

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

Centre de recherche et de formation Doctorale en sciences  
humaines, sociales et éducatives

\*\*\*\*\*

Unité de recherche et de formation doctorale en sciences  
de l'éducation et ingénierie éducative

\*\*\*\*\*



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF EDUCATION

\*\*\*\*\*

Postgraduate school for the social and  
educational sciences

\*\*\*\*\*

Doctoral unit of research and training  
sciences of educational and educational  
engineering

\*\*\*\*\*

## COPING DE L'AGRESSIVITE ET INDOCILITE DU TRISOMIQUE 21 : Une étude de cas

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du Diplôme de Master en

Sciences de l'éducation

Option : Education spécialisée

Spécialité : Handicaps mentaux, Habiletés mentales et conseil

Par

**MBANGA MBANGA Olivier Fredy**

Licence en Imagerie Médicale

Matricule : 18X3545

Sous la Direction de :

**Dr BONONO Rénée Cécile**

Chargé de Cours



Année académique : 2022-2023

## REMERCIEMENTS

Nombreux sont ceux, grâce à qui il est aujourd'hui possible d'arriver au terme de la rédaction de ce mémoire.

Nous disons merci :

Au Docteur Cécile Renée BONONO, notre Directeur de mémoire ; pour les efforts consentis et pour le temps disponible et disposé pour nous encadrer et nous amener vers l'excellence.

Au Professeur Marc Bruno MAYI (Chef de département de l'éducation spécialisée l'éducation).

Au Docteur Gilbert IGOUI MOUNANG pour sa disponibilité et le suivi de ce travail.

Au Docteur Joachen BANINDJEL et à tous les autres Enseignants du Département de l'éducation spécialisée pour leurs enseignements et encadrements tout au long des deux années de formation.

Aux institutions d'accueil et de formation ESEDA ; ESPOIR ET VIE et à leurs apprenants trisomiques 21 qui nous servi respectivement du terrain et de population de recherche.

L'expression de notre vive reconnaissance va à l'endroit des :

De ma grand-mère Marie Louise MBANGA, Mme Mbanga anne, ma sœur Ernestine Mbanga et mes frères Roger Baleba et Achille Mbanga

Mes amis à savoir Landry, Joel, Nancy , Nicky, clarisse, Yvette.

Mes camarades de promotion

A tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre ; de près ou de loin et dont les noms ne sont pas mentionnés ici trouvent et reçoivent l'expression de notre gratitude.

## **DEDICACE**

A

Mes parents Monsieur et Madame MBANGA

## RESUME

Notre recherche porte sur le « Coping de l'agressivité et indocilité chez le trisomique 21 : Une étude de cas ». Elle s'inscrit dans le champ de l'éducation spécialisée, plus précisément des handicaps mentaux, habiletés mentales et conseils. Elle pose le problème de l'indocilité et acquisition des compétences chez les sujets porteurs de trisomie 21 en milieu scolaire .

L'objectif général était de comprendre l'impact des modalités du coping de l'agressivité sur la docilité des sujets porteurs de la trisomie 21 en situation de classe. Comme grille de lecture du problème posé, nous avons eu recours aux approches théoriques qui insistent sur l'importance de la théorie d'attachement afin de favoriser l'acquisition des habiletés socialement acceptables dans ses relations antagonistes ou harmonieuses. La question de recherche qui a servi de fil d'Ariane à notre à notre investigation a été formulé de la manière suivante : Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de la trisomie 21 en age scolaire ? L'hypothèse principale de notre travail a été formulé ainsi : le coping de l'agressivite a un impact sur les comportements indocilite des enfants porteur de la trisomie 21 en age scolaire.

Pour prouver cette hypothèse, nous avons en guise de démarche méthodologique eu recours à la méthode qualitative. Elle a consisté à sélectionner un échantillon de 05 sujets trisomiques 21 indociles remplissant les critères d'inclusion fixés d'avance. Ces enfants trisomiques 21 ont été observés dans leurs interactions avec les pairs en institution, enseignants dans les centres ESEDA et CAF Espoir pendant trois mois ainsi que dans leurs familles respectives. La collecte de données s'est faite par un entretien semi directif et une observation participante. L'analyse des données s'est faite par la méthode d'analyse du contenu. Les résultats obtenus montrent que les stratégies de coping de l'agressivité influencent sur la gestion de l'indocilité chez le trisomique 21 en âge scolaire. Ce qui augure une perspective d'accompagnement et de prise en charge plus large dans le domaine du handicap mental.

**Mots clés :** Coping, trisomie 21, agressivité, indocilité

## ABSTRACT

Our research focuses on « Coping of aggressiveness and indocility in down's syndrome: A case study ». It is part of the field of special education, more precisely of mental skills and counselling. It poses the problem of the effectiveness of coping strategies in the face of aggressive behavior in the unruly Down's syndrome child. The general objective was to determine the coping strategies that are most valued in aggressive situations in order to identify those that are likely to be more effective in children with Down's syndrome. As a framework for reading the problem posed, we used theoretical approaches that stress the importance of attachment theory in order to promote the acquisition of socially acceptable skills in antagonistic or harmonious relationships. The research question served as a guideline for our investigation was formulated as follows: How do coping strategies influence the management of disruptive behaviour in people with down's syndrome? The main hypothesis of our work was formulated as follows: Coping strategies favour the management of indocilic behaviours in Down's syndrome.

To prove this hypothesis, we used the methodological qualitative method. It consisted in selecting a sample of five subjects with Down's syndrome who met the inclusion criteria set in advance. These children with Down's syndrome were observed in their interactions with peers in institutions, teachers in the ESEDA and CAF ESPOIR centers for three months as well as in their respective families. The data collection was done through a semi-structured interview and participant observation. The data was analysed using the content analysis method. The results obtained show that the coping strategies for aggression influence the management of indocility in school-age children with Down's syndrome. This suggests a broader perspective of support and care in the field of mental disability.

**Keys Words** : Down syndrome, indocility, aggressiveness.

## LISTE DES ABREVIATIONS

**Cp** : Cours préparatoire

**CE1** : Cours élémentaire première année

**CE2** : Cours élémentaire deuxième année

**CM1** : Cours moyen première année

**CISS** : Coping inventory for stressful situation

**EDS** : Éducation spécialisée

**ESEDA** : École spécialisée pour déficients auditifs

**Kg** : Kilogramme

**MINAS** : Ministère des affaires sociales

**MINEDUB** : Ministère de l'éducation de base

**MINPROFF** : Ministère de la promotion de la femme et de la famille

**HM** : Handicap mental

**HR** : Hypothèse de recherche

**TASB** : Teacher assessment of social behavior (évaluation du comportement social par l'enseignant)

**TR21** : Trisomie 21

**VD** : Variable dépendante

**VI** : Variable indépendante

**WCC** : Ways of coping checklist

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : de la représentation synoptique des hypothèses de recherche :.....	89
Tableau 2 : Présentation de l'échantillon d'étude .....	97
Tableau 3 : récapitulatif de l'échantillon.....	109

## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1: caryotype de trisomie 21</i> .....	28
<i>Figure 2: distribution normale du chromosome 21 (la trisomie 21 libre)</i> .....	31
<i>Figure 3: distribution anormale du chromosome 21(trisomie 21 en mosaïque)</i> .....	32
<i>Figure 4: trisomie 21 par translocation</i> .....	33



**INTRODUCTION  
GENERALE**

Le Handicap mental ou déficience intellectuelle selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) est défini comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». Dans la famille du Handicap mental, on trouve le syndrome de Down autrement appelé trisomie dont le sujet porteur représente notre population d'étude.

