

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Thème

L'agressivité chez les adolescents trisomiques

Etudes de six (6) cas réalisés au niveau de centre psychopédagogique
pour enfants handicapés mentaux.

Présenté par :

-Messioune Kahina

-Djekieur Baya

Encadré par :

Dr : BELBESSAI Rachid

Année universitaire : 2018/2019

Remerciements

Tout d'abord, on aimerait remercier dieu de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à terme.

Nous profitons de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui nous ont aidés, de près ou de loin pour réaliser ce travail.

Nous exprimons nos remerciements à notre encadreur Belbssai, pour l'assistance qu'elle nous a témoigné, pour ses orientations et conseils sans lesquels ce travail ne verrait pas le jour, qu'elle trouve ici l'expression de notre gratitude.

Nous souhaitons également remercier tout le personnel du centre psychopédagogique d'inadaptés mentaux pour enfants Bejaia-Temzrith.

Nous remercions particulièrement les membres de juré qui ont accepté de juger notre travail ainsi que tous les enseignants qui ont contribué à notre formation.

Pour finir, à toutes nos familles, amis qui ont toujours été là pour nous encourager tout au long de notre vie.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à mes parents adorables (Farida et Abderrakder)

avec un cœur plein d'amour et de fierté, à mes sœurs, frère (Fawzi, Samira,

Zahina, Souhila, Hanane) qui ont été la source de mon courage (que dieu

les protège).

A mes amis

Et tout ma famille..

San oublier ma binôme Zahian

Baya

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A ceux qui donnent sans recevoir et sacrifient pour que leurs enfants voient la lumière à travers les études : mes chères parents.

A mes sœurs Souad et Sarah qui ne cessent pas de m'encourager.

A mon petit frère Lyes et ma grand-mère.

A mon Marié Hanafi qui m'a soutenu debout durant tout mon parcours

A l'enfant que je porte et à toute ma belle famille.

A toutes mes chères amies : Baya, Souad, Rabiha, Hayat, Faria, Rafika, Dania, Lydia, Anaïs, Sérine.

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

Kahina

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicace

Introduction.....	1
Problématique et hypothèse de recherche.....	3
Opérationnalisation des concepts.....	6

Partie théorique

Chapitre 1 : La trisomie 21

Préambule	9
1-Historique.....	9
2-Définitions de la trisomie21.....	10
3-Les différentes formes de trisomie 21.....	11
4-les caractéristiques de la trisomie 21.....	13
5-L'étiologie.....	15
6- La symptomatologie de trisomie 21.....	16
7- Diagnostique de la trisomie.....	17
7 -1-Diagnostique génétique.....	18
8-La prise en charge.....	19
9-Trisomie et agressivité.....	23

Synthèse

Chapitre 2 : l'adolescence

Préambule.....	27
1-Historique.....	27
2-Définition du l'adolescence.....	29
3- Les caractéristiques de l'adolescence.....	31
4- Le développement de l'identité.....	32
5- Quelques troubles psychologiques de l'adolescence.....	33
6- Adolescence et violence.....	34

Synthèse

Chapitre 3 : l'agressivité

Préambule.....	37
1-Définitions des concepts.....	37
2-Les types d'agressivité.....	38
3-Les deux fonctions de l'agressivité.....	39
4- Les modèles d'approches d'agressivité.....	40
5- Les facteurs de risques des comportements agressifs.....	43
6- Le contexte sociétal.....	48
7- Télévision et agressivité.....	48
8- L'agressivité et hérédité.....	49
9- Les manifestations d'une personne agressive.....	50

Partie pratique :

Chapitre 4 : La méthodologie de recherche

Préambule.....	54
1-La pré-enquête.....	54
2-Méthode de recherche.....	55
3-Présentation du lieu de stage.....	55
4-Le groupe de recherche.....	56
5-Les outils de recherche.....	57
6- Le déroulement de la recherche.....	62
7- Difficultés rencontrées.....	63

Synthèse

Chapitre 5 : présentation analyse, et discussion des hypothèses

1-Présentation et analyse des résultats du 1 ^{er} cas.....	65
2-Présentation et analyse des résultats du 2eme cas.....	69
3-Présentation et analyse des résultats du 3eme cas.....	74
4-Présentation et analyse des résultats du 4eme cas.....	79
5-Présentation et analyse des résultats du 5eme cas.....	82
6-Présentation et analyse des résultats du 6eme cas.....	86

Discussion des hypothèses.....	90
Conclusion.....	92
Liste bibliographiques	
Annexes	

Introduction

Introduction

Les malades dites chromosomiques, dues à une anomalie du nombre de chromosomes, quand il s'agit d'anomalies dans le processus de formation des hormones sexuelles, ne sont pas héréditaires puisque les parents d'un enfant concerné ne sont pas porteurs de l'anomalie et peuvent avoir d'autres indemnes. C'est le cas de la trisomie 21 ou syndrome de Dawn.

La trisomie 21, également appelée syndrome de Dawn est provoquée par une anomalie génétique, les personnes atteinte de trisomie 21 présentent trois chromosomes 21 au lieu d'une seul paire. Ce déséquilibre au du fonctionnement du génome.

La trisomie 21 peut varier en sévérité. Le syndrome est mieux en mieux connu et une intervention précoce peut faire une grande différence dans la qualité de vie des enfants et des adultes atteints.

La trisomie peut entrainer des troubles du comportement important avec une instabilité majeure comme par exemple : trouble déficitaire de l'attention, manifestation d'auto et d'hétéro agressivité.

Dans notre recherche nous sommes intéressés à l'étude de « l'agressivité chez les adolescents trisomiques » et pour cela notre terrain d'étude est au centre pédagogique des handicaps manteaux de Timzrith (Bejaia) qui répond aux objectifs de notre recherche, et nous nous sommes servies de l'entretien semi-directif et de la grille d'observation pour l'évaluation de l'agressivité.

Afin de réaliser cet objectif, nous avons réparti notre travail en deux parties : partie théorique et partie pratique.

Avant de présenter ces deux parties nous avons d'abord commencé par le cadre méthodologique qui comprend : problématique, les hypothèses, de notre recherche les définitions et opérationnalisations des concepts clés.

En suite nous avons présenté la partie théorique de notre recherche qui comprend trois chapitres dont le premier s'intitule : la trisomie 21 dans le quel

nous avons présentées les définitions du concept de la trisomie, l'historique, les différentes formes de la trisomie, les caractéristiques, l'étiologie, la symptomatologie de la trisomie 21, le diagnostic, la prise en charge, conclusion.

Le deuxième intitulé l'adolescence qui comprend : l'historique, définitions, les caractéristiques de l'adolescence, le développement de l'identité, quelques troubles psychologiques de l'adolescence et enfin adolescence et violence.

Le troisième chapitre intitulé l'agressivité qui comprend : Définition des concepts, les différents types d'agression, les deux fonctions de l'agressivité, Les modèles d'approche de l'agressivité, les facteurs de risque des comportements agressifs, le structure familiales, interaction sociale précoces et agressivité, maltraitance et agressivité, style parentale, instabilité familiale et agressivité, télévision et agressivité, l'agressivité est- elle héréditaire, terminant par les manifestation d'une personne agressive.

La partie pratique de notre recherche englobe deux chapitres : le premier constitue la méthodologie de la recherche dans laquelle nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode de recherche, lieu de recherche ou nous avons effectué notre stage pratique et nous avons cité les techniques utilisées et enfin les difficultés rencontrées.

Le second chapitre parle de la présentation, de l'analyse des résultats et de la discussion des hypothèses.

Enfin, nous sommes arrivées à terminer notre travail de recherche par une conclusion, suivie de la liste bibliographique et les annexes.

Problématique

La trisomie 21 appelée aussi syndrome de Dawn la plus fréquente cause organique identifiée de déficience intellectuelle. Le risque varie avec l'âge maternel au moment de la conception de moins de 1% avant 30 ans à 15% après 40 ans. (El Watan, 2013, p1).

L'Algérie compte 8000 trisomique un enfant né porteur de trisomie 21, peut être enregistré sur 200 naissance pour une mère âgée de 20 ans, un sur 400 pour celle âgée de plus de 40 ans, vu l'âge du mariage tardif chez la femme en Algérie. Le nombre de trisomique ne cesse donc de s'accroître dans notre pays ils sont un peu plus de 10 millions dans le monde, alors qu'en Algérie, leur nombre serait d'un peu plus de 8000. (Ibid,2013, p1).

La trisomie 21 est une aberration chromosomique consiste la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes (Sillany.N, 1980, p120).

La trisomie 21 est une anomalie chromosomique habituellement causée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire et caractérisé par la déficience intellectuelle légère ou profond, de même que certaines anomalies physiques (Diaue.R, 2010, p443).

D'après Lacombe et Brun (2008) les sujets porteurs de la trisomie traitent mieux les informations visuelles, que les informations auditives (Lacombe. V, 2008, p23).

La trisomie 21, peut entraîner beaucoup de signes ou de complications, mais toutes ne se rencontrent pas chez toutes les personnes porteuses de trisomie 21. Les symptômes les plus constamment rencontrés sont l'hypotonie, visible dès la naissance, et la déficience intellectuelle, peut aussi entraîner des troubles du

comportement important avec instabilité majeure, trouble déficitaire de l'attention, manifestation d'auto et d'hétéro-agressivité.

Le problème de l'agressivité est un problème important, puisqu'il touche à la vie, à la mort, et concerne les rapports humains.

De se fait chaque année nous sommes les témoins ou les victimes des scènes de violence soit dans le milieu familiale ou social, on peut dire que l'agressivité est un phénomène complexe, considéré comme un moyen pour réagir à un certain comportement

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

D'une autre manière, l'être humain possède au cours de sa vie des divers comportements qui peut être normale ou pathologique, qui sont considérés comme des réactions à son environnement tel que l'agressivité qui est un comportement normale pour le développement de l'enfant, et c'est une pulsion de vie adaptée à certains contextes. Cette énergie vitale assure notre survie, elle nous permet de nous affirmer et d'atteindre nos objectifs. L'agressivité donc se présente dès les premiers années de vie, mais elle se désapprend au fur et à mesure que l'enfant découvre comment exprimer ses besoins et ses frustration, dans le respect du soi et des autres. (Sylvie.B, 2008, p11).

Freud a proposé deux modèles successifs de l'agression, le premier en 1905, la considérait comme une réaction aux frustrations empêchant la satisfaction libidinaux, ultérieurement notamment dans malaise dans civilisation (1929) il a mis en avant ce qu'il désignait comme un instinct de mort (thanatos) complémentaire d'Eros et dont le ressort ultime était l'énergie propre à l'instinct de mort serait dirigée vers l'autrui sous forme d'agression et permettrait ainsi à

l'individu sa propre survie par l'intermédiaire de l'agression d'autrui.(lourent. B, 2010, p11-12).

Dans ce cadre, Mélanie Klein admet l'existence primitive de sentiment d'amour et de haine qui se livrent un combat dans l'esprit de l'enfant à la suite de Karl Abraham, cet auteur met en valeur chez le nourrissons le besoin de mordre de dévorer, lorsque la satisfaction lui font défaut au stade orale de la succion, il est recherchera au stade orale de la morsme. (De Ajuriaguerra.J, 1980, p466-467).

Pour cela on a posé la question suivante :

Les adolescents trisomiques manifeste-ils des conduites agressives ?

Hypothèse :

Les adolescents trisomiques manifestent des conduites agressives.

Opérationnalisations des concepts

La trisomie 21 : c'est n'est pas une maladie, c'est une anomalie dans les nombres des chromosomes. Les chromosomes se regroupent par paires, une personne ordinaire possède 23 paires de deux chromosomes, les personnes trisomiques sont porteuses d'un en plus au niveau de la paire 21.

L'agressivité : est un comportement caractérisé par l'acte d'attaquer, et de blesser l'autre physiquement et /ou psychologiquement.

L'adolescence : correspond à une étape de développement humaine située entre la puberté et l'âge adulte. Une période marquée par des nombreux changements physiques, psychologiques.

Partie Théorique

Chapitre I

La Trisomie 21

Préambule

La trisomie 21 est une pathologie invalidante ; elle s'accompagne de déficience intellectuelle et de nombreuses maladroites corporelles manipuler, effectuer certains.

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder la notion de trisomie 21 afin de mieux comprendre, ses origines, des définitions sur se syndrome, les déférents formes de trisomie 21, et après on passera ou caractéristiques, l'étiologie, la symptomatologie et enfin la prise en charge.

1-Historique :

Dans la plus part des pays la trisomie 21 est appelée syndrome de down ce qui est une triple erreur historique, car ce n'est pas down qui a été le premier à décrire cette affection, mais Esuirol en 1838 et Seguin en 1846 l'ont précédé.

Cela conduit à s'interroger sur son ancienneté. Trois approches permettent de répondre a cette question : la recherche de sa représentation dans les œuvres d'art les plus anciennes Et dans la paléo-ostéologie ainsi que l'étude de l'apparition du chromosome 21 et de sa pathologie dans le cadre de l'évolution. Des sculptures, des figurines évocatrices d'une trisomie 21 ont été observées dans l'antiquité gréco-romaine, dans différence cultures méso-américaines, ainsi que dans des temples de la civilisation khmère. En Europe, à la renaissance, elle est représentée par des peintres italiens et flamandes sur des tableaux d'inspiration religieuse. (Mlle. Gaizi Meryem, 2015, p 11) La Différence entraine des réactions bien éparses. Ainsi, la trisomie 21 passe par de multiples phases d'acceptation avant d'arriver au stade de maladie génétique avec ses modalités de prises en charge. Les philosophes sont à peine tolérants avec ces

personnes « déficientes mentales » que Platon recommande de cacher, et que Aristote condamne, puisqu'il ne veut voir élever que des enfants « Normaux ».

En 1866, le Dr John Langdon Haydn Down, fort de la suprématie de sa « race » décrit plusieurs « régressions » qui sont en fait, pour lui, des défauts de maturation de ces personnes. Il décrit en particulier des idiots congénitaux de type mongol. Le Mongolisme est né. La description qu'il en fait est nette et résulte d'une observation minutieuse de nombreux patients. Cependant cette description est sujette à controverse, vu qu'elle part du principe de la suprématie d'une race sur l'autre et sur une théorie de régression d'une autre.

Avant le Dr Down cependant, Edouard Séguin est l'un des pionniers de l'éducation dans la prise en charge des enfants présentant un déficit mental. Il est influencé par Jean Itard et l'un des premiers à décrire la physionomie particulière des enfants porteurs de trisomie 21 en 1946. Il est également à l'origine de plusieurs méthodes D'éveil et de prise en charge, n'admettant pas que « l'idiotie » soit une raison pour laisser ces enfants sans aucune éducation ni discipline. (Moussokoro.H, 2014, p46).

