



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

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

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Option : Psychologie clinique

Thème :

L'agressivité chez les adolescents trisomiques

Etudes de six (6) cas (âgés de 12 à 18 ans) réalisés au niveau du centre psychopédagogique
Pour enfants inadaptés mentaux.

Realisé par :

Benali Lynda

Ouazar Ferroudja

Encadré par :

P.r Laboudi Fatih

Année universitaire : 2022 -2023

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à exprimer notre gratitude envers Dieu pour nous avoir accordé la volonté et la patience nécessaires pour mener ce travail à son terme.

Nous saisissons cette occasion pour remercier sincèrement toutes les personnes qui, de près ou de loin, nous ont apporté leur aide dans la réalisation de ce projet.

Nos remerciements vont à notre encadreur, Laboudi, pour son précieux soutien, ses orientations et ses conseils indispensables sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour. Nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements à l'ensemble du personnel du centre psychopédagogique d'inadaptés mentaux pour enfants Bejaia Akbou.

Nous sommes particulièrement reconnaissantes envers les membres du jury qui ont accepté d'évaluer notre travail, ainsi qu'à tous les enseignants qui ont contribué à notre formation.

Enfin, nous voulons exprimer notre profonde gratitude envers nos familles et amis qui ont toujours été présents pour nous encourager tout au long de notre parcours.

Dédicace

Je souhaite dédier humblement ce travail

-À mes parents, mes plus grands soutiens et mes plus fervents admirateurs, je vous suis reconnaissante pour tout ce que vous avez sacrifié pour moi.

-Avec tout mon amour et ma fierté, à mes sœurs et frères qui ne cessent de m'encourager.

-À toutes mes chères amies

- À toute ma famille

-À mon binôme et à toute sa famille

-Et à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

B.Lynda

Dédicace.

*Dieu tout puissant merci d'être toujours au pres de moi. Je dédie mon modeste travail
à mes très chers parents, et à toute ma famille qui m'ont toujours soutenue et
encouragée à réussir.*

- À ma binôme Lynda qui est toujours su être présente.

-À toutes mes chères amies.

*-À toute personne que je connais, et qui ma porté aide et qui s'intéresse à mon travail
et a ma réussite.*

*Et Enfin, à tous ceux qui ont participé de près ou de loin pour que ce projet soit
possible, je vous dis merci*

Merci !

O.Ferroudja

Sommaire

Introduction	1
1. Le choix du sujet :	4
2. La problématique.....	4
3. Hypothèse :.....	11
4. L'opérationnalisation des concepts :	11

Partie théorique

Chapitre I : L'agressivité

Préambule.....	15
1. Distingué et clarification des concepts	15
2. Les formes cliniques de l'agression :.....	16
3. Deux fonctions de l'agression :.....	20
4. Les Modèles théoriques de l'agression :	21
5. les facteurs de risque des comportements agressifs :	23
6. Les caractéristiques de l'agressivité :.....	24
7. Le schéma de « l'agressivité » :	24
8. Les manifestations qui peuvent faire penser qu'une personne est potentiellement violente ou aggressive :	25
9. La prise en charge :	26
10.-Faire face à l'agressivité d'un adolescent :.....	27
11. Comment gérer l'agressivité :.....	27
Synthèse	28

Chapitre II : Trisomie 21

1. Histoire de la trisomie 21 :	30
2- Définition de la trisomie 21 :	30
3- Responsable de la trisomie21 :	31
4-Les différentes formes de la trisomie 21 :	32
5- les caractéristiques de la trisomie 21	34
6-Etiologie de la trisomie 21 :	37
7-La symptomatologie de la trisomie 21 :.....	40
8-Le développement de la personne trisomique :.....	42

9-Diagnostic	45
10-La prise en charge :	47
Synthèse :	49

Chapitre III: Adolescence

Préambule.....	51
1_Aperçu historique	51
2_ Définition de l'adolescence	52
3_ Les phases de l'adolescence	53
4- Le développement de l'adolescent.....	55
5- La puberté normale :	56
6- Le développement des caractères sexuels.....	57
7- Les besoins des adolescents :	58
8- Adolescence et violences de masse :	59
La synthèse	60

Chapitre IV: Méthodologie de la recherche

Préambule :.....	63
1_La pré-enquête:.....	63
2_Méthode de recherche :	64
3-Présentation de lieu de la recherche :.....	64
4-Le groupe de recherche :.....	68
5-Les outils de recherche:	69
6- Le déroulement de la recherche :	69
7-La méthode descriptive :	70
8-L'entretien clinique	70
9-L'entretien semi-directif :	71
10- Le guide d'entretien :	71
11-L'observation clinique :	72
12-La grille d'observation :.....	77
La synthèse :.....	79

Chapitre V: Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1-Présentation du premier cas :	81
2-présentation du 2eme cas:	83
3-Présentation du 3eme cas de Maria:.....	85
4-Présentation et L'analyse des résultats du 4eme cas de badis :	86

5 -Présentation et l' Analyse des resultas du cas de Tiziri :	88
6-1-Présentation et Analyse de la grille d'observation :	89
6-2-présentation et l'analyse de l'entretien avec les parent :	90
Discussion des hypothèses	91
Conclusion:.....	93

Listes des figures

- Figure 1.1 : Les différentes formes de l'agression d'après "BUSS" , 1961, et MORASZ, 2002(3.4).(page 19).
- Figure 13.2 : La distinction agression hostile-instrumentale. (page 21).
- Figure 2.5: Formation d'un chromosome transloqué. (page 32)
- Figure 2 : Distribution anormale de chromosome 21 (trisomie 21 en mosaïque). (page34).
- Figure 6: Croissance moyenne des mongoliens et des sujets normaux selon l'âge chronologique (adapté d'après Thelander et Pryor ,1966). (page 36)
- Figure 1-2: Centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Alger (C.P.P.E.H.M.) (page 66).
- Figure 1-3 : Présentation de la grille d'observation.

Listes des tableaux

- TN°1-Répartition selon l'âge
- TN°2-Répartition selon le type de déficience
- TN°3-Répartition selon le degré de déficience
- TN°4-Récapitulatif des cas de notre étude
- TN°5- Questionnaire destiné aux éducateurs sur :l'agressivité chez les adolescents trisomiques .
 - TN°6- Questionnaire destiné aux parents sur :l'agressivité chez les adolescents trisomiques .

Introduction

Introduction

Les troubles chromosomiques, causés par des anomalies dans le nombre de chromosomes, ne sont pas héréditaires lorsque les anomalies concernent la formation des hormones sexuelles. Les parents d'un enfant atteint ne sont pas porteurs de l'anomalie et peuvent avoir d'autres enfants indemnes. C'est notamment le cas de la trisomie 21, également connue sous le nom de syndrome de Down.

La trisomie 21 est le résultat d'une anomalie génétique où les personnes atteintes présentent trois chromosomes 21 au lieu de la paire habituelle. Ce déséquilibre affecte le fonctionnement du génome.

La sévérité de la trisomie 21 peut varier. Ce syndrome est de mieux en mieux compris et une intervention précoce peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des enfants et des adultes touchés.

La trisomie 21 peut entraîner d'importants troubles comportementaux, tels que des problèmes d'attention et des manifestations d'agressivité envers soi-même ou envers autrui. Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés à l'étude de l'agressivité chez les adolescents atteints de trisomie 21. Notre terrain d'étude se situe au centre pédagogique des handicaps mentaux d'Akbou (Bejaia), qui répond aux objectifs de notre recherche. Nous avons utilisé une approche d'entretien semi-directif et une grille d'observation pour évaluer l'agressivité.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons divisé notre travail en deux parties : une partie théorique et une partie pratique.

Avant de présenter ces deux parties, nous avons d'abord exposé le cadre méthodologique comprenant la problématique, les hypothèses, les définitions et les opérationnalisations des concepts clés de notre recherche.

Ensuite, nous avons abordé la partie théorique de notre recherche, qui comprend trois chapitres. Le premier chapitre est consacré à l'agressivité, où nous avons présenté les différentes définitions de ce concept, ainsi que les différentes formes et facteurs de

risque qui y sont associés. Nous avons également exploré les modèles théoriques qui tentent d'expliquer ce phénomène, avant d'aborder les approches de prise en charge.

Le deuxième chapitre, consacré à l'adolescence, comprend une analyse historique, des définitions variées et des caractéristiques spécifiques de cette période de la vie. Nous avons examiné le développement de l'adolescent, ses besoins particuliers, et nous nous sommes également penchés sur la relation entre l'adolescent et la violence de masse.

Le troisième chapitre traite de la trisomie 21, en commençant par son historique et en définissant les concepts essentiels. Nous avons étudié les différentes formes de trisomie 21, ainsi que leurs caractéristiques et les facteurs qui y sont liés. Enfin, nous avons abordé les approches de prise en charge pour les personnes atteintes de cette condition.

Dans la partie pratique de notre recherche, nous avons inclus deux chapitres. Le premier décrit notre méthodologie, en détaillant la pré-enquête réalisée, la méthode de recherche utilisée, le lieu où s'est déroulé notre stage pratique, ainsi que les techniques que nous avons employées. Nous avons également mentionné les difficultés rencontrées tout au long de cette étape.

Le deuxième chapitre se concentre sur la présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises. Nous avons examiné les données collectées de manière approfondie, analysé les résultats obtenus et engagé une réflexion sur les hypothèses formulées.

Enfin, nous avons conclu notre travail de recherche par une synthèse des principaux résultats enseignements tirés de cette étude. Nous avons inclus une liste bibliographique regroupant les sources consultées et annexé des documents supplémentaires pertinents pour une meilleure compréhension de notre recherche.

Problématique et hypothèses

1. Le choix du sujet :

Le choix de notre sujet de recherche s'est rapidement imposé à nous, étant donné l'ampleur des travaux publics abordant la question de la trisomie. Ces travaux mettent en lumière les difficultés auxquelles font face les enfants atteints de ce syndrome ainsi que leurs parents dans leur vie quotidienne. Ainsi, nous sommes intéressés à approfondir notre compréhension de ce handicap pour les raisons suivantes :

- Acquérir des connaissances approfondies sur ce sujet spécifique, afin de contribuer à la littérature existante et d'enrichir notre compréhension de la trisomie.
- Utiliser ces connaissances pour notre développement professionnel, sachant que ce sujet est pertinent dans nos futurs parcours de carrière.
- Satisfaire notre curiosité et notre désir de mieux comprendre l'adolescent trisomique. Nous sommes motivés par l'envie de saisir les particularités de cette période de la vie chez les personnes atteintes de trisomie.
- Décrire de manière objective la réalité des adolescents trisomiques, en mettant l'accent sur une tranche d'âge cruciale : l'adolescence. Notre objectif est de fournir une représentation fidèle de la vie quotidienne des adolescents trisomiques, en tenant compte de leurs expériences et de leurs défis spécifiques.
- Explorer le vécu des adolescents trisomiques présentant des comportements agressifs. Nous cherchons à comprendre les facteurs sous-jacents à ces comportements et à apporter des perspectives nouvelles pour soutenir ces jeunes dans leur épanouissement personnel.

En résumé, notre décision de nous pencher sur ce sujet de recherche découle de notre volonté d'approfondir nos connaissances, d'envisager notre avenir professionnel, de mieux comprendre l'adolescent trisomique, de dépeindre objectivement leur réalité quotidienne et de faire face aux manifestations de comportements agressifs chez ces adolescents.

2. La problématique

Le développement de l'enfant à l'adolescent est une période de transformation cruciale dans la vie d'une personne. Il s'agit d'une phase caractérisée par des changements

rapides, à la fois physiques, émotionnels et sociaux. Les enfants grandissent rapidement, connaissant une maturation sexuelle, des modifications corporelles et une croissance en taille et en force confrontent à de nouvelles expériences, à la recherche de leur identité, à des fluctuations émotionnelles et à une quête d'indépendance. Les relations sociales et les interactions avec les pairs jouent un rôle central, musculaire. Parallèlement, ils se confrontent à de nouvelles expériences, à la recherche de leur identité, à des fluctuations émotionnelles et à une quête d'indépendance. Les relations sociales et les interactions avec les pairs jouent un rôle central, influençant la construction de leur estime de soi et leur sentiment d'appartenance. Le développement de l'enfant à l'adolescent est une période dynamique et riche en défis, offrant des opportunités d'épanouissement et de croissance personnelle.

Selon Pierre G.COSLIN l'adolescence est une période de passage de l'état d'enfant à celui d'adulte, elle se caractérise par d'importantes transformations somatiques qui, parallèlement à une poussée instinctuelle, rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que contraintes et conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. Il s'ensuit une situation de déséquilibre qui peut se manifester à travers de nombreux symptômes souvent regroupés sous l'expression de crise l'adolescence; un temps on les équilibres culturels atteints sont remis en question par les maturations organiques. Et c'est dans ce contexte que l'adolescent doit à la fois acquérir le sens de son identité personnelle, imposer aux autres sa propre originalité et s'intégrer au sein de son environnement .(Marcelli et Braconnier,1999) (Pierre.G. C.2004, p4).

L'adolescence est rappelée comme le temps de la découverte de soi, des autres, du monde entier. Il y a une explosion cognitive et les horizons intellectuels s'élargissent jusqu'aux limites de l'univers. L'adolescence est également caractérisée par un besoin intense d'autonomie, par des conflits avec les parents, par des crises, des préoccupations, l'insécurité, les doutes sur son identité, parfois par la transgression de normes respectées auparavant.(Lutte.G.1988,p13).

Lorsqu'il s'agit de la trisomie, une condition génétique où une personne est née avec une copie supplémentaire du chromosome 21, l'adolescence peut présenter des défis particuliers. Les adolescents atteints de trisomie 21 peuvent avoir des caractéristiques physiques distinctives et des retards de développement variables, ce qui peut influencer leur expérience de l'adolescence.

Tous les adolescents vivent une période de transition appelée "crise d'adolescence". Cependant, certains adolescents vont avoir l'adolescence soit dans l'état normal ou porteur de la pathologie comme les adolescents ayant la trisomie 21, lorsque il s'agit de la trisomie, une condition génétique où une personne est née avec une copie supplémentaire du chromosome 21. Les adolescents atteints de trisomie 21 peuvent avoir des caractéristiques physiques distinctives et des retards de développement variables, ce qui peut influencer leur expérience de l'adolescence.

La trisomie 21 (ou syndrome de Down), est une anomalie chromosomique congénitale provoquée par la présence d'un chromosome surnuméraire pour la 21e paire. Ses signes cliniques sont très nets, un retard cognitif est observé, associé à des modifications morphologiques particulières. C'est l'une des anomalies génétiques les plus communes, avec une prévalence de 9,2 pour 10 000 naissances vivantes, aux États-Unis. L'incidence est d'environ 1 pour 770 naissances, toutes grossesses confondues et varie en fonction de l'âge de la mère : environ 1/1 500 à 20 ans, 1/900 à 30 ans et 1/100 à 40 ans. Cette anomalie ne doit pas être confondue avec le syndrome XYY, ni avec l'anomalie XXY. L'un des traits les plus notables est le déficit du développement cognitif, mais aussi des malformations congénitales comme des cardiopathies. Le QI des enfants atteints de trisomie 21 est extrêmement variable. Un certain nombre de patients souffrent de complications dites « orthopédiques » imposant l'hospitalisation. Les anomalies musculo-squelettiques sont souvent source de complications. Avec les progrès de la médecine et le suivi paramédical (telle que l'orthophonie), la qualité de vie des personnes trisomiques 21 s'est considérablement améliorée, ainsi que leur espérance de vie. **(Deloeuvre G.2018,).**

Trisomie 21 C'est l'aberration chromosomique la plus fréquente: elle est due à la présence de trois chromosomes 21 dans chaque cellule (au lieu de deux). Elle est rarement héréditaire (par translocation) et le plus souvent accidentelle par non-disjonction des chromosomes au cours de la fabrication des ovocytes chez la femme. (Schiff M, Lim-sabbah I. 2022, P88).

Les trisomiques possèdent des caractères physiques caractéristiques, en particulier au niveau du visage. Ils présentent un retard mental plus ou moins important et très souvent des pathologies associées, comme des malformations cardiaques. Leur espérance de vie s'est nettement allongée et dépasse 50 ans.(Galiana D,Le Rouxux,Monchâtre I.2015,p162)

La trisomie 21, également connue sous le nom de syndrome de Down, est une condition génétique qui résulte de la présence d'un chromosome supplémentaire au niveau de la paire 21. Cela signifie que les personnes atteintes de trisomie 21 ont trois exemplaires du chromosome 21 au lieu de deux dans leurs cellules. La trisomie 21 est la forme la plus courante de trisomie et elle se produit dans environ 1 naissance sur 800 à 1 000. Il existe trois formes principales de trisomie 21 : la trisomie 21 libre , la trisomie 21 translocation et la trisomie en mosaïque .

Les caractéristiques physiques de la trisomie 21 comprennent une apparence faciale distinctive, avec des yeux en forme d'amande, un nez plat, une langue proéminente et des oreilles petites. Les personnes atteintes de trisomie 21 peuvent également présenter un retard de croissance, un tonus musculaire faible, une déficience intellectuelle variable et des problèmes de santé associés, tels que des malformations cardiaques, des troubles de la vision et de l'ouïe, ainsi que des problèmes de thyroïde.

Cependant, il est important de noter que chaque personne atteinte de trisomie 21 est unique et présente une large variabilité dans les symptômes et les capacités. Certaines personnes atteintes de trisomie 21 peuvent vivre de manière indépendante et atteindre un niveau d'autonomie élevé, tandis que d'autres auront besoin d'un soutien et de soins supplémentaires tout au long de leur vie.

La trisomie 21 est généralement diagnostiquée avant la naissance par des tests prénatals tels que l'amniocentèse ou la biopsie des villosités choriales, qui permettent d'analyser les chromosomes du fœtus. Après la naissance, le diagnostic est confirmé par un test sanguin appelé caryotype.

Il est essentiel de noter que malgré les défis auxquels les personnes atteintes de trisomie 21 peuvent être confrontées, elles peuvent mener une vie heureuse, épanouissante et significative. L'inclusion sociale, l'éducation adaptée, les soins médicaux appropriés et le soutien familial sont des éléments importants pour favoriser le développement et le bien-être des personnes atteintes de trisomie 21. De nombreuses personnes atteintes de trisomie 21 sont capables de participer activement à la société, d'acquérir des compétences et d'atteindre des objectifs personnels.

L'agressivité peut être physique ou verbale, est un comportement qui est perçu par l'entourage du patient comme violent envers les personnes ou les objets et est souvent assimilé à une menace ou un danger pour l'environnement ou le patient lui-même. L'agressivité peut être la conséquence de l'agitation, mais peut aussi exister d'une manière autonome. **(Frémont P, Benoit M.2006).**

Tant que la colère reste cachée à l'intérieur de notre cœur sans pouvoir être détectée par les autres, ce n'est pas l'agressivité mais la perturbation mentale racine colère. Si cette colère se renforce et que nous commençons à penser à des moyens de nuire aux autres physiquement ou verbalement, et à montrer des signes extérieurs de cette colère, comme des expressions menaçantes, et que notre comportement est sous l'influence de cette colère, celle-ci est devenue agressivité.

L'agressivité est, par définition, un facteur mental perturbé qui est un accroissement de la perturbation mentale racine colère et qui désire faire mal ou nuire aux autres physique- ment ou verbalement. **(Guéshé kelsang G.2013).**

Selon domitrovich & greenberg. (2003). l'agressivité est l'ensemble des comportements négatifs (comme les comporte- ments oppositionnels ou destructeurs)

qui l'accompagnent généralement et fait partie des problèmes de santé mentale les plus graves et les plus répandus pendant l'enfance. (Joachim Mucau k.2014p195).

L'agressivité est un comportement complexe et multifactoriel qui se manifeste par des actions hostiles, violentes ou offensives envers autrui. Elle peut prendre différentes formes telles que l'agressivité physique, verbale, passive, relationnelle ou territoriale. Elle peut également se manifester de manière indirecte, par des comportements passifs-agressifs tels que l'ignorance, la manipulation ou le sabotage. Elle peut être observée chez les individus de tous les âges, que ce soit chez les enfants, les adolescents ou les adultes.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'agressivité, et ils peuvent être regroupés en trois catégories principales : les facteurs biologiques, les facteurs environnementaux et les facteurs psychologiques.

Les facteurs biologiques impliquent des prédispositions génétiques et des processus neurobiologiques qui peuvent influencer l'expression de l'agressivité. Des études ont montré que certains individus peuvent avoir une prédisposition génétique à une agressivité accrue, et que des déséquilibres chimiques dans le cerveau, tels que des niveaux élevés de testostérone ou de faibles niveaux de sérotonine, peuvent également être associés à des comportements agressifs.

Les facteurs environnementaux jouent également un rôle crucial dans le développement de l'agressivité. L'exposition à la violence dans l'environnement familial, à la violence dans les médias ou à des expériences traumatisantes peut augmenter la probabilité d'agressivité chez les individus. De plus, des facteurs sociaux tels que les normes culturelles, les relations interpersonnelles et les influences sociales peuvent également contribuer à l'expression de l'agressivité.

Les facteurs psychologiques incluent les processus cognitifs et émotionnels qui sont associés à l'agressivité. Les pensées agressives, les interprétations hostiles des situations, les distorsions cognitives et les difficultés dans la régulation émotionnelle peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement et l'expression de l'agressivité.