L'objet de notre étude étant l'impact de la docilité dans l'acquisition des compétences scolaires chez les enfants porteurs de la trisomie 21. En situation d'apprentissage, Le sujet porteur de la trisomie 21 indocile mobilise les mécanismes de défense adéquats pour faire face aux situations aversives ; dans la plupart des cas, l'agressivité est le meilleur mécanisme auquel ils font appel. Car le sujet porteur de trisomie 21 ne subit pas dans la plupart des cas son quotidien pénible de manière passive. Généralement, les résistances de l'environnement à l'obtention de son plaisir sont à l'origine d'un degré élevé de stress auquel il est appelé à faire face.

A cet effet, il est appelé à mobiliser les stratégies de défense. Il essaye de « faire face » (to cope). On parle de coping pour désigner les réponses aux réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Le terme « Coping », d'abord traduit par « stratégie d'ajustement » est admis dans le vocabulaire français depuis 1999.

Le coping peut prendre des formes diverses. Il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse ? de l'agressivité, ...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide, ...). Tout ceci permet au sujet porteur de trisomie 21 de se confronter à l'adversité de tenter de transformer la situation ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable.

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, « Psychological Stress and Coping Process » (1966), où il désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes.

Le sujet porteur de la trisomie 21 en situation des apprentissages fera usage d'un ensemble de réponses, de réactions face à son environnement dans le but de se défendre et rester dominant. Ses réactions au regard de nos observations vont, dans la plupart du contexte de

classe, dans le sens de l'agression envers les pairs, de l'insubordination à l'endroit des encadreurs ; ce que nous avons désigné par « le comportement indocile ». L'indocilité d'après le dictionnaire (Le nouveau petit Robert, P. 1163) C'est le caractère de celui qui est indocile, qui ne se laisse pas diriger, de celui qui est fortement opposé, hostile à quelque chose, qui refuse de s'y soumettre (Rebelle à la discipline).

L'enfant porteur de la trisomie 21 en général ne se laisse pas influencé par son entourage il réagit aux réactions de déplaisir en opposant son agressivité et sa résistance preuve de son indocilité. L'enfant porteur de la trisomie 21 apprenant est d'avantage cet individu qui n'accepte pas les attaques de ses camarades d'où qu'elles viennent et résiste fortement aux dires de l'enseignant en lui opposant des réponses de natures agressives, violentes comme preuves indéniables de son caractère révoltant qui caractérise sa nature indocile.

Ainsi, dans les situations éducatives au sein de l'école inclusive que spécialisée, les enfants déficients intellectuels en général et les trisomiques en particulier, face aux situations d'attaque extérieure susceptible de déclencher le stress, amenant ces derniers à développer une personnalité agressive et indolente pour faire des ajustements nécessaires et rester autant que faire se peut en accord avec eux même et dans la mesure du possible avec leur environnement.

Nous avons été fortement marqués lors de nos différents stages de prise en main par l'indocilité des enfants trisomiques alors que les autres camarades manifestaient difficilement leur état agressif et par ricochet leur caractère indolent. Cette situation nous a marqué et nous avons cherché à comprendre comment et pourquoi cette agressivité doublée de cette indocilité est fortement observable et manifestée dans les réactions comportementales des enfants trisomiques apprenants.

Au regard de cet intérêt que la situation a relevé en nous, cela nous a amené à une formulation de notre sujet tel qu'énoncé au titrage. Pour traiter notre sujet d'étude, nous avons opté pour un devis qualitatif avec une approche exploratoire et avons mobilisé les théories de coping ainsi que celles de l'agressivité qui représentent le caractère manifeste et morphotypique du comportement d'indocilité des dits sujets en situation de classe.

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

La première partie intitulée cadre théorique et conceptuel qui situe le phénomène comporte les chapitres I,II,III.

Le premier chapitre qui situe le phénomène, présente les éléments contextuels, expose la problématique, met en évidence la pertinence d'étudier le coping de l'agressivité, soumet les hypothèses et questions de recherche et définit les concepts de l'étude.

Le deuxième chapitre accorde une attention particulière aux généralités sur la trisomie 21. Il donne tour à tour, l'histoire et l'évolution du handicap, son épidémiologie dans le monde, les causes et les facteurs de risque en passant par sa typologie et sa prise en charge, avant d'expliquer les attitudes et aptitudes des sujets porteurs de la trisomie en situation de classe.

Le troisième chapitre fait état de la recension des écrits sur les théories de l'étude, les modalités coping de l'agressivité et les stratégies de gestion du sujet porteur de la trisomie 21 indocile.

Comme la première partie, la deuxième partie est intitulée cadre méthodologique et opérationnel comporte les chapitres IV, V et VI.

Le quatrième chapitre « méthodologie » qui fait un bref rappel sur le problème de l'étude, la question de recherche, les hypothèses d'une part, et précise d'autre part, les méthodes d'approche, la population, l'échantillon et la méthode utilisée ainsi que l'instrument de collecte de données, la méthode d'analyse et aussi les difficultés que nous avons fait face lors de la passation et même lors du dépouillement des données.

La cinquième partie propose la présentation et l'analyse des résultats, une interprétation de ces données et élabore les propositions d'intervention.

Le chapitre six aborde l'interprétation et les suggestions que nous pouvons apporter sur divers plans.

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

**Partie I : CADRE THEORIQUE ET  
CONCEPTUEL**

**CHAPITRE I :**  
**PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE ET DEFINITION**  
**DES CONCEPTS CLES DE LA RECHERCHE**

Ce chapitre aborde la problématique de l'étude, la question de recherche, les objectifs, les intérêts et les limites tant conceptuelles qu'environnementales.

## **I- Problématique**

### **1.1. Contexte et justification de l'étude**

La trisomie 21 est la forme la plus connue et la première cause de déficience mentale dans le cadre du handicap mental ; il s'agit d'une anomalie chromosomique causée par la présence d'un chromosome surnuméraire à la paire 21 du caryotype de la personne atteinte. Encore appelée syndrome de Down, sa prévalence est estimée à 1/1000 et 1/1100 naissances à travers le monde.

Chaque année environ 3000 à 5000 enfants naissent avec cette anomalie chromosomique. Son incidence varie considérablement en fonction des pays, du mode de recensement des données, de la répartition de l'âge maternelle dans la population considérée et de l'application des politiques de dépistage systématique (Loane et al.,2013).

Actuellement, la trisomie 21 est la forme la plus fréquente des anomalies génétiques puisqu'elle concerne 400 000 personnes en Europe (Loane et al.,2013). En Amérique du Sud, la prévalence de trisomie 21 est de 15 pour 10000 au Chili dans la période de 1990 à 2001 (Nasser et al.,2003).

En Afrique, les données épidémiologiques nationales commencent à exister. En effet, au Bénin Alao et al., 2010 soutiennent que pour une population de 8000 000 d'habitants, le nombre d'enfants porteurs de trisomie 21 devrait avoisiner 500.

Déjà en 1982, Adeyokunu montre qu'au Nigeria, l'incidence de la trisomie 21 était de 1,16 pour 1000 pour un échantillon de 25025 personnes. En Afrique du Sud cette valeur varie selon les auteurs : Kromberg et al.,1992 notent une incidence de 1,16 pour 1000 ; (Delport et al.,1995) relèvent 1,33 pour 1000, tandis que pour (Venter et al.,1995), l'incidence est de 1,09 pour 1000.