2-Définitions de la trisomie 21 :

La trisomie 21 est une altération chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome, c'est-à-dire l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes. (Norbert., S, 1980 :1202).

La trisomie 21 est une anomalie chromosomique qui se caractérise par la présence en trois exemplaires du chromosome 21. (Lacombe. D, et al, 2008 :9).

La trisomie est la plus fréquente des aberrations chromosomiques à l'origine du retard mental. Un déficient mental sur cinq est un trisomique. On nomme également cette affection, dans les pays anglo-saxons en particulier, syndrome

de Dawn du nom du médecin anglais qui en a fait en 1866 une des premières descriptions scientifique. (Guidetti. M, et al, 2004 :155).

3-Les différentes formes de trisomie 21 :

Il existe 3 formes de trisomie 21 : trisomie homogène libre, mosaïque, translocation.

3-1-La trisomie homogène libre : dès la première division cellulaire qui suit la fécondation, il se produit une non-disjonction chromatique au niveau de la vingt et unième paire. Cette altération est responsable de la présence de trois chromosomes 21 chez l'embryon, dès l'origine. Nous retrouverons ces trois chromosomes tout au long de son développement, dans chacune des cellules c'est pour cela que l'on dit cette trisomie homogène.

On la qualifie aussi de libre, parce qu'elle est due au hasard, qu'elle résulte d'un accident.

La trisomie 21 libre et homogène représenterait 96% de trisomie 21.

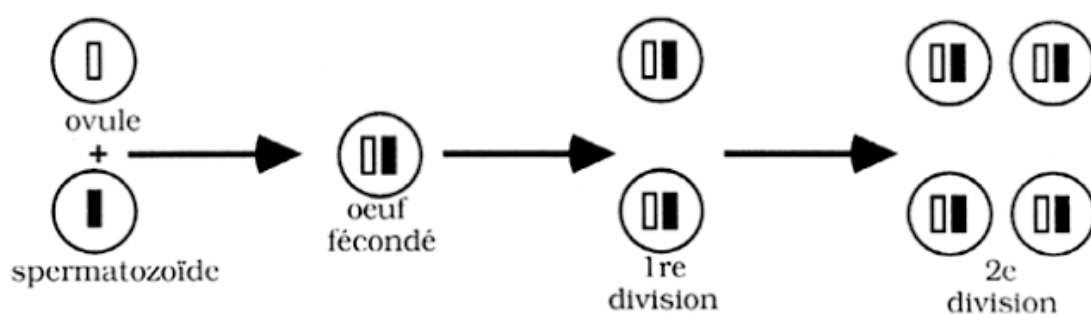


Figure 1 : distribution normale du chromosome 21 (trisomie 21 libre).

3-2-la trisomie mosaïque : parfois, la non-disjonction intervient un peu plus tardivement au niveau de l'œuf et concerne la deuxième ou la troisième division cellulaire. Quand c'est le cas, seules les cellules issues de la lignée trisomique seront trisomique dans ce cas, on a affaire à une trisomie 21 en mosaïque sont rares et peu étudiées. Le développement des personnes concernées ne semble pas s'écarter de celui des porteurs d'une trisomie 21 homogène.

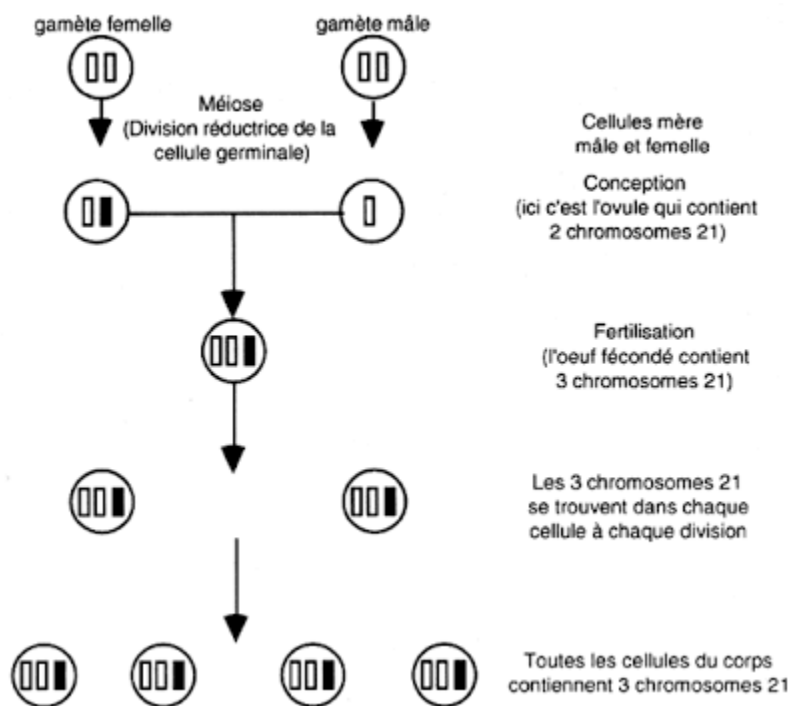


Figure 2 : distribution anormale du chromosome 21 (trisomie 21 en mosaïque).

3-3-La trisomie 21 translocation : le trisomique 21 peut, lui aussi, présenter une translocation. Son caryotype ne contient pas trois chromosomes se trouve collée sur un chromosome d'une autre paire. Nous savons maintenant qu'une certaine partie du chromosome 21 en surnombre suffit à induire un syndrome complet. (Denis.V,2006, p8-9).

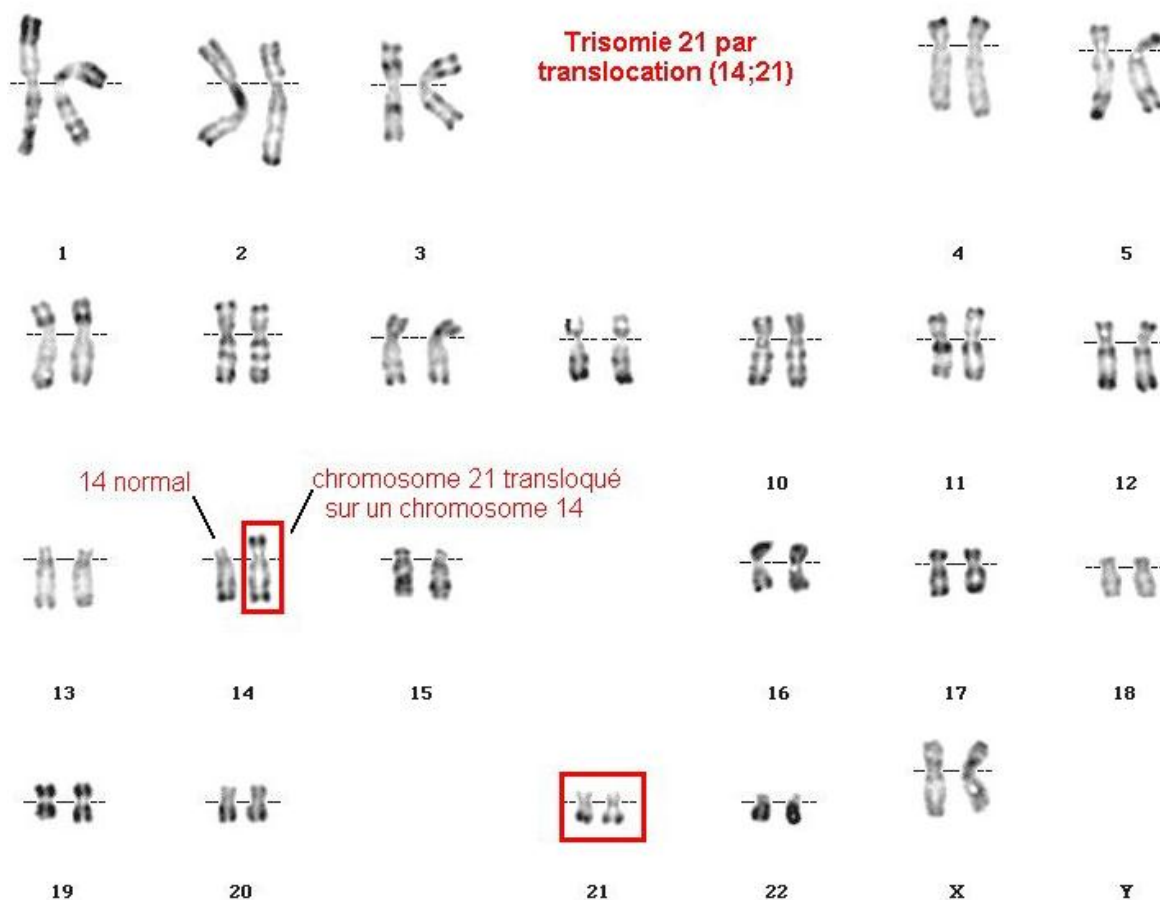


Figure 3 : montre la trisomie par translocation. (L.L.Jean., A.R.Jean 1997p18).

La translocation signifie que l'ensemble ou une partie d'un chromosome est attachée à une partie ou à la totalité d'un autre chromosome. Les chromosomes les plus couramment frappés pour cette aberration sont les groupes 13-15,21-22. Mais dans ce schéma c'est pour le groupes 14-21. Lors de développement, les cellules de l'embryon vont donc renfermer une paire de chromosome 21 et le chromosome de translocation. Toutes les cellules contiendront donc 3 chromosomes 21 complets. (Jean.L., 1997p.18).

4-Les caractéristiques de la trisomie 21 :

4-1-Les caractéristiques physiques :

Les modifications qui affectent le physique des trisomiques sont :

- la tête est petite que normal.
- le nez est petit et aplati.
- les yeux sont légèrement bridés.
- la peau est sèche.
- le bassin est petit.
- la bouche est petite.
- le cou est court.
- les mains sont petites avec des doigts courts, elles comportent un seul pli au lieu de deux.
- les dents petites et sont anormalement implantées.
- les pieds courts et trapus.

Ces caractéristiques permettent d'identifier facilement les enfants trisomiques dès la naissance.

4-2-Croissance physique :

Souvent, on observe que la taille chez les sujets trisomique à sa naissance est normale. Le retard de croissance est surtout marqué après 4ans.

-Il on un aspect trapu en raison de la taille relativement réduite les membres par rapport au tronc.une obésité légère est courante.

-La taille moyenne des filles trisomiques est supérieure à celle des garçons, surtout après 4ans.

-Le développement sexuel de l'adolescent débute plus tardivement et peut demeurer incomplet, les garçons sont en général stériles.

4-3-Croissance intellectuel : toutes les personnes trisomiques souffrent d'une déficience intellectuelle, mais elle peut être défirant d'une personne a l'autre.

-Le quotient intellectuelle moyen d'un trisomique est 50, alors que le normal se situe entre 90 et 12. (Guidetti, M.et all, 2004, p120-121).

5-Etiologie :

Les facteurs étiologiques qui déterminent la trisomie sont variés et peuvent être en interaction, ils peuvent survenir avant, au moment ou après la fertilisation de l'ovule, les facteurs sont :

1-les facteurs intrinsèques :

Le facteur héréditaires, 3 a 4 des cas trisomiques sont d'origines héréditaires, cela concerne d'abord les enfants trisomiques nés de mères trisomiques (la probabilité est 50%).

Il existe aussi les familles ou elles ont plusieurs trisomiques, ces cas sont peu fréquents et sont moins en mois avec le développement des méthodes prénatales et le conseil génétiques.

Les cas de translocation chez le père ou la mère présentent 5% des cas trisomiques.

La transmission des parents à l'enfant ou l'un des parents phénotypiquement normale, présente une structure chromosomique en mosaïque.

L'autre facteur est lié à l'âge maternel, après 35 ans, la survenance d'un enfant trisomique est plus fréquente et la probabilité de la naissance d'un bébé trisomique passe de 1 à 1500 avant 30ans, entre 30 et 35 ans de 1 sur 900, entre 35 et 38 ans représente 1 sur 300, entre 38 et 39 ans le risque est de 1 sur 150 et enfin 1 sur 60 après 40 ans.

2-les facteurs extrinsèques : ces facteurs sont moins fréquentes, ils concernent les radiations pour de raisons professionnelles, d'habita, accidentelles hors de l'examen médical. L'effet génétique des virus, des agents chimiques mutagènes. (Guidetti. M et all, 2004, p120-121).

6-La symptomatologie de la trisomie 21 : l'étude de la symptomatologie de la trisomie montre que chaque individu concerné est confronté à :

6-1-Les troubles neuro-centraux sont :

-Les troubles perceptifs.

-Les troubles de sommeil.

-Des hypotonies musculaires.

-Des troubles psychomoteurs.

-Les troubles cérébraux et des troubles or praxiques.

Les troubles immunologiques : entraînent des déficits des défenses immunitaires tant chez la personne qu'au cours de la grossesse de la mère.

6-2-Les troubles endocriniens et métaboliques : entraînent une série de difficultés ou sont impliqués la thyroïde le pancréas et le thymus, ils engendrent :

-Des avitaminoses, des problèmes de peau.

-Des troubles de la glycémie.

-Des problèmes de régulation thermique.

-Des difficultés hormonales.

6-3-Les troubles hématologiques : ils sont mal connus, ils entraînent des risques augmentés de maladies hématologiques (anémies, cancers...).

Les troubles psychomoteurs engendrent :

-Les troubles d'équilibre.

- Les troubles de rythmes.

6-4-Les troubles psychos-langagières et intellectuels : ces troubles sont toujours présents mais d'une façon très variables chez l'enfant trisomique, ils doivent être pris en compte et (ils sont dus à des difficultés de mise en place du développement cognitif, ces troubles apparaissent progressivement au cours de la croissance de l'enfant.(Guillert. M, 2007, p23).

7-Le diagnostic de la trisomie 21 :

Il existe des différences fondamentales entre diagnostic génétique et diagnostic Clinique.

7-1-Diagnostique génétique :

Il est issu du caryotype. Il appartient aux domaines des sciences fondamentales. S'il n'y a pas d'atteinte génétique, l'enfant ou la personne a peut être des problèmes qu'il faut rechercher, mais il n'a pas de trisomie. S'il y'a atteinte génétique sur le chromosome 21, il ya trisomie, et là, il n'y a pas de nuance à apporter. Le diagnostique fondamental (génétique) donne des indications sur la nature du trouble. Grâce à ce diagnostique fondamental, on peut situer où se trouvent les difficultés particulières qui vont être rencontrées et qui s'exprimeront de façon diverses pour chaque personne concernée. Ce sont ces variables qui s'établissent et évoluent et qui doivent être évaluées et diagnostiquées de façon précise pour permettre un suivi adapté. Seul le diagnostique clinique dira comment la personne s'est « adaptée » et comment elle exprime « tolère » et se construit avec ce qu'elle est elle-même, avec un patrimoine génétique.