L'agressivité non maîtrisée peut avoir de nombreuses conséquences néfastes, tant pour l'individu agressif que pour son entourage. Sur le plan physique, l'agressivité peut causer des blessures graves, allant de simples contusions à des traumatismes majeurs, voire à la perte de vies humaines. Sur le plan relationnel, elle détériore les liens avec les autres, suscitant la peur, l'hostilité et l'isolement social. Les conséquences émotionnelles sont également importantes, avec l'émergence de sentiments de honte, de culpabilité, de frustration et de colère, pouvant entraîner une détresse psychologique significative, sur le plan professionnel, l'agressivité peut entraîner des conflits, une baisse de performance et même la perte d'emploi. Du point de vue juridique, des comportements agressifs peuvent conduire à des poursuites légales et des peines sévères. De plus, l'agressivité chronique peut affecter la santé physique et mentale de l'individu, augmentant le risque de maladies cardiovasculaires, de troubles anxieux et dépressifs. Enfin, il est important de souligner la transmission intergénérationnelle de l'agressivité, où les enfants exposés à des comportements agressifs ont tendance à reproduire ces modèles comportementaux, perpétuant ainsi un cycle de violence. Il est donc essentiel de comprendre ces conséquences pour promouvoir des approches non violentes, favorisant la gestion et prévention de l'agressivité, dans le but d'établir des relations saines et harmonieuses.

Il convient de noter que toutes les formes d'agressivité ne sont pas nécessairement négatives ou pathologiques. L'agressivité peut également être adaptative dans certaines situations, telle que la défense de soi-même ou d'autrui face à une menace réelle. Cependant, il est important de distinguer entre une agressivité saine et contrôlée et une agressivité excessive, impulsif ou destructrice.

Les conséquences de l'agressivité peuvent être graves, tant pour l'individu agressif que pour les personnes qui en sont victimes. Les comportements agressifs peuvent entraîner des blessures physiques, des traumatismes émotionnels et des troubles psychologiques chez les individus concernés. De plus, l'agressivité peut contribuer à créer un climat social tendu et à perpétuer un cycle de violence.

La prise en charge de l'agressivité implique l'utilisation de diverses approches visant à aider les individus à gérer et à réduire leur comportement agressif. Cela comprend la psychoéducation pour fournir des informations sur les causes et les conséquences de l'agressivité, les thérapies cognitivo-comportementales pour changer les schémas de pensée négatifs, les techniques de gestion de la colère et des émotions pour favoriser la régulation émotionnelle, et les approches de groupe pour le soutien mutuel et l'apprentissage de compétences sociales positives. La prise en charge de l'agressivité est souvent multidisciplinaire, impliquant des professionnels de la santé mentale, des éducateurs et d'autres spécialistes travaillant ensemble pour offrir un soutien global et personnalisé. L'objectif est d'aider les individus à développer des compétences de communication assertive, à résoudre les conflits de manière constructive et à promouvoir des comportements pro-sociaux, favorisant ainsi des relations harmonieuses et un environnement social pacifique.

Pour cela on a posé la question suivante :

Est-ce que les adolescents trisomiques manifestent des comportements agressifs ?

3. Hypothèse :

Les adolescents trisomiques manifestent des comportements agressifs.

4. L'opérationnalisation des concepts :

L'agressivité : L'agressivité est un concept complexe qui se réfère généralement à un comportement ou à une disposition caractérisés par des actions hostiles, violentes ou d'intimidation envers autrui. Cela peut inclure des comportements verbaux ou physiques visant à causer du tort, de la douleur ou de la détresse à une personne, à un animal ou à des objets.

L'adolescence : L'adolescence est une période de transition et de transformation, située entre l'enfance et l'âge adulte, où les individus vivent de profonds changements physiques, émotionnels et sociaux. C'est une étape de la vie où l'identité personnelle se développe, où de nouvelles expériences sont vécues et où les relations avec les pairs prennent une importance croissante.

La trisomie 21, également connue sous le nom de syndrome de Down, est une condition génétique causée par la présence d'une copie supplémentaire partielle ou complète du chromosome 21. Normalement, chaque cellule du corps humain contient 23 paires de chromosomes, totalisant 46 chromosomes au total. Cependant, dans le cas de la trisomie 21, une personne naît avec trois copies du chromosome 21 au lieu de deux.

Partie théorique

Chapitre I : L'agressivité

Préambule

On sait que l'agressivité existe en tout ce qui vit. Seules ses modalités d'expression varient. Cher l'être humain, on la retrouve dans sa vie quotidienne (Fanti S , 1990. P12)

L'agressivité est un concept central pour l'approche de la vie psychique de l'enfant est une facteur mental perturbé qui est un accroissement de la perturbation mentale racine colère et qui désire faire mal ou nuire aux autres physiquement ou verbalement.

La notion d'agressivité renvoie à un comportement caractérisé par l'acte d'attaquer ou d'aller de l'avant s'opposant à celui de refuser le combat ou de fuir les difficultés . Elle est comme une manière d'exprimer ou de communiquer ces réaction, ces comportements peuvent apparaitre chez l'adolescent comme un processus normal de son développement et comme une réponse à ces besoins . dans certain cas des comportements agressifs grave et même des actes de violence peuvent se manifester au cours de cette période .

Dans ce présente chapitre, nous allons vous présenter l'agressivité dans tous ses aspects, ses types , ainsi ses facteurs de risque et ses signes et en fin la prise en charge et comment faire face à l'agressivité d'un adolescent .

1. Distingué et clarification des concepts suivants:**1.1. Agression**

peut être définie comme tout comportement ayant l'i imminente de blesser quelqu'un d'autre d'une façon plus ou moins explicité(Fiske S .2008.p 444) est une attaque brutale, soudaine et non provoquée; elle peut être physique mais aussi verbale.(panazani M .Anniep 2020.p 66).

1.2. . La violence:

Dans ce sens, l'étymologie peut nous aider: « violence » vient du latin « violentai » qui signifie violence, caractère violent ou fort. Le verbe « violare » signifie traiter ou agir avec violence, profaner, transgresser. Violentia et violare sont attachés à « vis» qui signifie la force, la violence, la puissance, l'usage de l'emploi physique mais également la quantité ou le caractère essentiel d'un être ou d'une chose(FOUFAS ,N .2019, P13)

- **Selon l'organisation mondiale de la santé « LOMS » :**

L'Organisation mondiale de la santé définit la violence comme suit: utilisation ou menace d'utilisation de la force physique ou psychologique, contre soi, une autre personne ou un groupe de personnes, entraînant ou susceptible d'en- trainer la mort, la souffrance psychologique, des troubles du développement, ou encore des dommages corporels ou matériels, ou des atteintes à la propriété .(Gitins ,Ch .2006 .P13).

1. 3. L'agressivité :

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

Dans le dictionnaire de psychologie (1991). l'agressivité est définie par rapport à des manifestations du dedans vers le de- hors, «Une tentative plus ou moins réussie d'adaptation à l'environnement ». Ici il est sous-entendu que l'environnement est une « bagarre » dans laquelle l'agressivité aura une place importante .(Joachim , M- E . 2014 . p195).

- **Selon L'OMS :**

L'agressivité, selon l'OMS se définit comme un comportement destiné à nuire physiquement à une autre personne. Les agressions sexuelles en font partie. (Bouzelat M , Dacheux CH , Gagnol M . 2019 .p 245).

Selon le Vocabulaire de la psychanalyse, l'agressivité se définit comme étant la tendance ou ensemble de tendances qui s'articulent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier,(Pibarot I , 2013. p87)

Pour Freud , l'agressivité est .. une force constructive dans le comportement de l'être humain Selon Freud , l'agressivité se manifeste aussi bien dans le comportement des enfants que des adultes (Mesmin G , 1976 .p281)

2. Les formes cliniques de l'agression :

Modalités d'expression de l'agressivité : elles peuvent se faire par la parole, des actes , passive , active et direct ou indirect

2.1. Agression en paroles :

Elle peut se traduire par des insultes, des injures, des menaces verbales ou écrites, des critiques ouvertes et malveillantes, des propos méprisants ou dévalorisants, la médisance, la

calomnie (accusations calomnieuses), des souhaits exprimés d'agression ou de mort, des oppositions systématiques. (Tribolet S , Shahidi M , 2005. P210)

2.2. Agression en actes:

Elle se traduit par des humiliations, des gestes provocants ou menaçants, des bris d'objets, des dégradations diverses (incendie, saccage de matériel, vitre brisée, voiture abîmée, pneus crevés...), des coups et blessures, des agressions sexuelles (définies en droit pénal comme toutes atteintes sexuelles commises avec violence, contrainte, menaces ou par surprise), voire des homicides. (Tribolet S , Shahidi M , 2005. P210)

2.3. Agression directe ou indirecte :

L'agression directe s'en prend directement à la personne visée, l'agression indirecte se porte sur des objets (par exemple, l'enfant qui casse le jouet de son camarade). Dans le cas de l'agression indirecte, l'attaque peut tout autant se porter sur des objets qui n'appartiennent pas à la personne visée. Par exemple, un joueur mécontent de son entraîneur peut jeter une bouteille d'eau par terre, ou taper dans un banc. Cette manifestation agressive montrerait un mécontentement vis-à-vis de l'entraîneur. Attention cependant à bien décoder les comportements : un joueur peut très bien être énervé contre lui-même, et pas à l'encontre de son entraîneur. (Cayla J-L, Lacrampe R, 2007. P152)

2.4. Agression passive ou active :

Le refus, la rétention d'information, l'omission, peuvent être des moyens pour manifester son agressivité envers autrui. Cette agression passive est très frustrante pour la personne qui l'a subie. En revanche, l'agression active est le résultat d'une action concrète, d'un comportement précis de l'agresseur. (Cayla J-L, Lacrampe R, 2007. P152).

2.5. Agression psychique :

L'agression psychique a primitivement des conséquences vagans est une notion populaire que la peur arrête le cœur, coupe la respiration. La réaction adrénérergique secondaire provoque l'hyperpnée, la tachycardie, la dilatation pupillaire, des yeux dilatés par la peur.(**Laborit H.1995 . P115**).

On ne peut pas dire qu'une agression psychique provoque une altération psychique, comme en mécanique. Mais on peut dire qu'une agression provoque une altération selon le sens qu'elle prend dans notre passé et notre alentour. (Cyramik B, 1999, P127).

Morasz [3], d'après Buss [4], a proposé une classification des différentes formes que peut revêtir la violence, en distinguant l'agression active de l'agression passive d'une part, dans ses aspects directs et indirects d'autre part (figure 1.1. à laquelle Morasz a ajouté la composante psychique. **(Françoise C, 2011. P4).**

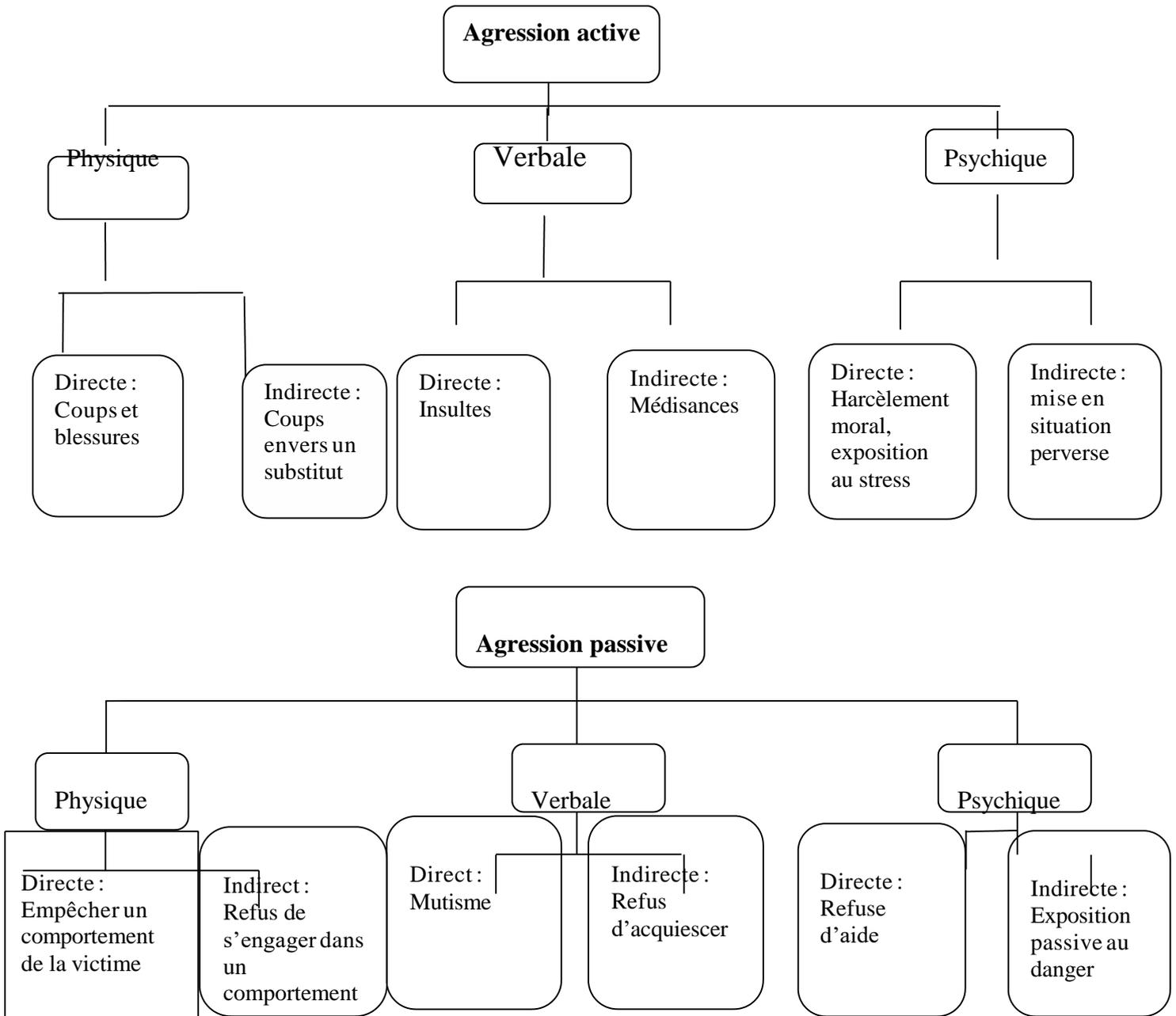


Figure 1.1. Les différentes formes de l'agression d'après « Buss », 1961 , erMorasz,2002(3,4) . (Françoise C , 2011. P4).

3. Deux fonctions de l'agression :

On distingue classiquement deux fonctions du comportement d'agression:

3.1 .l'agression hostile (ou réactive) et l'agression instrumentale (ou proactive). L'agression hostile vise essentiellement à infliger une souffrance ou à causer tort à autrui. Elle est ordinairement associée à des émotions hostiles comme la colère et des sentiments d'animosité. L'agression 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 à dessein d'acquérir un bien matériel .

Peut donc s'agir d'un comportement planifié, prémédité. L'agresseur ne cherche pas à faire souffrir autrui, car son action ne représente pour lui qu'un moyen d'atteindre un autre but (gain, appropriation des biens d'autrui, action coercitive). Cette distinction, qui peut être référée à une conceptualisation plus générale des processus guidant le comportement social basé sur l'impulsion ou la réflexion. présente néanmoins des limites dans le champ de l'agression. Ainsi, il a été démontré que pour atteindre certains buts, l'individu peut se mettre volontairement en colère ou se mettre délibérément en état de perdre le contrôle . L'auto induction d'émotions particulières peut ainsi servir des buts instrumentaux. Dans les altercations ordinaires, l'agression instrumentale et proactive vont souvent de pair, car les motivations à l'agression sont souvent mixtes (par exemple, un agresseur qui tente d'arracher un sac à main et qui en vient à insulter et brutaliser gratuitement la victime qui résiste, ou une femme empoisonnant lentement par vengeance son compagnon). La distinction n'est donc pas fondamentale et peut souvent être ignorée . (**Laurent B ,Desrichard O. 2013, P349**).

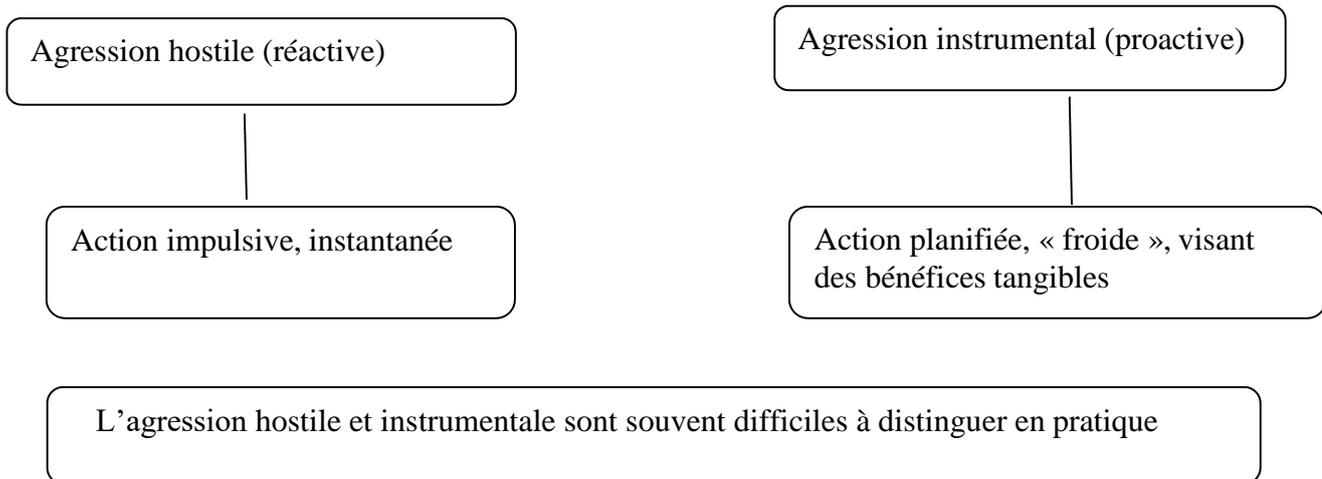


Figure 13.2 : La distinction agression hostile- instrumentale

4. Les Modèles théoriques de l'agression :

4.1. Modèle éthologiques et la psychologie évolutionniste :

La psychologie évolutionniste contemporaine a proposé un modèle explicatif de l'agression humaine mettant l'accent sur les fonctions adaptatives à long terme de l'être humain à son environnement pour rendre compte des différences entre hommes et femmes dans le domaine de l'agression, elle invoque la théorie de l'investissement parental selon lequel. du fait des périodes d'infertilité occasionnées par les grossesses et allaitements, les femmes investissent davantage dans chacun de leurs enfants tandis que les hommes présenteraient un nombre possible d'enfants plus élevé.

Les hommes susceptibles de procréer davantage seraient enclins à rivaliser avec d'autres hommes et seraient davantage attachés à se forger une réputation de dominant, ce qui serait plus attractif pour les femmes (qui y verraient davantage de sécurité pour leur progéniture).

L'agression serait ainsi conçue comme une stratégie permettant à certains gènes de soutenir la compétition et de survivre aux dépens d'autres gènes concurrents. L'usage de l'agression comme stratégie reproductive est évidente chez les animaux: les males se battent pour accéder aux femelles et chassent pour se nourrir, tandis que les femelles se battent contre des prédateurs pour défendre leur progéniture. Chez les humains, la lecture évolution usité

reste très discutée. Dans le domaine de l'agression, le fait qu'une proportion élevée des homicides et agressions graves s'exerce envers des personnes partageant des intérêts évolutifs évidents, semble constituer une donnée difficile à articuler avec l'analyse évolutive. (Laurent B, Desrichard O, 2013. Pp 357-358).

4.2. L'approche psychanalytique :

C'est la psychanalyse qui est la théorie la plus connue qui aborde les racines de toutes les formes de violence. Freud considère de manière générale l'agression comme une marque humaine innée et instinctive qui se développe dans le cours normal de la croissance de l'homme. Plus tard, Freud trouvera que l'homme possédait une énergie de la force vitale qui est l'éros et la force de la mort qui est le thanatos. Toutes les deux forces cherchent un équilibre interne. La violence proviendrait alors d'un déplacement du thanatos vers les autres forces. Les sources inconscientes de la violence chez l'homme trouvent finalement leur origine dans le rapport qu'il entretient avec la mort. Avec la guerre, on est obligé de croire à la mort. Il y existait une situation ambivalente chez l'homme primitif : il reconnaissait la mort en même temps qu'il la déniait. Le meurtre était un allant de soi pour lui. Mais lorsqu'il s'agissait de sa propre mort, il la déniait dans son inconscient. (Ekanga, B. 2021, P41)

4.3. Théorie de l'apprentissage social :

La théorie de l'apprentissage de base laisse entendre que les modèles de comportement sont acquis par des liens (éventualités) qui sont établis entre le comportement et ses conséquences. Lorsqu'un comportement est suivi des résultats désirés, par une récompense par exemple, ce comportement est plus probable d'être renforcé. Inversement, lorsqu'un comportement est suivi d'une conséquence indésirable ou d'une conséquence qui provoque de la réversion, ce comportement est probable de recevoir une punition. La théorie de l'apprentissage social est le prolongement de cette idée de base qu'un comportement, prenons par exemple le cas de l'agression, s'apprend non seulement à travers ses propres expériences, mais aussi par l'observation de la manière dont certaines éventualités se passent dans son propre environnement. L'agression est ainsi un comportement que l'on apprend. C'est par l'observation que l'on apprend les conséquences d'un comportement. Si on peut apprendre à être agressif. (Ekanga, B. 2021, P41)

4.4. La théorie cognitive :

La théorie de base de la cognition sociale réside dans le fait que les gens ont des relations avec leur milieu. Cela fait qu'ils dessinent une carte cognitive interne de leur milieu social externe. Le comportement découle alors de la façon dont ils perçoivent les choses plutôt que de la réalité externe objective. Il n'y a qu'un pas à faire pour dire que la façon dont nous voyons les choses, notre perception de l'intention possède une incidence sur l'agression. En plus, il existe des facteurs internes et externes qui peuvent modifier notre façon de percevoir une provocation ou une intention. C'est pourquoi on trouve une certaine insuffisance chez des individus qui sont extrêmement agressifs. Ils sont incapables de trouver des solutions non agressives aux conflits, et ils ont un manque de confiance dans leur capacité à utiliser avec succès ces solutions. Ces individus possèdent en outre une hypersensibilité de perception aux répliques agressives ou hostiles au milieu, particulièrement aux répliques interpersonnelles .(Ekanga , B. 2021, P42)

5. Les facteurs de risque des comportements agressifs :**5.1. Les facteurs neurochimiques:**

On a fait beaucoup de recherches sur la sérotonine de tous les neurotransmetteurs dans le cerveau des mammifères, et on est arrivé à la conclusion qu'il existait une corrélation constante entre la sérotonine et le comportement agressif. Les examens cliniques des délinquants ont montré que, lorsque le niveau de la sérotonine baissait, on constatait un niveau élevé d'agression. En l'absence des stimuli provocateurs, la baisse de la sérotonine avait un effet mineur sur le comportement agressif.(Ekanga ,B .2021, P43)

5.2. Des facteurs des hormones:

L'action des hormones androgènes et gonadotrophines sur le comportement humain est très faible et très complexe.³⁴ Il n'existe à l'heure actuelle aucune évidence empirique qui montre que « l'empoisonnement » de la testostérone pouvait être la cause de la violence aveugle et disproportionnée chez les hommes. La testostérone possède dans ce cadre un rôle très limité (Ekanga ,B .2021, P43)

5.3. 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 prédateurs 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. (Messioune, K. Djekieur, B. 2018/2019, P43).