En Tunisie, la prévalence totale estimée de la trisomie 21 est de 0,98 pour 1000 grossesses (Chelli et al.,2008). En Algérie, selon un recensement établi par l'association nationale des enfants trisomiques, le nombre d'enfants atteints de la trisomie 21 est de 80000. La même source indique que parmi les enfants qui naissent chaque jour, au moins 03 cas présentent les symptômes de trisomie 21 (Anet ,2012).

Au Cameroun, les données statistiques concernant les sujets porteurs de la trisomie 21 ne sont pas connues ; cette méconnaissance empêche les spécialistes d'avoir une estimation sur le nombre de personnes atteintes de la trisomie 21. Bien plus, la situation est d'avantage grave

dans les centres et institutions à caractère spécialisée en raison de l'absentéisme et la non inscription de certains sujets pour une prise en charge efficiente.

Bien que cette prise en charge des sujets porteurs de trisomie 21 soit multidisciplinaire dont axée sur le volet psychologique, orthophoniste et surtout éducatif, nous avons pu observer chez certains sujets indociles un ensemble de comportements perturbateurs. Il s'agissait des gestes antisociaux incluant un taux élevé d'opposition en vers les pairs dans les situations de consignes de groupe et une agressivité vis-à-vis des éducatrices dans les situations de remise à l'ordre de façon répétitive.

Selon (Vitaro et al., 2005) les enfants indociles ayant des problèmes d'agressivité sont ceux à risque de présenter des difficultés d'apprentissage pouvant mener à la baisse des performances scolaires. Lorsque ces problèmes deviennent trop élevés chez ces derniers, ils peuvent être identifiés comme trouble de comportement pouvant nuire à leur développement adaptatif et aussi à celui des pairs de leur entourage (Mels, 2007). Ces comportements peuvent être sur-réactifs (conduites opposantes et agressives, trouble du déficit de l'attention, etc...).

Les sujets n'ayant pas appris à remplacer leurs comportements agressifs par des comportements plus acceptables ont des risques plus élevés de subir des échecs dans les apprentissages scolaires que ce des pairs ayant réussi à remplacer leurs comportements agressifs (Tremblay, 2003).

En situation de classe, ces enfants trisomiques 21 sont plus résistants aux approches traditionnelles et aux interventions plus ordinaires, d'où le besoin d'interventions plus ciblées pouvant les aider à développer cette autorégulation comportementale nécessaire à leur réussite scolaire. L'intervention offerte via les stratégies de coping les plus adéquats leur permettant de faire face aux situations aversives.

Pour ce qui est du caractère adaptatif ou non de ces diverses stratégies de coping, notons avec (Lazarus et Folkman, 1984 a), qu'une stratégie de coping est efficace (ou adéquat) si elle permet à au sujet de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique.

Ce qui veut dire que le sujet porteur de trisomie 21 par exemple, arrive à contrôler ou résoudre non seulement son problème qui est l'indocilité, mais qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives, et notamment sa détresse.

Evoqué au début de l'histoire du stress au travers du concept d'homeostasie, on retrouve aujourd'hui ce même souci d'adaptation à travers le concept de coping. Son caractère dynamique et transactionnel lui permettant d'évoluer en même temps que la situation se modifie ou le modifie (Lazarus et Folkman, 1988). Il dépend des facteurs externes (Contexte, environnement social) et interne (traits de personnalité, événements antérieurs, motivations...).

Par ailleurs, la double évaluation, implicite et explicite des situations stressantes, proposée par Lovallo (1997), nous amène à nous interroger sur les possibilités cognitives des enfants porteurs d'une T21 à effectuer ce double traitement de l'information en raison de leur déficience intellectuelle.

Selon (Schuengel et Janssen, 2006), Chez le sujet porteur de la trisomie 21 l'évaluation de l'information ne se fait qu'à un niveau implicite, ce qui pourrait renforcer ses difficultés à faire face aux situations aversives et qui ne seraient pas régulé par une seconde analyse, explicite. Les stratégies de coping sont ainsi nécessaires pour aider à faire face aux situations aversives et influencer positivement l'amélioration des comportements agressifs chez l'enfant trisomique 21 indocile.

## **1.2- La formulation du problème**

### **1.2.1- Constat théorique**

L'agressivité chez un enfant handicapé mental notamment un enfant trisomique 21 peut être considérée comme une manière de réagir à l'atmosphère qui l'entoure soit du fait des comportements de ses parents, ses frères et sœurs ou bien de son entourage qui peuvent l'aider à dépasser ses difficultés ou au contraire, cristalliser les choses et provoquer de véritable blocage dans le développement psychique de ce dernier (fixation à un stade de développement, régression dans une dépendance passive) (Christine Champonnois, 2002, p 84).

Les pulsions agressives aussi sont à la source de nombreuses conduites tant au plan individuel que collectif, Freud voit dans l'agressivité le résultat de la frustration, en suite elle est considérée comme une expression de pulsions particulières (pulsions de mort). ((Martine Stassart, 1998, p65).

Les enfants porteurs d'une T21 sont généralement non agressifs, toutefois 15% de ces derniers sont concernés par des problèmes d'agressivité (Powis et Oliver, 2014) ; Ceux-ci présentent des déficits au niveau de la régulation et de la perception émotionnelle, de l'inhibition comportementale et de la flexibilité, qui limitent leur capacité à ajuster l'utilisation de ces compétences en fonction du contexte.

Ce qui suggère une réponse adoptée par ces derniers à un état d'hyperexcitation physiologique se traduisant par des comportements d'agressivité ou de destruction en réponse à une situation stressante qu'ils n'arrivent pas à réguler, comme proposé par Lovallo (1997) ;

Ces instances d'agressivité se manifestent dans leur cadre des apprentissages par différentes formes de comportements antisociaux qui incluent un taux élevés d'opposition et de provocation.

### **1.2.2- Constat empirique**

Notre stage de Master I à CAF ESPOIR et à ESEDA a été très enrichissant car il nous a permis découvrir la réalité du Handicap mental qui constitue notre domaine d'étude. Plusieurs faits ont été frappants notamment dans l'identification des caractéristiques des personnes qui en sont porteurs (autismes, trisomie 21, infirmité motrice cérébrale...).

D'une manière générale, les caractéristiques observées coïncident à celles étudiées dans le cadre de nos enseignements dans le domaine du handicap mental, habileté mentale et conseil. Néanmoins, certains faits pouvaient être interpellateurs car semblaient s'opposaient à ceux qui est généralement admis, au regard des enseignements reçus et même de la littérature existante, surtout parlant des personnes porteuses de la trisomie 21.

En effet, des caractéristiques sociales de l'enfant trisomique 21 sont vus en cours et aussi celles des observations du terrain, les enfants porteurs de la trisomie 21 semblent dans toute la famille du Handicap mental être les personnes les plus sociables possibles telles qu'on l'a constaté. En effet, ils n'ont pas de difficultés à aller vers l'autre et à entretenir des relations avec leurs camarades, les personnes étrangères (stagiaires) et même leurs encadreurs.

Toutefois, ce qui nous a le plus interpellé dans ce constat est la qualité des relations qu'ils ont tendance à entretenir avec leur camarade d'abord mais aussi avec leurs encadreurs et aussi les personnes étrangères dont il est question dans lignes qui ont précédées celles-ci. Malgré leur difficulté d'apprentissage parfois plus prononcées que celles des autres, ils ont tendance le plus souvent à prendre la place des supérieurs et des encadreurs en leur absence et d'imposer leur point de vue à leurs camarades.