7-2-Diagnostique clinique :

Il s'établit à partir de divers éléments :

- Age de l'enfant.
- Modalités d'expression de la trisomie.
- Vie familiale.
- Contexte géographique et sociale.

Ce diagnostique clinique évolue en fonction de l'âge et des besoins de la personne. Il tient compte de tous les éléments symptomatologiques, psychologiques, affectifs, familiaux et sociaux.

Pour que tout soit bien précisé, et pour pouvoir adapter les divers protocoles de suivi à chaque cas, on a mis au point un bilan diagnostique qui permet de situer l'ensemble des problèmes, et chaque problème individuellement.

Ce diagnostic clinique est donc un outil d'une extrême importance dans l'aide à apporter à chacun. Il doit être posé par des professionnels avertis, spécialisés et reconnus par des diplômes universitaires qui attesteront de leurs compétences. (Cuillert. M, 2002, p15).

8-La prise en charge :

8-1-la prise en charge médicale :

Tout enfant trisomique doit bénéficier de la surveillance médicale proposée pour sa

Tranche d'âge avec une vigilance particulière dans certains domaines. Le rythme des consultations doit être fréquent chez les petits, mais passé l'âge de trois ans il devient annuel. Un suivi systématique est indispensable en raison des particularités de l'expression de la douleur chez les personnes porteuses de trisomie 21, présentes quel que soit l'âge : L'lenteur de réaction, hypotonie, difficulté à dire si et/ ou elles souffrent, à décrire leurs sensations et troubles du langage. En conséquence, la ou une personne ordinaire va exprimer une souffrance ou un malaise, l'enfant trisomique, s'exprimera parfois uniquement

Par une modification ou un trouble du comportement, un repli sur lui-même, une régression des acquis, des manifestations de refus. (Bénédicte. F, et all, 2007,p 273).

8-2-La prise en charge kinésithérapique :

L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en l'absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de l'hyper laxité. Le projet est construit et réévalue régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan Kinésithérapique. Il faut solliciter la pratique régulière d'activités physiques qui seront un relais ensuite à la kinési thérapie. Elle est souvent arrêté à l'âge de la marche alors que les bénéfices à la pour suivre sont majeurs sur la tonicité et la motricité globales, la motricité fine. L'acquisition de l'équilibre la tonification bucco faciale. Elle prépare aussi à la pratique régulière d'activités physiques mais il est indispensable de faire régulièrement un bilan moteur et statique pour surveiller l'évolution corporelle et les capacités motrices. (Renaud, T et All, 2011, p18).

8-3-la prise en charge psychomotrice :

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

- Estimant ses possibilités, et les indice hétérogénéité dans son développement valorisant son potentiel, ses compétences et son désir d'expérience.
- Accompagnant les domaines les plus en retrait afin d'augmenter ses chances d'adaptation.
- Veillant à l'expression des difficultés dans le temps et à leurs implications affectives.
- Identifiant, et prévenant les périodes sensibles lorsqu'il est confronté à des situations sociales ou d'apprentissage qui le mettent en difficulté. Une attention

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

Un travail peut être maintenu chez l'adolescent en fonction de ses choix et des demandes particulières 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. (Renaud. T, et All 2011, p18).

8-4-la prise en charge psychologique :

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

La famille :

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

La construction de la personne :

Pendant l'enfance et l'adolescence puis à l'âge adulte des évaluations objectives et répétées des compétences, des difficultés et des habiletés sociales peuvent

aider la personne trisomique 21. Ainsi que sa famille et ses éducateurs, à mieux connaître ses points forts et ses points faibles dans le but de construire son projet de vie, en milieu ordinaire au adapte en repérant les personnes et les structures sur lesquelles il peut s'appuyer Les accompagnements psychologique sont importants pour aides les personnes dans cette construction, et les familles dans la prise de risque que cela implique.

La trisomie ne préserve pas des aléas de l'existence, il existe pour les personnes trisomiques comme pour nous tous des moments ou l'individu seul à du mal à faire face, et ou l'écoute et le soutien d'un professionnel devient particulier nécessaire. Moins aptes que d'autres à exprime leur malaise, au le faisant de façon détournée voire maladroite, la mallette des personnes trisomiques est trop souvent ignore. Famille et professionnels doivent présenter une vigilance particulière sur ce plan. (Renaud. T, et All, 2011, p 20).

8-5-la prise en charge orthophonique :

Il existe une problématique langagière spécifique à la trisomie 21, avec en plus des difficultés d'articulation, concourant à une moindre intelligibilité de la de la parole, non corrèles avec le niveau de compréhension. L'objectif global de cette éducation précoce est avant tout d'accompagner un très jeune enfant dans la mise en place de la communication, sans visée normative, et de l'aider à exprimer, à son rythme, l'ensemble de ses potentialités. L'orthophoniste est la aussi pour aider les parents à mieux interagir avec cet enfant dont l'hypotonie atténue les signes de communication, a savoir utiliser des stimulations, tout en restant les parents de cet enfant pour lui permettre de prendre sa place d'interlocuteur. L'orthophoniste peut utiliser conjointement différents Systems et méthodes d'aide à la communication, bases sur les stimulations sensorielles(le toucher, la vue, l'ouïe, etc....) sur la gestuelle, les mimiques et l'imitation.

L'utilisation d'outils tels que le français signe et le Mankato (signes et pictogrammes) sont recommandées et permettent un accès plus rapide à la communication chez ces personnes qui peuvent conserver de grosses difficultés de langage et de parole. Au fil des années, l'accompagnement orthophonique se poursuit en individuel ou en groupe pour accompagner l'enfant, l'adolescent et l'adulte dans sa scolarité et sa vie sociale et professionnelle qu'elle soit en milieu ordinaire et protégé. (Ibid, 2011, p19).

8-6- la prise en charge éducative :

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant porteur de trisomie 21 revient à prendre le risque de laisser croire que la survenue d'un enfant handicapé dans une famille rend celle-ci incompétente pour l'éduquer. A l'inverse, il serait tout aussi vain de penser que ces personnes ne peuvent bénéficier utilement d'un accompagnement éducatif. La prise en charge éducative des personnes handicapées a historiquement été construite à partir de groupes constitués de personnes présentant des caractéristiques communes, c'est l'origine même des institutions. Une modification de la conception du travail éducatif, une meilleure connaissance des conséquences de la trisomie 21, et une évolution des représentations sociales du handicap permettent maintenant de considérer que c'est la multiplication des interactions, l'appartenance à des groupes divers constitués de personnes ordinaires, ou de personnes en situation de handicap qui favorisent le développement le plus harmonieux des personnes porteuses de trisomie 21.(Bénédicte.F,et Al, 2007, p278).

9-Trisomie et agressivité :

L'agressivité fait partie de notre équipement instinctif, de notre bagage inné. Elle a des bases génétiques.

L'agressivité est-elle liée au chromosome Y ? Indirectement, oui dans la mesure où c'est le chromosome Y qui détermine la différenciation de la gonade primitive en testicule qui secrète de la testostérone, elle-même stimulante de l'agressivité ; mais directement ? Certaines données statistiques ont pu faire penser que les porteurs d'un double chromosome Y étaient plus agressifs (la trisomie 21 est une trisomie des chromosomes sexuels anodine et ne donnant lieu à aucun symptôme visible).

On a remarqué que la fréquence du double chromosome Y est plus élevée parmi les criminels et les fous dangereux, cela ne veut pas dire que tous les criminels sont porteurs de YY, ni que tous les porteurs de YY sont des criminels (le risque pour un porteur de double Y de devenir délinquant semble inférieur à 1% ; cela veut dire simplement que la fréquence est plus élevée. (Thibault.O, 1976, p18).

Synthèse

Le syndrome de Dawn, étiologiquement trisomie 21 est une aberration chromosomique se caractérise par une malformation chromosomique, elle est due à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21e paire de chromosomes. Les facultés intellectuelles ne sont pas les seules à être touchées. Malformations cardiaques, manque de tonicité musculaire responsable de problèmes articulaire, déformation de la colonne vertébrale, troubles thyroïdiens, ainsi que des troubles du comportement importants avec instabilité majeurs, trouble déficitaire de l'attention, manifestations d'auto et d'hétéro-agressivité, des épisodes dépressifs survenant surtout dans la période de l'adolescence.

Une prise en charge pluridisplinaire précoce (médical, psychologique, orthophonique, éducatif), commence à partir de 3 à 4 ans. Cette prise en charge est à poursuivre en vue de la meilleure autonomie et insertion sociale possible, en milieu ordinaire.

Chapitre II

L'adolescence

Préambule :

L'adolescence est une période difficile marquée par des transformations corporelles et psychologiques.

Dans ce chapitre on va essayer d'aborder la notion d'adolescence afin de mieux comprendre, son histoire et évolution, des définitions sur l'adolescence, les caractéristiques de l'adolescence, et après on passera au développement de l'identité, adolescence et violence, et enfin quelques troubles psychologiques de l'adolescence.

1-Historique et évolution de la notion d'adolescence :

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 l'époque des passions et des turbulences.

Ainsi Platon considérait que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme, 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 la raison, élément de la troisième couche.

Aristote envisageait plutôt des stades hiérarchisés où les jeunes enfants dominés par leurs appétits et leurs émotions s'avéraient capables d'actions volontaires mais non de choix réel –ce qui les rendait semblables aux animaux. La capacité de choisir n'intervenait qu'au 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.

Au moyen- Age, 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'homunculus(le petit homme) qui, implanté dans l'utérus, y grandissait sans différenciation des tissus ou des organes (Cloutier, 1996).

C'est seulement à la renaissance qu'apparaissent de nouvelles façons de concevoir le développement humain avec Comenius qui pose la nécessité d'établir des programmes scolaires en relation avec l'évolution des facultés de l'individu. Quatre stades de six années sont ainsi évoqués : de 1 à 6 ans, les enfants sont à la maison ou ils doivent recevoir une éducation de base et exercer leurs facultés sensorielles et motrices ; de 7 à 12 ans, tous doivent recevoir une éducation élémentaire (langue, usages social, religion) dans leur langue maternelle – et non en latin. Ils doivent alors développer leur mémoire et leur imagination. De 12 à 18 ans, l'éducation vise à favoriser l'évolution du raisonnement : mathématique, rhétorique, éthique, etc. Enfin, de 18 à 24 ans, c'est la maîtrise de soi et de la volonté qui doit être développée, tant à l'université qu'à travers des voyages. (Coslin, P.G, 2002, p6 -7).

Au XVII^e siècle, l'expérience de John Lock (1632-1704) en Angleterre, était la source de nos connaissances consistant en l'observation du monde extérieur grâce à nos sens ou en la perception des opérations mentales qui nous permettent la compréhension des choses. D'après lui, l'esprit du nouveau né était comme une page blanche sur laquelle s'impriment les expériences de la passivité mentale de la petite enfance vers l'activité cognitive de l'adolescence. Les hommes étant égaux à la naissance, ils atteindront des degrés de perfection variables selon l'environnement dans lequel ils auront évolué.

Au XVIII^e siècle en Suisse, Jean Jack Rousseau (1712-1778), influencé par les idées de Lock ; concevait l'émotion comme étant l'élément primordial de la nature humaine. Selon lui, l'enfant est fondamentalement bon et la société doit se garder de le corrompre en ignorant sa nature au profit de normes et des règles limitatives qui viennent à l'encontre de l'harmonie et du développement naturel. Rousseau proposa quatre stades de développement : la petite enfance ou stade « animal » de (0 à 4) ; l'enfance ou stade « sauvage » (de 5 à 12 ans) ; la jeunesse (12 à 15 ans) et l'adolescence (de 15 à 20 ans).

Au stade 1^{er} stade, l'enfance est comme un animal, il est dominé par ses besoins physiques et ses émotions : l'éducation doit donc stimuler l'exploration 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^{er} plan le processus d'apprentissage autonome et la découverte active plutôt que 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-Définitions du l'adolescence :

Il existe plusieurs définitions du l'adolescence, nous retenons ici les plus courantes, simples et claires, et c'est ces définitions qui vont nous permettre de bien comprendre l'adolescence.

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

Selon Marcelli et Braconnier l'adolescence est étymologiquement « celui qui est en train de grandir » et qui commence à prendre la parole, par opposition à « l'infans » celui qui ne parle pas » et l'adulte (adultus) « celui qui a cessé de grandir » ce terme d'adolescence renvoie principalement à ce processus de croissance individuelle, qui démarre par la dimension physique de la puberté et s'accompagne de transformations psychologiques et comportementales initialement étiquetées « crise d'adolescence ». (Marcelli. M, et all, 2013, p3).

Selon Patrick DELAROCHE l'adolescence correspond à la prise de conscience collective récente de l'existence d'une crise psychique déclenchée par l'apparition du pouvoir sexuel chez l'enfant et cherchant une issue hors du cadre familial. (Patrick. D, 2000, p9).

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 où 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).

3-Les caractéristiques de l'adolescence :

L'adolescence est avant tout une période d'évolution marquée par d'incessants progrès dans tous les domaines elle correspond à deux phases successives :

1- Phase d'agitation :(12- 13 ans →16 ans).

On observe alors une accélération du mouvement de croissance somatique (physique) et germinale ; une fragilité et une instabilité accrue, c'est aussi le réveil de la sexualité, c'est l'âge ingrat, c'est l'âge de la disgrâce.

2- Phase d'affirmation :(16 ans →20ans).

C'est l'adolescence juvénile (jeunesse) c'est la période d'achèvement de la croissance, des apprentissages socioculturel et le début de l'intégration dans la société adulte.

L'adolescence est aussi une période de conflits, on parle bien couramment de crises d'adolescence, bien qu'actuellement les psychologues refusent l'existence de cette crise ou du moins dans sa dimension social. Psychologiquement, la crise existe, abstraction faite de son niveau. Déjà les anthropologues telles que : Margaret Mead et Ruth Benedict ont confirmé l'existence de la crise d'adolescence plus connue sous le terme « crise d'originalité Juvénile » ou « C.O.J ».

Selon Debesse, au milieu socioculturel, il y aurait plusieurs composants à cette crise :

- composante organique : la maturation sexuelle se trouve gênée par les règles morales.

- composante social : tension avec l'entourage surtout familial.

-composants spirituelle : résumée à travers les conflits de valeur.