6. Les caractéristiques de l'agressivité :

L'agressivité a incontestablement de nombreux points communs avec la force. Mais elle se caractérise par une façon plus claire d'exercer vis-à-vis de l'autre. (Rispoli, L., 2009, P197).

Ainsi, caractérisée comme la manifestation de la tendance à nuire ou à attaquer la tendance à communiquer, que cela soit de façon réelle ou imaginaire, l'agressivité est une disposition, une attitude, une modalité des êtres vivants et particulièrement l'homme, qui se reconnaît à des actions où la violence domine. Elle est donc une potentialité de violence et, à ce titre, nous dirons Cornaton, elle est souvent enfouie au fond de notre être et par moments, un comportement, une opinion feront cette agressivité qui pouvait être ignorée. Instinct élémentaire au même titre que nourrir ou se reproduire, l'agressivité est au service de la vie car utile au développement de l'individu, de son appareil psychique. (Koko L-N, 2017, P37).

7. Le schéma de « l'agressivité » :

Les psychologues disent que, dans le schéma « d'agressivité », il s'agit d'une partie du moi qui se défend contre une autre partie du moi qui a peur, ou qui pourrait l'amener à souffrir.

- **La peur, l'angoisse :**

Lors d'une agression (verbale ou physique), l'agresseur cherche à lutter contre des facteurs de peur ou d'angoisse. Pour l'usager, la maladie, le handicap ou l'approche de la mort sont des menaces et la violence qu'il manifeste marque son désarroi face à cette réalité qu'il ne peut maîtriser. Le professionnel doit aider la personne à formuler son « mal-être » d'une façon différente, au travers de son langage quotidien.

- **La colère retournée contre soi :**

Plutôt que de reconnaître son agressivité et de l'assumer, l'agresseur qui ne s'aime pas retourne la violence contre lui, puis contre les autres (par exemple, on constate que certains

agresseurs se rongent les ongles, se pincent les doigts, tapent du pied, frappent leur tête, insultent ou l'agressent physiquement.

- **Les signaux précurseurs de l'agressivité :**

le professionnel doit déceler chez son interlocuteur tous les signaux révélateurs d'une montée de l'agressivité, afin de la prévenir. par exemple : démarche vive, gestes brusques. (Chaudet V, 2022 .P220).

7- Les besoins humains qui, lorsqu'ils ne sont pas comblés génèrent de l'agressivité :

1. Besoin de territoire: besoin d'espace vital, d'intimité.
2. besoin de communiquer : façon de parler, ton de la voix attitudes peuvent provoquer des tensions et des réactions agressives.
3. Besoin de dignité, d'estime de soi besoin d'être respecté par les autres.
4. Besoin de sécurité: besoin de se sentir protégée et de protéger ceux qu'on aime.
5. Besoin d'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions et d'avoir le contrôle sur sa vie.
6. Besoin d'avoir le temps nécessaire: besoin d'évoluer à son propre rythme, sans être bousculé ni pressé par les autres.
7. Besoin d'identité: besoin de conserver ses liens (on ne le compare pas à quelqu'un d'autre).
8. Besoin de confort: besoin d'être libre de douleur physique ou émotionnelle
9. Besoin de compréhension: besoin d'être informé de façon adéquate. .(**Claes G ,2013 . P10**).

8. Les manifestations qui peuvent faire penser qu'une personne est potentiellement violente ou agressive :

- Ton de voix saccadé.
- Regard fixe, menaçant (battement de paupières) ou regard fuyant.

- Dilatation des pupilles .
- Utilisation d'injures , de menaces , de sarcasmes .
- Agitation, mouvements saccadés , apparition des tics.
- Pâleur ou augmentation de la coloration du visage .
- Objets lancés ou jetés par terre , transpiration. (Claes G, 2013. P 9).

De la violence des adolescentes :

Thème très médiatisé, la violence des adolescents est présentée comme un phénomène de plus en plus fréquent. La question de l'accroissement de la violence est une question délicate et controversée. Il semblerait que le sentiment d'une violence accrue soit fondé plus sur des impressions que sur des faits. Pour certains, l'accroissement de la violence au cours des dernières décennies est bien réel

Toutefois, la violence évolue et les incivilités constituent aujourd'hui une forme de violence dont le caractère quotidien nourrit un sentiment d'insécurité. La violence n'est pas seulement physique; elle peut agir plus insidieusement et plus intensément au sein de conduites de harcèlement, d'intimidations, de menaces ou d'humiliation

La violence est devenue un mode de communication privilégié pour certains adolescents qui ne connaissent ou n'utilisent pas toujours d'autres modèles de réponse. Elle peut être due à des violences physiques ou psychologiques vécues dans l'enfance, à des modèles familiaux violents, à une sensibilité extrême à la violence environnementale, à l'exclusion et l'intolérance de la société (racisme, discrimination, compétition...). La violence permet alors d'exprimer une souffrance trop lourde à porter ou non dicible comme telle. La violence touche les adolescents, victimes ou auteurs, à des degrés différents. (Sahuc C , 2006. Pp11-12) .

9. La prise en charge :

la prise en charge immédiate passe par la communication avec le malade , il faut tenter de l'aborder de face mais sans lui faire peur . En se mettant à sa hauteur , en adoptant une attitude et une voix , essayant de l'apaiser par des mots et des gestes simple et adaptés une attitude et une voix serine , essayant de l'apaiser par des mots et des gestes simples et adaptés . Une activité relaxante (promenade, écoute musicale ou isolement quelque temps dans la

chambre) peut être proposée. Il convient de ne pas essayer de raisonner le malade par une argumentation dépassant ses possibilités d'entendement. (**Belmin J, 2018. P175**).

10.-FAIRE FACE À L'AGRESSIVITE D'UN ADOLESCENT :

- Ne vous alarmez pas outre mesure de l'irritabilité et de l'attitude contestataire manifestée par vos adolescents. Ces réactions sont caractéristiques de l'adolescence.
- Refusez fermement les attitudes inacceptables.
- Les adolescents ont besoin d'être encadrés par des limites et par des règles claires.
- Veillez à ce qu'un homme assume l'autorité paternelle.
- Le comportement agressif des adolescents s'explique partiellement par des facteurs environnementaux.
- Les modèles d'individus et les modes d'interaction violents, la politique, l'idéologie et le fanatisme approuvant, voire exaltant, la violence, normalisent les passages à l'acte agressif. N'injuriez pas et n'infligez pas de châtiments corporels à vos adolescents car vous deviendriez vous-même un modèle d'agression.
- Indiquez- leur le comportement que vous souhaitez les voir adopter. Apprenez-leur à résoudre les conflits autrement que par la violence. (**Josse E, Dubois V. 2009 , P222**).

11.Comment gérer l'agressivité :

11.1. Comment gérer l'agressivité gestuelle ?:

L'agression gestuelle du type lever du poing ou encore le geste obscène avec l'index ou le majeur se fait lorsque les conducteurs sont éloignés ou pendant un dépassement. L'agresseur pense qu'il ne risque rien, aucune mesure de rétorsion. Il faut rester indifférent, considérer que le geste obscène ou méprisant n'est pas pour soi. Le cerveau ne doit pas enregistrer le geste méprisant.

Il ne faut surtout pas céder à la provocation. Il faut sou- rire pour se détendre et décontenancer l'agresseur. Attention de ne pas se tromper de sourire! Il y a le sourire aimable, courtois, et le sourire moqueur...(**Bailet J-M , Raffanel P ,2015. P21**)

11.2. Comment gérer l'agressivité verbale ?:

La proximité de l'agresseur qui fait entendre sa grosse voix réclame du sang-froid pour éviter de s'impliquer dans un discours stérile qui pourrait dégénérer en agression physique. Rester neutre, éventuellement faire preuve d'humour, et jouer l'indifférence : « Les chiens aboient et la caravane passe ». (Bailet J-M , Raffanel P ,2015. P21).

11.3. Comment gérer l'agressivité physique? :

Des conducteurs ont pensé qu'ils pouvaient se défendre. Malheureusement ils ont trouvé la mort sur le bord de la route. Au cours de ces 3 dernières années, la région parisienne a compté 5 tués dans les bagarres entre conducteurs. Même si l'on est prof de judo ou de karaté, en cas d'agression physique, la seule chose intelligente à faire est de se protéger dans la voiture en actionnant les warnings, en fermant les verrous des portes, et en alertant les témoins avec le klaxon. La menace pour soi et son véhicule étant immédiate, je quitte avec prudence la zone de conflit . (Bailet J-M ? Raffanel P , 2015 . P p21-22).

Synthèse

L'agressivité est un trait distinctif qui fait partie de la nature humaine , elle peut se développer dans le cours normal du développement d'un individu ,comme elle peut s'exprimer à l'égard des autres animaux .

Chapitre II : Trisomie 21

1. Histoire de la trisomie 21 :

Histoire de la trisomie 21 a été reprise par de nombreux auteurs, je ne citerai que quelques dates ayant influencé la terminologie de cette anomalie chromosomique. La plus ancienne représentation de la trisomie est une statuette vieille de 7000 ans qui présente plusieurs caractéristiques évoquant la maladie, découverte par une équipe d'archéologues grecs en 1997. La première description clinique de la trisomie 21 a été faite en 1838 par le médecin français Esquirol, il parlait alors d'idiots. En 1866, le médecin britannique Down réalise la première étude sur la trisomie 21 avec une description des signes particuliers et plus précisément la morphologie qu'il compare à la population mongole. La description clinique de Down se révèle d'une grande justesse et la terminologie de « syndrome de Down » est conservée. En 1959, le médecin français Lejeune et ses collaborateurs découvrent l'origine chromosomique de la trisomie:

C'est la première anomalie chromosomique décrite chez l'homme. Elle est alors renommée par trisomie 21. En 2011, l'Assemblée générale des Nations unies a décidé de proclamer le 21 mars « Journée mondiale de la trisomie 21 ». (Albert J-M , Scialom Ph , Giromini F . 2018, P418)

2- Définition de la trisomie 21 :

La trisomie 21 ou syndrome de Down est l'anomalie chromosomique la plus fréquente (1 sur 750 naissances) responsable d'un tableau clinique associant syndrome dysmorphique (visage habituellement très évocateur), hypotonie et retard mental de sévérité variable.(**Kubab N, Hakawati I , Alajati-kubab S . 2015 , P355**).

Trisomie 21 C'est l'aberration chromosomique la plus fréquente: elle est due à la présence de trois chromosomes 21 dans chaque cellule (au lieu de deux). Elle est rarement héréditaire (par translocation) et le plus souvent accidentelle par non-disjonction des chromosomes au cours de la fabrication des ovocytes chez la femme. (**Schiff M, Lim-sabbah I. 2022, P88**).

3- Responsable de la trisomie 21 :

Le laboratoire de culture cellulaire En 1956, des biologistes de l'université de Lund en Suède annoncent que l'espèce humaine a exactement 46 chromosomes. Raymond Turpin émet l'idée d'effectuer des cultures cellulaires pour compter le nombre de chromosomes chez les trisomiques. Grâce à l'expérience acquise aux États-Unis, M. Gautier propose d'en faire [son] affaire, si l'on [lui] donne un local ». R. Turpin ayant accepté, elle constitue en France le premier laboratoire de culture cellulaire in vitro. Pour parvenir à faire le décompte des chromosomes, M. Gautier travaille sur des fibroblastes issus de tissu conjonctif, plus faciles à obtenir sous anesthésie locale. Le principe des cultures cellulaires étant simple, elle obtient rapidement la confirmation que son protocole est au point. Le service de chirurgie voisin lui procure du tissu conjonctif prélevé au cours d'interventions prévues chez des enfants. Elle le cultive et, avec l'aide de deux techniciennes, elle parvient à faire pousser les fragments et proliférer les cellules. Elle utilise le « choc hypotonique », suivi du séchage de la lame après fixation, afin de bien disperser les chromosomes des cellules en division et de rendre leur comptage plus facile. Avec ce protocole, les cellules des enfants non atteints de trisomie 21 ont 46 chromosomes.

Dans les cellules d'un garçon trisomique, Marthe Gautier observe un chromosome de plus, première mise en évidence d'une anomalie chromosomique chez les individus atteints du syndrome de Down. Nous sommes en mai 1958. Annonce des résultats Le laboratoire de l'hôpital Trousseau ne disposant pas à l'époque de microscope capable de capturer les images des lames, Marthe Gautier confie ses lames à Jérôme Lejeune, stagiaire du CNRS, qui lui propose de faire les clichés dans un autre laboratoire, mieux équipé. Au mois d'août 1958, les photographies permettent d'identifier un chromosome surnuméraire chez le patient trisomique. En janvier 1959, grâce à l'étude de nouveaux cas et pour devancer les Anglo-Saxons qui travaillent sur des recherches similaires, le laboratoire annonce les résultats de l'analyse des lames dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences, qui publient un article mentionnant comme auteurs, dans l'ordre, J. Lejeune, M. Gautier et R. Turpin. L'équipe de R. Turpin identifie la première translocation et la première délétion chromosomique, qui donne lieu à des publications que Marthe Gautier cosigne. (**Deloeuvre G , 2018**).

4-Les différentes formes de la trisomie 21 :

4.1. La trisomie 21 translocation :

La trisomie par translocation, l'un des parents est porteur d'une translocation. Cela signifie que l'ensemble ou une partie d'un chromosome est attaché à une partie ou à la totalité d'un autre chromosome. L'exemple le plus fréquent est le suivant:

Le chromosome 21 et le chromosome 14 s'assemblent; les cellules du fœtus vont donc contenir une paire de chromosomes 21 et le nouveau chromosome sera formé d'une partie d'un chromosome 12 et d'une partie d'un chromosome 14.

Il en résulte que les cellules vont être constituées de trois chromosomes 21. Cette forme de trisomie est assez rare. Elle est plus fréquente chez les enfants trisomiques nés de parents jeunes. Il est important de la connaître, car elle comporte des risques de réapparition au sein d'une famille ayant déjà un enfant trisomique. En effet, dans un cas de translocation sur trois, l'anomalie est présente avant la fécondation.(**Juhel J-Ch , 2000 . p77**).

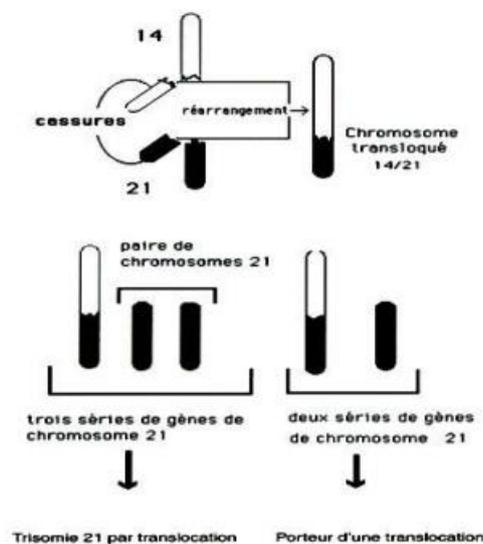


Figure 2.5 : Formation d'un chromosome transloqué

4.2. La trisomie 21 homogène libre :

La trisomie 21 homogène libre, caractérisée par la présence excédentaire d'un exemplaire du chromosome 21, est la cause la plus fréquente du syndrome de Down; elle représente 90 % des cas et se définit comme une anomalie génétique affectant l'ensemble de l'organisme. (**Lacombe D, Brun V , Marc J , association E-R R-F, 2011**).

Risque de récurrence de 1 (risque augmente par rapport a la population générale en rapport avec une mosaïque germinale parentale . (**Antoine B , c, CNP, Delacourt Ch , Benoist G . 2017, P40**) .

Dans la forme libre et homogène, également dite « standards », toutes les cellules contiennent un chromosome surnuméraire. C'est , de loin, la plus fréquente représentant 95% des cas affectés. S'agissant d'une aneuploïdie accidentelle, le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure n'est que de 1% Dans 90 r des cas, le chromosome surnuméraire est d'origine maternelle .(**Majerus S, Mottron L , poncelet M , Jambaqué I, Martial VDL. 2020 , P379**) .

4.3. Trisomie 21 en mosaïque :

une partie des cellules seulement est trisomique , accident mitotique postzygotique ou correction postzygotique d'une trisomie 21.((**Antoine B , c, CNP, Delacourt Ch, Benoist G . 2017, P39**) .

Dans la forme mosaïque , l'anomalie chromosomique survient au-delà de la première division ; dès lors, toutes les cellules ne comportent pas un chromosome 21 surnuméraire. Elle représente environ 2% des cas de T21. La dernière forme liée à une translocation représente, quant à elle, environ 3 % des cas. Au sein de cette dernière forme on distinguera d'une part, les cas de translocations robertsoniennes , soit les plus fréquentes (95 % des cas), caractérisées par une fusion entre les grands chromosomes acrocentriques (les chromosomes 13, 14 ou 15 dans 60 % des cas) et le chromosome 21 (avec une prévalence de la fusion avec le chromosome 14 dans deux tiers des cas . (**Majerus S, Mottron L , poncelet M , Jambaqué I, Martial VDL. 2020 , P379**).

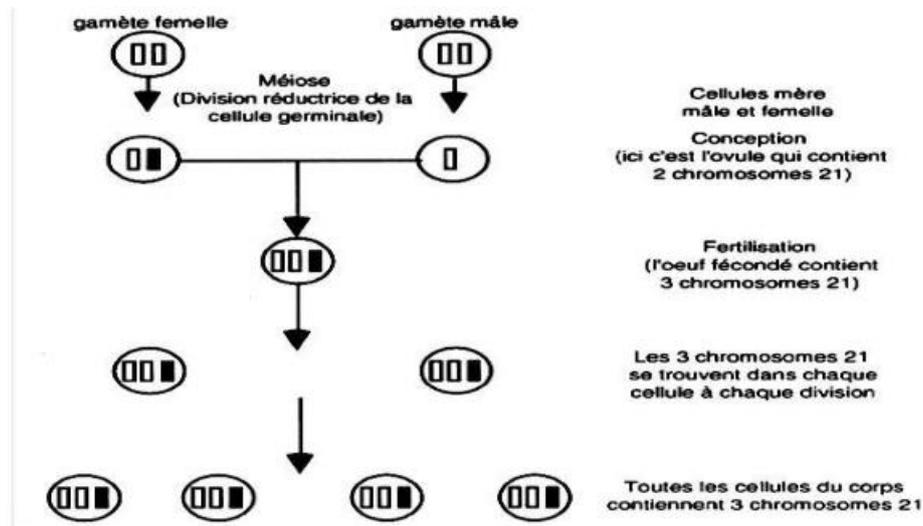


Figure 2 : Distribution anormal de chromosome 21(trisomie 21 en mosaïque)

5- les caractéristiques de la trisomie 21

5.1. L'apparence physique :

Les personnes porteuses de T21 présentent des traits, qui permettent de les reconnaître en général rapidement, bien que la variabilité soit de règle ici comme ailleurs. On en énumère certains.

Au niveau de la tête petite et ronde avec la partie arrière plus plate, face plate, épicanthus (repli de peau. Au-devant_de l'angle interne de l'œil), fentes palpébrales mongoloïdes, racine du nez déprimée, nez court, bouche entrouverte, langue épaisse, lèvres épaisses, petites dents; pour le reste du corps: petite taille, cou court avec excès de peau, mains courtes, pieds courts, dermatoglyphes anormaux. Une obésité légère est courante. L'allure générale est souvent relâchée en raison d'une diminution de la tonicité musculaire (hypotonie). (Carlier M , Ayoun C. 2013).

5.2. La Croissance physique :

Les sujets mongoliens sont, à de rares exceptions, plus petits que la moyenne. L'apparence corporelle est trapue en raison de la taille relativement réduite des membres par rapport au tronc. L'allure générale est le plus souvent relâchée en raison de l'hypotonie généralisée. La

taille à la naissance est souvent normale. Le retard de croissance physique se marque surtout après 4 ans. Il en va de même pour le poids, en raison de la forte corrélation entre poids et taille.

Une obésité légère ou modérée est courante chez les sujets mongoliens. Elle se marque vers la fin de l'enfance ou au cours de l'adolescence. Les parents se doivent donc de surveiller l'alimentation de leur enfant mongolien avec le concours d'un médecin spécialiste.

La figure 6 illustre la croissance physique des sujets mongoliens et la rapporte aux données moyennes relevées dans la population normale. On remarque que la taille moyenne des filles et des femmes mongoliennes est supérieure à celle des garçons et des hommes mongoliens, surtout après 4 ans. Il est important de ne point considérer ces données comme des absolus. Il est vraisemblable qu'une alimentation mieux étudiée et la réduction des épisodes infectieux chez l'enfant et l'adolescent mongolien permettront et permettent déjà dans une certaine mesure de dépasser les indications moyennes reprises ici et qui reflètent des données recueillies voici quelques années. On ne sait pas exactement comment l'anomalie chromosomique qui détermine le mongolisme affecte le cerveau. Il est vraisemblable qu'elle empêche le développement normal du cerveau quant au volume et à la complexité des structures nerveuses impliquées.

