sélastien Normand et al, (2009), « les conduites agressives chez l'enfant» ed la presse de l'univers de Québec , Canada.
- 6- Blanchet, A.et Gotman, A (2007). L'enquête et ses méthodes, l'entretien .2<sup>ème</sup> Ed Paris Armand colin.
- 7- Chillert , M (2007). Trisomie et handicaps génétiques associés, potentialités , compétents , devenir.5<sup>ème</sup> ed Masson.
- 8- Denir ,V.(2006).Accompagner l'enfant trisomique.3<sup>ème</sup> ed France . édition chronique sociale.
- 9- D.Lacombe , v, Brun , (2008). « trisomie 21 communication et insertion»
- 10- Jean.Adolphe, R. (2010). La trisomie 21, Belgique édition Nargada.
- 11- Khadija charaoui, Hervé benony(2003). «méthodes, évaluation et recherche psychologie clinique », ed Dunod, Paris.
- 12- L'aurent B,(2010). « l'agression humaine » ed Dunod, Paris.
- 13- Martin . J .F. (2007).«la déficience intellectuelle».saint martin,Québec .
- 14- Monique cuilleret, trisomie 21, aide et conseil, ued.
- 15- Pahlavan.F(2002), « les conduites agressives», ed Harmond colin,Paris.
- 16-Piére.G ,(2001).« psychologie de l'agressivité et de la violence » ed Manuscrite. Paris.
- 17- Roger fontaine, (2003).«Psychologie de l'agression» ed Dunod, Paris.
- 18- Stéphane Bourcet et all,(2003).«psycho-pathologie clinique» ed Dunod., Paris.

19- Yvon et all, (2010), « handicap et retard de développement ». Canada. Beliveau.

### Les articles :

- 1- Association AMED.(2013). Trisomie 21 : guide pour l'usage des familles et de leur entourage. N°2013 T00680, ApsF1.
- 2- Sylvie, B(2008).«CHU sainte l'agression chez l'enfant de 0 a 5 ans » Montréal.
- 3- Fernandez, Lydia et Pediniell, Jean louis,(mars 2006), la recherche en psychologie clinique dans recherche en soins infirmières.

### Les thèses :

- 1- Mebarek Bouchaalal, Fatah,(2011). La révélation de la trisomie de l'enfant aux parents : entre le choc psychologique de la blessure narcissique.Memoire de Magister université Mantouri canstantine.

### Les dictionnaires :

- 1- Henriette, Bloch et all, (1992). Grand dictionnaire de la psychologie, Paris. Larousse.
- 2- N.Silling.Dictionnaire de psychologie (1980). Borde, Paris.
- 3- O.Christophe Tamisier,(1995). Le grand dictionnaire de la psychologie, Bordes, Paris.
- 4- Doron, R et Parot,F(2008).«dictionnaire des psychologie».

### Les sites internet :

1-[http://www.ouestribune-dz.com/fr/un\\_combat](http://www.ouestribune-dz.com/fr/un_combat)sans fin- mène –par- la fédération algériennes des handicaps moteurs.

2-[http://www.santé-mag-dz.com/pdf/nst/n5\\_p16-santé-mag-N°04\\_mars](http://www.santé-mag-dz.com/pdf/nst/n5_p16-santé-mag-N°04_mars) (2012).

3-<http://information.handicaps.fr>.

# **Annexes**

## **Annexe1**

### **Présentation du guide d'entretien :**

#### **Axe 1 : Des renseignements généraux sur l'enfant et ses parents (histoire personnelle et familiale) :**

Cette étape nous permet de connaître la situation familiale :

- Nom.
- Prénom.
- L'âge.
- Sexe.
- Profession des parents et le statut socio-économique.
- L'environnement familial: nombre de la fratrie.

#### **Axe2 : des renseignements sur la vie de l'adolescent au sein de centre :**

1. Aimerez-vous venir au centre ?
2. Comment vous décrivez votre centre ?
3. Aimerez-vous participer aux activités de loisirs et éducative effectués au centre ?
4. Préférez-vous faire des activités seul ou bien en participation avec vos camarades ?
5. Quelle est l'activité que vous aimez le plus ?
6. Comment décrivez-vous vos relations avec vos éducatrices ?
7. Comment décrivez-vous vos relations avec vos pairs ?
8. Préférez vous venir au centre ou rester a la maison ?

#### **Axe 3 : des renseignements sur la qualité de relations de l'adolescent au sein de groupe (éducatrice) :**

1. comment vous voyez cet adolescent ou cour de déroulement de la séance ?
2. 2-Pouvez-vous nous décrire la relation de l'enfant avec vous?
3. L'adolescent préfère t'il rentrer en relation avec ses pairs ?
4. Pouvez-vous nous décrire la relation entre ces adolescents ?
5. L'adolescent est t'il sous traitement neuroleptique ?



6. L'enfant prend t'il l'initiative de participer au bon déroulement de la séance comme étant leader de group ou organisateur ?
7. L'adolescent refuse t'il de participer aux différentes activités élaborées par vous ?
8. L'adolescent développe t'il un comportement agressif diriger envers soi même ou envers autrui ?
9. L'adolescent démontre t'il une agressivité verbale quelque conque ?  
L'adolescent démontre t'il une agressivité physique ?
- 10.L'adolescent démontre t'il une agressivité physique contre lui-même ?.
- 11.L'adolescent démontre t'il une agressivité physique envers autrui ?
- 12.L'adolescent démontre t'il quelconque comportements socialement inapproprié ?
- 13.Constatez-vous une tendance à l'isolement chez cet adolescent ?
- 14.L'adolescent est t'il hyperactif ?
- 15.L'adolescent change t'il de tempérament constamment ?
- 16.L'adolescent a-t-il un caractère impulsif ?
- 17.L'adolescent passe t'il par des périodes d'agitation causées par différentes stimulus ?
- 18.L'adolescent se voit t'il le centre de la vie ?

#### **Axe 4 : des renseignements sur la vie de l'adolescent à la maison (parents) :**

- 1-votre enfant prend t-il des médicaments neuroleptiques ?
- 2-est ce que vous avez des problèmes dans votre vie conjugale ?
- 3-est ce que vous bagarrez avec votre conjoint /e devant votre fils /fille ?
- 4-vous arrive t-il d'être frappé devant votre fils/fille ?
- 5-est ce que tu frappe votre fils/fille ? si oui pourquoi et comment ?
- 6-est ce que votre enfant vive dans une bonne ambiance familiale ?
- 7-comment vous voyer votre fils /fille ?
- 8-Quelle est la nature de relation que vous nouez avec votre fille/fils ?
- 9-Votre fille/fils a-t-il /elle de bonne relation avec sa fratrie ?
- 10-Votre fille/fils a-t-il /elle le sens de partage ?

11-Votre fille/fils participe t'il/elle aux différentes taches ménagère ?

12-Est-ce que votre fille/fils refuse de faire un travail lorsque vous l'avez incité à le faire ?

13-Y a t'il des personnes qui le rend agité, agressif, colérique ?

14-Répond t-il /elle aux ordres qu'on lui instaure ?

15 Développe t- il/elle un comportement agressif envers soi même ou envers les autres membres de la famille ?

16-Y'as t'il des difficultés a la maison qui rend l'adolescent en période de tempérament ?

17-Quelle est son centre d'intérêt ?