On se trouverait donc devant une crise de l'ensemble de la personnalité, mais il faut remarquer que cette crise n'est pas générale et que lorsqu'elle existe, elle n'est ni permanente, ni identique d'un individu à un autre, d'une société à une autre, ni d'un milieu à l'autre, au sein d'une même famille, deux frères ne vivent pas leur adolescence de la même façon.

Ce qui semble acquis, c'est que :

- L'adolescence offre un terrain plus favorable au conflit que l'enfance ou l'âge adulte

- L'adaptation y est plus fragile que les périodes qui les encadrent.

- Certains adolescents accèdent à la maturité à travers une crise de personnalité que Debess a étudié sous le nom de « C.O.J ». (Jebabli. S, 2010, p10-11).

4-Le développement de l'identité :

L'adolescence constitue une période d'émergence d'un moi adulte ou l'individu devient plus conscient de lui-même et plus autonome.

La problématique de l'adolescent peut se situer à différents niveaux, le premier niveau concerne d'abord le vécu de l'adolescent et la description de ses affects ; le deuxième concerne la façon dont le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres, ce que l'on appelle «image de soi » ; un troisième niveau correspond à la l'estime de soi et enfin un quatrième niveau se réfère essentiellement au concept d'identité.

La vie affective des adolescents a affective des adolescents a souvent été considérée comme tumultueuse avec une insistance sur la question essentielle et la notion de « crise » d'adolescence. Elle consiste en un processus de désengagement vis-à-vis de la famille, avec une forte ambivalence des sentiments, non conformisme et rébellion. La proportion d'individu psychologiquement perturbés à l'adolescence serait identique à celle que l'on retrouve à différents époques de la vie.

L'évolution psychologique à l'adolescence est déterminée non seulement par la croissance corporelle mais aussi par des facteurs sociaux. (Guidetti. M, 2002, p99).

5-Quelques troubles psychologiques de l'adolescence :

5-1-Les troubles addictifs :

Les addictions sont des troubles qui se caractérisent par une répétition d'actes susceptible de provoquer du plaisir et marqués par la dépendance à un objet ou à situation et consommés avec avidité, ainsi le sujet perd la liberté de s'abstenir. Ce trouble se retrouve dans diverses organisations psychiques, on la retrouve pour la majorité dans les organisations limitées. Mais à l'adolescence ou la structure est encore en construction. Ce type de trouble est particulièrement lié à l'adolescence dans la mesure où les sujets qui en souffrent présentent des carences majeures des assises narcissiques, le narcissisme est ébranlé à l'adolescence par les changements pubertaires.

5-2-Les troubles alimentaires :

Ces troubles apparaissent souvent à l'adolescence car ils font suite à une lutte contre les changements imposés par la puberté. Cependant, la notion de trouble alimentaires est essentiellement descriptive et ces troubles appartiennent

à différents organisation psychique (névritique, border line, psychotique) tout dépend de chaque individu et de son histoire. (Guidetti. M, et all, 2002, p121).

5-3-Les troubles anxieux :

A l'adolescence, l'angoisse ravivée par le changement pubertaire doit trouver un moyen de se décharger. Elle est parfois déplacée vers un objet ou une situation. Cela donne naissance à une phobie. Si elle n'est pas déplacée vers un objet précis elle peut rester diffuse et donner lieu à des crises d'angoisse, à des moments qui la ravive particulièrement. (Ibid. 2002, p125).

6-Adolescence et violence :

L'adolescence connaît des crises, ce que certains qualifient même « d'état pathologique normal ». Une adolescence sans crise n'est –elle pas adolescence différée, une adolescence manquée? C'est au cours de ses crises que d'anciens vécus conflictuels d'ordre purement violent, mais aussi des vécus d'ordre œdipien ou agressif, se trouvent réactivés. L'exacerbation de ces conflits et leur intégration se posent souvent de façon aiguë, voir même désordonnée.

Il peut alors s'agir d'une violence instinctuelle primitive mal élaborée ; il peut aussi s'agir d'une agressivité qui risque de compromettre tout ou partie de l'évolution affective de l'adolescent (Bergeret, 2000). La violence prend ainsi place dans les expérimentations émotionnelles et affectives de l'adolescent, qui participent à sa quête d'identité et de limites corporelles et sociales. Conduites symptomatiques des conflits, des pulsions et l'imaginaire juvénile, les mises en acte sont alors à aborder dans la problématique de l'insertion des jeunes au sein de la société (Selosse, 1990). (Coslin. P.G, 2002, p156).

Synthèse

L'adolescence est une tranche de la vie une période qui est caractérisée par des profondes modifications qui vont transformer l'enfant en adulte, des transformations biologiques et des modifications importante de la personnalité quête de l'identité et individualisation, tentative d'autonomie, intellectualisation, recherche de modèles d'identification et construction d'un projet de vie .

Chapitre III

L'agressivité

Préambule:

L'agressivité est un phénomène remarquable car chaque année nous sommes les témoins ou les victimes, des scènes de violence soit dans le milieu familiale ou sociale.

L'ensemble des développements qui vont être présenté dans les chapitres suivants sont destinés à bien détaillé ce phénomène d'agressivité.

1- Définitions des concepts suivants:

L'agression:

«Comportement adapté avec l'intention de faire mal à autrui, physiquement au psychologiquement» (Tamisier. Ch, 1999, p151).

Aussi l'agression peut être définie comme : «un comportement destiné à blesser intentionnellement un autre individus». (Lourent. B, 2010, p8).

1-2 La violence :

Le terme violence provient du latin «violentais» qui signifié force impétueuse. Abondante au excessive. Le verbe apparenté «violare» implique clairement l'idée de transgression c'est-à-dire d'excès par rapport à une norme. (André. M, 1994, p13).

«Force brutale qu'un être impose à d'autre, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercé par l'intimidation ou la terreur». Elle est aussi représentée par : « toute les conduites agressives qu'un sujet plus fors physiquement ou moralement fait subit à un plus faible ». (Tamisier. Ch, 1999, p151).

1-3 L'agressivité :

Aggressivité : Etymologie : vient du latin aggredi dont l'étymologie adgradi signifie « marcher vers », désigne une notion floue, une tendance à l'attaque en passant par une hostilité envers autrui. (Glivier. P, 2001, p10).

«Tendance à attaquer autrui ou tout objet susceptible faire obstacle à une satisfaction immédiate». (Ibid, 2001, p151).

2-Les types d'agression :

Les trois dimensions caractérisant l'agression :

1)- physique-verbale : l'agression est exprimée par des gestes ou des paroles

2)-active-passive : (elle correspond à une action positive que l'individu omet volontairement de réaliser).

3)-directe-indirecte : (la victime est physiquement présente ou absente).

La combinaison de ces trois dimensions permet de définir 8 types d'agressions différentes.les types sont expliqués dans le tableau suivant. (Lourent. B, 2010, p9)

Tableau récapitulatif des différents types d'agression.

	Physique	directe	Attaquer quelqu'un en utilisant une partie du corps (pieds, dents) ou une arme (couteau, pistolet).
			Voler ou endommager des biens, piéger

Active		Indirecte	quelqu'un engager un assassin.
	Verbale	Directe	Critiquer, désobliger, maudire, menacer quelqu'un.
		Indirecte	Propager des rumeurs concernant quelqu'un.
Passive	Physique	Directe	Empêcher qu'el qu'un d'atteindre son but.
		Indirecte	Refuser de s'engager dans une activité d'exécuté une tâche.
	Verbale	Directe	Refuser de parler à quelqu'un de répondre aux questions.
		Indirecte	Refuser d'acquiescer, de défendre quelqu'un lorsqu'il est injustement mise en cause.

3-Les deux fonctions de l'agression :

On distingue classiquement deux fonctions du comportement agression :

L'agression hostile (ou réactive) et l'agression instrumentale (ou proactive).

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

L'agressions instrumentale : représente en revanche un comportement par lequel l'attaque d'autrui est perpétrée dans un but qui n'est pas prioritairement agressif, par exemple un dessein d'acquérir un bien matériel. (Lourent. B, 2010, p11-12).

4-Les modèles d'approches de l'agressivité :

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

4-1- Le modèle psychanalytique :

Freud a proposé deux modèles successifs de l'agression :

Le premier en 1905, la considérait comme une réaction aux frustrations empêchant la satisfaction libidinaux, ultérieurement notamment dans malaise dans civilisation (1929) il a mis en avant ce qu'il désignait comme un instinct de mort (thanatos) complémentaire d'Eros et dont le ressort ultime était l'énergie propre à l'instinct de mort serait dirigée vers l'autrui sous forme d'agression et permettrait ainsi à l'individu sa propre survie par l'intermédiaire de l'agression d'autrui. (Lourent. B, p40).

C'est dans son livre «au-delà du principe de plaisir » que S, Freud introduit la notion de pulsion de mort, instinct de mort qui investit l'objet et le moi comme la libido et qui représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique ainsi dans le cadre des pulsions de mort.la notion de pulsion de mort est de loin. La notion de pulsion de mort est loin d'être

acceptée par l'ensemble des psychanalystes, mais elle est à la base de l'élaboration de la doctrine kleinienne. Mélanie Klein admet l'existence primitive de sentiments d'amour et de haine qui se livrent un combat dans l'esprit de l'enfant à la suite de K-Abraham, cet auteur met en valeur chez le nourrisson le besoin de mordre de dévorer, lorsque la satisfaction lui font défaut au stade orale delà succion, il est recherchera au stade orale de la morsure.

Pour M. Klein, au nombre des factures qui sont d'une importance fondamentale pour la dynamique des processus psychique, on doit placer non seulement la polarité, mais aussi l'interaction des instincts de vie et de mort. (De Ajuriaguerra. J, 1980, p466-467).

4-2 Le modèle éthologique:

Lorenz (1969) considérait l'agressivité comme l'expression d'un instinct de combat que l'homme partagerait avec de nombreux autres organismes vivants.

Cet instinct se serait développé au cours de l'évolution en raison de ses nombreuses fonctions adaptatives : dispersion des populations animales sur une aire géographique afin d'assurer au maximum les ressources alimentaires, facilitation de la reproduction sélection des meilleurs sujets et établissement des hiérarchies nécessaire dans toutes société. Selon Lorenz, des schémas de comportement seraient associé à un potentiel énergétique spécifique et interne génère spontanément par l'organisme. Cette énergie s'accumulerait régulièrement, et l'agression chez l'homme comme chez l'animal serait fonction de la qualité d'énergie accumulée et de la présence et de l'importance de stimuli déclencheurs dans l'environnement immédiat de l'organisme. Plus la quantité d'énergie accumulé augmenterait, plus faible serait le stimulus nécessaire au déclenchement de comportement. Ce modèle hydraulique expliquerait également que dans le cas d'une importance accumulation d'énergie, on pourrait

assister à des agressions spontanées dites dysfonctionnelle il s'agirait du comportement de soumission et des manifestations de douleur de la part de la victime. Selon Lorenz deux facteurs contribuerait à ce que l'agression soit particulièrement fréquente chez l'humain. L'homme en tant que agresseur développe des armes sophistiquées dont il peut ne pas voir les effets sur la victime, et deuxièmement, en tant que victime, ne s'engage que rarement dans les cas d'apaisement régulateurs chez l'animal. Ces points sont évidemment importants : les recherches expérimentales démontrent qu'une forte distance physique entre agresseur et une victime constitue un important facteur de facilitation pour l'agresseur. (De Ajuriaguerra. J, 1980, p40-41).

4-3 Théorie biologique :

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

La conception biologique du comportement agressif l'interprète comme le résultats de l'activation de centres de contrôle ou de substrats nerveux particuliers pour sous tendre les différents types de comportement agressif, donc elle explique les comportement agressif selon le critère ; les théories s'inspirant d'une conception biologique empruntent deux orientation différentes, la première considère l'agression renvoi à des origines internes spontanées. La deuxième comme étant la réponse à la perception d'un stimulus externe. La première conception insiste sur les mécanismes pulsionnels et le rôle de certains évènements dans l'environnement immédiat. (De Ajuriaguerra. J., 1980, p 104).

6-Les facteurs de risque des comportements agressifs :

6-1-Les prédispositions

6-2- l'hyperactivité

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 troubles comportementaux, en particulier à l'adolescence. L'hyperactivité a été identifiée dans de nombreuses recherches comme un facteur de risque très important pour des problèmes d'adaptation sociale. Des études longitudinales ont été conduites sur des périodes de 4 à 14 ans avec des enfants.

Les résultats sont convergents, et tous les auteurs concluent que l'hyperactivité est un facteur de risque prépondérant pour le développement de comportements agressifs chroniques de conduites sociales et de délinquance. (Fontaine. R., 2003, p41).

6-2-1-La structure familiales : interactions sociales précoces, style parental et fratrie.

La structure familiale est le creuset de la socialisation de l'enfant. C'est une évidente généralité. De nombreux spécialistes évoquent une transmission intergénérationnelle de la violence, selon cette hypothèse, de nombreux individus agressifs grandiraient dans une ambiance familiale violente et aurait eux, même tendance à se comporter agressivement avec leur propre enfants. La question posée est : quel est le mode de fonctionnement d'une famille qui représente un facteur de risque pour l'enfant ? (Ibid, 2003, 50).

6-2-1 Interaction sociale précoces et agressivité :

Une structure familiale se définit par la nature (agressives, sécurisante, dominatrice, affectueuse, etc.) des interactions sociales qui se tissent entre ses membres. Depuis les célèbres travaux de John Bowlby (1969), une importance considérable est accordée aux premières relations sociales, en générale entre le nourrisson et sa mère, communément appelées « attachement » Bowlby à proposé un modèle théorique proche de celui issu des célèbres travaux harlow (1958-1969) conduite sur les interactions précoce entre la mère et son bébé, en rupture avec la théorie de l'étayage, proposée par son Freud, selon la quelle les premiers relations mère-enfant sont d'abord de nature alimentaire et seulement ensuite sociale, la théorie de l'attachement considère que les premiers relations sont sociales, le nourrisson humaine, comme ses cousins simiesques, recherche le contact permanent avec une Personne sécurisante, en générale se mère même si certains chercheurs pense que plus d'attachement, c'est d'attachements multiples dont il faudrait parler, en particulier avec le père. La chaleur, l'intimité et la stabilité de ce premier lien sont d'une importance fondamentale pour la santé mentale de l'individu et son bon développement psychologique, cognitif et social, Bowlby (1953-1973) considère que la période entre 6 mois et 3 ans est cruciale, mais il serait abusif de parler d'une véritable « période critique » au sens strict des éthologistes, les effets de la séparation ou d'une mauvaise relation durant cette période sur le devenir de l'enfant sont, selon Bowlby , nuisible voire catastrophique.(Fontaine. R., 2003 : 50).