Le volume cérébral est considéré comme un indice de la complexité des structures nerveuses qui s'y trouvent intégrées. Ceci ne vaut, certes, que lorsque des différences importantes existent d'un volume cérébral à un autre.

Il est connu, par exemple, que la microcéphalie est régulièrement associée au retard mental. On notera à ce point de vue que la circonférence de la tête tend à être inférieure à la normale chez les mongoliens. Par exemple, à 15 ans, la circonférence de la tête chez les mongoliens est à peu près équivalente à ce qu'elle est chez les enfants normaux âgés de 3 ans. Bien que cette différence soit importante, elle ne s'impose pas à l'œil lorsqu'on est en présence d'un sujet mongolien. **(Lambert J-L, 1997. p28).**

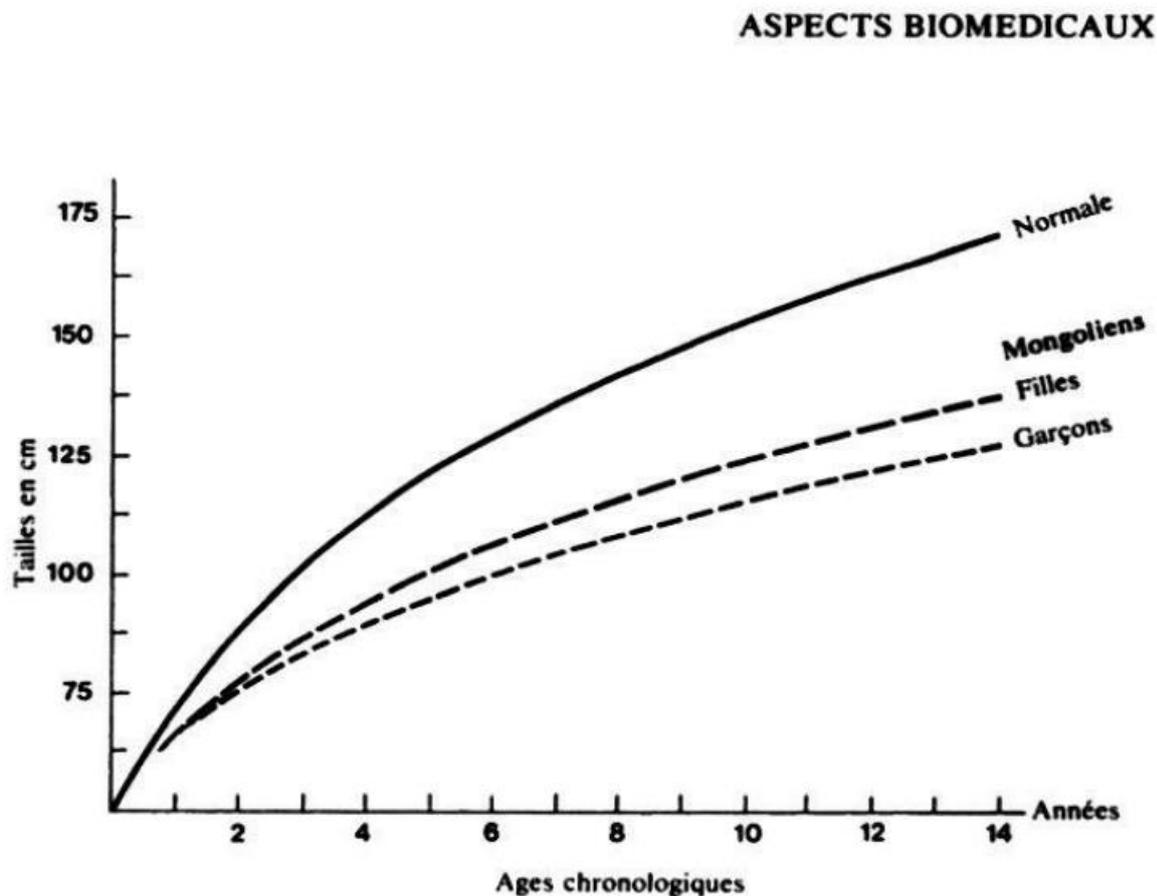


Figure 6. Croissance moyenne des mongoliens et des sujets normaux selon l'âge chronologique (adapté d'après thelander et pryor , 1966) .

5.3. Les problèmes de santé :

Les problèmes de santé sont nombreux et parfois graves . Par exemple, chez le nouveau-né, on observe une maladie cardiaque dans 45% des cas et des malformations digestives; plus tard on peut voir apparaître des problèmes intestinaux, des déficits sensoriels (coordination binoculaire lente, strabisme marqué, myopie, perte d'audition) et une forme grave d'épilepsie.

Il faut prévenir l'obésité. À l'âge adulte le porteur de T21 peut développer une hypotension artérielle, une épilepsie, des apnées du sommeil, un diabète, une leucémie et un cancer des testicules. Globalement la santé est d'autant moins bonne que le déficit intellectuel est important, comme le montre une étude finlandaise portant sur une cohorte de 129 personnes

porteuses de T21, S'il n'est pas simple d'interpréter cette liaison on peut facilement imaginer la causalité dans certains cas. Ainsi une réduction importante de l'audition nuit à l'acquisition de la parole.

On sait par ailleurs que les personnes présentant une déficience intellectuelle sévère ont du mal à exprimer leur souffrance physique et courent le risque d'être moins bien dépistées à temps. La liste impressionnante des problèmes de santé des personnes porteuses de T21 n'empêche pas Carr (1995) de conclure que la plupart d'entre eux ont une santé «
raisonnablement bonne » et qu'il ne faut pas affoler les parents même s'ils doivent être au courant des risques afin que le suivi médical soit régulier. (Carlier M , Ayoun C. 2013) .

6-Etiologie de la trisomie 21 :

6.1. Facteurs intrinsèques :

➤ Facteurs héréditaires :

Le rôle des facteurs héréditaires est attesté ou très probable dans les cas suivants:

1. Les enfants mongoliens nés de mères mongoliennes. La probabilité qu'une mère mongolienne donne naissance à un enfant mongolien est d'environ 50 %.
2. Les cas où il y a plusieurs enfants mongoliens dans la famille immédiate ou dans la parenté. Ce sont des cas peu fréquents. Les causes exactes ne sont pas connues. Ces cas deviendront encore moins fréquents dans le futur avec le développement et la diffusion des moyens de détection prénatale du mongolisme et l'extension du conseil génétique.
3. Les cas de translocation. Dans 1 à 2 % des cas de mongolisme, on peut mettre en évidence une situation de translocation dans le caryotype (c'est-à-dire le schéma chromosomique) du père ou de la mère. Cette situation détermine une trisomie 21 partielle chez l'enfant. Il est exceptionnel que les situations de translocations se retrouvent au long d'une lignée familiale. La plupart des translocations semblent apparaître sporadiquement.
4. On a signalé également la possibilité que le mongolisme soit transmis de père ou de mère à l'enfant, ou au moins soit favorisé lorsque l'un des parents, bien que phénotypiquement

normal (c'est-à-dire normal à tous points de vue: physique, intellectuel, organique) .

(Lambert J-C . 1997, P20).

➤ **Les autres facteurs intrinsèques**

Les autres facteurs étiologiques intrinsèques connus ou soupçonnés à ce jour sont liés à l'âge maternel. On a remarqué depuis longtemps que la survenue d'un enfant mongolien est plus fréquente à mesure que l'âge maternel augmente, et tout particulièrement après 35 ans. Toutes les données épidémiologiques dans les différents pays confirment qu'environ deux tiers des enfants mongoliens naissent de mères âgées de plus de trente ans. La probabilité d'avoir un enfant mongolien s'accroît jusqu'à environ 1/50 après 40 ans. Il semble par contre que l'incidence du mongolisme n'entretient aucun rapport avec l'âge du père.

Pourquoi en est-il ainsi en ce qui concerne l'âge maternel? Il n'y a pas de réponse claire à cette question. Diverses hypothèses ont été proposées. suggère qu'un processus d'involution ovarien ou une diminution des capacités reproductrices était à l'œuvre chez les femmes plus âgées et susceptible d'expliquer l'incidence accrue du mongolisme aux âges indiqués. Une telle hypothèse n'est plus admise comme telle aujourd'hui. Elle cadre mal, évidemment, avec les données sur une incidence non négligeable du mongolisme chez les enfants nés de mères plus jeunes. On considère généralement qu'une combinaison de facteurs intrinsèques et extrinsèques intervient vraisemblablement pour déterminer l'aberration chromosomique qui produit le mongolisme. Nous envisageons les facteurs extrinsèques potentiels ci-des- sous.

Il est possible que les effets de ces facteurs soient cumulatifs entre eux et en eux-mêmes selon le temps. Certains effets peuvent ainsi être retardés et interagir de façon particulière avec le processus normal du vieillissement biologique reproducteur pour déterminer ou

Favoriser l'accident génétique. a suggéré la possibilité que dans les cas des enfants mongoliens nés de mères jeunes.**(Lambert J-C . 1997, Pp 21 .22).**

6.2. Facteurs extrinsèques :

La liste des facteurs extrinsèques potentiels inclut les radiations, l'effet génétique des virus, les agents chimiques mutagènes, divers facteurs immunobiologiques, et peut-être certaines déficiences en vitamines.

Il existe une relation certaine entre l'effet des radiations et le processus génétique. Plus le degré ou l'accumulation des expositions aux radiations est importante, plus les effets sur le processus génétique sont marqués.

Une relation causale de ce type a été postulée pour expliquer l'étiologie du phénomène de non-disjonction dans les cas de mongolisme. Une telle relation, cependant, est très difficile à prouver, particulièrement dans la mesure où les radiations en question peuvent être intervenues des années avant la conception de l'enfant mongolien. Sigler et collaborateurs (1961) et Uchida, Ho- lunga et Lawler (1968) ont rapporté les données corrélatives basées sur des indications anamnestiques et prospectives qui semblent indiquer, chez les parents des enfants mongoliens par comparaison avec des groupes contrôles de parents d'enfants normaux, la possibilité d'une plus grande fréquence d'exposition aux radiations sur un intervalle de temps variable. Parfois, cette période peut aller jusqu'à plusieurs années dans le passé ou, au contraire, se situer plus avant la conception (exposition aux radiations pour des raisons professionnelles, d'habitat, accidentelles, ou d'exams et de traitements médicaux).

L'effet de certains virus sur le développement de diverses tumeurs malignes par l'intermédiaire d'une perturbation génétique est considéré comme hautement vraisemblable. On suggère également une relation du même type entre le mongolisme et certaines infections virales. Parmi les agents viraux suspects aux yeux de certains chercheurs figurent le virus de l'hépatite et le virus de la rougeole.

Certains agents chimiques susceptibles de déterminer des mutations génétiques sont également suspects en ce qui concerne la détermination du mongolisme. Il s'agit surtout des agents chimiques connus ou soupçonnés d'être impliqués dans l'étiologie de certaines formes de tumeurs malignes.

On signale également une relation possible entre le mongolisme et les désordres thyroïdiens chez la mère (Benda, 1960), notamment dans les cas de goitres thyroïdiens.

D'autres hypothèses ont été avancées, comme celle d'une relation entre le mongolisme et un taux anormalement élevé d'immunoglobuline et de thyroglobuline dans le sang des mères.

Il est possible qu'une élévation du taux des anticorps thyroglobuline soit associée à l'accroissement en âge chez les mères.

Enfin, on suspecte certaines déficiences vitaminiques, notamment en vitamine A, déficiences connues pour leurs effets nocifs sur le système nerveux. Elles contribueraient à favoriser les dérèglements génétiques et notamment ceux qui aboutissent à déterminer le mongolisme. Une telle relation est loin d'être établie cependant. Mais il est possible que les déficiences vitaminiques préparent le terrain pour le dérèglement génétique dans la mesure où elles perturbent le fonctionnement de l'organisme en général. .(Lambert J-C . 1997, Pp 22.23).

7-La symptomatologie de la trisomie 21 :

7.1. Troubles psychomoteurs :

Contrairement à ce qui a beaucoup été dit, il ne semble pas que l'on doive retenir les retards psychomoteurs, à proprement parler, comme inhérents à la symptomatologie de la trisomie. Ils ne sont pas présents chez tous les enfants et surtout les étapes du développement psychomoteur sont respectées dans leur succession. Ce qui pose problème, ce sont les troubles des équilibres et leurs conséquences. Des difficultés dans l'acquisition des équilibres globaux et posturaux sont quasi constantes chez la personne atteinte de trisomie. Pueschel attribue ces troubles à une atteinte cérébelleuse; quoi qu'il en soit, leur existence exige une prise en charge aux divers âges de la vie. L'expression des troubles varie en intensité, mais ils sont toujours présents. Leur présence et le degré d'atteinte qui en résulte ne sont pas en lien direct avec les potentialités intellectuelles, mais, a contrario, un bon niveau de potentialités intellectuelles aide aux bons résultats en améliorant la coopération active de celui qui est concerné et qui, parfois maintenant, demande à être aidé dans ces domaines.

➤ Troubles respiratoires

Les accidents d'origine pulmonaire étaient une des difficultés majeures auxquelles étaient confrontés les adultes trisomiques. Jusqu'à la découverte des antibiotiques, ce fut même longtemps la première cause de mortalité chez ces adultes. L'antibiothérapie a, certes,

complètement modifié le pronostic des accidents respiratoires, mais, chez les adultes, et particulièrement les adultes vieillissants, ceux-ci restent souvent présents. Chez l'adolescent et l'adulte atteints de trisomie, la capacité respiratoire est réduite en raison du mauvais développement de la cage thoracique. Chez le nourrisson pourtant, la capacité respiratoire est pratiquement normale.

La croissance de la cage thoracique est assurée par les tractions constantes et rythmées des muscles de la ceinture scapulaire sur les côtes (les côtes ne sont pas des os longs, elles ne possèdent pas de cartilage de conjugaison, leur croissance est donc sous la dépendance étroite des forces thoraciques auxquelles elles sont soumises). Or, ces muscles de la ceinture scapulaire sont toujours atteints, plus ou moins selon les enfants bien sûr. L'hypotonie de ce groupe de muscles crée différents désordres dont les plus graves et peut-être les moins connus sont ces troubles du développement respiratoire. Les conséquences de ce déficit de croissance sont multiples:

- déficit esthétique: la cage thoracique est courte, le sternum souvent pro-éminent, la présence d'une «carène» est constante;
- déficit respiratoire et conséquences ORL: le volume respiratoire est réduit, la ventilation normale de l'enfant se fait mal, les infections ORL apparaissent généralement en premier, suivies des accidents pulmonaires vrais :
- déficit ou plutôt retentissement de ces difficultés respiratoires sur les échanges gazeux sanguins; le sang s'épure mal, les difficultés qui en découlent sont main du nouveau-né atteint de trisomie est semblable à celle de tous les bébés. Dans les premiers mois de vie, le geste se développe normalement. La préhension se met en place au même âge que chez tous les nourrissons; elle est d'abord dite en râteau: l'enfant balaie l'espace devant lui pour attraper Troubles de la préhension l'objet qu'il désire. Puis l'évolution reste normale jusqu'aux environs de 2 ans et demi-3ans. Ensuite, en l'absence d'éducation précoce, la qualité de la préhension va progressivement se détériorer. On notera principalement :
- la déstructuration de la prise en pince: l'antéposition de la pince pouce/ doigts bascule peu à peu, la préhension devient malhabile en position de prise semi-latérale, voire latérale;
- la précision du geste devient d'autant plus limitée que les muscles rotateurs des avant-bras sont atteints: la persistance du geste dans le temps est donc difficile:

- la sensibilité de la main est réduite La sensibilité du toucher est diminuée chez tous les enfants, cela crée une gêne lors des différents stades exploratoires du développement, mais représente aussi un danger pour l'enfant dont le seuil de douleur est abaissé. Dès le berceau, des exercices-jeux manipulatoires peuvent commencer en vue d'éduquer la sensibilité lors de la palpation.

La conservation et l'éducation de l'adresse manuelle sont un des éléments prioritaires de l'éducation motrice et psychomotrice. Le travail de la préhension fine, de la prosupination et de la force est capital pour tous quel qu'en soit l'âge.

Tous les jeux de manipulations et de graphismes doivent être proposés systématiquement à l'enfant. Le thérapeute veillera à lui donner les moyens d'aborder ces jeux, l'orthophoniste veillera à leur bonne réalisation. À ce travail de préhension fine doit s'adjoindre un travail sur la pro supination et de force de l'avant-bras.

7.2. Troubles langagiers et intellectuels :

Les troubles langagiers sont toujours présents chez l'enfant et la personne atteints de trisomie. Ils doivent toujours être pris en compte. Ils sont dus en priorité à des difficultés de mise en place du développement cognitif qui seront développées et expliquées au chapitre «Langage, psycho langage: éducation et rééducation» (page 293). Ces troubles sont complexes et revêtent divers aspects en fonction de l'âge et des suivis dont la personne a ou non bénéficié. Ils seront eux aussi décrits en détail dans le chapitre consacré au langage et aux troubles cognitifs.

8-Le développement de la personne trisomique :

8.1. Développement de l'apprentissage :

L'apprentissage auprès des enfants trisomiques de 2 à 6 ans doit favoriser mais respecter les grandes étapes du développement psychomoteur de l'enfant. Ce développement comporte plusieurs aspects, qu'on peut regrouper en dix thèmes en relation les uns avec les autres: le schéma corporel, la latéralité, la motricité globale, la motricité fine, l'environnement spatial, l'organisation temporelle, le rythme, la perception visuelle, la discrimination auditive et l'attention. Chez le jeune enfant trisomique, ce développement psychomoteur se fait de façon beaucoup plus lente, avec souvent des difficultés spécifiques, notamment l'hypotonie qui et un retard de la marche ; la capacité de discriminer visuellement et auditivement semble

davantage atteindre les enfants trisomiques que les enfants ayant une déficience intellectuelle à niveaux équivalents. Les premiers apprentissages porteront donc sur la régulation tonique, primordiale pour l'acquisition des différentes postures, les déplacements et l'exploration de l'espace qui vont contribuer à l'élargissement des centres d'intérêt de l'enfant, ainsi que l'utilisation du regard. Le but de cet apprentissage est de solliciter les capacités du tout jeune enfant trisomique de poser les préalables nécessaires à l'acquisition du langage et à un certain fonctionnement cognitif, de faire passer ces enfants du stade sensorimoteur, où domine le concret, au stade de préopérateur, où domine la symbolisation et le langage .

L'apprentissage auprès des enfants et adolescents de 6 à 16 ans doit aborder les apprentissages fondamentaux: favoriser et stimuler l'expression orale, gestuelle et graphique. Développer l'attention, la concentration ...ETC. (Juhel J-Ch , 2000. P121).

a- La capacité d'attention :

La capacité d'attention de l'enfant trisomique est relativement faible, et ce, pour trois raisons. Tout d'abord, il éprouve de la difficulté à ajuster sa réaction d'orientation et de discrimination aux stimuli nouveaux. Il a besoin d'un indice sonore contrastant pour le faire réagir, tous les sons étant pour lui des bruits de fond. L'amplification de l'indice verbal qu'on lui envoie sera donc nécessaire. Enfin, il répond avant même d'avoir pris le temps de comprendre la question. Il faut donc en Bruits de fond: plusieurs tenir compte dans l'approche à adopter avec ces enfants. (Juhel J-Ch , 2000. P127).

8.2. Le développement de langage :

Parmi tous les jeunes déficients intellectuels, les enfants trisomiques présentent un déficit spécifique du langage. Les enfants trisomiques ont un niveau de langage inférieur à celui des déficients intellectuels non trisomiques. Ce déficit affecte aussi bien la syntaxe que l'articulation et le rythme.

De façon générale, on remarque que l'acquisition du vocabulaire précède l'acquisition de la syntaxe (phrases). que ce soit en expression ou en compréhension. De plus, le rythme d'acquisition de la syntaxe subirait des variations:

Périodes d'acquisition linéaire relativement rapides en alternance avec des périodes de plateau. Sur le plan de la communication, l'enfant trisomique comprend plus qu'il ne

s'exprime. Certains peuvent acquérir une lecture courante audible. Voyons certains problèmes fréquents du langage chez les enfants trisomiques. (Juhel J-Ch , 2000. P129)

a-Problèmes liés à l'articulation :

La plupart des enfants présentent des problèmes de type articuloire, en raison de leur morphologie buccale . Une implantation irrégulière des dents chez la plupart de ces enfants provoque un défaut de l'articulé dentaire; les maxillaires au repos ont une position généralement défectueuse.

La voûte palatine est le plus souvent ogivale. Cette morphologie a une double conséquence: elle provoque des difficultés articuloires et surtout des problèmes dentaires. Au niveau de la motricité bucco-faciale, on note une hypotonie au niveau de la sphère bucco-faciale, c'est-à-dire des joues, de la langue, des lèvres, du voile du palais. Il n'est pas vrai de dire qu'ils ont une grosse langue (microglossaire): leur langue est molle, large, hypotonique, mais elle est éduicable; après certains exercices de rééducation, la langue reprend un aspect plus ou moins normal.

L'expression << troubles de l'articulation >> fait aussi référence à la façon particulière de produire les sons, une conséquence de la difficulté à réaliser les séquences prédéterminées de mouvements nécessaires à la parole. (Juhel J-Ch , 2000. Pp 29 .30).

b- Problèmes liés au son ou à la voix :

Le son ou la voix de la personne trisomique est souvent bien particulier. On parle de voix sourde, plus basse ou encore de voix au timbre strident, enrroué ou guttural. Ces troubles sont exclusivement de type morphologique, soit :

- l'hypotonie des cordes vocales qui a pour conséquence l'aggravation du son fondamental laryngé: - l'association d'une voûte palatine ogivale, d'une implantation dentaire défectueuse et d'une morphologie particulière de la cavité nasale, qui change la qualité acoustique de la résonance du fait même de la modification des résonateurs .l'hypotonie du voile, associée à des dérèglements hormonaux, qui augmente le nasonnement.(Juhel J-Ch , 2000. P30).