Ce qui nous a interpellé et nous a amené à nous poser la question du pourquoi de cet ego surdimensionné en dépit du fait qu'ils ont conscience des connaissances supérieur vis-à-vis d'eux au regard de la capacité de répondre aux enseignants pendant les cours tel qu'il est observé aux heures de classe. Quelques fois, l'une d'entre elle (trisomie 21) allait même dans la cours de récréation jusqu'à prendre la place de l'enseignant et à vouloir enseigner aux autres de fois les choses qu'elle ne comprend pas.

Et même cette tendance à dominer étant observable à l'endroit des étrangers (stagiaires) et même de la maitresse de classe qui avait souvent du mal à se faire obéir par ces sujets porteurs de la trisomie 21 qui s'opposaient à la correction de leurs erreurs ou à l'endroit d'une nouvelle consigne. Bien plus voulant recadrer ces derniers dans les situations d'opposition, ceux-ci

présentaient des comportements de révolte et d'agressivité tels que les morsures, les coups de pied, la bousculade ou le renversement des outils d'enseignement en situation de classe tout en se laissant tomber pour certains en guise de représailles.

Ce qui biaisait le plus souvent la communication harmonieuse devant exister en situation pédagogique. Certes en présence de la Fondatrice et du Directeur du centre ils obéissent. Ceci nous a amené à nous poser la question sur le contexte de cette obéissance ; le respect des règles observées en présence des autorités du centre pouvait-il être entendu comme un acte d'obéissance (docilité) ou une réponse de crainte des représailles ?

### **1.2.3- Le problème de recherche**

L'éducation étant entendu comme une situation essentiellement communicative et coopérative devrait proscrire toute réponse liée à la frustration car ne facilitant pas la rétention.

En effet, Freud dans sa théorie du fonctionnement psychique (Lunga, 2020) déclare : « les événements ayant un caractère aversif (liés d'affects) ont toujours une tendance à être refoulé et leur retour dans le champ perceptif peut être à l'origine d'une souffrance psychique (névrose ou psychose) ».

L'éducation peut donc être envisagée comme un art de conduire les enfants à intérioriser les normes sociales pouvant leur permettre d'être et de vivre d'une manière autonome mais harmonieuse dans leur société d'appartenance.

Ce qui est belle et bien le motif de tout accompagnement des personnes à besoin spécifique par les éducateurs spécialisés. De ce qui précède, il ressort dont que les éléments observés chez les enfants trisomiques 21 cités si haut peuvent être classés dans l'ordre de la désobéissance ou de l'indocilité car aucun environnement social ne fait de l'indocilité une valeur.

L'agressivité fait partie du bagage génétique de l'être humain en générale et elle permet l'enfant porteur de la trisomie 21 de s'adapter et d'évoluer. Dans la première année de vie de l'enfant elle est essentiellement bonne. Cependant, elle devient inadapptée et prend la conotation de l'indocilité ou il peut s'agir de gestes antisociaux lorsqu'elle est utilisée comme mode courant ou exclusif d'interactions sociales pour extérioriser son desaccord et que ses manifestations compromettent l'intégrité des paires en situation de classe (Bowen et al., 2000).

Cette agressivité peut être physique (frapper, mordre, pousser, se battre, bousculer, etc.) ou verbale lorsqu'elle vise à imposer ses propres règles différentes de celles établies par l'enseignant ou les personnes significatives de son contexte social et parfois même se manifester par les comportements d'insubordination ou une tendance à dominer les paires que

nous appellons dans le cadre de notre travail « indocilité ». Dès lors, on peut se poser la question comment les sujets porteurs de trisomie 21 pourraient-ils bénéficier des apprentissages qui leurs sont proposés en ignorant, par leur opposition, par leur opposition ignorent toute hiérarchie pouvant exister en contexte éducatif. La scolarisation leur est-elle bénéfique dans ce contexte ? L'expansion sociale observée généralement chez les trisomiques 21 devrait nous permettre de prédire une situation contraire à ce qui est vécu en milieu scolaire chez ces sujets et que nous exprimons en terme d'indocilité. Il y'a donc lieu de se poser la question de cette indocilité observée chez les personnes porteuses de la trisomie 21 .

John Bolby et ceux qui ont mené à sa suite une étude sur les phénomènes d'attachement sont ceux qui nous donnent une piste d'investigation à travers ces affirmations selon lesquelles : « les types d'attachement que développent un enfant a un impact sur les relations adultes futurs, harmonieuses ou antagonistes ».

Dans sa théorie psychanalytique, Freud quant à lui estime que « l'évolution de la relation d'objet joue un rôle significatif dans la perception de la réalité et la différenciation du moi ». C'est pour dire que le Moi et le Surmoi construit du sujet porteur de la trisomie 21 sont révélateurs de la réalité par les différents affects liés à son stade de développement.

Au regard de ce qui précède, les différents éléments d'insubordinations observés plus haut peuvent à la rigueur être considérés comme de la révolte ou l'opposition ; ce qui renvoie au problème de : « l'indocilité et acquisition des compétences chez l'enfant porteur de la trisomie 21 en milieu scolaire ».

#### **1.2.4- Problématique spécifique de l'étude**

Une faible éducation, les taux élevés de stress familial, la monoparentalité, les disputes familiales et l'abus de drogue des parents constituent tous des facteurs de risque particulièrement élevés de développer des problèmes de comportements agressifs chez les enfants trisomiques 21 indociles (Sisk, 2013).

A notre avis les comportements abusifs ou désengagés de la part des acteurs du système éducatif sont aussi des facteurs de risque importants pour le développement et pour le maintien de comportements agressifs des enfants en institution scolaire.

Les enfants dont l est plus impulsif, plus inattentif et hyperactif reçoivent souvent moins d'encouragement et de soutien, et davantage de punition de la part des parents et des enseignants. Ils vivent aussi plus de rejet de leur par les pairs et d'isolation à l'école.

De telles réponses de la part des enseignants et des pairs augmentent le risque d'intensifier l'agressivité et de la porter vers l'indocilité

On observe comme une reproduction des comportements à risque ayant provoqués les épisodes d'agressivité à répétition. Toutes choses, qui posent un problème de l'efficacité des stratégies de coping face aux comportements agressifs du trisomique 21 indocile. Le cadre éducatif étant pris comme une transposition du cadre familial appelé à réguler dès la toute petite enfance l'agressivité du sujet jouera ainsi donc un rôle fondamental dans la régulation des comportements d'indocilité, dans l'optique d'amener le sujet à exprimer des comportements de docilité socialement acceptable

Nous pensons donc que la qualité de la relation pouvant exister entre la maîtresse (image de la mère), les dirigeants de l'école (le père) et les collègues (les pairs) pourrait jouer un rôle fondamental dans la régulation de cette agression qui trouve certainement ses origines dans la relation de l'enfant et amener le sujet triso 21 à devenir docile. Notre travail visera de mettre en lumière les problèmes d'insubordination en milieu éducatif en lien avec l'acquisition ou la non acquisition des compétences chez les personnes trisomiques l'acquisition des connaissances et compétences des sujets porteurs de la trisomie 21 en situation de classe.