6-2-2- Maltraitance et agressivité :

Parmi les modes d'attachement anxieux aux effets les plus catastrophiques sur la vie de l'enfant, les situations de maltraitance méritent une attention particulière. Elles recouvrent un ensemble varié de situations

éducatives qui ont toute pour point commun essentiel d'avoir un effet gravement nuisible sur le fonctionnement psychologique de la victime. Les enfants négligés peuvent être distingués des enfants abusés. Les premiers sont privés d'affection et d'attention éducative de la part de leurs parents et particulièrement de leurs mères : ils vivent une véritable situation de carence affective. Les seconds subissent des violences physique ou sexuelles, les abus physique se définissent comme une utilisation intentionnelle par un adulte de la force ou harcèlement d'enfants ou d'adolescents dans des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas et pour les quelles ils ne peuvent pas donner leurs consentements. Ces différents formes de maltraitances ne sont exclusives l'une de l'autre, un paramètre important est la durée de la maltraitance. Elle peut être chronique et devenir le cadre social permanent de l'enfant ou épisodique et n'apparaître que lors d'une période de temps restreinte. (Fontaine. R., 2003, p53).

6-2-3- Style parental, instabilité familiale et agressivité :

Style parental :

Les recettes pour bien éduquer son enfant font depuis toujours l'objet de nombreux débats qui travaillent avec des enfants connaissent la difficulté de parler à des parents de leurs enfants, la plupart d'entre eux sont convaincus de bien-fondé de leur mode éducatif ou de leur style parental, il est très difficile d'admettre pour beaucoup d'entre nous que les problèmes de nos enfants sont liés plus ou moins directement à nos façon d'être avec eux, Lautrey (1980) a conduit une recherche très approfondie sur les liens entre l'ambiance familiale et le développement intellectuel et social. Il apparaît que les familles trop rigides et trop laxistes ont un effet néfaste sur le devenir de l'enfant alors que celles qui offrent un cadre chaleureux, structuré, source de découverte et de considérations sont confirmées par la plupart des autres études. (Ibid, 1996, p57).

Instabilité familiale :

Parmi les styles parentaux particuliers, ceux liés aux situations de divorce et de reconstitution familiale méritent une attention particulière. L'effet du divorce sur les enfants est fonction de leur âge et du climat social entre les parents qui a précédé et accompagné la séparation (conflictuelle ou conciliante). Dans ce jeu, certains sont gagnants, certains sont perdants, certains sont survivants. Selon Hetherington (1988), les enfants les plus petits ne comprenant pas les événements, les enfants d'âge moyen appréhendent mieux la situation et développent souvent un syndrome de réconciliation, désir ardent que les parents se réconcilient et les préadolescents éprouvent souvent de la honte et de la colère en considérant qu'ils sont oubliés dans la prise de décision de leurs parents. Les études longitudinales des effets du divorce sur les comportements sociaux des enfants donnent des résultats complexes et parfois contradictoires. Hetherington a étudié l'effet à moyen terme du divorce sur le développement d'enfant appartenant à 144 familles de l'état de Virginie aux États-Unis, la moitié des enfants vivaient avec leur mère et l'autre moitié avec leurs deux parents. Une année après la séparation, la majorité des enfants évoluant dans un contexte monoparental témoignait de détresse émotionnelle et de troubles du comportement. Deux ans après le tableau s'étaient aggravés ; Les problèmes les plus importants consécutifs au divorce sont les conditions antisociales et agressives qui provoquent souvent à l'école une attitude de retrait et un rejet de la part des camarades de classe, L'effet à long terme est plus complexe. (Fontaine. R., 2003, p63).

6-2-4-Fratrie et agressivité :

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

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

La seconde modèle théorique, que l'on a doit Rowe et Gulley (1992), intitulé « partenaire dans le crime ». Il stipule que les ressemblances comportementales entre les frères ou les sœurs sont dues à des renforcements positifs et non à l'observation de modèles coercitifs et négatifs. L'enfant éprouverait un attrait pour son aîné et le prendrait pour modèle. Cet attrait serait conditionné par la chaleur et la complicité de la relation. Dans ces deux approches théoriques, l'enfant prend pour modèle un nombre de sa fratrie même sexe, les différences entre ces deux approches peuvent se réduire dans une perspective développementale. Durent l'enfance, l'expérience de modèles coercitifs et de relation fraternelles hostiles créerait les bases de tendance antisociale à

l'adolescence qui pourraient alors être amplifiées par un attrait positifs vis-à-vis des comportements du frère aîné. L'hostilité céderait la place la complicité au cours du développement des relations.(Ibid, 2003, p63-64).

6-3-Le contexte sociétal :

L'existence de facteurs de risque d'origine familiale n'est pas contradictoire avec celle de contextes sociaux favorisant le maintien et le développement de conduit agressive. (Fontaine. R., 2003 :66).

6-3-2 Le groupe de paires :

Selon Youniss (1980), les relations entres pairs se construisent sur une forme de réciprocité qui favorisé le développement de l'empathie et la construction d'une réalité sociale partagée. Elles représentent un véritables terreau sur le quel peut fructifier une constellation d'expériences social nécessaires à l'acquisition de comportement d'ajustement social le quel il s'engage dans des comportements pro sociaux et avec lequel il inhibe les comportements hostiles et asociaux. La pro socialité s'exprime à travers des conduites de coopération, de négociation, de compréhension des rôles sociaux, de la capacité à comprendre les intentions d'autrui et d'intégrer les normes sociales. En bref, de bonnes relations avec les paires apparaissent comme un contexte social très favorable à la socialisation et à l'inhibition des comportements agressifs.(Ibid, 2003, p67).

7-Télévision et agressivité :

Parmi les causes sociales de la violence, la télévision tient une place particulière, elle est devenue aux yeux de certaines associations d'une véritable adversaire. Elle est souvent accusée de détruire le dialogue familial, d'abêtir nos

chères tête blondes qui verraient leur intérêt pour l'école baisser à profil des programmes télévisuels, de provoques des troubles du sommeil et enfin d'être un véritable vecteur de violence. Les scènes très fréquentes de délits, d'agression, de guerre provoqueraient la construction de schémas mentaux que nous aurions tendance à reproduire dans notre vie réel la surconsommation de télévision inciterait, particulièrement chez adolescents à une confusion entre la fiction et la réalité. (Fontaine. R, 2003, p41-70).

8-L'agressivité est héréditaire

Des facteurs génétiques ont évoqué pour expliqué les comportements agressifs et dangereuse chez certains individus, Mason et Frick (1994) résument une analyse portant sur douze recherches avec jumeaux et trois avec des enfants adoptés en affirmant qu'il existe un facteur héréditaire « modéré » dans l'apparition des comportements anti sociaux. Cette conclusion est confirmée par d'autres travaux. Dans les recherches analysées par Mason et Frich (1994) l'influence de l'héréditaire est inférée à partir de tendance statistiques.

Le problème apparait beaucoup plus complexe quand il s'agit déterminer le support biologique. Dans les années 1960, certains chercheurs américains avaient affirme que les comportements criminels étaient de génération en génération sous forme de traits de personnalité selon les lois de la génétique. (Ibid. 2003, p22).

Les causes de l'agressivité :

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

-besoin de territoire : besoin d'espace vital, d'intimité.

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

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

Elle peut alors l'exprimer, mais si elle en est incapable, elle va agir, elle risque alors de passer à l'acte en frappant, criant, en essayant de faire peur ou d'impressionner...quoi qu'il en soit, c'est toujours une grande souffrance qui va faire que la personne se désorganise ainsi. (Tromont. A, 2013, p11).

9- Les manifestations d'une personne agressive :

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

- tonde voix saccadé.
- regarde fixé. Menacent (battement de paupières) au regard fuyant

- dilatation des pupilles.
- Utilisation d'insultes, de menaces, de sarcasmes.
- Agitation, mouvements saccadés, apparition de tics.
- pâleur ou augmentation de la coloration du visage.
- raidissement des membres, serremets des mâchoires, tremblements.
- postures menaçantes (pointe du doigt, montre les poings).
- tendance à s'approcher.
- consommation d'alcool ou de drogue.
- objets lancés ou jetés par terre.
- souples, modification de respiration.
- transpiration. (Ibid, 2013, p9).

Synthèse

L'agressivité est un comportement qui se reconnaît à des actions où la violence est dominante. Elle peut s'exprimer à l'égard des congénères ou à l'égard des autres animaux.

Partie Pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule :

La partie méthodologique considérée comme la dernière phase de recherche qui peut se décrire comme tentative de tester et de vérifier nos hypothèses. Dans ce chapitre, nous présentons la pré-enquête, méthode de recherche, groupes de recherche, le lieu de recherche aussi que les techniques d'investigation utilisées.

1-la pré-enquête :

C'est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique, elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le lieu de recherche. Elle conduit à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, elle nous permet d'avoir des renseignements sur le terrain concernant la population visée, cerner le thème de recherche, vérifier sa faisabilité.

Juste après la validation du thème auprès de l'enseignant promoteur, on se déplace directement sur le lieu de la recherche, afin de tester la disponibilité des cas et la faisabilité de la recherche. Après l'accord favorable du directeur de l'établissement.

Pendant notre pré-enquête nous avons constaté un très grand nombre d'adolescents trisomiques au niveau de centres d'handicaps mentaux à Temzrih, Wilaya de Bejaia chose qui nous a motivé à s'intéresser à ce thème et se rapprocher encore plus de cette population afin d'essayer d'avoir des informations concernant l'agressivité chez les adolescents trisomiques.

Durant cette période nous avons rencontré les spécialistes, la psychologue, et l'orthophoniste, dans la prise en charge ainsi que les éducateurs qui enseignent et accompagnent les trisomiques durant la journée. Ces derniers ont été

coopérants. Ils nous ont permis de faire des observations au niveau des classes, ateliers pédagogique.

2-méthode de recherche :

Dans le but de vérifier l'hypothèse de notre thème de recherche on s'est basé sur l'étude de cas, alors on c'est référé a la méthode descriptive qu'est la méthode adéquate à notre recherche.

La méthode descriptive se définit comme une intervenant au milieu naturel et tenter des donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulier (Chahraoui. Kh, et al, 2003, p 125).

La méthode descriptive s'appuie sur l'étude de cas qui se définit comme : un travail d'analyse et de synthèse (Robert, S. 2005 p188). L'étude de cas suppose la description des symptômes, le dégagement des éléments d'une problématique et la présentation du matériel opérant, une lecture à plusieurs niveaux.

3-Présentation de lieu de stage :

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

Le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Temezrit est un établissement étatique à caractère socio-éducatif, il a été crée par le décret exécutif N°04-203 du 19 juillet 2004.

Le centre prend en charge des enfants inadaptés mentaux, dont l'âge varie entre 03 et 18ans. La population accueillie est hétérogène en ce sens le centre prend en charge toute la gamme des inadaptés mentaux : débilité légère et moyenne et

les enfants présentant des difficultés d'adaptation scolaire dû à une insuffisance mentale.

Pour répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge de cet ensemble hétérogène et optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaires, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogiques à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfants et orienter l'action de chaque intervenant et c'est pour :

-Favoriser une socialisation.

-Permettre une intégration sociale par une éducation adaptée et une stabilité de caractère.

Sa mission est :

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

-Veiller sur la santé physique et mentale de l'enfant.

-Assurer une éducation et une formation en vue d'une insertion sociale.

L'établissement est ouvert ses portes le 1^{er} octobre 2005 et les enfants sont pris en charge sous le régime de la demi-pension.sa capacité d'accueil est de 120 enfants.

4-Le groupe de recherche :

Les critères de sélection :

Notre groupe est constitué d'un nombre de quatre cas qui ont été choisi à partir des critères suivants :

A- Critères pertinent :

- Adolescents âgés de 13ans à 18 ans.
- La langue maternelle qui est généralement le kabyle, Français.
- L'adolescent est scolarisé au centre jusqu'à la 3eme année primaire.

B- Critères non pertinent :

- notre recherche porte sur six (6) cas, (3) filles adolescentes, et (3) garçons adolescents.
- Le degré de l'intelligence n'est pas pris en considération.

5-Les outils de recherche :

Dans notre recherche on a choisi d'utilisée deux techniques de recherche : l'observation clinique direct sur le terrain, et une grille d'observation, on s'est inspiré de l'échelle de TASB), évaluation du comportement social par l'enseignant, de Cassidy et Asher(1992), nous avons élaboré les paramètres, et les axes de base, et un entretien clinique de type semi-directif accompagné par un guide d'entretien.

5-1-L'entretien clinique :

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme

instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique de sujet. (Bouvet.C, 2015, p12).

5-2-L'entretien de recherche semi-directif :

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

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

5-3- Guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit « d'un ensemble de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Ibid, 2013 :68).

Notre guide est élaboré de quatre (4) axes :

Informations générales sur le cas.

Axe 1 : Informations sur la vie du cas au sein de centre.

Axe 2 : Informations concernant la relation du cas au sein de groupe avec les éducatrices.

Axe 3 : Renseignements concernant l'agressivité.

Axe 4 : Renseignements sur la vie du cas avec sa famille (parents, fratrie).

6- l'observation clinique :

L'observation en clinique est observation qui implique en général un grand degré de participation de l'observateur : c'est-à-dire qu'il s'agit d'une observation à forte inférence.

En pratique clinique, l'observation intervient au tout premier moment, au cours des entretiens à visée diagnostique (pour compléter les indices sémiologiques) ; elle reste importante dans les entretiens thérapeutiques ou elle permet d'orienter le thérapeute dans ses interventions.

En recherche clinique, l'observation plus au moins standardisée permet d'obtenir des indices appartenant à des niveaux différents de la situation observée. (Rodolphe. GH, 2007, p191).

6-1- La grille d'observation :

Grille d'observation

Nom de cas :

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Général	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	
Psychologique	Maturité affective et sociale	
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	
	Attitude dans les diverses activités scolaires ; -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ?	

Pédagogique	- quelle est la durée du comportement ?	
	Capacité à travailler avec les autres	
	Autonomie personnelle	
	Mémorisation	
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	
	Esprit d'ouverture et de curiosité	
	Maîtrise de corps et du geste.	
	Qualité du travail	
	Capacité d'écoute	
	Personnalité et résistance par rapport au centre.	
Langage oral Communicationnel	Capacité à communiquer	
	Maîtrise de la prise de parole : - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un	

	autre adulte)	
Socialisation	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	
	Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)	

(En s'est référé à l'échelle de TASB, évaluation du comportement social par l'enseignant, de Cassidy et Asher, 1992).