8.3. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR :

Afin de mieux percevoir l'aspect complexe du développement d'un enfant trisomique, voyons en détail ces étapes en se rappelant que, puisque chaque personne est unique, la description ne constitue qu'une indication.

a-L 'enfant :

De 0 à 6 ans, le jeune trisomique est lent et passif. Malgré quelques traits normaux, on constate rapidement que son développement psychomoteur est ralenti. Il saisit des objets, se tient assis et debout, marche, mais plus tard que l'enfant normal. Cette passivité persiste

Jusque vers l'âge de 3 à 4 ans. Le retard de croissance physique se remarque surtout après 4 ans. Il en va de même pour le poids, en raison de la forte corrélation entre poids et taille. Une obésité légère ou modérée est courante chez les enfants trisomiques.

L'enfant trisomique passe des heures entières dans la même position, en se balançant de façon monotone, en agitant un objet d'une façon répétitive ou en jouant avec ses mains et ses pieds. Il émet assez tard des sons rauques : les mots se forment péniblement, l'élocution est mauvaise, le vocabulaire très pauvre, la syntaxe à peine existante. C'est un enfant affectueux, mais craintif parfois. Il réagit mal à ce qui modifie ses habitudes. (Juhel J-Ch , 2000. Pp 31.32).

b- Les services préscolaires :

Le ministère de l'Éducation a permis l'implantation de maternelles pour les enfants âgés de quatre ans ayant une déficience sévère ou provenant de milieux socio-économiquement défavorisés afin de leur permettre de développer les préalables scolaires et de favoriser aussi une meilleure intégration.

Pour permettre le développement maximal des capacités de l'enfant, il faut, en résumé, intervenir le plus tôt possible; intervenir auprès de lui, mais aussi auprès de ses proches, de sa famille comme de ses amis de la garderie. (Juhel J-Ch , 2000. P169).

9-Diagnostic

a-génétique :

Le diagnostic génétique permet de distinguer différentes formes connues de trisomie et de déterminer de quelle maladie génétique il s'agit. Actuellement, ce diagnostic est surtout important, pour les parents et pour la fratrie de l'enfant, afin de limiter d'éventuelles récurrences d'accident génétique. Le diagnostic est établi à partir du caryotype, étude faite à partir d'un prélèvement sanguin de l'enfant. Il permet de déterminer la présence ou non d'une maladie génétique, ainsi que sa forme génétique. Dans la plupart des cas, le prélèvement a lieu dans les toutes premières heures de vie, le résultat est connu plus ou moins rapidement, selon les villes. À Lyon, le résultat est habituellement connu 48 heures plus tard en tout cas avant la sortie de maternité de la mère.

Ce délai est incontournable et inhérent à l'examen lui-même. Cela explique l'obligation d'un diagnostic en deux temps: une première approche, sous forme de probabilité puis une seconde étape de certitude qui met un nom à un diagnostic définitif. La décision de faire ou non le caryotype est prise à partir de signes cliniques connus qui vont amener le médecin à demander cet examen.

Dans le cas de trisomie 21, il existe, génétiquement, trois formes connues. La trisomie 21 homogène libre où le chromosome supplémentaire existe à l'état libre dans chaque cellule de l'enfant. La trisomie 21, par translocation, où seule une partie de chromosome supplémentaire est «collée» sur le chromosome 21: et la trisomie 21 en mosaïque où cohabitent chez le même individu des cellules à 46 chromosomes et des cellules à 46+ 1 chromosome **.(Cuillert M , 2007.P44).**

b-Diagnostic clinique :

Après le temps du diagnostic médical, immédiat, brutal et définitif vient le temps de ce que nous appelons le diagnostic clinique ou psycho éducatif. C'est le résultat d'une série de découvertes, d'adaptation, d'appropriations de cet enfant-là, dans cette trisomie-là, par ces parents-là. C'est une véritable découverte d'un enfant, d'un enfant nouveau, d'un enfant possible. C'est d'abord un diagnostic de vie, un diagnostic de découverte pour chacun des parents qui demande que chacun s'adapte à sa façon à cette trisomie- là de cet enfant-là.

Or le diagnostic génétique s'exprime au travers du patrimoine génétique : celui-ci comporte 46 + 1 chromosomes dans le cas de trisomie 21:

- Le chromosome surnuméraire, surcharge génique, déclenche la réaction potentialisée de la cellule mais il y a aussi 46 chromosomes issus du patrimoine du père et de la mère, patrimoine qui fait l'originalité de chaque enfant atteint de trisomie 21 ou non, C'est au travers de ce capital génique que vont s'exprimer les modalités de la symptomatologie de cet enfant-là. De fait, pendant les premiers mois de vie, les parents vont découvrir cet enfant, certes atteint de trisomie, mais qui, loin d'être le clone d'un autre enfant, est leur enfant avec des traits de la grand-mère ou du grand-père, ou qui ressemble au frère, ou aux sœurs et que cet enfant est d'abord le fils de sa famille.

Par ailleurs vont s'exprimer les troubles symptomatologiques qui varient selon la symptomatologie, mais de façons diverses: tel enfant aura plus de problèmes rhinopharyngés, tel autre aura des problèmes intestinaux, tel autre encore aura des troubles visuels. lutions les meilleures possibles, le meilleur suivi possible. Il permet aussi la mise en mots de l'ensemble des réalités posées au travers des différents bilans: bilans médicaux du 6 mois et bilan de référent. Tout cela permet aux parents de «sortir» du diagnostic de mort de l'enfant rêvé, mort provoquée par l'annonce du diagnostic médical et ce, de façon << signifiée par des éléments concrets. Cela permet de substituer un diagnostic de vie, celui d'un enfant accepté avec ses besoins, ses limites et ses choix. Ce diagnostic «< clinique» est une redécouverte de l'enfant dans sa famille, son environnement avec ses dimensions plurielles et ses richesses. Au-delà du diagnostic premier, les parents devraient pouvoir bénéficier du travail parental précoce, dont nous parlerons au chapitre de la petite enfance et ce, grâce au diagnostic clinique qui seul induit la découverte de l'enfant. Après l'annonce médicale, véritable diagnostic de mort: mort de l'enfant fantasmé, rêvé, mort de l'enfant souhaité, de l'enfant ordinaire, le travail parental précoce permet aux parents d'intérioriser le diagnostic, de le vivre et de découvrir vraiment leur enfant. En l'aidant et en l'éduquant, ils vont aussi découvrir son identité vraie et découvrir un enfant atteint de trisomie tel qu'ils ne l'attendaient pas, avec ses richesses et ses difficultés. En le découvrant ils vont découvrir << sa >> trisomie, ses besoins, ils vont se l'approprier et l'aimer.(Cuillert M, 2011.).

10-La prise en charge :

- **prise en charge medical :**

Est un suivi systématique et préventif, Il s'adresse à tous : enfants et adultes atteints de trisomie ou atteints de syndromes assimilés. Il s'agit d'un suivi préventif et systématique qui

doit se faire avant que l'enfant ou la personne ne présente des troubles et qu'elle soit confrontée à des pathologies découvertes trop tardivement et souvent très aggravées. Lorsqu'une pathologie est avérée; elle relève à l'évidence de suivis médicaux proposés alors par le médecin traitant. Ce suivi a été établi par un collège de médecins européens; il est appliqué depuis environ 1992; il est revu périodiquement. **(Cuilleret M, 2011. P42).**

- **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. **(Damiche ,L , Ouari ,N .2017/2018 Pp 55 . 56).**

- **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 souvent à une nouvelle confrontation à la perception de la différence. **(Damiche ,L , Ouari ,N .2017/2018 Pp 55 . 56).**

- **Accompagnement familial :**

La naissance d'un enfant atteint de trisomie 21 est source d'un bouleversement au sein des familles. Elle peut conduire à un rejet affectif de l'enfant atteint (parfois à un abandon ou de la maltraitance), à une surprotection (au détriment de l'accompagnement affectif de la fratrie), à des tensions parentales (dépression, divorce), à un déni du handicap à venir. L'accompagnement d'un enfant trisomique et de sa famille doit être assuré dès le diagnostic (anténatal ou postnatal), ainsi qu'à l'occasion du conseil génétique. L'aide des associations de parents peut être utile pour ces familles. La guidance parentale est indispensable tout au long de l'enfance, pour investir les potentialités des enfants sans nier le handicap, pour accompagner les familles dans l'autonomisation de leur enfant.

Il est important d'impliquer l'enfant ou l'adolescent dans l'élaboration de son projet de vie et dans l'éducation à l'autodétermination et la socialisation.**(Antoine B, Delacourt Ch , Benoist G. 2017 , P155) .**

Synthèse :

Dans ce chapitre, on a parlé de la trisomie 21 qui constitue l'une des anomalies chromosomiques les plus célèbres, qui caractérise généralement par des modifications morphologiques particulières. Les enfants porteurs de cette pathologie ont besoin d'un accompagnement multidisciplinaire (médecins, kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues, orthophonistes et éducateurs). Cet accompagnement passe aussi par un partenariat entre professionnels, parents et personnes trisomiques. Si la tâche est encore immense, les projets que nous menons depuis maintenant des dizaines d'années montrent qu'il ne s'agit pas là d'hypothèses ni d'utopie. Pour aider ces enfants trisomiques à mieux s'adapter avec les conditions de la vie quotidienne, ils ont besoin d'un suivi personnalisé, qui évolue avec les progrès de nos connaissances sur les particularités de la personne trisomique,

et qui va leur permis l'expression de potentiels et la réalisation des projets de vie en milieu ordinaire.

Chapitre III : Adolescence

Préambule

L'adolescence constitue une étape complexe caractérisée par des changements tant physiques que psychologiques.

Au sein de ce chapitre, notre objectif sera d'explorer l'aperçu historique de l'adolescence dans le but de mieux appréhender son évolution et son histoire. Nous aborderons également les différentes définitions de l'adolescence ainsi que les phases qui la composent. Par la suite, nous nous pencherons sur les développements propres à cette période et les besoins spécifiques qui en découlent. Enfin, nous examinerons la relation entre les adolescents et la violence de masse.

1_Aperçu historique

Les anciens se sont intéressés au passage de l'enfance à l'état d'adulte. Ils voyaient dans cet entre-temps, le moment où l'on accède à la raison mais aussi à l'époque des passions et des turbulences. Ainsi, Platon considérait selon sa théorie de la dualité du corps et de l'âme, que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme des désirs et des appétits, intrinsèque à l'homme, en une deuxième couche. Caractérisée par la compréhension des choses et l'acquisition des convictions, et conduisant certains à l'adolescence ou à l'âge adulte à parvenir à l'intelligence et à la raison.

Aristote quant à lui, envisageait des stades hiérarchisés où les jeunes enfants dominés par leurs appétits et leurs émotions s'avéraient capables d'actions volontaires, mais non de choix réels, ce qui le rendait semblable aux animaux. La capacité de choisir n'intervenait qu'en second stade entre 8 et 14 ans, appétits et émotions étant alors subordonnés à un contrôle et à des règles. La période de 15 à 21 ans était celle des passions, de la sexualité, de l'impulsivité et du manque de contrôle de soi, mais c'était aussi le temps du courage et de l'idéalisme.

Sensorimotrice et respecter sa nature. Au stade «< sauvage >», l'expérience des sens doit être l'objectif premier de l'éducation et il est déconseillé au cours de cette période d'enseigner des contenus formels comme la lecture et l'écriture. L'idée est de munir de cœur de l'enfant de défenses contre le vice et protéger son esprit contre l'erreur. Rousseau suggérait que l'éducation rationnelle mettant au 1 plan le processus d'apprentissage autonome et la découverte active plutôt que C'est seulement à la renaissance qu'apparaissent de nouvelles

façons de concevoir le développement humain avec les Comenius qui pose la nécessité d'établir des programmes scolaires en relation avec l'évolution des difficultés de l'individu. Quatre stades de six années sont évoqués de l'ans à 6 ans, les enfants sont à la maison où ils doivent recevoir une éducation de base et exercer leurs facultés sensorielles et motrices; de 7ans à 12 ans, tous doivent recevoir une éducation élémentaire (langue, usage, religion) dans leur langue maternelle, ils doivent alors développer leur mémoire et leur imagination. De 12ans à 18 ans. L'éducation vise à favoriser l'évolution du raisonnement. Et enfin de 18ans à 24ans, c'est la maîtrise de soi et de la volonté qui doit être développée, **.(P.G.COSLIN, 2010, pp.15-16).**

Il n'en est moins vrai que jusqu'au XIX siècle, l'adolescent, au sens où on l'entend aujourd'hui, n'est pas observable au sein de la société occidentale. Certes, la constatation de la puberté entraîne-t-elle la capacité civile chez les romains, bien que le terme d'adolescent y qualifiât la personne jusqu'à sa trentième année; certes le fait de pouvoir porter ces armes procurait-il le statut d'adulte chez les francs et les germains. Mais au moyen âge, la croissance physique était considérée comme l'agrandissement graduel d'une créature de dieu, et enfant et adulte étaient estimés qualitativement semblables, ne différant que quantitativement, le jeune n'étant tout simplement qu'un adulte en miniature ne croyait-on pas d'ailleurs que le sperme contenait l'homuncule (le petit homme) qui, implanté dans l'utérus, y grandissait sans différenciation des tissus ou des organes (Cloutier, 1996). **(P.G.COSLIN, 2010, p.16).**

Au stade 1 stade, l'enfance est comme un animal, il est dominé par ses besoins physiques et ses émotions: l'éducation doit donc stimuler l'exploration l'enseignement de contenus et de produit, devait se faire à compter de 12 ans (jeunesse). A l'adolescence, la conscience se développe et laisse ainsi apparaître la morale. La personne acquiert une maturation émotionnelle qui l'ouvre aux autres et lui permet d'aimer vraiment. **(Jebabli. S, 2010, p7-8).**

2_ Définition de l'adolescence

Adolescence vient du latin adolescentia, de adolescere qui signifie - grandir vers croître. En théorie, c'est la période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte car la croissance y est plus visible. En pratique, ce passage, on l'a vu peut être inexistant ou plus ou moins prolongé selon les époques et les cultures. **(Cannard Ch, 2019,p31).**

L'adolescence, dans l'optique commune, représente une étape de la vie, un passage entre enfance et âge adulte. Cette définition simple recouvre une situation complexe à plus d'un titre, et qui implique des données biologiques, psychologiques, culturelles, sociales et économiques. Cette situation au carrefour de plusieurs champs explique la complexité de ce qui se joue, sur le plan psychique, chez le jeune sujet engagé dans cette étape. Elle explique également l'évolution du statut de l'adolescence dans nos sociétés. **(Michael.H,2001,p128).**

Selon le grand dictionnaire de la psychologie l'adolescence : est une période de développement au cours de la quelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte. **(Henriette.B,2000, :25).**

L'adolescence est Une période de passage de l'état d'enfant à celui d'adulte marquée par d'importantes transformations somatiques qui, parallèlement à une poussée instinctuelle, rapprochent l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que les contraintes et conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. **(Pierre.G,C,2004,p4).**

3_Les phases de l'adolescence

3.1. Début de l'adolescence

Cette étape en moyenne, 10-12 ans pour les filles, 11-13 ans pour les garçons), contemporaine des premiers signes pubertaires, est dominée par la métamorphose physique et sexuelle (or chapitres Jet 4. Les pressions nouvelles et la question centrale de la normalité qui en découlent ont pour résultante quantité de phénomènes inédits C'est le cas pour les préoccupations liées à l'image corporelle et à la différence des sexes, l'expérience des érections, de la masturbation et de l'éjaculation chez les garçons, le vécu des premières règles et du début de la vie gynécologique chez les filles la constitution de groupes de sexes opposés, les amitiés intenses de même sexe, etc.

A ce stade s'amorce la redéfinition des modes de relation et en particulier le début de la perte du système relationnel de T'enfance. Ce passage se traduit par certains comportements tels les sautes d'humeur, les épisodes d'isolement ou les refus de jeux ou d'occupations auparavant amers, explique aussi les oscillations entre mouvements enfantins et vilités d'être un grand D'une façon très caractéristique, le jeune adolescent commence à revendiquer un certain espace d'intimité, surtout pour tout ce qui touche son corps, générateur d'une pudeur inédite. (**Alvin P, Marcelli.D2005.P6).**

3.2. Mi-adolescence :

Cette période (en moyenne 13-16 ans pour les filles, 14- 17 ans pour les garçons), troublée par excellence, est sous-tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et l'intégration plus ou moins harmonieuse de celles-ci dans le schéma personnel, familial et social. L'enjeu principal est l'affirmation d'une place et d'un rôle nouveaux en tant que sujet à part entière, alors même que persistent des tensions entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance non satisfaits. Ces phénomènes s'exercent partout, en famille [18] mais aussi à l'école (fin des années collège), entre amis ou au sein du groupe plus large des pairs du même âge. À ce stade, apparaissent souvent :

- des contrastes entre une maturité physique volontiers décalée par rapport à la maturité psychoaffective; entre l'importance prise par l'image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé au sens large; entre les sentiments d'invulnérabilité ou de toute-puissance, et un manque sous-jacent de confiance en soi; entre le besoin de satisfactions ou de gratifications immédiates le « tout de suite et maintenant » et la difficulté à gérer le temps ou à repousser les échéances: entre les prises de risques et le manque d'appréciation des conséquences possibles; entre les expressions d'empathie et les attitudes d'allure égoïste; entre les pulsions pour les satisfactions sensorielles ou sexuelles et les inhibitions ou interdits fréquents à la réalisation directe de ces désirs;

- des réinvestissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physiques, intellectuelles ou artistiques. Ces réinvestissements peuvent également s'exprimer au travers d'exploits en tous genres ou d'une recherche de popularité dans le groupe des pairs:

- une relative pauvreté des défenses face au stress, les réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit, du repli ou de la morosité. D'une façon plus générale, il apparaît une certaine vulnérabilité face aux circonstances anxigènes ou dépressogènes, avec pro- pension aux mises en actes;

- la possibilité d'états dépressifs, souvent atypiques, qu'un certain nombre de signes doivent faire suspecter: baisse récente du rendement scolaire, troubles du sommeil, apparition de certaines conduites à risque (alcool, autres toxiques, fugues, etc.), isolement social, absence

d'ami privilégié, ou sentiments d'autodépréciation avec parfois idées de mort, voire passage à l'acte suicidaire. (Alvin P, Marcelli.D2005.P6).

3.3. Fin de l'adolescence

Théoriquement, la fin de l'adolescence (17-21 ans, en moyenne) survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique. Vers l'âge de 17 ans, la quasi-totalité des adolescents ont atteint le stade final de leur développement pubertaire. Idéalement, c'est à partir de cette période que l'identité sexuelle et la capacité de relations intimes, affectives et sexuelles, après quelques essais et erreurs, sont acquises. Cette étape est normalement celle de l'achèvement d'une identité d'adulte et de l'acquisition d'une relative indépendance matérielle, autorisant une réelle émancipation. Le plus souvent cependant, les impératifs du développement ne sont pas encore tous réalisés ou autorisés, l'adolescence «psychologique» ou «sociale» se poursuivant encore sur plusieurs années [19, 20]. Pour preuve, en France, les enfants quittent le domicile familial en moyenne à 20,5 ans pour les filles et 22 ans pour les garçons. Beaucoup de ces départs sont «aidés» ou aménagés et l'indépendance financière n'est acquise en moyenne que deux années plus tard, Comme l'avait déjà très bien résumé Winnicott [21]: «C'est tout un problème, que de savoir comment être un adolescent pendant l'adolescence. Pour n'importe qui, cela demande énormément de courage...»(Alvin P, Marcelli.D2005.P6)

4- Le développement de l'adolescent

4.1 Le développement physique :

La période pré- et péri-pubertaire" est principalement dominée par les changements physiologiques et anatomiques. Les jeunes grandissent considérablement en peu de temps et découvrent leurs caractères sexuels secondaires Ils doivent appréhender ces transformations corporelles et apprendre à gérer leur maturation sexuelle.(Evelyne J , 2009 . P220) .

4.2 Le développement psychique et affectif :

Au niveau psychique et affectif, l'adolescence est marquée par la quête identitaire et par le désir d'émancipation. Progressivement, adolescent se forge une identité. Il découvre qui il est, ses valeurs, ses croyances, ses idéaux, etc.; il remet en question les règles et les normes de ses éducateurs et effectue ses premiers choix. Ses aptitudes intellectuelles se développent et il devient capable d'opérations formelles (capacité à penser dans l'abstrait de manière systématique et rationnelle). Parallèlement, il gagne progressivement son indépendance et

s'affranchit de l'attachement infantile le lant à sa famille. Il exploite ses nouvelles compétences sociales et commence à établir des relations étroites avec autrui (en particulier avec ses pairs). Généralement, il continue de solliciter l'avis et le soutien de ses parents mais recherche également la confiance de ses pairs. (Evelyne J , 2009 . P220).

4.3. Le développement social :

Au niveau social, l'adolescence se caractérise par le développement de la socialisation. Les jeunes multiplient les contacts au sein de leur communauté et s'intéressent de plus en plus au monde qui les entoure. Ils se préoccupent des rôles (politiques sociaux, économiques, familiaux etc.) qu'ils auront à assumer en tant qu'adulte et s'interrogent sur leur place au sein de la société acquiescente de nouvelles compétences, s'engagent dans la vie professionnelle et exercent davantage de responsabilités au sein de leur communauté.

Dans certaines cultures, la socialisation précède la pleine maturité physique et/ou psychique. Par exemple, de très jeunes adolescents sont contraints de travailler de prendre soins de leurs cadets, d'assurer leurs parents malades; en outre, ils sont mariés et deviennent parents précocement, etc. (Evelyne J , 2009 . P220) .

5- La puberté normale :

La puberté correspond à la maturation rapide de la fonction hypothalamo -hypophyso -gonadique, aboutissant au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et de la fertilité. L'adolescence s'associe également à des modifications psychologiques et affectives profondes, au début des comportements sociaux et sexuels des adultes.