### **1.3- LA QUESTION DE RECHERCHE**

Pour mieux comprendre l'impact des relations éducatives en tant que le coping de l'agressivité sur le développement des comportements de docilité chez l'enfant en situation de classe, nous nous appuyerons sur deux ordres de questions de recherche à savoir la question principale et les questions secondaires :

#### **1.3.1- Question principale**

Notre question principale ici est : « Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de la Trisomie 21 en âge scolaire ? »

#### **1.3.2- Questions de recherche spécifiques**

De cette question principale découle trois questions spécifiques qui sont entre autres :

Q R 1 : la relation anaclitique a-t-elle un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire ?

Q R 2 : la relation triangulaire a-t-elle un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire ?

Q R 3 : le lien avec les pairs a-t-il un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire ?

### **1.4- LES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE**

Une hypothèse est définie selon (Quellet, 1987) comme étant Une affirmation provisoirement suggérée comme explication d'un phénomène. Elle sert à engager une réflexion plus ou moins approfondie et oriente les informations plus ou moins précises ». Pour (AKTOUF, 1987) « Une hypothèse est en quelque sorte une base avancée de ce que l'on recherche à prouver.

C'est la formulation des conclusions que l'on va s'efforcer à justifier et de montrer méthodologiquement et systématiquement ». Dans le cadre de notre étude nous avons formulé une hypothèse générale et trois hypothèses de recherche.

#### **1.4.1- Hypothèse générale**

(Tsala Tsala, 1991) définit l'hypothèse générale comme une hypothèse de travail qui sert à engager une réflexion plus approfondie, à orienter vers des informations plus ou moins précises, à permettre des choix concernant des objets précis de recherche et les méthodes d'acquisition des connaissances. C'est la ligne directe sur laquelle s'engage le chercheur.

Ainsi, d'après le problème qui nous préoccupe, elle est la suivante :

Le coping de l'agressivité a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de Trisomie 21 en âge scolaire. Cette hypothèse générale est éclatée en trois hypothèses secondaires

L'aide supplémentaire et l'encadrement pendant les premières années devront être ciblées sur l'apprentissage des règles d'un comportement social approprié

#### **1.4.2- Hypothèse de recherche (HR)**

Selon (Tsala Tsala, 1992) « L'hypothèse de recherche la concrétisation de l'hypothèse générale. Elle se veut plus précise et formellement énoncée. Elle évoque les manifestations effectivement réalisables.

- **HRI** : la relation anaclitique a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire
- **HRII** : la relation triangulaire a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire
- **HRIII** : le lien avec les pairs a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

#### **1.5- OBJECTIFS DE L'ETUDE**

L'objectif est le but à atteindre après l'expérience. Il est divisé en deux catégories :

L'objectif général et les objectifs spécifiques.

### **1.5.1- Objectif général**

Cette étude a 01 objectif général et 03 objectifs spécifiques

L'objectif premier à travers cette étude est de comprendre l'impacte des modalités de coping de l'agressivité sur la docilité des sujets porteurs de la trisomie 21 en situation de classe.

### **1.5.2- Objectifs spécifiques**

De manière spécifique, nous ambitionnons d'identifier et comprendre l'impacte de la relation anaalytique, la realtion triangulaire et le lien aux paires sur la gestion de l'agressivité infantile et l'amélioration de la condition d'indocilité du sujet porteur de la trisomie 21 en situation de classe.

Après la formulation des différents objectifs, il nous importe de déterminer les intérêts de notre étude.

## **1.6- LES INTERETS DE L'ETUDE**

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

### **1.6.1- Intérêt social de l'étude :**

Sur le plan social, notre travail est intéressant pour la société, les parents et les enseignants. Elle apporte ainsi sa modeste contribution sur la compréhension des sujets porteurs de trisomie 21.

Les parents et les encadreurs peuvent se servir de cette étude pour faciliter l'insertion sociale des personnes atteintes de la trisomie 21 en ce sens qu'elle ouvre la voie à des perspectives de compréhension et de communication sociale meilleures des dits sujets.

### **1.6.2- Intérêt scientifique de l'étude :**

Sur le plan scientifique, notre travail contribuera à participer à l'augmentation des connaissances scientifique du sujet porteur de la trisomie 21 en générale et de celui avec des comportements d'indocilité en particulier

Elle visera à compléter les connaissances du sujet porteur de la trisomie 21 dans le domaine des sciences de l'éducation en générale et de l'éducation spécialisée en particulier. À travers elle, la communauté scientifique toute entière prendra plus en compte la place de la personne porteuse de trisomie 21 dans les réflexions scientifiques.

Elle portera plus haut, les efforts que feront ces personnes à leur niveau, selon leur capacité, comme c'est le cas des personnes dites « Normales ».

### **1.6.3- Intérêt pour les participants**

Cette étude contribuera à faciliter l'insertion sociale des sujets atteints de la trisomie 21 en ce sens qu'elle ouvre les voies à des perspectives de compréhension et de communication sociale meilleures de ces personnes.

## **1.7- LES LIMITES DE L'ETUDE**

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

### **1.7.1- Les limites thématiques :**

Cette étude s'inscrit dans le champ de l'éducation spécialisée et s'intéresse à l'incidence des stratégies de coping de l'agressivité chez les enfants trisomiques 21 indociles. Ce travail est axé sur trois étapes :

- La première étape est théorique et centrée sur l'élaboration des supports empirique et théorique qui sous-tendent la problématique ;
- La deuxième phase est celle du terrain, elle concerne la collecte des données auprès des sujets ;
- La dernière étape est constituée du dépouillement, l'analyse et l'interprétation des données collectées sur le terrain.

### **1.7.2- Sur le plan spatio-temporel :**

Nous avons choisi de mener notre étude dans la ville de Yaoundé, dans l'arrondissement de Yaoundé I ainsi que dans l'arrondissement de Yaoundé VI. Dans les Centres respectifs d'ESEDA et de CAF/ESPOIR. Cette étude a débuté en Janvier 2020, et prend fin avec le dépôt pour expertise au mois de Juillet 2022

## **II- Définition des concepts**

### **2.1- Le Coping :**

L'étymologie du mot anglais to cope (affronter, faire face, venir à bout, s'en tirer) trouverait son origine dans le vieux dictionnaire français : coup, couper, frapper, et au-delà du latin colpus, colaphus, et le grec Kolaphos : frapper de façon vive et répétitive, en particulier avec la main (Paulhan et al. 1995). Cela souligne le caractère actif et conscient du processus, qu'il convient donc de distinguer des mécanismes de défense.

Le terme coping fait référence à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un évènement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact de son bien – être physique et psychique.

Lazarus et Folkman définissent le coping comme :

« L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer les exigences spécifiques internes / ou externes qui sont évaluées par la personne et comme consommant ou excédant ses ressources. » Selon le grand dictionnaire de psychologie Larousse (2002 ; p.218) : « le coping est un processus actif par lequel, l'individu par auto-appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à la vie et à une situation stressante et réussit à la maîtriser ».

## **2.2- L'agressivité :**

Agressivité → Étymologie : 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. (Pierre Glivier, 2001, p10). - Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « tendance à attaquer autrui ou tout objet susceptible faire obstacle à une satisfaction immédiate ». (Idem. P151).

Le mot agressivité est issu du latin *agredire*, qui signifie « marcher vers » (Zaczyk, 1998, p. 14). L'auteur Violaine Martinella-Grau désigne l'agressivité comme la tendance à attaquer autrui, ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate (Martinella Grau, 2011, p.49).

D'après Donald Woods Winnicott, l'agressivité est une réaction à la frustration. Elle figure aussi comme une des sources principales d'énergie (Winnicott, 2004, p.28).

## **2.3- L'enfance :**

Est définie par (N. Sillamy, 1991, P.97) comme une « période de vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence ».