Le déroulement de la recherche :

Afin de mener à terme, notre recherche, nous avons visité les classes concernées pour sélectionner notre population d'étude, une fois le groupe de recherche est choisi, nous avons pris contacte avec les cas de notre recherche, en les observant et en participant au déroulement des séances pédagogiques.

Cette étape nous à permis de toucher à des informations préliminaires pour entamée notre entretien clinique. Une fois que l'entretien est élaboré, nous avons pu accéder à l'histoire du cas pour retracer l'historique de comportement, et s'il y a des antécédents familiaux.

En suite, nous avons complété la collecte d'informations par une grille d'observation que nous avons élaborée, on s'est référé à l'échelle de TASB, évaluation du comportement social par l'enseignant de Cassidy et Asher(1992).

Ainsi, nous avons développé, et structuré les axes et, les paramètres de cette échelle dans le but de répondre à notre question de départ.

5- Difficultés rencontrées :

Durant toute notre recherche, nous avons rencontré plusieurs difficultés qui ont rendu difficile le déroulement de notre recherche, parmi lesquels on peut citer :

-Manque de documentation sur l'agressivité et la trisomie.

-Le refus de certains parents à passer l'entretien (certains étaient occupés par leur travail et d'autres étaient à l'étranger).

-Une période de crise générale dans le pays qui nous a créé un retard.

Synthèse :

Tout travail de recherche exige de suivre une méthode et techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation.

La partie méthodologique nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche de comprendre le déroulement de la démarche clinique et la nécessité de la méthode clinique, et de présenter les techniques de récolte des données en faisant recours à l'entretien clinique, guide d'entretien, et une grille d'observation.

Chapitre V

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1-Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif de Manel

Premier cas

Manel est une jeune adolescente de 18 ans, elle réside à Akfado, fille d'un père maçon et d'une mère femme au foyer, elle a deux frères et une sœur. Elle est l'aînée de sa fratrie. Issu d'une famille modeste, d'un niveau socio économique moyen.

Lors de notre entretien avec Manel, on a constaté, qu'elle ne présente pas de problème de langage, elle parle couramment, elle est affectueuse et sociable.

Quand on a demandé à Manel si elle aime venir au centre, si elle joue avec ces camarades ou seule elle nous a répondu « Manel aime bien être dans le centre, elle a une bonne relation avec ses pairs, »¹ elle participe à toutes les activités administrées par le centre. D'après l'éducatrice et nos observations on a constaté que Manel est une fille calme, respectueuse, obéissante, active.

Ou moment où on a sollicité la maman de Manel, celle-ci nous répondait souriante, ils vivent dans une bonne ambiance familiale, très attaché au fils partageant tout ensemble, pour eux il n'y a pas de différence entre leurs enfants comme la dame a témoigné : « manel elle est comme ses autres frères je ne fais pas de différence entre eux ». Quand on a demandé à la maman si vous bagarrez avec votre mari et devant votre fille, et si vous frappez votre fille elle nous a répondu « non jamais de la vie temxled », « Manel est mon cœur, ma princesse » et je ne bagarre pas avec mon mari juste des fois des disputes concernant la vie quotidienne.

¹ Ih tehibigh adasagh ar da, tehibigh adasagh adzragh timdukaliw w aduraragh yidsent

Synthèse de l'entretien semi-directif

Selon notre observation et les résultats de l'entretien on a constaté que le cas est affectueuse et sociable, Manel est toujours souriante, aimable, elle ne présente pas un caractère compulsif, l'adolescente ne démontre aucun comportement socialement inapproprié.

Manel ne manifeste pas des comportements agressives ni physique ni verbal. On remarque que malgré son anomalie, elle est souriante, une adolescente dynamique, plein d'énergie, une fille ambitieuse qui a des rêves à réaliser, elle souhaite se marié et fondé une famille, selon ses dires (je vais me marier avec mon cousin Menad, on va avoir des enfants, et j vais travailler comme coiffeuse comme tata Dalila).¹

2-Présentation et analyse de la grille d'observions du cas Manel

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Général	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	En bonne santé, elle se présente en forme au centre.
Psychologique	Maturité affective et sociale	Elle est trop attaché aux autres, même les étranges, aime câliner ses éducatrices.
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	Manel ne se comporte pas mal en classe, reste calme, le cas ne utilise pas un langage grossier ou vulgaire, ni la force envers son entourage Manel partage et travail avec ces pairs, elle n'est pas isolé.

¹ Adjwjagh nek d Menad mis 3ami, adns3u derya, wa adkhdmagh t coifurth am tata Dalila

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	<p>Attitude dans les diverses activités scolaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ? 	<p>Manel ne démontre aucuns comportements inappropriés.</p>
	<p>Capacité à travailler avec les autres</p>	<p>L'adolescente travaille et joue beaucoup avec les autres adolescents.</p>
	<p>Autonomie personnelle</p>	<p>Le cas est autonome, elle mange tout seul, fait ses activités sans aide de l'éducatrice, change ses vêtements tout seul (enlève et porte sa blouse toute seul).</p>
	<p>Mémorisation</p>	<p>Elle se souvient des activités programmer pendant les semaines, garde les noms des éducatrices.</p>
	<p>Capacité d'adaptation à des situations nouvelles</p>	<p>Elle s'adapte à des nouvelles situations.</p>
	<p>Esprit d'ouverture et de curiosité</p>	<p>Souriante, aimable, et curieuse car à chaque fois qu'elle voit un étranger, elle demande son noms, se qu'il fait dans le centre, et est ce que c'est lui leur éducateur.</p>
	<p>Maitrise de corps et du geste.</p>	<p>Elle maitrise son corps, souvent Manel fait du geste (Tics), elle fait sortir sa langue.</p>

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Pédagogique	Qualité du travail	Une capacité a travaillé tout seul.
	Capacité d'écoute	Tout dépend de l'activité, mais généralement c'est une bonne qualité
	Personnalité et résistance par rapport au centre.	Une personne dynamique, aime être dans le centre.
Langage oral Communicationnel	Capacité à communiquer	Elle communique facilement
	Maîtrise de la prise de parole : - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte)	Le cas ne présente pas de problème du langage, elle parle couramment.
	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	Des bonnes relations avec ses Camarades, partage et coopère avec Eux, rend service aux autres. Joue Et travail avec les autres adolescents, Elle ne craint pas être avec eux.
	Socialisation Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)	Une bonne relation avec ses éducateurs elle les aime, elle n'est timide, Manel ne refuse pas de participer aux différentes activités.

Synthèse de la grille d'observation du Manel

D'après la grille d'observation, Manel ne manifeste pas des comportements agressifs, elle n'est pas à l'origine de bagarre, le cas ne blesse pas les autres.

On observe Manel en classe, 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. Manel partage et travail avec ces pairs.

En se référant à la grille d'observation, on peut dire que Manal est sociable, affectueuse, souriante, aimable. En outre, le cas ne présente pas un caractère compulsif, ne démontre aucun comportement socialement inapproprié, de cela on conclut que Manel n'a pas une tendance à l'agressivité.

1-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif de Mélissa

Deuxième cas

Il s'agit d'une jeune adolescente de 15 ans, elle réside à El kseur, orpheline de père, sa mère travail comme femme de ménage, elle à 4 sœurs et un frère, Elle est la dernière dans sa fratrie. Issu d'une famille modeste.

Nous avons rencontré Mélissa nous avons remarqué qu'elle est timide, dans les premiers temps elle a resté sans rien dire après elle a commencé à s'exprimer librement et couramment, nous lui avons demandé de se présenter à nous (c'est Mélissa)¹, (j'aime bien venir au centre, j'aime tata Dalila aussi mes copines).²

¹ Nekki d Mélissa

² Tehibigh adasagh ar centre ayi, tehibigh tata Dalila d temdukaliw

Elle a des bonnes relations avec ses pairs, elle se comporte bien avec eux, pendant les activités Méliissa ne dérange pas ses camarades.

Lors de notre entretien avec l'éducatrice, on la demandé comment vous voyez cette adolescente elle répondait « c'est une fille gentille macha-allah, calme, qui aime travailler, elle participe aux activités élaborées par le centre ». Elle rajoute Méliissa n'est pas dynamique mais elle fait des efforts ». Concernant sa relation avec les autres c'est une bonne relation, Méliissa aime bien jouer avec ses camarade, elle n'a jamais dépasser les limite aves eux, elle n'est pas violente.

Nous nous sommes approchés de la maman qui nous a révélé qu'elle est veuve, on la interrogé si Méliissa vit dans une bonne ambiance familiale elle répondait : (Oui bien sur Méliissa c'est ma vie, ma foie, on vit dans une bonne ambiance, on amuse, on partage toute ensembles, rien ne leur manque).¹ Elle dit aussi (malgré l'absence de son père, je vais sacrifier ma vie pour mes enfants. Elle se dispute des fois avec son frère car elle est jalouse de lui mai elle n'est pas agressif avec lui, Méliissa est calme, tranquille a la maison ainsi que dehors).²

Synthés de l'entretien semi-directif

D'après les dires de la Maman, On a constaté que Méliissa est sociable, affectueuse, aimable, calme, elle ne présente pas un caractère compulsif.

L'évaluation clinique de cette dernière ne présente pas des comportements aggressive, ni une présence d'une colère violente et de la haine.

¹ Oui bien sur Méliissa d yeli d tasaw, net3ich bien hamdulillah, netqsir, tranquille n t partagei lehwaj lewahid achema ur tikhus

² Malgré welach vavas nekki ligh, ad sacrifyigh lehayatiw felasen, jamais refdagh afusiw felas am netath am aythmas, tetenagh des fois wahid gemas puisque tetasem mai khati machi agressif yides, Méliissa est calme, tranquil am deg kham am deg bera

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Selon l'entretien clinique qu'on a effectué avec Mélissa on constate que cette dernière n'a aucun signe d'agressivité, elle ne manifeste pas une violence du pouvoir envers autres. On conclut que le cas est une fille calme, ambitieuse, elle souhaite devenir enseignante et fondé une famille.

2-Présentation et analyse de la grille d'observation de cas Mélissa :

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Etat de santé générale	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	En bonne santé, elle se présente en plein énergie au centre.
Psychologique	Maturité affective et sociale	Elle est trop attaché aux membres de centre, même les étrangères, aime câliner ses éducatrices.
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	Mélissa n'interrompt pas ses camarades en classe, ne bouge pas trop, le cas ne utilise pas un langage grossier ou vulgaire, ni la force envers son entourage comme. L'adolescente partage et travail avec ces pairs.
	Attitude dans les diverses activités scolaires ; -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ?	Mélissa ne manifeste aucuns comportements inappropriés.
	Capacité à travailler avec les autres	L'adolescente travaille et joue beaucoup avec les autres adolescents.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	Autonomie personnelle	Le cas est autonome, elle mange tout seul, fait ses activités sans soutien de l'éducatrice, change ses vêtements tout seul (enlève et porte sa blouse, et la veste toute seul).
	Mémorisation	Elle se souvient de son emploi de temps concernant les activités (dimanche c'est la coteur, lundi pour la coiffeuse, garde les noms des éducatrices, Et stagiaires.
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	Elle s'adapte à des nouvelles situations.
	Esprit d'ouverture et de curiosité	Heureuse, aimable, et curieuse car à chaque fois qu'elle voit un étranger, elle demande son noms, se qu'il fait dans le centre, et est ce que c'est lui leur éducateur.
	Maitrise de corps et du geste.	Elle maitrise son corps et ses gestes.
Pédagogique	Qualité du travail	Tout dépend de l'activité, elle trouve des difficultés au de la coteur mais généralement c'est une bonne qualité du travail.
	Capacité d'écoute	Elle écoute, attentive, elle se concentre quand quelqu'un lui parle,
	Personnalité et résistance par rapport au centre.	Une personne dynamique, aime être dans le centre.
Langage oral Communicati onnel	Capacité à communiquer	Elle communique souvent avec ses pairs.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	Maîtrise de la prise de parole : - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte)	Le cas ne présente pas de problème du langage, elle parle couramment.
Socialisation	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	Des bonnes relations avec ses Camarades, partage et coopère avec Eux, rend service aux autres. Joue Et travail avec les autres adolescents Elle ne craint pas être avec eux.

Synthèse de la grille du Mélissa

Selon notre grille d'observation on a remarqué que Mélissa ne démontre pas des comportements socialement inappropriés telles que : frapper, donner des coups de pied, griffer, cracher, mordre, se blesser, blesser les autres, lancer des objets, langages grossier ou vulgaire, être opposant, menacer.

On a constaté qu'elle est un peu timide dans les premiers heurs, mais après elle a s'exprime librement, elle ne dérange pas en classe, l'adolescente coopère avec les autres adolescents, elle partage et attend son tour ce qui signifie qu'elle est sociable, qu'elle a une bonne intégration sociale.

D'après la grille d'observation de Mélissa, l'évaluation clinique de cette dernière ne présente pas des comportements agressifs, ni une présence d'une colère violente et de la haine. On constate que cette dernière ne manifeste pas de conduite agressive, elle ne manifeste pas une violence du pouvoir envers autres.

On conclut que le cas est une fille calme, gentil, qu'elle n'a pas une tendance à l'agressivité.

1-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif de Nassima

Troisième cas

Nassima est âgée de 14 ans, elle est de Sidi Ayad, fille d'un commerçant et d'une femme au foyer, elle a deux sœurs et un frère, Elle est la deuxième dans la fratrie. Issu d'une famille simple d'un niveau socio-économique moyen.

Lors de l'entretien que nous avons effectué avec Nassima, On la questionné si aimerez-vous venir au centre, elle dit : (J'adore être au centre),¹ elle ajoute : (J'aime participer aux activités, joué avec mes camarades).² Elle rajoute : (J'adore mes camarades, Lina, Mélissa, Manel, je préfère être avec eux que rester isolé, j'aime tata Dalila).³

Selon ses dires, on a remarqué que le cas aime bien être dans le centre entouré par ses camarades, elle s'intègre facilement dans le groupe, préfère être avec ses pairs que d'être seul, elle participe aux activités administrer par le centre, elle ne se comporte pas mal en classe, Nassima a une bon relation avec ses amies. D'après son témoignage elle adore ses éducateurs.