Cette série de changements étalée sur plusieurs années se caractérise sur le plan axiologique par une poussée de croissance étroitement contemporaine de l'apparition des caractères sexuels secondaires. Les différents stades du développement pubertaire sont cotés de 1 (stade pré pubère) à 5 (stade adulte) selon la classification de Tanner.

La maturation pubertaire est contrôlée par des facteurs neuroendocriniens et endocriniens. Le déclenchement de la puberté est caractérisé par la réactivation de la fonction gonadotrope après la période de quiescence en postnatal et tout au long de l'enfance: la sécrétion pulsatile de LH-RH va entraîner une sécrétion accrue et pulsatile de LH et FSH,

aboutissant à une augmentation de la production de stéroïdes gonadiques (testostérone chez le garçon, oestradiol chez la fille. (**Marceli D,Braconnier ,2013 . p5-6**).

6- Le développement des caractères sexuels

a-Chez la fille :

Les premières manifestations pubertaires sont le développement des glandes mammaires. La poussée mammaire se produit en moyenne à partir de 10,5- 11 ans (8 à 13 ans pour 95 % des filles), pour atteindre le stade adulte quatre ans plus tard. L'âge de démarrage pubertaire est moins bien corrélé à l'âge civil (puisque'il se produit physiologiquement dans un intervalle large qui va de 8 à 13 ans), qu'à l'âge osseux. Celui-ci est un repère quantifiable de la maturation globale de l'organisme. La détermination de l'âge osseux s'effectue à l'aide d'atlas radiologiques (le plus utilisé est celui de Greulich et Pyle obtenu à partir d'une radiographie du poignet et de la main gauche). Le début de la puberté se situe pour un âge osseux de 11 ans (10 à 12 ans) chez la fille, correspondant grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce. La pilosité de la région pubienne débute le plus souvent six mois après la glande mammaire. Elle peut parfois précéder ou être synchronisée du développement mammaire. En 2-3 ans la pilosité pubienne prend un aspect d'adulte en forme de triangle à base supérieure horizontale. La pilosité axillaire apparaît en moyenne 12 à 18 mois plus tard. Elle évolue en 2-3 ans. La vulve se modifie dans son aspect et son orientation: horizontalisation de la vulve qui passe de la position verticale, regardant en avant chez l'enfant impubère, à la position horizontale, regardant en bas en fin de puberté; et hypertrophie des petites lèvres, accentuation des grandes lèvres et augmentation du clitoris. La vulve devient sécrétant avec apparition de leucorrhées.

Les premières règles (ménarche) apparaissent en moyenne autour de 13 ans (10 à 16 ans), 2-2,5 ans après l'apparition des premiers signes pubertaires (au maximum quatre ans après le début pubertaire). La ménarche apparaît après le pic de croissance pubertaire, durant la phase de décélération.

Chez certaines filles les règles peuvent apparaître en début de puberté. Les hémorragies ne sont pas cycliques d'emblée, le devenant au bout de 18-24 mois, quand les cycles seront devenus ovulatoires.(**Marceli D,Braconnier ,2013 . p5-6**).

b-Chez le garçon :

Le premier signe de puberté est l'augmentation de volume testiculaire. Il se produit vers l'âge de 12-13 ans (9 à 14 ans pour 95 % des garçons). Le volume testiculaire devient égal ou supérieur à 4 ml. ou si l'on mesure la plus grande longueur, celle-ci atteint ou dépasse 2,5 cm. Le début de la puberté se situe pour un âge osseux de 13 ans (12 à 14 ans) chez le garçon, correspondant grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce.

La pilosité pubienne apparaît entre 0-6 mois après le début du développement testiculaire. Elle évolue en 2-3 ans. La pilosité axillaire est comme chez la fille plus tardive, 12 à 18 mois après l'augmentation de volume testiculaire. La pilosité faciale est encore plus tardive, de même que la pilosité corporelle, inconstante et variable, et que la modification de la voix. Chez 30 % des garçons apparaît en milieu de puberté une discrète gynécomastie bilatérale qui régressera en quelques mois dans la quasi-totalité des cas.

L'augmentation de la verge au-delà de 5-6 cm débute un peu plus tard vers l'âge de 13 ans, un an après l'augmentation de volume testiculaire.(**Marceli D,Braconnier ,2013 . p5-6**).

7- Les besoins des adolescents :

Pour se forger une identité et devenir adultes, il est essentiel que les adolescents puissent:

Tisser des relations proches, durables et satisfaisantes avec des adultes responsables. Les jeunes ressentent la nécessité de s'exprimer d'être écoutés et compris; ils éprouvent le besoin d'être encouragés, de se sentir appréciés et parfois aussi, d'être choyés. Ces aspirations sont généralement rencontrées par les parents mais également par la famille élargie, les voisins et les enseignants. Les animateurs, les leaders communautaires et autres adultes peuvent également jouer un rôle significatif. Quelle que soit leur culture, les adolescents qui entretiennent des relations positives avec leur entourage présentent moins de troubles dépressifs (y compris, des idées suicidaires) et manifestent davantage d'initiative sur le plan social:

S'inspirer de modèles, c'est-à-dire d'adultes signifiants qu'ils peuvent prendre en exemple et dont ils peuvent épouser les valeurs et imiter le comportement; évoluer dans un cadre structure, jalonné de repères de limites et de règles à respecter:

Interagir avec les jeunes de la même tranche d'âge. L'amitié et la camaraderie occupent une place importante dans la vie de nombreux adolescents. Notons toutefois que les sociétés traditionnelles tolèrent rarement de telles relations pour les filles:

Exercer du contrôle sur leur vie. Pour affirmer leur identité et acquérir l'estime d'eux-mêmes, les jeunes ont besoin d'exprimer leurs opinions, de participer aux décisions qui les concernent d'agir pour construire leur avenir de se sentir utiles au sein de leur communauté, de tenter leurs propres expériences, etc. (Josse E, Dubois V, 2009, Pp220-221).

8- Adolescence et violences de masse :

Dans les contextes de violences de masse et d'exil, le développement des adolescents est perturbé, voire compromis. Les jeunes endossent prématurément un rôle et des responsabilités propres aux adultes. Dans de nombreux conflits, ils comptent parmi les forces armées et combattent au risque de leur vie. Dans les situations de post-conflit, lorsqu'ils sont séparés de leurs proches (décès, pauvreté, déplacement, etc.), prennent en charge leurs cadets et deviennent ainsi chefs de famille. D'autres sont contraints de pallier pratiquement (surcharge de tâches) ou économiquement (interruption de la scolarité par nécessité d'assurer des rentrées financières) la déficience qu'entraîne l'absence, le handicap ou la maladie d'un parent. Les filles sont souvent méridiennes plus jeunes que dans les contextes de paix, soit pour assurer leur sécurité (leur famille les place sous la responsabilité de leur époux) soit par nécessité (en les mariant leur famille se débarrasse d'une bouche à nourrir). De ce fait elles deviennent souvent mères alors qu'elles ne sont elles-mêmes que des enfants. Privés de sécurité, du soutien familial et communautaire, les jeunes sont livrés à eux-mêmes face à des choix difficiles. A contrario, la situation de déplacé ou de réfugié peut retarder l'accession à la pleine maturation sociale et au stade d'adulte indépendant (résidence en hébergement collectif contrôlant l'autonomisation des jeunes, difficulté ou impossibilité de trouver un emploi rémunéré dans la région d'accueil, etc.). Les jeunes réfugiés et déplacés peuvent être gravement affectés par l'absence de repères. Les événements ont bouleversé les rôles de chacun au sein de la communauté et la communauté elle-même s'est transformée. Les modèles de référence qui prévalent dans la société d'origine peuvent par exemple, se révéler obsolètes dans le pays d'accueil. La confrontation à un double référentiel culturel peut considérablement compliquer la quête identitaire des adolescents réfugiés. En restant fidèles aux valeurs traditionnelles du pays natal, ils conservent le soutien de leur famille mais se démarquent de la société-hôte, ce qui accroît leur vulnérabilité à la stigmatisation, à la discrimination et au racisme: En

épousant les valeurs locales, ils facilitent leur intégration au sein de la société d'accueil mais risquent d'entrer en conflit avec leurs parents. (Josse E, Dubois V, 2009, Pp220-221).

La synthèse

L'adolescence représente une étape cruciale où les bouleversements sont à la fois profonds et essentiels pour métamorphoser l'enfant en adulte. Cette période se caractérise par des changements biologiques significatifs ainsi que des transformations majeures au niveau de la personnalité. Il y a une quête ardente pour trouver son identité et se différencier, une volonté d'acquérir une autonomie, une tendance à intellectualiser les expériences, une recherche de modèles inspirants et la construction d'un projet de vie.

Partie Pratique

Chapitre IV

**Méthodologie de la
recherche**

Préambule :

Le volet méthodologique constitue la dernière phase de la recherche, au cours de laquelle nous cherchons à tester et à vérifier nos hypothèses . Dans ce chapitre, nous présenterons la méthode de recherche utilisée, les groupes de recherche, le lieu de recherche, ainsi que les techniques d'investigation mises en œuvre.

1_La pré-enquête:

La phase de pré-enquête est une étape cruciale de toute recherche scientifique.

Elle est considérée comme une phase exploratoire, qui peut être réalisée par le biais d'une analyse documentaire ou en effectuant des déplacements sur le lieu de recherche. Cette étape permet de construire la problématique qui guidera la recherche, en recueillant des informations sur le terrain concernant la population étudiée, en définissant le thème de recherche et en vérifiant sa faisabilité.

Une fois que le thème a été validé par l'enseignant superviseur, nous nous sommes rendus directement sur le lieu de recherche afin de tester la disponibilité des cas et la faisabilité de l'étude, suite à l'accord favorable du directeur de l'établissement.

Pendant notre pré-enquête, nous avons constaté un nombre élevé d'adolescents trisomiques au sein du centre pour enfants handicapés mentaux à Akbou, dans la wilaya de Bejaia. Cette observation nous a motivés à nous intéresser davantage à ce thème et à nous rapprocher de cette population dans le but d'obtenir des informations sur l'agressivité chez ces adolescents trisomiques.

Au cours de cette période, nous avons rencontré des spécialistes tels que des psychologues, des orthophonistes et des éducateurs qui enseignent et accompagnent les trisomiques tout au long de la journée. Ils ont été coopératifs et nous ont permis d'observer les classes et les ateliers pédagogiques

2_Méthode de recherche :

Afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse centrale de notre étude, nous avons adopté une approche axée sur l'étude de cas, en nous appuyant sur la méthode descriptive qui s'avère être la plus pertinente pour notre recherche.

La méthode descriptive de la recherche consiste à observer et à décrire le comportement d'un sujet sans l'influencer d'aucune façon. Les méthodes descriptives, si elles n'ont pas vocation à rendre compte des liens de causalité entre les processus ou entre les comportements, sont indispensables en science sociales car elles lui permettent de décrire les comportements dans leur globalité.

De nombreuses disciplines scientifiques utilisent cette méthode pour obtenir une vue d'ensemble du sujet, en particulier les sciences sociales et la psychologie. Ainsi, les anthropologues, les psychologues et les sociologues se servent souvent de ce type d'expériences pour observer les comportements naturels sans les influencer d'aucune façon. Elles sont également utilisées par des études de marché afin d'évaluer les habitudes des clients et par des entreprises souhaitant évaluer le moral de leur personnel.

La méthode descriptive est également utile lorsqu'il n'est pas possible de tester et de mesurer le grand nombre d'échantillons dont ont besoin les expériences de type plus quantitatif. Mais, les résultats d'une recherche descriptive ne peuvent en aucun cas être utilisés comme réponse définitive ou pour infirmer une hypothèse. Mais si les limites sont comprises, elles peuvent former un outil utile dans de nombreux domaines de la recherche scientifique. (Hamisson A D y , 2022 . P17).

3-Présentation de lieu de la recherche :

Notre recherche à été effectuée au d'un centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou (C.P.P.E.H.M).

Le psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou est un établissement étarqué à caractère socio-éducatif, il a été crée par le décret exécutif 89.57 du 02/05/1989.

Le centre accueille des enfants atteints de troubles mentaux, âgés de 3 à 18 ans. La population prise en charge est variée, incluant différents niveaux de déficience mentale tels

que la débilite légère et moyenne, ainsi que les enfants ayant des difficultés d'adaptation scolaire en raison d'une capacité mentale insuffisante.

Afin de répondre aux besoins spécifiques de cette population hétérogène et d'optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré. Ce programme définit les axes psychopédagogiques à suivre pour chaque enfant ou groupe d'enfants, guidant ainsi l'action de chaque intervenant.

➤ **Les objectifs de ce programme sont les suivants :**

- Encourager la socialisation.
- Favoriser l'intégration sociale grâce à une éducation adaptée et au développement d'une stabilité émotionnelle.

Sa mission est:

-Recensement et dépistage des enfants en situation de handicap:

-Amélioration des conditions de vie des enfants en situation de handicap prise en charge, l'orientation scolaire.

-Ecoute, soutien et assistance psychologique des enfants en situation de handicap cerné au centre et les externes assurés par des psychologues et des orthophonistes, ainsi un accompagnement parental.

-consultations externes.

-Célébration des journées nationales et internationales des personnes en situation de handicaps.

-favoriser le développement de la construction de soi.

- Accueillir des enfants inadaptés mentaux, dont l'âge varie entre 03 et 18ans .

L'établissement a ouvert ses portes en 1992, conçu initialement en crèche il a été réaménagé pour accueillir les enfants handicapés mentaux.

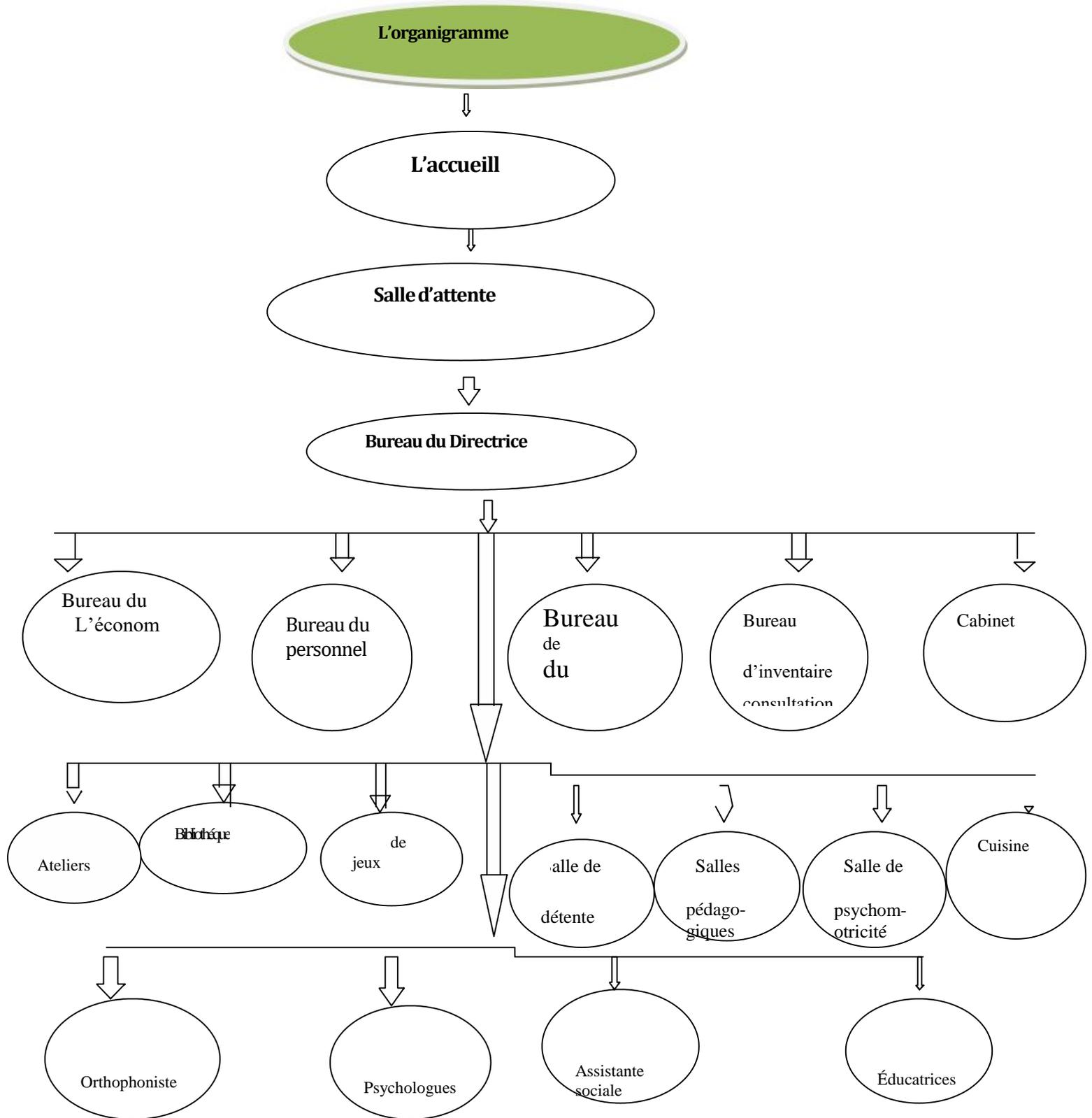


Figure : 1-2- centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux d'Akbou (C.P.P.E.H.M).

➤ **Les pensionnaires :**

Le nombre d'enfant pris en charge est de 108 enfants dont 68 garçons et 40 filles ils sont répartis en 15 groupes pédagogiques.

❖ **Un tableau qui comprend les répartitions des enfants :**

T N°1 - Répartition selon l'âge :

03 à 06 ans	07 à 12 ans	13 à 15 ans	16 à 18 ans	Plus de 18 ans
05	40	37	26	00

TN°2 - Répartition selon type de déficience :

Trisomie 21	Epileptique	Psychotique	IMOC	Autiste	Autre déficience
61	15	00	01	07	24

TN°3 - Répartition selon le degré de déficience :

Déficience profonde	Déficience sévère	Déficience moyenne	Déficience légère
00	21	87	00

4-Le groupe de recherche :**➤ -les critères de sélection de groupe de recherche :**

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

- **A-critère pertinent :**

- Agés de 12 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 adolescents .

- Le degré d'intelligence n'est pas pris en considération.

T N°4 -récapitulatif des cas de notre étude :

Prénom	Date de naissance	Age	Sexe
Ahmed	18/03/2010	13 ans	Masculin
Abdallah	17/05/2009	14 ans	Masculin
Maria	21/08/2008	15 ans	Fémnin
Meriem	09/12/2007	16 ans	Féminin
Badis	26/10/2011	12 ans	Masculin
Tiziri	05/12/2005	18 ans	Féminin

5-Les outils de recherche:

Dans notre recherche Nous avons opté pour deux outils : l'entretien clinique plus précisément semi-directif accompagné d'un guide d'entretien que nous avons élaboré en définissant les paramètres et les axes de base, ainsi que l'observation clinique à l'aide d'une grille d'observation.

6- Le déroulement de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée du 09/04/2023 jusqu'à 24/05/2023 nous avons eu l'opportunité exceptionnelle d'effectuer un stage au sein du Centre psychopédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux d'Akbou. Ce centre se distingue par son approche rigoureuse et l'engagement sérieux de son personnel envers le travail.

Notre groupe d'études était composé d'adolescents trisomiques, avec lesquels on a travaillé en collaboration avec leurs parents et éducateurs dans le but de répondre aux hypothèses de notre recherche.

Dans un premier temps, nous avons effectué une visite exploratoire du centre pour mieux comprendre les méthodes utilisés par la psychologue et les éducateurs auprès des enfants ayant des troubles mentaux. Nous avons identifié les points essentiels liés à notre domaine de recherche en psychologie clinique, en mettant l'accent particulièrement sur les adolescents trisomiques, qui constituent la base de notre étude.

Ensuite, on a commencé à observer le comportement de de ces adolescents afin de sélectionner notre groupe d'étude. nous avons réalisé des observations cliniques avec les adolescents et mené des entretiens semi directive avec les parents et les éducateurs des adolescents trisomiques,(Meriem, Abdallah, Ahmed, Maria ,Tiziri, et Badis). Nous nous sommes appuyés sur leur comportement et leurs réponses à nos questions pour orienter notre recherche. nous avons constaté que l'observation est indispensable et fondamentale, que ce soit pour la recherche ou pour la pratique clinique en psychologie, car elle nous a permis de répondre à de nombreuses questions et d'en poser d'autres aussi tout importantes.

En ce qui concerne les techniques choisies, celles-ci étaient adaptées à notre thématique de recherche et aux caractéristiques de groupe de notre étude .Nous avons opté pour deux outils : l'entretien clinique plus précisément semi-directif accompagné d'un guide

d'entretien que nous avons élaboré en définissant les paramètres et les axes de base, ainsi que l'observation clinique à l'aide d'une grille d'observation.

7-La méthode descriptive :

La méthode descriptive de la recherche consiste à observer et à décrire le comportement d'un sujet sans l'influencer d'aucune façon. Les méthodes descriptives, si elles n'ont pas vocation à rendre compte des liens de causalité entre les processus ou entre les comportements, sont indispensables en science sociales car elles lui permettent de décrire les comportements dans leur globalité.

De nombreuses disciplines scientifiques utilisent cette méthode pour obtenir une vue d'ensemble du sujet, en particulier les sciences sociales et la psychologie. Ainsi, les anthropologues, les psychologues et les sociologues se servent souvent de ce type d'expériences pour observer les comportements naturels sans les influencer d'aucune façon. Elles sont également utilisées par des études de marché afin d'évaluer les habitudes des clients et par des entreprises souhaitant évaluer le moral de leur personnel.(Hamissou Affo Daoudou Y.Amadou, 2020,P17).