Cette période est considérée comme le centre d'intérêt de plusieurs chercheurs notamment en psychologie clinique, par rapport à son importance dans le développement normal de l'être humain.

## **2.4- L'indocilité :**

D'après le dictionnaire (Le nouveau petit Robert, P. 1163) C'est le caractère de celui qui est indocile, qui ne se laisse pas diriger, de celui qui est fortement opposé, hostile à quelque chose, qui refuse de s'y soumettre (Rebelle à la discipline).

## **2.5- La trisomie 21 :**

Les termes « trisomie », « trisomique » se sont substitués à « mongolisme » « mongolien » avancés par le médecin anglais John Haydon Down 1828-1896 qui s'appuyant sur les caractéristiques mongoloïdes du visage d'un groupe particulier d'arriérés mentaux.

En 1959 fut la découverte d'un chromosome 21 surnuméraire par l'équipe française de J. Le jeune, M. Gauthier et R. Turpin (Bloch et All, P.968). La trisomie 21 est une aberration chromosomique consistante la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes. (Norbert Sillamy, P. 1202).

L'analyse des définitions portant sur le coping et l'agressivité nous conduit à définir l'expression ci-dessous en ces termes :

## **2.6- Le coping de l'agressivité :**

Ensemble des efforts cognitifs ou comportementaux qui, par auto- appréciation de ses propres capacités permet au sujet de faire face à la situation d'agressivité et réussi à la reajuster ; Ce qui veut dire que c'est un ensemble de contexte dans lequel le sujet exposé à une situation aversive peut agir sur sa perception de l'environnement interne et externe et réussit moduler son comportement d'agressivité.

## CHAPITRE II :

### REVUE DE LA LITTERATURE

#### **I- LE HANDICAP MENTAL**

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

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». C'est une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances et de la cognition.

Il peut se traduire par une incapacité d'apprendre et entraîner des difficultés à faire face au quotidien. Il est la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle. Il touche 1 à 3% de la population générale, avec une prépondérance de sexe masculin. (OMS ,2005).

L'usage en France, réserve le terme de « handicap mental » aux handicaps résultant d'une conséquence de la déficience intellectuelle. C'est donc un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neurocentrales et intellectuelles, il influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuels, psychoaffectifs et comportementaux.

Les atteintes sont sélectives. Elles sont irréversibles et non pas d'origine génétique directe. Le handicap mental est un handicap majeur aux étiologies diverses. Chez l'enfant les plus fréquentes sont les troubles de la maturation fœtale, les accidents d'accouchement, les accidents néo nataux et les maladies des petites enfances méningites, accidents, cérébraux.

La définition du handicap mental correspond à un handicap créé par un déficit mental, c'est-à-dire que la déficience intellectuelle, qui est une capacité limitée et permanente des facultés intellectuelles, peut se traduire par une incapacité d'apprendre et entraîner des difficultés à faire face au quotidien. La capacité correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.

Enfin, le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap. Il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou rend impossible l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Déficience = altération d'un organe (système nerveux central)

Incapacité = altération d'une fonction (touche l'individu)

Handicap = Désavantage social qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal

Le handicap mental est la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle.

### **A. Déficience intellectuelle**

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

En 2011, l'Association Américaine du Retard Mental (AAMR) définit la déficience intellectuelle comme : « Une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans.

- Évaluation de la déficience intellectuelle :

Les insuffisances mentales divisées en trois sous-groupes

- Les déficients profonds dont l'âge mental ne dépasserait pas 7 ans, (QI : entre 20-35)
- Les déficients moyens dont l'âge mental serait compris entre 7/8 ans et 10/11 ans, (QI : entre 35-50)
- Les déficients légers dont l'âge mental se situerait entre 12 et 13 ans (QI : entre 50-70)

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

- Débilité légère : de 100 à 70.
- Débilité moyenne de 60 à 40.
- Débilité profonde 40 et moins (cuillert, Monique (2007). p16)

### **Évaluation de la déficience intellectuelle**

- Capacités relationnelles
- L'autonomie, la socialisation
- Le mode de communication
- Le comportement général

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

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

#### **B-1-les facteurs organiques :**

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

#### **B-2- les facteurs psychologiques :**

La psychanalyse a apporté une contribution décisive dans la compréhension des troubles psychiques et mentaux, en imposant l'idée que leur origine n'est pas nécessairement organique mais qu'elle peut être psychogène et exprimer le mal être du sujet dans un environnement psychologique éventuellement pathogène : « des déficits profonds peuvent ne s'accompagner malgré toute les recherches, d'aucune étiologie organique évidente ».

On décrit ainsi des retards mentaux de personnalités fragiles qui se sont construites sur un mode déficitaire .de nombreux auteurs, parmi lesquels Mélanie Klein ont souligné la dépendance des performances intellectuelles et scolaires de l'ensemble de la personnalité décrivant des inhibitions ou des surinvestissements intellectuels à comprendre comme l'expression des mécanismes de défense mis en place par le sujet.

Cet aspect d'imbrication de facultés intellectuelles dans la construction de la personnalité correspond à l'approche psychopathologique des troubles cognitifs.

### **B-3-les facteurs environnementaux :**

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

#### **➤ PRISE EN CHARGE SPECIALISEE**

La situation du sujet porteur du handicap mental constitue une préoccupation majeure dans le cadre de la clinique du handicap. Étant porteuse de manière permanente d'une déficience intellectuelle, la personne handicapée mentale a besoin d'un soutien et d'un accompagnement adaptés, afin de mieux communiquer et d'interagir avec les autres et développer sa personnalité et ses potentialités.

Dans cette perspective, la nécessité d'une prise en charge, mieux d'un accompagnement clinique de ce sujet s'impose. Car il est difficile pour les familles en particulier et pour la société en général, sans expérience, d'envisager une dynamique relationnelle avec une catégorie de la population qui ne dispose pas de toutes ses habiletés mentales ou de toutes ses capacités de raisonnement.

Aussi l'accompagnement clinique se présente-t-il comme étant un moyen qui permet à l'handicapé mental de bénéficier d'un soutien et d'un cadre de dialogue permanent, afin de se sentir humain parmi les humains. L'accompagnement clinique est donc une modalité de prise en charge qui peut favoriser l'autonomisation du sujet porteur de handicap mental afin d'aider les personnes handicapées mentales à être utiles à elles-mêmes et à la société.

Il s'agit de mettre en place une stratégie éducative spéciale :

- Structurer l'environnement et le rendre significatif afin que le sujet comprenne ce qu'on y attend de lui.
- Enrichir les intérêts par le renforcement positif de sorte que le but de l'activité soit sa maîtrisée

- Pratiquer la vigilance et la cohérence verbale et gestuelle. Observer les signaux de recherche de compagnie de crises, éviter les concepts
- Travailler les émotions à travers les portraits, les scènes de mimes, le miroir, la confrontation à des émotions vraies.

## **II- Généralité sur la trisomie 21**

La trisomie 21, que l'on appelait mongolisme, est la première cause de retard mental, d'origine génétique. Elle est aussi l'anomalie chromosomique la plus fréquente, environ un nouveau-né sur 800 en est atteint dans la population générale.

La longévité des enfants affectés a considérablement augmenté grâce au progrès de la médecine et de la bonne prise en charge de sorte que nous rencontrons maintenant beaucoup d'adultes et même de vieillards trisomiques.