Quand on a demandé à l'éducatrice des renseignements en ce qui concerne Nassima elle répondait : « elle est calme, une fille très gâté, participe aux activités ». Ajoute : « elle est bien, me respect, aime travailler ». Rajoute « les

¹ oui j'adore adruhagh ar da

² tehibigh adkhdemagh, aduraragh deg centre wahid temdukaliw

³ tehibigh timdukaliw, Lina, Mélissa, Manel, adqimagh wahdi wala imaniw, mezgaghd yidsent, uthbigh ara tata Dalila

premiers temps ou elle a intégré le centre, le cas ne rentre pas en relation avec ses pairs, après une période elle s'est adaptée et rentre en relation avec ses camarades ». L'éducatrice atteste que : « le cas participe aux différentes activités ». De cela on constate qu'elle est une adolescente dynamique, sociable.

D'après les parents les membres de famille vivent dans une bonne ambiance ils disent : (oui bien, on ne se bagarre pas mais des fois on se dispute sur des problèmes quotidien).¹ La maman témoigne : « aime trop ses frère car ils prend soin d'elle ».² Ajoute : « Nassima c'est tout pour nous ».

Synthese de l'entretien semi-directif du Nassima

On constate que le cas vit dans un climat favorable dont l'ambiance est bonne, on remarque qu'elle est beaucoup proche de son père car il lui fait toujours plaisir. On conclut que Nassima est une adolescente gâté, aimable et adorable.

A propos du son comportement, le cas ne manifeste pas un caractère compulsif, elle ne présente pas des conduites inappropriés. On déduit que l'adolescente est stable dans la classe, qu'elle ne manifeste pas des signes de l'agression envers ses camarades, et ses frères.

¹ Oui net3ich bien, ur netnagh ara melih, des fois netmsefq3 f lehwayj wekham

² Tetmal melih ar papas puisque ikhdmas ayen tevgha, igatit melih

2- présentation et analyse de la grille d'observation du cas Nassima

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Etat de santé générale	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	En bonne santé, elle se présente en plein énergie au centre.
Psychologique	Maturité affective et sociale	Elle est trop attachée, et adore câliner les membres de centre, même les inconnus.
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : - agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	Nassima n'interrompt pas ses camarades en classe, ne bouge pas trop, le cas ne utilise pas un langage grossier ou vulgaire, ni la force envers autrui, le cas ne bagarre pas. Nassima partage et travail avec ces pairs, elle ne se repli pas sur soi.
	Attitude dans les diverses activités scolaires ; - A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ?	Le cas ne manifeste aucuns comportements inappropriés.
	Capacité à travailler avec les autres	L'adolescente travaille et joue beaucoup avec les autres camarades.
	Autonomie personnelle	Le cas est autonome, elle mange tout seul, fait ses activités sans soutiens de l'éducatrice, change ses vêtements tout seul (enlève et porte sa blouse et sa veste

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

		toute seul).
	Mémorisation	Elle se souvient des programmes (dimanche c'est la coteur, lundi c'est pour la coiffeuse, aussi garde les noms des éducatrices, stagiaires.
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	Elle s'adapte à des nouvelles situations.
	Esprit d'ouverture et de curiosité	Joyeuse, aimable, et curieuse car à chaque fois qu'elle voit un étranger, elle demande son noms, se qu'il fait dans le centre, et est ce que c'est lui leur éducateur.
	Maitrise de corps et du geste.	Elle maitrise son corps et ses gestes
Pédagogique	Qualité du travail	Une capacité a travaillé tout seul.
	Capacité d'écoute	Une bonne qualité de travail.
	Personnalité et résistance par rapport au centre.	Une bonne écoute, attentive quand l'éducateur au quelqu'un d'autre lui parle elle se se concentre sur ce qu'il dit.
Langage oral Communicatio nnel	Capacité à communiquer	Une personne dynamique, aime se présenté au centre.
	Maîtrise de la prise de parole : - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte)	Elle communique après un bon moments

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Socialisation	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	Le cas ne présente pas de problème du langage, elle parle couramment.
	Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)	Une bonne relation avec ses éducateurs elle les aime, gentil avec eux, elle n'est pas timide, Nassima ne refuse pas de participer aux différentes activités. Le cas ne craint pas les éducateurs, il le respecte.

Synthés de la grille d'observation du Nassima

Selon le grille d'observation on a remarqué que Nassima aime bien être dans le centre, préfère être avec ses pairs que d'être seul, elle participe aux activités administrer par le centre, elle ne se comporte pas mal en classe, Nassima a une bonne relation avec ses amies.

Elle est calme, une filler active, Nassima aime partager ses trucs avec ses camarades, D'après notre observation on déduit que l'adolescente s'adapter dans le groupe, et elle rentre en contacte dès qu'elle voit ses amis, quand elle a de cela on constate qu'elle a une bonne adaptation.

Propos du son comportement, le cas ne manifeste pas un caractère compulsif, elle ne présente pas des conduites inappropriés, comme par exemple frapper, donner des coups de pied, griffer, cracher, mordre, se blesser, blesser les autres, lancer des objets, langages grossier ou vulgaire, être opposant, menacer.

On déduit que l'adolescente ne développe pas un comportement agressif envers l'autrui.

1-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif de Samir

Quatrième cas

Samir est un jeune adolescent âgé de 13 ans, il est de lekseur, fils d'un père chômeur et d'une mère femme au foyer, il a trois sœurs ou il est l'ainé de ça fratrie. La famille à un niveau socio-économique un peu-moyen.

Au cours de l'entretien avec le sujet, on a remarqué que cet adolescent, hyperactif et sociable, ne présente pas des difficultés de langage, il est dynamique, quand il nous a parlé il était en bon humeur et très souriant.

Il nous a déclaré qu'il aime bien venir au centre disant : (J'aime venir au centre chaque jour, j'aime tata warda).¹ Lors de l'entretien avec l'éducatrice, on lui a demandé comment vous voyez cet adolescent, elle répondait : (Il respect, obéis, il bouge trop dans la classe).² Elle ajoute : (Il dérange ces amies).³

Cependant, ce sujet entretien une bonne relation avec ces parents, il est très attaché à ça mère qui est une femme modeste, responsable, plein d'émotion et d'affecte. Elle vient toujours au centre pour se renseigner sur l'état de son fils, elle disait : «il est mon tout, pour moi c'est comme tout les adolescents normale, je le voix pas différents». Concernant la relation avec son père, il est alcoolique il travail dit fois, généralement il est absent, il assume certains responsabilité, il aime son fils d'après le témoignage de la maman « c'est un beau père envers Samir ».

¹ thibigh adasagh kolass , thibigh tata warda

² ittqadar, ittagh awal, ittboji bezaf g la classe

³ ittdironji imdukalis

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Concernant la relation avec ces camarades, il les interrompe dit fois, se comporte mal en classe, il ne cesse pas de bouger, de plus nous avons remarqué qu'il aime l'heure de récréation car il expose tout son énergie.

Il participe activement aux activités de centre, son centre d'intérêt c'est le sport comme il a déclaré le prof de sport (Samir, même s'il est malade il insiste a faire le sport).

Synthèse de l'entretien semi-directif du Samir :

Selon l'analyse de l'entretien clinique qu'on à effectuée avec l'équipe psychopédagogique, l'adolescent et ces parents, Samir est un garçon aimable, gentil, c'est quelqu'un qui entretien une bonne relation avec tout le monde, c'est rare ou il dispute avec ces amies mais sa

2-Grille d'observation de cas du Samir :

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Général	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	En bonne santé, il est dynamique.
Psychologique	Maturité affective et sociale	Il est sociable, manque de maturité affectif.
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	Il aime bouger, ces mouvements sont en bon coordination. Il ne se comporte pas agressivement. Il joue tranquillement avec ces amies, c'est rare ou ce comporte mal avec eux.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	<p>Attitude dans les diverses activités scolaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ? 	<p>Samir ne présente aucun comportement inapproprié.</p>
	Capacité à travailler avec les autres	Samir fait des efforts, il participe à toutes les activités de centre surtout le sport.
	Autonomie personnelle	Il à acquis l'autonome.
	Mémorisation	Mémoire faible, il oublié trop.
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	Il s'adapte rapidement aux situations nouvelles.
	Esprit d'ouverture et de curiosité	Il est curios, pose beaucoup de questions, il a l'esprit ouvert.
	Maitrise de corps et du geste.	Samir maitrise son corps, ces mouvements est on coordination.
Pédagogique	Qualité du travail	Il fait un bon travail, il prend beaucoup de temps, il se concentre.
	Capacité d'écoute	Il écoute attentivement quand on lui parle.
Langage oral Communicati onnel	Capacité à communiquer	Communique avec un langage compréhensif.
	Maîtrise de la prise de parole : <ul style="list-style-type: none"> - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte) 	Parle en publique, il prend la parole en classe sans complexité.

Socialisation	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	Il aime jouer avec ces camarades, mais sans passer à l'acte. C'est quelqu'un qui détourne les faits, dis foi se met en retrait.
	Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)	Il refus de l'autorité, effronté et s'isole quand il n'est pas bien.

Synthèse de grille d'observation de Samir :

D'après les données obtenues par la grille d'observation, Samir est un cas dynamique, actif, il adore d'être avec ces amies, il se comporte gentil avec eux, de même il ne présente pas un comportement inapproprié, il n'utilise jamais des acte agressifs.

1-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif de Youba

Cinquième cas

Youba est un jeune adolescent âgé de 16 ans, il est de timezrit, son père est un commerçant et sa mère femme au foyer, il est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants, une fille et deux garçons, c'est une famille modeste d'un statut socio-économique moyen.

Aux cous de l'entretien avec ce sujet, on à remarqué que le jeune adolescent calme et stable de plus il présente des difficultés de langage. Dans les premier temps on à eu des difficultés pour le comprendre après, on s'est habituer donc on à arriver à saisir ses dires. Le sujet nous a parlé de lui de ça famille, ses amies est y compris ces éducateurs, il dit : (J'aime ma famille, sutot ma sœurs, elle me

ramène partout.)¹. Il ajoute : (J'aime mon père et ma mère beaucoup beaucoup).² Nous avons demandé au sujet est ce qu'il ya quelqu'un qu'il le frappe, le dérange, il nous a répondu par Non, disant : (personne ne me frappe, puisque je reste tranquille, dis fois je me bagarre avec mes frère à la maison mais c'est moi qu'il est frappe puisque c'est moi le grande.)³

Youba, vie dans une bonne ambiance familiale d'après les dires de ces parents : (il est adoré par tout le monde).⁴ Il est sociable, aimable, c'est vrai qu'il dispute dit fois avec ces deux petit frère mais par jalousie, pas agressivement.

Selon ces éducateurs, il participe activement aux certains activités livré par le centre, il sélectionne ce qu'il va faire tell que : le dessin, le colorage et certains activités sportif. Dans la cour, il trouve ces amies avec qui il joue, il a de bonne relation avec ces camarades de classe mais il n'aime pas partager ces affaires avec eux.

Synthèse de l'entretien semi-directif du Youba :

Selon l'analyse de l'entretien clinique qu'on à effectuée avec l'équipe psychopédagogique, l'adolescent et ces parents, Youba est un garçon gentil, tranquille, il entretien une bonne relation avec ça famille, il ne présente pas un caractère compulsif, il se comporte pas agressivement.

¹ thibigh akham nagh, surtot ultma, thettawiyi partout.

² thibigh vava d yemma mlih mlih

³ uyikath hed, khatar tghamagh tranquille, thiswi3in ttnaghagh d wayethma, g kham ma3na d nek ihnikathen, khatar d nek iqmuqren

⁴ thibintt ak medden

2-Grille d'observation de cas du Youba :

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Général	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	En bonne santé, il est actif.
Psychologique	Maturité affective et sociale	Il est sociable plein d'effort.
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	Y il est timide, ne dérange pas ces camarade, il est très calme. Il préfère de s'isolé quand il n'est pas bien, au lieu d'être en groupe. Il ne manifeste pas des comportements agressifs.
	Attitude dans les diverses activités scolaires ; -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ?	Youba ne présente aucun comportement inapproprié.
	Capacité à travailler avec les autres	Il sélection les personnes avec qui il va travailler.
	Autonomie personnelle	Le sujet il a acquis certaine autonomie.
	Mémorisation	Il à une bonne mémoire d'ailleurs il se souvient de tous les noms des éducateurs.
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	Il s'adapte difficilement aux situations nouvelles.
	Esprit d'ouverture et de curiosité	Son esprit d'ouverture et de curiosité est très limité.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	Maitrise de corps et du geste.	La présence de maitrise de corps et du geste.
Pédagogique	Qualité du travail	Il maitrise son travail.
	Capacité d'écoute	Il écoute attentivement.
Langage oral Communicationnel	Capacité à communiquer	Parle normale, avec un langage cohérent.
	Maîtrise de la prise de parole : - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte)	Il prend la parole devant la classe, le maître mais devant les étrangers il se sent timide.
Socialisation	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	Bonne relation avec ces pairs, il joue, partage les choses avec eux. Ne passe jamais à l'acte, ne monopolise l'attention.
	Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)	Refus de l'autorité, il n'est pas craintif, il aime être entouré des gens, il s'isole parfois.

Synthèse de grille d'observation de Youba :

D'après les données obtenues par la grille d'observation, Youba est quelqu'un qui travaille, toujours en relation avec ses amis, il ne menace pas, il ne blâme pas ses pairs, il préfère s'isoler quand il est triste au lieu de faire un câlin à quelqu'un. Il ne démontre aucun comportement violent ou qui a des tendances à l'agressivité.

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif de Yacine

Sixième cas

Yacine, jeune adolescent âgé de 14 ans, il est de Tibane, fils d'un père directeur d'un primaire et d'une mère prof d'arabe au lycée. Il est le benjamin d'une fratrie de quatre filles qui étudie à l'université. Cette famille a un très bon statut socio-économique.

Au cours de l'entretien avec ce sujet, on a remarqué que le jeune adolescent parle couramment, il ne présente pas des difficultés de langage, il est très timide, réservé, quand il nous a parlé on a remarqué que parfois il baisse la tête et fuit notre regard, il prend beaucoup de temps pour nous répondre en plus avec une voix très basse ; ça dans les premiers temps après nous avons réussi à gagner sa confiance et créer une bonne relation avec lui, ce qui a facilité notre tâche. On a demandé à Yacine est-ce qu'il aime venir au centre il nous a répondu disant : (J'aime le centre car il y a avec qui je joue, mon éducatrice elle me donne à dessiner, et à colorier).¹

Lors de notre entretien avec l'éducatrice on lui a demandé comment vous voyez cet adolescent, elle répondait : « c'est un garçon très timide, il parle rarement et avec une voix douce, dit-fois on entend rien. » elle ajoute « c'est quelqu'un qui ne partage rien avec les autres, il sélectionne avec qui il parle, joue.. »

Concernant les comportements qu'il présente au centre ses éducatrices disent qu'il ne joue avec personne, il reste tout seul, il déteste l'heure de récréation car il n'aime pas le bruit. Cependant, ce sujet entretient une bonne relation avec ses parents qui sont très cultivés, qui aident leurs fils dans toutes ces activités

¹ thibigh l'centre, khatar illa d menhu aduraragh, thachikettiw thettakiyid adedissinigh, adecolorigh

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

quotidiennes, lui faire sortir, lui apprendre beaucoup de chose, tell que : aller aux toilette, se laver, s'habiller...Les sœurs de Yacine se présentent presque toujours au centre pour s'informer sur le cas de leur frère, comme il dit : (J'aime trop mes sœurs).¹ Lors de notre rencontre avec ça sœurs ainé, elle nous à déclaré qu'elle adore son frère disant : (Je fais tout ce qu'il vu, je ne peux pas lui dire Non).² Elle ajoute ; car c'est mon petit et unique frère.