8-L'entretien clinique

L'entretien clinique est une pratique ordinaire du psychologue clinicien , l'entretien en tant que rencontre ne concerne pas le seul psychologue mais bien d'autres métiers : médecin , éducateur, assistante sociale, responsable des ressources humaines, pratiquant , entre autres, quotidiennement l'expérience de rencontres singulières . Chacun considère indispensable ce tête-à-tête renouvelé, et chaque fois différent condition d'y prêter attention.

La considération de la singularité, au centre de toute clinique, ne peut relever de modalités techniques, de recette plus ou moins accommodables; en revanche, elle implique au travail conceptuel. L'implicite paraît avoir trop souvent facilité l'atténuation, la dissolution, voir l'exclusion des concepts nécessaires à la pratique de l'entretien. (D'olivier D, 2014. P59)

9-L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant être intégrés dans le fil discursif de l'interviewé. Autrement dit, l'entretien semi directif permet à l'enquête d'utiliser ses propres termes pour donner ses représentations, ses opinions sur une situation précise. En même temps, il donne la possibilité au chercheur de guider l'entretien, d'approfondir et de relancer les points les plus saillants. C'est fort de ce constat que Quivy et Campenhoud t affirme que :

« Ainsi s'instaure en principe un véritable échange au cours duquel l'inter locuteur du chercheur exprime ses perceptions, d'un événement ou d'une situation, ses interprétations on ses expériences, tandis que par ses questions ouvertes on ses réactions, le chercheur facilite cette expression, écrite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticités.(Jacques F –O ,2017 . P27)

10- Le guide d'entretien :

S'il est recommandé d'élaborer un guide d'entretien, qui peut être un moyen pour l'enquêteur de se rassurer, il est nécessaire aussi de contrôler les effets que ce guide a sur la situation d'enquête. Comme le note Stéphane Beaud", l'usage du guide d'entretien peut fortement valoriser l'enquêté, lui renvoyant l'image d'une personne qui sait répondre aux questions dans une conversation de type bourgeoise, comme il peut être mal vécu dans les milieux populaires pour des raisons inverses. Le guide d'entretien donne également une dimension scolaire paralysante pour l'enquêté qui, dans certains cas, se sent jugé et a finalement un effet contre-productif en ne permettant pas à la parole de l'enquêté de libérer sa parole.(Gay Th,2006,p88).

Notre guide est élaboré de quatre (04) axes:

Axe 01: des renseignements sur la vie de l'adolescent au sien du centre.

Axe 02: des renseignements sur la vie de l'adolescent avec sa famille.

Axe 03: renseignements sur la nature de relation de l'adolescent au sein du groupe avec les éducatrices.

Axe 04: renseignements sur l'agressivité.

11-L'observation clinique :

L'observation clinique vise l'observation de la réalité psychique, de la subjectivité. L'accès à la réalité psychique se réalise par l'observation des symptômes, des signes, des messages verbaux et non verbaux, des interactions, des rêves, des productions tels les jeux, les dessins. L'attention est également portée sur les associations, sur l'agencement associatif des éléments observés. La situation clinique mobilise le transfert, et l'observation clinique suppose l'observation du transfert, des objets transférés et des objets que vise le transfert. Elle suppose également l'observation du contre transfert, car l'observation du psychisme engage le psychisme de l'observateur. Le contre-transfert, par ailleurs, renseigne sur la nature des éléments psychiques non symbolisés ou non subjectivés.(Ciccone. A,2019,p8).

Pour évaluer de manière approfondie les aspects cliniques de notre étude, nous avons conçu un questionnaire d'entretien spécifiquement adapté aux adolescents trisomiques . Ce questionnaire a été utilisé pour recueillir des informations détaillées sur différents aspects de leur santé et de leur bien-être , y compris leur développement physique , psychologique et social.

TN°5-Questionnaire destiné aux éducateurs sur : l'agressivité chez les adolescents trisomiques

Numéro	Questions	Réponses
01	Comment trouver-vous le comportement de cet élève ?	
02	Est-ce que il est sociable ?	
03	A-t-il un changement d'humeur ?	
04	Est-ce que il est entêté ?	
05	Est- ce que il vous interrompt ou interrompt ses camarades?	
06	Pouvez- vous décrire les types de	

	comportement agressifs que vous avez observés chez lui?	
07	Est-ce que il a des conflits avec ses camarades ?	
08	Comment l'élève réagit-il lorsqu'il est confronté à des impulsions ou a des conflits avec ses camarades ?	
09	Comment il s'exprime sa colère ?	
10	Avez vous des difficultés a y faire face ?	

TN°6 : *Questionnaire destiné aux parents Sur : l'agressivité chez les adolescentes trisomiques

Numéro	Questions	Réponse
01	Comment trouvez-vous le comportement de votre enfant ?	
02	Comment il se comporte avec ses frères ?	
03	Est-ce qu'il développe un comportement violent ?	
04	Est-ce qu'il utilise une violence physique ou verbale ?	
05	Comment il s'exprime sa colère ?	
06	Est-ce qu'il voit une certaine violence au sein de votre famille ?	
07	Est-ce qu'il est sociable ?	

08	Est ce-qu'il développe un comportement impulsif ?	
09	Est ce A-t-il un changement d'humeur?	
10	Est ce-qu'il est timide ?	

11	Est ce- qu'il interrompt les autres ?	Réponse
12	Est ce- que votre enfant est gentil avec les membres de la famille ?	
13	Est ce- qu'il partage ces affaires avec ces frères ?	
14	Est ce-qu'il agressé quelqu'un de votre famille ?	
15	Votre enfant rend service des autres ?	
16		

	Votre enfant vous respecte-t-il ?	
17	Votre enfant joue avec ces frères ?	
18	Est ce-qu'il comporte mâle avec avec ces voisins ?	

19	Avez-vous des difficultés à y faire face ?	
20	Est ce-que votre enfant perturbe les activités des membres de votre famille ?	
21	Est ce-que votre enfant à des confrontations et conflits avec les autres ?	

12-La grille d'observation :

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé une grille d'observation spécialement conçue pour évaluer et documenter les comportements agressifs chez les adolescents trisomiques . Cette grille d'observation a été élaborée afin de fournir un outil systématique pour examiner les manifestations d'agressivité dans cette population spécifique.

Présentation de la grille d'observation :

→ Temps	0- 15 Mn	15- 30Mn	30- 45Mn	45- 60Mn	1h- 1h15Mn	1h15- 1h30Mn	1h30- 1h45mn	Etc.....
Comportement impulsif								
Violence verbale								
Violence physique								
Sentiment de colère								
Changement d'humeur								
Confrontation et conflit avec les autres								
La socialisation								
Perturbation des activités des autres .								

La synthèse :

La mise en place d'un travail de recherche nécessite la mise en œuvre d'une méthode et de techniques de recherche rigoureuses, jouant un rôle essentiel dans l'organisation globale de l'étude.

La partie méthodologique de notre recherche nous a permis d'établir une structure solide, en comprenant le processus de la démarche clinique et l'importance de l'approche méthodique. Nous avons également introduit les différentes techniques utilisées pour collecter les données, notamment l'entretien clinique, le guide d'entretien et une grille d'observation. Ces méthodes ont été soigneusement sélectionnées afin de garantir une collecte de données cohérente et précise.

Chapitre V

Présentation Analyse, et discussion des hypothèses

1-Présentation du premier cas :

Le premier cas que nous avons abordé concerne l'adolescent Ahmed. B, originaire du village "Taqaaravth" né prématurément le 18 mars 2010 à Akbou par voie basse. Il est issu d'un mariage consanguin. Il a été diagnostiqué au sein de l'hôpital par l'équipe médicale étant trisomique 21 et souffrant d'épilepsie. L'acquisition de la marche s'est produite à l'âge de 3 ans, tandis que l'apparition du premier mot a également eu lieu à cet âge. L'acquisition de la propreté a été réalisée à l'âge de 5 ans. Ahmed est le seul garçon d'une fratrie de 3 enfants, il est issu d'une famille socio-économique moyenne sa mère est femme au foyer et son père un enseignant retraité.

1-1-L'analyse de la grille d'observation :

Lors des séances d'observation, nous avons constaté qu'Ahmed présente un comportement hyperactif, caractérisé par une instabilité motrice. Il est constamment en mouvement et se lève fréquemment. Il a démontré des comportements agressifs, tant verbalement (menaces de violence telles que "akenghagh, atkhelsedh") que physiquement et gestuellement (automutilation et agression envers ses camarades).

Il utilise également des gestes menaçants. De plus, il présente comportement impulsif, se manifestant par des poussées et des bousculades non provoquées envers ses camarades pendant les périodes de récréation, sans raison apparente. Dans certaines situations, notamment lors de jeux collectifs, Ahmed perturbe brusquement le déroulement du jeu en agissant de manière inattendue ou en ne respectant pas les règles établies.

Il est également important de noter que Ahmed présente des troubles de l'humeur, caractérisés par des crises de pleurs, de rire et de colère, ainsi que des cris. Ces comportements se répètent régulièrement. Il exprime sa frustration en criant, en pleurant ou en adoptant un comportement destructeur, tel que casser et jeter ses affaires par terre. Par exemple, lors des séances de coloriage, Ahmed saisit son crayon de couleur avec une force intense et applique les couleurs de manière agressive, allant parfois jusqu'à perforer sa feuille. De plus, il présente des tendances à la procrastination, évitant ou retardant l'accomplissement de ses tâches ou devoirs.

Selon l'évaluation basée sur la grille d'observation, Ahmed présente des comportements impulsifs qui durent entre 1h30 et 1h45. Ces comportements sont accompagnés de violences verbales s'étalant sur une période de 45 à 60 minutes. Par ailleurs, des actes de violence physique réels ont été observés après environ 1h30. Il est important de noter qu'un sentiment persistant de colère se maintient pendant environ 1h à 1h15, tandis que les changements d'humeur surviennent généralement entre 45 et 60 minutes. Les confrontations et les conflits avec les autres se manifestent fréquemment entre 1h30 et 1h45. En ce qui concerne la socialisation, elle est généralement limitée à une plage horaire de 15 à 30 minutes. Cependant, il est à noter qu'Ahmed perturbe les activités des autres pendant une période d'environ 1h30 à 1h45.

1-2- L'analyse de l'entretien avec les parents :

Lors de l'entretien clinique avec la mère d'Ahmed, celle-ci a mentionné qu'il fait preuve d'opiniâtreté et qu'il la frappe, interrompant ainsi ses interactions. Elle éprouve des difficultés à faire face à cette situation, ainsi qu'à gérer les conflits qu'Ahmed entretient avec ses cousins. Il a été conclu qu'Ahmed provient d'une famille où les conflits conjugaux sont présents, ce qui peut expliquer son imitation des comportements menaçants de son père. Sa mère a déclaré que lors des disputes avec son mari, Ahmed reste silencieux et pleure lorsqu'il est témoin de violences physiques ou d'insultes envers elle. Elle a également exprimé qu'actuellement, Ahmed vit avec elle car elle est divorcée de son père. Elle a affirmé qu'elle aime profondément son fils et qu'elle ressent de la compassion envers lui, choisissant de ne pas le blâmer pour son comportement. Elle nous a dit "allah ghaleb fellas dayen igzar iditawadh".

1-3-L'analyse de l'entretien avec les éducatrices :

Selon les entretiens avec les éducatrices, Ahmed présente des manifestations d'un comportement agressif, se manifestant à la fois verbalement et physiquement. Il adopte également une attitude obstinée, caractérisée par une interruption fréquente des éducatrices et une perturbation des interactions avec ses camarades pendant les cours. De plus, il éprouve des conflits interpersonnels avec ses pairs, ce qui contribue à la dynamique perturbatrice de la classe. Ces comportements agressifs et les conflits avec les pairs ont un impact négatif sur le climat social de l'environnement scolaire, ainsi que sur l'apprentissage et le bien-être des autres élèves. . Elles nous a dit " son cas vraiment youar par rapport ar wiyadh".

La synthèse générale du cas d'Ahmed :

Suite à l'évaluation psychologique incluant un entretien clinique approfondi et une observation clinique, il est apparu qu'Ahmed présente des manifestations de comportements agressifs tant verbaux que physiques.

2-présentation du 2eme cas:

Il s'agit d'Abdallah, un adolescent résidant à Tazmalt, né à terme le 17 mai 2009 à Akbou. Dès sa naissance, l'équipe médicale de l'hôpital a posé le diagnostic de trisomie 21. À l'âge de 3 mois, il a été hospitalisé pendant 15 jours en raison d'une infection néonatale, et à l'âge d'un an, il a subi une opération en raison d'une cardiopathie diagnostiquée. Son développement psychomoteur présente un retard significatif, avec une acquisition de la position assise à un an, une assistance pour se tenir debout à 18 mois, la marche à 2 ans et la première phrase prononcée à 4 ans. L'acquisition de la propreté s'est produite à l'âge de 5ans. Abdallah est le troisième enfant d'une fratrie de 3 enfants, issu d'un mariage non consanguin et d'une famille de conditions socio-économiques moyennes. Son père travaille en tant que chauffeur et sa mère est femme au foyer. Il a été intégré au centre le 5 janvier 2014.

2-1-L'analyse de la grille d'observation :

Lors de l'observation, il a été constaté que Abdallah présente une importante instabilité motrice ainsi qu'une agressivité verbale (akezlough,athewthagh) et physique lorsqu'il s'engage dans des activités sportives. Il se frappe au visage, manifestant ainsi un comportement auto-agressif. Il fait preuve d'opposition en utilisant des gestes menaçants et fait preuve d'un entêtement marqué .Par exemple lors d'une dispute avec un camarade de classe il réagit de manière agressive en manifestant des comportements tels que des insultes verbales ,des menaces physiques ou même de actes violentes .Il peut exprimer sa colère ou sa provocation de manière agressive cherchant à intimider ou à dominer l'autre personne En revanche, il démontre des traits de sociabilité et d'amabilité. Il a dit qu'il aime trop venir au centre pour jouer avec ses amis.

Selon l'analyse effectuée à l'aide de la grille d'observation de Abdallah, plusieurs aspects psychologiques ont été identifiés concernant son comportement. On remarque une période d'impulsivité d'environ 1 heure à 1 heure 45 minutes, ce qui suggère une difficulté à maîtriser ses réactions spontanées. De plus, il présente des épisodes de violence verbale

d'environ 1 heure 15 minutes à 1 heure 45 minutes, ainsi que des manifestations de violence physique qui varient de 30 à 45 minutes. En ce qui concerne ses émotions, on observe un sentiment de colère d'environ 45 à 60 minutes, ce qui peut contribuer à son comportement agressif. Les changements d'humeur surviennent également sur une période de 45 à 60 minutes, ce qui suggère une instabilité émotionnelle. Abdallah semble également avoir des difficultés dans les interactions sociales, avec des périodes de confrontation et de conflit avec les autres d'environ 45 à 60 minutes. La durée de socialisation est relativement courte, allant de 15 à 30 minutes. Un autre aspect observé est la perturbation des activités des autres, qui peut durer de 1 heure 30 minutes à 1 heure 45 minutes.

2-2-L'analyse de l'entretien avec les parents :

Selon notre évaluation basée sur les interactions avec les éducatrices, il a été constaté que Abdallah présente des caractéristiques de sociabilité, mais aussi des fluctuations d'humeur qui se manifestent par des crises de larmes et des épisodes de rire. Cependant il est important de souligner qu'il peut parfois rencontrer des conflits avec ses pairs en raison de son entêtement, ce qui représente une difficulté particulière à surmonter selon les éducatrices.

2-3-L'Analyse de l'entretien avec les parents :

Lors de l'entretien familial, le père d'Abdallah a souligné l'harmonie qui règne au sein de leur foyer et a fait part de bonnes relations entre Abdallah et ses frères. Cependant, il a observé un comportement agressif chez son fils lorsque celui-ci ne parvient pas à obtenir ce qu'il souhaite. Ce comportement se manifeste par des jets de jouets par terre ou en se frappant lui-même. Il est important de noter que le comportement violent d'Abdallah se limite principalement à des actes verbaux, exprimant parfois sa colère à travers des insultes, ainsi qu'à des manifestations physiques. Le père ne rapporte aucune manifestation de violence au sein de la famille, ce qui suggère que les épisodes de violence de Abdallah se produisent principalement dans des contextes spécifiques.

La synthèse générale du cas d'Abdallah :

D'après l'évaluation clinique et l'observation, Il a été noté que Abdallah présente des comportements à la fois physiques et verbaux.

3-Présentation du 3eme cas de Maria:

Le troisième cas concerne Maria .M, une adolescente née le 21 août 2008, issue d'un mariage non consanguin. Son développement moteur a été marqué par son premier pas à l'âge de 12 ans, tandis que son premier mot est apparu à 18 mois. La formation de phrases complètes s'est produite à l'âge de 3 ans. Maria provient d'une famille socio-économique aisée, avec un père travaillant dans l'armée et une mère qui est femme au foyer.

3-1-L'analyse de la grille d'observation :

Lors de l'observation clinique, il a été noté que Maria présente des traits d'affection et de sociabilité. Elle se montre toujours souriante, aimable et ne présente aucun comportement compulsif. Son comportement est très stable, le cas n'utilise pas un langage grossier ou vulgaire ni la force envers ses camarades comme par exemple: donner des coups, bousculé, mordre, cracher, griffer, se blesser, blesser les autres, menacer les autres. Maria partage et travaille avec ces pairs. L'adolescente ne manifeste aucun comportement socialement inapproprié et participe activement à toutes les activités proposées par le centre.

Les résultats de l'observation indiquent que le comportement de Maria a été mesuré à 00 minute, sans aucun signe de violence verbale ou physique. Aucun sentiment de colère n'a été observé chez elle pendant 00 minute, et il n'y a eu aucun changement d'humeur signalé. La confrontation avec ses camarades a également duré 00 minute.

Cependant, Maria a passé environ 1 heure 30 à 1 heure 45 à socialiser, tandis que l'interférence dans les activités des autres était négligeable, mesurée à 00 minute.

3-2-l'analyse de l'entretien avec les parents :

Lors de l'entretien avec la mère de Maria, celle-ci a partagé que leur famille vit dans une ambiance harmonieuse et qu'ils sont très attachés les uns aux autres. Selon elle, il n'y a aucune différence entre leurs enfants comme elle a de bonnes relations avec eux. Elle a exprimé un profond amour pour sa famille, soulignant que celle-ci est respectée par tous. Elle a décrit sa fille comme étant extrêmement gentille avec autrui, appréciant jouer avec ses cousins et partager ses affaires avec eux. Cette attitude généreuse et amiable témoigne de sa nature bienveillante et de sa capacité à tisser des liens positifs avec les membres de sa famille . Lorsqu'on lui a demandé si elle se dispute avec son mari devant sa fille, elle a répondu "non jamais", précisant qu'ils ont seulement des désaccords liés à la vie quotidienne.

3-3- l'analyse de l'entretien avec les éducatrices :

Selon les éducatrices, lors de l'entretien, elles ont indiqué qu'elles n'ont aucune difficulté à gérer Maria. Elle n'a aucun conflit avec ses camarades et ne fait aucun langage grossier ou d'insultes. Maria calme, respectueuse, obéissante et active.

La synthèse générale du cas de Maria:

Selon l'observation et l'entretien clinique, Maria ne présente pas de comportements agressifs. Elle n'initie pas de bagarres et ne cause aucun préjudice aux autres

4-Présentation et L'analyse des résultats du 4eme cas de badis :

Il s'agit de l'adolescent Badis.Y, âgé de 12 ans, né le 26 octobre à sidi_aich , par voix normal et n'est pas cardiopathie . Son développement psychomoteur présente des signes de retard significatif, tels qu'une hésitation à s'asseoir debout à l'âge de 18 mois et l'acquisition de la marche à l'âge de 22 mois. Il a également atteint la propreté des jours de nuit à l'âge de 3 ans. Badis est le deuxième enfant d'une fratrie composée de deux filles et trois garçons. Badis est issue d'un mariage non consanguin et sa famille a un statut socio-économique moyenne, son père travaillant en tant que chef d'unité EBG et sa mère est une juriste. Il a été intégré au centre le septembre 2022.

4-1- L'analyse de la grille d'observation

pendant les séances d'observation, nous avons observer que Badis est adolescent qu'il représente des problèmes de langages, il comprend bien les consignes mais il n'arrive pas a se concentrer, il passe par des périodes d'agitation, d'impulsivité. On 'a remarqué qu'il manifeste des comportements de violence verbale et physique lorsqu'il interagit avec ses camarades. Par exemple, il utilise des mots tels que (adqal3agh alnim, akmezlough, akmenghagh" adedmagh lemos), ainsi des gestes menaçant, Cependant il présente également des traits d'amabilité et de sociabilité. il se comporte mal en classe soit avec les éducatrices ou bien avec les autres enfants , sans oublier que badis est un adolescent brusque par exemple lors des sciences de sport badis il frape ses camarades et il démontre des comportements socialement inapproprié par ex : donner des coup-de-pied et il passe par des périodes de changement d'humeur. on 'a remarqué que son anormal il est adolescent dynamique , plein d'énergie .

Lors de l'observation clinique on a constaté que le comportement impulsif chez Badis se manifeste pendant une période de 15 à 30 minutes, tandis que la violence verbale dure de 30 à 45 minutes. Quant à la violence physique, elle persiste de 1 heure et 13 minutes à 1 heure et 30 minutes. Le sentiment de colère est présent pendant une durée allant de 0 à 15 minutes, tandis que le changement d'humeur varie entre 15 et 30 minutes. Les situations de confrontation et de conflit avec les autres durent de 1 heure et 30 minutes à 1 heure et 45 minutes. Par ailleurs, la socialisation s'étend sur une période de 30 à 45 minutes, et la perturbation des activités des autres dure de 45 à 60 .