Il est encore plus mal connu du grand public. Le facies des personnes qui en sont atteintes semble attirer sur elle tous les préjugés et les craintes relatives à l'arriération mentale.

Toutefois le bon nombre de parents s'efforcent d'élever au moins leur enfant trisomique mais n reçoivent que rarement les informations exactes et utiles. Ainsi nous allons nous attarder dans cette partie de notre travail, sur l'histoire de la trisomie 21 et son étiologie ainsi que son épidémiologie.

### **II-1- Historique et évolution du concept**

La trisomie 21 ou « Syndrome de Down » est la première aberration chromosomique décrite chez l'homme.

- **1838** : Jean-Etienne-Dominique Esquirol décrit pour la première fois des patients dont les traits s'apparentent fortement à la trisomie 21 : « muscles mous, ventre volumineux, tête souvent grosse, yeux écartés, nez épaté, lèvres épaisses, langue pendante, bouche mi- ouverte, cou court et gros, face bouffie, ce qui la fait paraître carrée ». Cependant, à l'époque, il ne s'agit pas pour lui d'une entité clinique spécifique comme nous le fait remarquer Michèle Carlier dans son ouvrage *Déficiences intellectuelles et intégration sociale* (p 354).
- **1866** : Edouard Séguin complète cette description à travers les observations de Paul et Cécile, qu'il rédige dans son ouvrage *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots* en 1848. À l'époque il conclut ceci : « Il n'y a pas à s'y tromper, les désordres

physiologiques étaient d'une importance seconde, l'état intellectuel et moral était seul grave sans être alarmant, aucun instinct anormal ne révélait les désordres nerveux caractéristiques de l'idiotie, j'avais affaire à un enfant simplement arriéré. » (p 543).

Puis, en 1866, il parle dans un second ouvrage, intitulé *Idiocy and its treatment by the Physiological Method*, « d'idiotie furfuracée » ou de « crétinisme furfuracé » du latin *furfur*, qui signifie « son » (la céréale) par comparaison avec le teint laiteux de ces individus.

- **1866** : Parallèlement, John Langdon Down publie un mémoire, nommé *Observations sur une classification ethnique des idiots*, dans lequel il décrit minutieusement les symptômes de ce syndrome afin de conclure : « J'ai eu l'occasion d'observer un nombre considérable d'idiots et d'imbéciles, et de constater que beaucoup pouvaient être exactement rattachés à l'une des grandes races humaines, autres que celles d'où ils descendent. »

C'est ainsi que J. Langdon Down a classé les idiots parmi la « variété mongolique ou mongolienne ». Suite à cette classification, le nom de « mongolisme infantile » en rapport avec le faciès des peuples mongols a perduré près d'un siècle.

- **1958** : Jérôme Lejeune, Raymond Turpin et Marthe Gauthier, mettent en évidence la présence d'une anomalie génétique, 47 chromosomes présents au lieu de 46, chez ces individus atteints de « mongolisme ». Ils identifient le chromosome surnuméraire comme étant le vingt-et-unième, d'où le nom de « trisomie 21 », trisomie pour trois chromosomes, formé à partir de *tri-* du grec ancien *treîs* « trois » et de *-somie* du grec ancien *sôma* « corps », le chiffre 21 quant à lui désigne la vingt-et-unième paire. Cette découverte, annoncée à la communauté scientifique par une note, le 26 janvier 1959 à l'Académie des Sciences à Paris<sup>6</sup>, établit pour la première fois au monde un lien entre un état de débilité mentale et une aberration chromosomique.
- **1960** : Dans la nomenclature adoptée par la commission internationale de Denver, le mongolisme est désormais appelé « trisomie 21 ».
- **1961** : L'appellation « mongolisme » étant encore très employée, un groupe de scientifiques revendique le remplacement de ce terme par celui de « syndrome de Down », notamment auprès de la revue médicale britannique *The Lancet*<sup>8</sup>.

- **1965** : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) supprime officiellement le terme mongolisme en le remplaçant par la formulation « trisomie 21 » ou « syndrome de Down ».
- En l'an **2000** : Une nouvelle étape est franchie avec le séquençage du chromosome 21. Toujours au cours de cette année, le magazine anglais Nature a présenté la séquence complète du chromosome 21, établie par 62 chercheurs internationaux qui ont contribué à cette étude (Hattori et al,2000).
- En **2012** : l'ONU fait du 21 mars, la journée mondiale de la trisomie, date symbolique, le 21 fait référence au chromosome 21 et mars (03) au nombre de ce même chromosome.

## **II-2- Epidémiologie de la trisomie**

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

### **II-2-1-Dans le monde**

Actuellement, la de trisomie 21 est la plus fréquente des anomalies génétiques puisqu'elle concerne 400 000 personnes en Europe. De grandes disparités de pratiques anténatales existent, comme en témoignent les données des registres européens ( Loane et al.,2013).

La proposition des cas de trisomie 21 diagnostiqués in utéro et les grossesses interrompues varie de 10 % en Pologne à 73,1 % en France pour la période de 1990 à 2009 (Loane et al,2013), d'où une variation considérable de la prévalence de cette maladie d'un Pays à un autre. Elle varie de 13 ,3 en Ukraine à 31,4 pour 10000 naissances en France dont une grossesse sur 650 dans la période de 1990-2009 (Loane et al,2013).

Malgré un taux de dépistage anténatal moyen de 46,9 %, la prévalence recueillie a plus ou moins augmenté et atteint 22,02 pour 10000 naissances dans la période de 1990-2009.

Une étude récente effectuée en Californie montre la même tendance avec une prévalence de 11 ,1 pour 10000 naissances vivantes (Dzourova et Pikhart ,2005). En Amérique du Sud, la prévalence de trisomie 21 est de 15 pour 10000 au Chili dans la période de 1990 à 2001 (Nasser et al.,2003).

Dans une autre étude, cette prévalence a augmenté significativement dans le même pays et atteint 29,6 Pour 10000 naissances vivantes (Ojeda et al.,2005).

## **II-2-2-En Afrique**

Le syndrome de down devrait exister dans toutes les catégories de populations au regard de sa pathogénie (Alao et al.,2010). Il est bien connu et abondamment étudié et rapporté aux États-Unis et en Europe.

Il est cependant, rarement rapporté dans les pays en voie de développement ( Ramirez et al., 2007). Cette rareté est probablement en rapport avec la disponibilité de connaissances et/ou de compétences dans la génétique clinique et chromosomique (Alao et al.,2010).

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

Devant l'absence des mesures similaires dans les pays en voie de développement, sa prévalence mais surtout son incidence seront élevées ( Weijerman et Peter de Winter,2010).

Dans certains pays, comme le Benin, le Nigeria, l'Afrique du Sud, l'Égypte la Tunisie, l'Algérie et le Maroc, des recherches assez significatives ont été effectuées et des données épidémiologiques nationales commencent à exister.

En effet, au Benin Alao et al., 2010 soutiennent que pour une population de 8000 000 d'habitants, le nombre d'enfants porteurs de trisomie 21 devrait avoisiner 500. Dejà en 1982, Addeyokunnu postulat qu'au Nigeria, l'incidence de la trisomie 21 était de 1,16 pour 1000 pour un échantillon de 25025 personnes.

En Afrique du Sud cette valeur varie selon les auteurs : Kromberg et al.,1992 notent une incidence de 1,16 pour 1000, Delport et al.,1995 relèvent 1, 33 pour 1000, tandis que Venter et al.,1995, l'incidence est de 1,09 pour 1000.