Synthèse de l'entretien semi-directif du Yacine :

Selon l'analyse de l'entretien clinique qu'on à effectuée avec l'équipe psychopédagogique, l'adolescent et ces parents, Yacine est un adolescent timide, il est incapable de faire un mal a quelqu'un, surtout ces amies, il est stable bien éduquer, très attacher a ça famille, il vie dans une bonne ambiance familiale, entouré d'affecte et de sécurité, il se comporte pas agressivement au contraire il est tranquille et aimable.

2-Grille d'observation de cas du Yacine :

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Général	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	En bonne santé mais toujours fatigué.
Psychologique	Maturité affective et sociale	Manque de maturité affective et sociale,
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité	Yacine il est timide, ne dérange pas ces camarade, il est très calme. Il préfère de s'isolé et de rester seul, au lieu d'être en groupe. Il ne manifeste pas

¹ tibigh mlih ysethma

² khedemghass ak ayen ivgha, uzmiragh ara assinigh alla

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

	<ul style="list-style-type: none"> - repli sur soi - refus 	des comportements agressifs.
	<p>Attitude dans les diverses activités scolaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en particulier ? - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ? 	Yacine ne présente aucun comportement inapproprié.
	Capacité à travailler avec les autres	Il sélectionne les personnes avec qui il va travailler.
	Autonomie personnelle	Le sujet il a acquis certaine autonomie.
	Mémorisation	Il à une bonne mémoire d'ailleurs il se souvient de tous les noms des éducateurs.
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	Il s'adapte difficilement aux situations nouvelles.
	Esprit d'ouverture et de curiosité	Son esprit d'ouverture et de curiosité est très limité.
	Maitrise de corps et du geste.	La présence de maitrise de corps et du geste.ces mouvements est en bien coordination.
Pédagogique	Qualité du travail	Il maitrise son travail.
	Capacité d'écoute	Il écoute attentivement.

Langage oral Communicationnel	Capacité à communiquer	Discours compréhensifs mais avec une voix très basse.
	Maîtrise de la prise de parole : - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte)	Ne peut pas prendre la parole en classe, ni devant ces amies, ni devant l'éducateurs car il est timide.
Socialisation	Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)	Se met en retrait avec certains camarades. Ne passe jamais à l'acte.
	Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)	Il est craintif, timide, et refus de l'autorité.

Synthèse de grille d'observation de Yacine :

D'après les données de la grille d'observation, on peut dire que Yacine est un adolescent gâté, timide, stable, il reçoit de bonne éducation. Ne présente pas des comportements agressifs envers les autres, il est incapable de faire de mal à ces amies.

Synthèse générale :

Suite aux résultats obtenus à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et les données de la grille d'observation, nous avons constaté que notre groupe de recherche composé de six cas adolescent trisomique, ne présentent pas comportements inapproprié, ils ne sont pas une tendance à l'agressivité, ils vivent dans une bonne ambiance familiale, entouré d'affecte, de s'sécurité, se sont bien éduquer.

Discussion d'hypothèse

L'objectif principale de notre recherche est de vérifier notre hypothèse, soit la confirmer ou l'infirmier.

Dans le but de réussir et atteindre cet objectif, on s'est entretenu avec 6 cas d'adolescents ainsi que leurs parents, et éducateurs.

Pour pouvoir cerner notre hypothèse, nous avons appuyés sur deux outils d'investigation très souvent utilisés dans la recherche en psychologie clinique, à savoir l'entretien clinique semi directif, et grille d'observation.

Hypothèse

Les adolescents trisomiques ont une tendance à l'agressivité.

L'ensemble des résultats recueillis durant notre étude et à travers notre recherche sur six (6) cas, et d'après l'observation clinique et l'entretien que nous avons effectuée, on constate donc que notre hypothèse se trouve infirmée avec tous les cas, ce qui fait que les adolescents porteurs de syndrome de Dawn n'ont pas une tendance à l'agressivité

A travers les résultats de la grille d'observation et l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec les cas trisomiques nous avons constaté que ces adolescents prise en charge au sein de centre spécialisé par l'équipe pluridisciplinaire (psychologues, orthophoniste, éducateurs), ne démontrent pas des comportements agressifs, ils ne présentant pas un caractère compulsifs de même, ne manifestant pas des conduits inappropriés.

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

Conclusion

Conclusion

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

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

Nous avons construit a partir de nos observation une grille d'observation qui nous à aider dans notre recherche afin d'identifier certains comportements chez les sujets trisomiques et nous avons complété notre observation par des entretiens avec les adolescents, les parents, les éducateurs, les psychologues, et les orthophonistes.

Les résultats de l'analyse de ces six cas âgé de 13ans à 18 ans des le cadre d'une étude descriptive, nous avons conclu que les adolescents trisomique ne manifeste pas des comportements agressifs par rapport aux questions de la grille d'observation.

Nous avons répondu à notre question de départ à s'avoires les adolescents trisomiques sont ils agressifs. En effet ils ne manifestent pas des comportements agressifs.

Dans l'ensemble des résultats de ce modeste travail, on conclu par dire que l'objectif de notre recherche n'est pas de généralisé les résultats sur l'ensemble des adolescents trisomiques, car ces résultats ne sont pas absolus et notre groupe de recherche n'était pas assez large pour prouver notre hypothèses.

Enfin, cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur la question de trisomie et les modalités de prise en charge, malgré les résultats que nous avons obtenus, notre sujet reste limité est permet une ouverture sur d'autres pistes, nous espérons que notre travail sert

d'exemple et de guide pour de future recherche. Nous espérons que les recherches ne cessent d'améliorer et continuent de faire évaluer positivement et de façon toujours plus pertinente les aides à apporter à la personne atteinte de trisomie.

La liste bibliographique

Les ouvrages :

- 1-Alex, T. (2013). Gérer l'agressivité : Bruxelles.
- 2-Andie, M. (1994). La violence biologie histoire et morale chrétien : Canada.
- 3-Angers, M. (1997). Initiation de la méthodologie des sciences humaines : Québec.
- 4-Barry, H. (2009). Les conduites agressives chez l'enfant : Québec, Canada.
- 5-Blanchet, A et Gotman, A. (2007). L'enquête et ses méthodes, l'entretien. Paris : Armand Colin.
- 6-Coslin, P. (2002). Psychologie de l'adolescent. Paris : Armand Colin.
- 7-Cuillert, M. (2007). Trisomie et handicaps génétiques associés. Paris : Masson.
- 8-De Ajuraiguerra, J. (1980). Manuel de la psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson.
- 9-Denis, V. (2006). Accompagner l'enfant trisomique. France : Chronique Sociale.
- 10-Francoise, R. (2000). Comprendre la crise d'adolescent. Paris : Dunod.
- 11-Lacombe, D et Brun, V. (2008). Trisomie 21 communication et insertion : Masson.
- 12-Guidetti, M et Tourette, C. (2002). Handicap et développement de l'enfant. Paris : Cursus.
- 13-Guidetti, M. (2008). Introduction à la psychologie du développement. Paris : Armand Colin.
- 14- Jean, A. (2010). La trisomie 21. Belgique : Nargada.
- 15-Jean- pierre, C. (1997). Les adolescents difficiles. Paris : Dunod.
- 16-Jean, L et Jean, R. (1997). Le mongolisme : Mardaga.
- 17-Khadija, Ch et Bénony, H. (2003). L'entretien clinique. Paris : Dunod.
- 18-Khadija, Ch et Bénony, H. (2013). L'entretien clinique. Paris : Dunod.
- 19-Laurent, B. (2010). L'agression humaine. Paris : Dunod.

20-Marcelli, D. (2001). Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Paris : Masson.

21-Patrick, D. (2007). L'adolescence enjeux clinique et théorétiques. Paris : Armand Colin.

22-Pahlavan, F, (2002). Les conduites agressives. Paris : Armand Colin.

23-Piére, G, (2002). Psychologie de l'agressivité et de la violence. Paris : Armand Colin.

24- Rodolphe, Gh et Jean, F. (2007). Cours de psychologie. Paris : Dunod.

Revus :

25-Moussokoro, K. (2004), la trisomie 21. In revus de la littérature et étude à propos de 304 cas.

Articles :

26-A Lazereg M Benzerga, « le calvaire des trisomiques et de leur famille », El Watan, le 09-05-2013.

Dictionnaires

27-Bloch, H. et al. (2011). Grand dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.

28- Sillamy, N. (1980). Dictionnaire de la psychologie. Paris : Bordas.

Thèses

29-Messouaf, M. (2015). L'autonomie chez les enfants porteurs de la trisomie 21. Université de Bejaia.

30-Vanwalleghen, S. (2016). L'enfant porteur d'une trisomie 21 et ses relations avec autres. These de doctorat en psychologie université paris 8.

Site internet

32-[http : // www. Psychologie.com](http://www.Psychologie.com), consulté le 18/01/2019 à 13h30.

33-[http://www. Psychologie savoir. Fe](http://www.Psychologie savoir. Fe) consulté le 05/ 05/2019) à 22h40.

Annexes

Annexe 01 :

Informations générale sur le cas :

1-Nom est votre nom ?

5-Quelle est votre âge ?

5-Profession des parents et leur statut socio-économique ?

6-Nombre de fratrie ?

Axe 1 : Informations sur la vie de l'adolescent au sein de centre :

1- Aimerez-vous venir au centre ?

2-Aimerez-vous participer aux activités de loisirs effectués au centre ?

3-Préférez-vous faire des activités, jouées seul ou bien en participant avec vos camarades ?

4-Est-ce que vous avez de bon ou de mauvaise relation avec vos éducatrices ?

5-Décrivez-nous vos relations avec vos pairs ?

Axe 2 : Informations concernant la relation de l'adolescent au sein de groupe avec les éducatrices.

1-Comment vous voyez cet adolescent ?

2-comment elle est la relation de l'adolescent avec vous ?

3-Est-ce qu'il rentre en relation avec ces pairs ?

4-L'adolescent refuse ou il participe aux différentes activités élaborées par vous ?

5-Pouvez-vous nous décrire la relation qui existe entre ces adolescents ?

Axe 3: Des renseignements concernant l'agressivité :

1-L'adolescent change t'il de tempérament constamment ?

2-L'adolescent a-t-il un caractère compulsif ?

3-L'adolescent démontre t'il quelconque comportement socialement inapproprié ?

4-L'adolescent développe t'il un comportement agressifs ? Si, oui est ce que ce comportement agressifs est diriger envers soi même ou envers autrui ?

5-L'adolescent démontre t'il une agressivité verbale ou physique ?

Axe 4 : Des renseignements sur la vie de l'adolescent avec ca famille(Parents) :

1-Est-ce que vous avez des problèmes dans votre vie conjugale ?

2-Est-ce que vous bagarrez avec votre marie /e devant votre fils/fille ?

3-Est-ce que tu frappe votre fils/fille ? Si oui pourquoi et comment ?

4-Est-ce que votre enfant vive dans une bonne ambiance familiale ?

5-Y a-t-il des personnes qui le rend agité, agressif, colérique ?

6-Quelle est son centre d'intérêt ?

7-Comment vous voyer votre fils /fille ?

Axe 3: Renseignements concernant l'agressivité :

1-L'adolescent change t'il de tempérament constamment ?

2-L'adolescent a-t-il un caractère compulsif ?

3-L'adolescent démontre t'il quelconque comportement socialement inapproprié ?

4-L'adolescent développe t'il un comportement agressifs ? Si, oui est ce que ce comportement agressifs est diriger envers soi même ou envers autrui ?

5-L'adolescent démontre t'il une agressivité verbale ou physique ?

Axe 4 : Renseignements sur la vie de l'adolescent avec ca famille(Parents) :

1-Est-ce que vous avez des problèmes dans votre vie conjugale ?

2-Est-ce que vous bagarrez avec votre marie /e devant votre fils/fille ?

3-Est-ce que tu frappe votre fils/fille ? Si oui pourquoi et comment ?

4-Est-ce que votre enfant vive dans une bonne ambiance familiale ?

5-Y a-t-il des personnes qui le rend agité, agressif, colérique ?

6-Quelle est son centre d'intérêt ?

7-Comment vous voyer votre fils /fille ?

Annexe 02 :

Grille d'observation

Nome du cas :

AXES D'OBSERVATION		Description de l'observation
Etat de santé générale	Etat physique personnel (santé, fatigabilité...)	
Psychologique	Maturité affective et sociale	
	Comportement « sur réactif » ou « sous réactif » : -agitation, en perpétuel mouvement - contestation - provocation - agressivité - repli sur soi - refus	
	Attitude dans les diverses activités scolaires ; -A quel moment a lieu ce comportement inapproprié ? - quelle(s) activité(s) en	

	<p>particulier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - quels éléments déclenchant ? - avec quelle fréquence ? - quelle est la durée du comportement ? 	
	Capacité à travailler avec les autres	
	Autonomie personnelle	
	Mémorisation	
	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles	
	Esprit d'ouverture et de curiosité	
	Maitrise de corps et du geste.	
Pédagogique	Qualité du travail	
	Capacité d'écoute	
	Personnalité et résistance par rapport au centre.	
Langage oral	Capacité à communiquer	

Communicationnel	<p>Maîtrise de la prise de parole :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lors d'un travail de groupe - devant la classe - devant le maître (ou un autre adulte) 	
Socialisation	<p>Relations avec les camarades (conteste, passe à l'acte, monopolise l'attention, détourne les faits, se met en retrait...)</p>	
	<p>Relation avec le maître (coopération, contestation, effronté, insolent, refus de l'autorité, timide, craintif...)</p>	

Annexe 03 :

L'échelle de TASB, évaluation du comportement social par l'enseignant :

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

11	Cet enfant semble craindre d'être avec les autres enfants	
12	Cet enfant perturbe les activités des autres enfants	