4-2-L'analyse de l'entretien avec les parents :

Lors de l'entretien avec les parents de Badis, il a été rapporté que Badis est très attaché a eux, sa maman dit que son fils a une bonne relation avec ses frères mais parfois il se bagarré avec eux. et il est très sociable, il préfère aller au centre mieux que de rester à la maison. Badis c'est un adolescent hyperactif qui aime bouger, il a une mauvaise relation avec ses camarades et ses éducatrices. Son comportement ne se limite pas uniquement à des actes verbaux, mais également à des expressions physiques de sa colère, souvent par le biais de pleurs. Les parents ont indiqué qu'ils n'ont aucun conflit avec lui et qu'ils ne rencontrent pas de difficultés particulières pour y faire face.

4-3-L'analyse de l'entretien avec les éducatrices :

Aux cours de l'entretien avec les éducatrices de Badis, il a été observé qu'il présente des difficultés au niveau du langage ainsi qu'une instabilité émotionnelle se manifestant par des crises de colère et des crises de larmes. Est un adolescent très sociable et aimable . Badis est hyperactif , il passe par des périodes d'impulsivités de changement d'humeur . En ce qui concerne sa relation avec les éducatrices, celles-ci ont mentionné qu'elles rencontrent de difficultés pour gérer ces comportements car il est toujours en conflits avec eux. Il participe aux activités (coloriage, dessin) et il partage ses affaires avec ses camarades. De plus, il arrive parfois qu'il se dispute physiquement avec ses camarades. Et la les éducatrices ont affirmé qu'elles rencontrent des difficultés pour y faire face.

La synthèse générale du cas de Badis :

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 badis présent tous types de comportement agressifs.

5 -Présentation et l'Analyse des resultados du cas de Tiziri :

5em cas il s'agit de l'adolescent tiziri A, né le 05 décembre 2005 à Akbou et résidant à Akbou .par vois Bass sans une complication d'accouchement. elle à été diagnostiqué trisomiques 21 cardiopathie.

peson développement psychomoteur est marqué par un retard, dont l'acquisition à l'âge de 3ans, l'assistance debout à 3ans et demi, la marche à 4ans et demi. et la première dent à 2ans, le premier mot à 2ans et la première phrases à 5ans.

Elle est été issue d'un mariage non- consanguins, elle est la troisième fille d'une fratrie de 4enfant. elle est d'une famille de conditions socio-économiques favorable, son père est un policier et sa mère est une juriste. Elle - à été intégrée au centre le 23 septembre 2012.

5-1-présentation et analyse de la grille d'observation :

pendant les sciences d'observation on 'a constaté que tiziri est une adolescente qui utilise une certaine agressivité verbale (Akmnghagh , adqal3agh alnim) , ainsi des gestes menaçant , malgré que elle est respectueuse elle est têtue, Durant le goûter tiziri se comporte mal avec ces camarades surtout avec Maya elle dit par exemple (ache adich rebi aqaroyim).

Quand on 'a demandé à Tiziri si elle aime venir au centre elle nous à répondre (oui),Ttiziri développe des capacités intellectuel mais reste toujours a corrigé quelques comportements instable , mais ne démontre pas des comportements socialement inapproprié Tell que (frapper, donner des coups de pied, blessé les autres.) .

5-2- L'analyse de l'entretien avec les parents :

Durant l'entretien avec ces parents ils nous les affirme que tiziri vive dans ambiance au sein de la famille, est une fille est très sociable aime d'être en interaction avec les autres, mais elle à une tendance à l'agressivité verbale avec ces frères malgré que elle est très proche d'eux car elle est toujours en conflits avec ces frères et perturbe les activités des membres de sa famille et lorsqu'elle est en colère ne respecte aucune personne et elle se l'exprime avec dès pleurs et des insultes, menaces. plus elle se manifeste de changement d'humeur mais elle reste toujours sympathique avec ces parents.

5-3- L'analyse de l'entretien avec les éducateurs :

D'après notre entretien avec les éducatrices on'a constaté que tiziri est une fille sociable aime d'être en interaction avec ses éducatrices, mais par contre elle à une mauvaise relation avec ses camarades de classe plus précisément (Douda) tiziri jeu le rôle de l'éducatrice à la classe et lorsque quelque un refuse de faire ce quelle veux elle devienne agressive avec lui .

La synthèse générale du cas de Tiziri :

D'après notre entretien avec les éducatrices on a constaté que tiziri est une fille sociable aime d'être en interaction avec ses éducatrices, mais par contre elle à une mauvaise relation avec ses camarades de classe plus précisément (Douda) tiziri jeu le rôle de l'éducatrice à la classe et lorsque quelque un refuse de faire ce quelle veux elle devienne agressive avec lui.

présentation et analyse des résultats du 6eme Cas du Mariem :

Il s'agit de l'adolescente Mariem , O âgé de 15 ans, née le 9 décembre 2007 à Tazmalt, et résidante a tazmalt , elle a été diagnostiqué trisomique 21. Elle est née prématurément, par voix basse, et elle a été hospitalisée pendant dix jours après sa naissance au sein de l'hôpital .

Elle a été suivie dans une unité spécialisée de l'hôpital pour son développement psychomoteur, qui est marqué par un retard significatif. Elle a commencé à se tenir debout avec assistance à l'âge de 18 mois, à marcher à l'âge de 2 ans et demi et à s'asseoir seule à l'âge d'un an.

Mariem est issue d'un mariage consanguin et provient d'une famille socio-économique moyenne. Sa mère est femme au foyer et son père travaille en tant qu'agent de sécurité. Elle est la troisième fille d'une fratrie de quatre enfants. Elle a été intégrée au centre le 7 octobre 2012.

6-1-Présentation et Analyse de la grille d'observation :

Lors des observations, on 'a remarqué que Mariam présente une agressivité verbale, utilisant des insultes et des termes grossiers et menaçant , tells que (Akemnghagh _ naki

o3ragh_ apré kan anwali) ainsi que des gestes menaçants envers ses camarades ainsi que le comportements socialement inappropriés tels que donner des coups de pied et frapper ses camarades .

lance des objets par terre . Elle présente également des comportements d'automutilation et un trouble d'opposition , crise de colère , de pleur et rire et fait prévue d'un entêtement marqué et elle déveine agressive envers soi et envers les autres elle ne laisse personne la provoquée et des fois en récréation elle joue avec une agressivité, et des fois elle refuse les activités qui lui proposé et dit des gros mots et elle est a tendance a perturbé les activités faite dans la classe.car elle préfère de rester à la maison mieux que d'aller au centre.

6-2-présentation et l'analyse de l'entretien avec les parents :

Lors de l'entretien avec ses parents, on 'a noté que Mariam évolue dans un environnement moyen dont l'ambiance familiale où elle est exposée à des actes de violence de la part de ses frères. Il a été observé qu'elle n'est pas proche de ses frères et est souvent en conflit avec eux, ce qui contribue à son comportement qui passe par des périodes d'agitation d'impulsivité et à des changements d'humeur l'orque quelqu'un la provoque et surtout lorsqu' elle est blesser par sa maman. Elle exprime sa colère par mots inappropriés, des menaces , des insultes .

- présentation et l'analyse de l'entretien avec les éducatrices :

D'après l'entretien qu'on a fait avec les éducatrices il a également souligné que Meriem est agressive, très dynamique et sociable, mais qu'elle présente des comportements d'automutilation et des troubles d'opposition, se manifestant par des crises de colère ,de pleurs et de rire. ainsi Meriem à tendance a perturbé les activités faite dans la classe, et elle n'est pas gentille avec ses éducatrices et agressifs avec ses camarades.

La synthèse du 6eme cas :

D'après les observations, et l'analyse de l'entretien clinique qu'on à effectuée avec les parents et les éducatrices, Mariem présente un comportement agressif tant sur le plan verbal et physique.

Discussion des hypothèses

Notre recherche vise principalement à examiner et confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Afin de parvenir à cet objectif, nous avons mené des entretiens avec six adolescents ainsi que leurs parents et éducateurs.

Pour mieux appréhender notre hypothèse, nous avons utilisé deux outils couramment utilisés en recherche en psychologie clinique : l'entretien clinique semi-directif et la grille d'observation.

Hypothèse :

Les adolescents trisomiques manifestent des comportements agressifs.

À la suite de notre étude et en se basant sur les observations cliniques et les entretiens que nous avons réalisés sur six cas, nous constatons que notre hypothèse est confirmée dans la majorité des cas, à l'exception d'un seul cas. Par conséquent, les adolescents atteints de trisomie démontrent une tendance à l'agressivité.

À travers les résultats de la grille d'observation et des entretiens semi- directifs menés avec les adolescents trisomiques, nous avons constaté que ces jeunes, pris en charge au sein d'un centre spécialisé par une équipe pluridisciplinaire (psychologues, orthophonistes, éducateurs), manifestent des comportements agressifs et présentent des conduites inappropriées ainsi que des caractères compulsifs.

Il est important de souligner que les résultats de toute recherche scientifique restent relatifs, car cette étude n'a pas été réalisée sur l'ensemble des adolescents trisomiques.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion:

Notre étude porte sur l'agressivité chez les adolescents atteints de trisomie 21. En utilisant des observations au sein du C.P.P.E.H.M., des entretiens avec les adolescents, les parents, les éducateurs, les psychologues et les orthophonistes, ainsi qu'une grille d'observation que nous avons construite, nous avons cherché à répondre à notre hypothèse et à atteindre notre objectif.

À travers notre analyse de six cas d'adolescents âgés de 12 à 18 ans dans le cadre d'une étude descriptive, nous avons constaté que la majorité des adolescents trisomiques manifestent des comportements agressifs, à l'exception d'un seul cas qui ne présente pas de tels comportements selon notre grille d'observation.

Nous avons donc répondu à notre question initiale concernant l'agressivité chez les adolescents trisomiques, en constatant que la plupart d'entre eux présentent des comportements agressifs l'exception d'un cas isolé.

Il est important de noter que les résultats de notre recherche ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des adolescents trisomiques, car notre groupe d'étude était limité en taille et les résultats ne sont pas absolus. Cependant, cette recherche a été une expérience enrichissante à travers laquelle nous avons acquis de nouvelles connaissances sur la trisomie et les modalités de prise en charge.

Malgré les résultats obtenus, notre étude ouvre la voie à d'autres pistes de recherche. Nous espérons que notre travail servira d'exemple et de guide pour de futures recherches dans ce domaine. Notre objectif ultime est de contribuer de manière positive et pertinente à l'aide apportée aux personnes atteintes de trisomie.

Annexes

Annexe 01: Informations générales sur le cas :

- 1- Quel est votre nom?
- 2- Quel âge avez-vous ?
- 3- Quelle est la profession de vos parents et quel est leur statut socio- économique?
- 4- Combien avez-vous de frères et sœurs?

Annexe 02: Informations sur la vie de l'adolescent au sein du Centre

1. aimerez-vous venir au centre?
2. Seriez-vous intéressé(e) par la participation aux activités de loisirs organisées au centre ?
3. Préférez-vous faire des activités seul(e) ou participer avec vos camarades?
4. Comment décririez-vous votre relation avec vos éducatrices? Est-elle bonne ou mauvaise ?
5. Pourriez-vous nous décrire vos relations avec vos pairs?
6. Est-ce qu'il y a quelque chose qui te déplaît ou te dérange au centre ?

Annexe 03 :

1. L'adolescent a-t-il un caractère impulsif ?
2. L'adolescent a-t-il un changement d'humeur ?
3. L'adolescent démontre-t-il une agressivité verbale ou physique ?
4. L'adolescent démontre-t-il quelque comportement socialement inapproprié ?
5. Est-ce que l'adolescent présente un comportement agressif ? Si oui, ce comportement agressif est-il dirigé envers lui-même ou envers autrui ?

Annexe 04: Des renseignements sur la vie de l'adolescent avec sa famille

1. Est-ce que votre enfant vit dans un environnement familial favorable?
2. Rencontrez-vous des difficultés dans votre relation conjugale?
3. Avez-vous des disputes avec votre conjoint(e) en présence de votre fils/fille?
4. Est-ce qu'il y a des personnes qui perturbent, énervent ou rendent votre enfant agité, agressif ou colérique ?
5. Quels sont les centres d'intérêt de votre enfant ?
6. Comment percevez-vous votre fils/fille? Comment le voyez-vous?
7. Est-ce que vous frappez votre fils/fille? Si oui, pourquoi et de quelle manière ?
- 8:Comment il se comporte avec les membres de votre famille ? ?
9. Est ce que votre enfant perturbe les activités de votre famille ?
10. Est ce que votre enfant a des confrontations et conflits avec les autres ?

Références

Bibliographiques

Ouvrage :

- 1 .Albert, J-M . Scialom ,ph . (2018). Manuel d'enseignement de Psychomotricité volum Belgique. De boeck Supérieur.**
- 2. Antoine, B . (2017) . Pédiatrie . paris. Elsevier Masson.**
- 3 .Belmin , J . (2005) . Gériatrie le praticien . (2012) .France . Elsevier Masson**
- 4.BELmin , J . (2008) . Gériatrie pour le praticien. paris. Elsevier Masson.**
- 5.Carlier ,M . A Youn ,C . (2013) . Déficience intellectuelle et intégration sociale. Mardaga**
- 6. Chaudet , V . (2022) . Je réussis le DEES . Elsevier Masson .**
- 7.Claes , G . (2013) . Gérer l'agressivité . Bruxelles. be .**
- 8.Cuilleert , M . (2011) . trisomie et handicap génétique associé . Elsevier Masson.**
- 9. Deloeuvre , G . (2018) . Comprendre la trisomie. Guy de loeuvre .**
- 10 . Ekanga ,B .(2021) .la guerre relabtit -elle la justice . paris. L'Harmattan.**
- 11.Elsevier health sciences .**
- 12.FOUFAS ,N . (2019) .De la force et de la violence chez Thucydide. paris.**
- 13.Juhel ,J-Ch . (2000). La déficience intellectuelle, camada , les presses de l'Université Laval.**
- 14.Koko,L .(2017) . Les violences en milieu scolaire. paris. CS.**
- 15.Lacombe , D , Brun . V . (2011) . trisomie 21 communication et insertion Masson.**
- 16 . Lacrampe , R . (2007). Manuel pratique de l'entraînement. France. amphora.**
- 17.Lambert , J-C .(1997). Le mongolisme. P.Mardaga .**

18. L'Harmattan. Gittins, CH. (2006). Réduction de la violence à l'école. Paris. conseil de l'Europe.
19. Maderus, S. Jambaqué, I. (2022). Traiter neuropsychologie de l'enfant. Paris. de Boeck.
20. Marcelli, D. (2013). Adolescence et psychopathologie. Espagne. Elsevier Masson
21. Marcelli, D. Patrick, A. (2005). Médecine de l'adolescent. Paris. Masson
22. Marcello, D. (2011). Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Paris. Masson.
23. Olivier, D. (2019). Les Méthodes clinique en psychologie. Paris. Dunod
24. Panzani, M. (2020). Enseignement moral et civique -lycée (2 de -1er- Tle) Nouveaux progie. Paris.
26. Pière, G. (2002). Psychologie de l'agressivité de et de la violence. Paris. Armand Colin.
27. Rispoli, L. (2009). Expérience de base et développement du soi. Allemagne. Peter Lang
28. Sahuc, C. (2006). L'adolescent et la violence. study parent.
29. Schiff, M. Lim-Sabbah, L. (2022). mon stage intérieur en pédiatrie. France.
30. Tribolet, S, Shahidi, M. (2005). Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris. hdf.
31. Vacheron-Trystram M-N, François, C. Gourevitch, R. (2011). La prise en charge des états réputés dangereux. Paris. Elsevier Masson.
32. Zen au volant (guide de mieux conduite). Paris. L'Harmattan .. Cayla, J-L,

These:

1- Damiche , L . Ouari , N. (2017-2018) . L'agressivité chez les adolescents trisomiques . Université de Bejaia .

2-Messioune , K . Djekieur , B .(2018-2019) . L'agressivité chez les adolescents trisomiques . Université de Bejaia .

Articles:

Fanti , S . L'inévitable agressivité . Université de Neuchâtel . Juin 1990

Table des Matières

Introduction	1
1. Le choix du sujet :	4
2. La problématique.....	4
3. Hypothèse :.....	11
4. L'opérationnalisation des concepts :	11

Partie théorique

Chapitre I : L'agressivité

Préambule.....	15
1. Distingué et clarification des concepts suivants:.....	15
1.1. Agression	15
1.2. . La violence:.....	15
1.3. L'agressivité :	16
2. Les formes cliniques de l'agression :.....	16
2.1. Agression en paroles :	16
2.2. Agression en actes:	17
2.3. Agression directe ou indirecte :	17
2.4. Agression passive ou active :	17
2.5. Agression psychique :	17
3. Deux fonctions de l'agression :.....	20
4. Les Modèles théoriques de l'agression :	21
4.1. Modèle éthologiques et la psychologie évolutionniste :	21
4.2. L'approche psychanalytique :	22
4.3. Théorie de l'apprentissage social :	22
4.4. La théorie cognitive :	23
5. les facteurs de risque des comportements agressifs :	23
5.1. Les facteurs neurochimiques:	23
5.2. Des facteurs des hormones:	23
5.3. l'hyperactive :	23
6. Les caractéristiques de l'agressivité :.....	24

7. Le schéma de « l'agressivité » :	24
8. Les manifestations qui peuvent faire penser qu'une personne est potentiellement violente ou agressive :	25
9. La prise en charge :	26
10. -FAIRE FACE À L'AGRESSIVITE D'UN ADOLESCENT :	27
11. Comment gérer l'agressivité :.....	27
11.1. Comment gérer l'agressivité gestuelle ?:	27
11.2. Comment gérer l'agressivité verbale ?:	28
11.3. Comment gérer l'agressivité physique? :.....	28
Synthèse	28

Chapitre II : Trisomie 21

1. Histoire de la trisomie 21 :	30
2- Définition de la trisomie 21 :	30
3- Responsable de la trisomie21 :	31
4-Les différentes formes de la trisomie 21 :	32
4.1. La trisomie 21 translocation :.....	32
4.3. trisomie 21 en mosaïque :.....	33
5- les caractéristiques de la trisomie 21	34
5.1. L'apparence physique :	34
5.2. La Croissance physique :.....	34
5.3. Les problèmes de santé :	36
6-Etiologie de la trisomie 21 :	37
6.1. Facteurs intrinsèques :	37
6.2. Facteurs extrinsèques :	39
7-La symptomatologie de la trisomie 21 :.....	40
7.1.Troubles psychomoteurs :	40
7.2. Troubles langagiers et intellectuels :	42
8-Le développement de la personne trisomique :.....	42
8.1 Développement de l'apprentissage :.....	42
8.2. Le développement de langage :	43
8.3. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR :	45
9-Diagnostic	45
10-La prise en charge :	47
Synthèse :	49

Chapitre III: L'adolescence

Préambule.....	51
1_Aperçu historique	51
2_ Définition de l'adolescence	52
3_ Les phases de l'adolescence	53
3.1. Début de l'adolescence	53
3.2. Mi-adolescence :	54
3.3. Fin de l'adolescence.....	55
4- Le développement de l'adolescent.....	55
4.1 Le développement physique :.....	55
4.2 Le développement psychique et affectif :	55
4.3. Le développement social :.....	56
5- La puberté normale :	56
6- Le développement des caractères sexuels.....	57
a-Chez la fille :	57
b-Chez le garçon :	58
7- Les besoins des adolescents :	58
8- Adolescence et violences de masse :	59
La synthèse	60

Chapitre IV: Méthodologie de la recherche

Préambule :.....	63
1_La pré-enquête:.....	63
2_Méthode de recherche :	64
3-Présentation de lieu de la recherche :.....	64
4-Le groupe de recherche :.....	68
5-Les outils de recherche:	69
6- Le déroulement de la recherche :	69
7-La méthode descriptive :	70
8-L'entretien clinique	70
9-L'entretien semi-directif :	71
10- Le guide d'entretien :	71
11-L'observation clinique :	72
12-La grille d'observation :.....	77
La synthèse :.....	79

Chapitre V: Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1-Présentation du premier cas :	81
1-1-L'analyse de la grille d'observation :	81
1-2- L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	82
1-3-L'analyse de l'entretien avec les éducatrices :	82
2-présentation du 2eme cas:	83
2-1-L'analyse de la grille d'observation :	83
2-2-L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	84
2-3-L'Analyse de l'entretien avec les parents :.....	84
3-Présentation du 3eme cas de Maria:.....	85
3-1-L'analyse de la grille d'observation :	85
3-2-l'analyse de l'entretien avec les parents :	85
3-3- l'analyse de l'entretien avec les éducatrices :.....	86
4-Présentation et L'analyse des résultats du 4eme cas de badis :	86
4-1- L'analyse de la grille d'observation	86
4-2-L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	87
4-3-L'analyse de l'entretien avec les éducatrices :	87
5 -Présentation et l' Analyse des resultas du cas de Tiziri :	88
5-1-présentation et analyse de la grille d'observation :.....	88
5-2- L'analyse de l'entretien avec les parents :.....	88
5-3- L'analyse de l'entretien avec les éducateurs :	89
6-1-Présentation et Analyse de la grille d'observation :	89
6-2-présentation et l'analyse de l'entretien avec les parent :	90
Discussion des hypothèses	91
Conclusion:.....	93
Résumé	

Résumé

Ce mémoire se consacre à l'étude de l'agressivité chez les adolescents atteints de trisomie 21. Il vise à comprendre les déclencheurs de l'agressivité, en examinant des facteurs personnels, familiaux et environnementaux. La recherche combine une analyse approfondie de la littérature existante avec la collecte de données primaires. Les résultats soulignent l'importance de ces facteurs dans la manifestation de l'agressivité chez cette population spécifique. Cette compréhension approfondie peut guider le développement d'interventions adaptées pour améliorer la qualité de vie des adolescents trisomiques et de leur entourage.

Abstract

This research is dedicated to studying aggression in adolescents with Down syndrome. It aims to understand the triggers of aggression by examining personal, familial, and environmental factors. The research combines an in-depth analysis of existing literature with the collection of primary data. The results emphasize the importance of these factors in the expression of aggression in this specific population. This profound understanding can guide the development of tailored interventions to enhance the quality of life for adolescents with Down syndrome and their families.