Les données épidémiologiques dans les pays Nord- Africains sont rares et assez disparates lorsqu'elles existent. Elles mettent l'accent sur la sous-évaluation initiale de l'incidence de la trisomie 21. Ainsi, en Tunisie, la prévalence totale estimée de la trisomie 21 est de 0,98 pour 1000 grossesses (Chelli et al.,2008).

En Algérie et au Maroc, il n'existe pas des données épidémiologiques concernant cette affection en dehors des données hospitalières ou celles rapportées par certaines associations, dont leurs ressources humaines et matérielles demeurent limitées (Lamzouri et al.,2012).

Toutefois, selon un recensement établi par l'association nationale des enfants trisomiques en Algérie, le nombre d'enfants atteints de la trisomie 21 est de 80000. La même source indique que parmi les enfants qui naissent chaque jour, au moins 03 cas présentent les symptômes de trisomie 21 (ANET, 2012).

### **II-2-3- Au Cameroun**

Au Cameroun, les données sur la trisomie sont très rares, Nous nous sommes basés dans le cadre de la recherche sur les données de santé tropicale 2017.

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

### **II-3- Définition de la trisomie**

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

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

Selon Brin-Henry et al. (2004), la trisomie 21 est une « maladie liée à la présence dans les cellules d'un chromosome surnuméraire sur la 21e paire. Ce chromosome surnuméraire permet d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie ». La trisomie 21 est donc une maladie d'origine génétique.

Dans le dictionnaire fondamental de la psychologie, la trisomie 21 est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologiques, neuromatrices, métabiologiques, immunologiques, et une déficience intellectuelle. (Bloch, 2002, p1349).

### **II-4- Les origines de cette aberration chromosomique**

À l'heure actuelle, il est difficile d'affirmer précisément quelles sont les causes « premières ». C'est-à-dire celles qui sont à l'origine de l'anomalie génétique : Pourquoi une erreur de distribution ou une translocation s'est-elle produite au moment de la division cellulaire ?

De nombreuses hypothèses sont étudiées et constituent des voies de recherche fondamentales. En revanche, il est indispensable de rappeler que rien ne contribue directement

à causer ou aggraver la trisomie 21 ; que ce soit durant la grossesse ou bien dans les actes, pensées et émotions de la mère<sup>1</sup>.

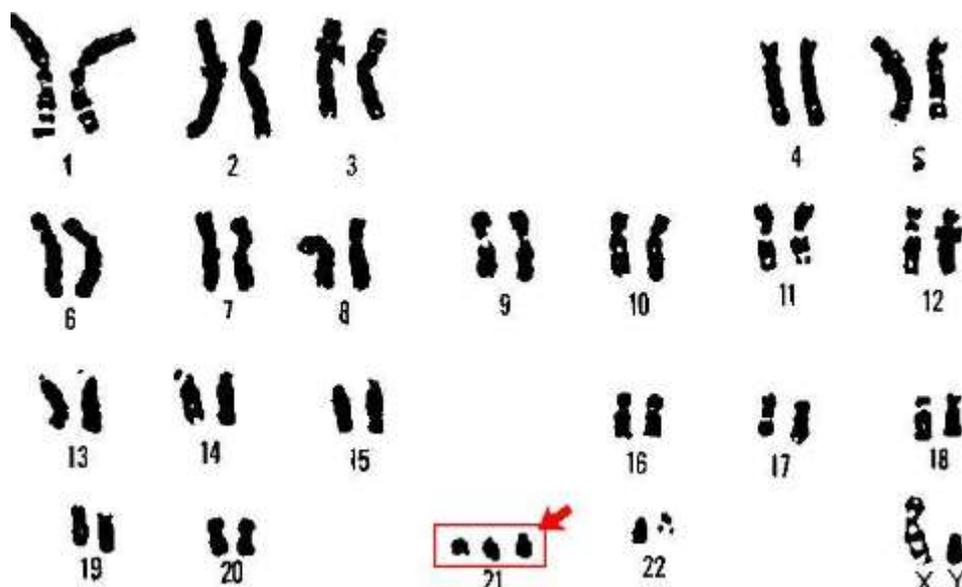
Les facteurs qui déterminent la trisomie 21 sont variés et peuvent être en interaction. Ils peuvent survenir avant, au moment où après la fécondation de l'ovule. On considère habituellement qu'il existe des facteurs génétiques liés à l'âge de la mère et héréditaires

En générale l'origine de la trisomie est une fécondation entre gamète possédant un chromosome 21, et un gamète possède un seul chromosome 21.

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

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

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



*Figure 1: caryotype de trisomie 21*

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

## ➤ Conception

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

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

Pour pouvoir décrire le commodément, les autosomes ont été numérotés du plus grand « paire 1 » au plus petit « paire 22 ».

Chaque être humain reçoit de ses parents 23 paires de chromosomes, soit 46 chromosomes avec une paire de chromosomes XX chez la femme et une paire de chromosomes XY chez l'homme. Au moment de la fécondation, c'est par la réunion d'un ovule et d'un spermatozoïde, seules cellules de l'organisme ne contenant que 23 chromosomes, que le fœtus reçoit un chromosome de chaque paire.

Au moment de la fécondation, c'est par la réunion d'un ovule et d'un spermatozoïde, seules cellules de l'organisme ne contenant que 23 chromosomes, que le fœtus reçoit un chromosome de chaque paire c'est-à-dire chacun des parents transmet 23 chromosomes, 1 X et 1 Y pour celles d'origine paternelle.

La division qui se produit ainsi, au sein du noyau des cellules sexuelles est la méiose ou division réductionnelle. Les chromosomes transmis par les parents sont donc, pour chaque paire au hasard, le chromosome qu'ils ont eux-mêmes reçu de leur père ou de leur mère.

La première cellule fœtale est ainsi constituée par les 23 chromosomes paternels et les 23 chromosomes maternels. Cette première cellule se divise en deux cellules à 46 chromosomes par mitose puis les divisions se poursuivent. C'est lors de la méiose que se produisent la plupart des anomalies qui sont à l'origine de la trisomie 21.

Dans la trisomie 21 le chromosome 21 est en trois exemplaires au lieu de deux, ce qui entraîne la présence en excès des gènes portés par ce chromosome (environ 300), déséquilibrant l'ensemble du fonctionnement de l'organisme. Elle résulte donc d'un accident mécanique subi par les chromosomes lors de la division cellulaire.

Il s'agit plus précisément, de la non-disjonction des deux chromosomes 21 lors de la méiose. C'est dire que dans une grande majorité des cas (95%), l'origine de ce syndrome est une mauvaise disjonction des deux chromosomes en première ou en deuxième division de la méiose.

## **II-5- Facteurs de risque et espérance de vie**

### **II-5-1- Facteurs de risque**

Pour le moment, le plus grand facteur de risque connu et non contesté de trisomie 21 est selon Mayo Clinics (2008 : p. 2), l'âge de la mère. Pour lui, ceci s'explique en partie par le vieillissement des ovocytes présents chez la fille dès la naissance.

Des recherches ont démontré que plus l'âge de la mère est avancé, plus le risque de trisomie 21 augmente ; à 40 ans, le risque est plus important qu'à 30 ans. Une femme ayant déjà donné naissance à un enfant atteint de trisomie 21 a un risque plus important pour les prochaines grossesses.

Le vieillissement des ovocytes maternels est également imputé dans plusieurs autres malformations d'origine chromosomique, entraînant le plus souvent une fausse-couche.

La trisomie 21 n'est généralement pas héréditaire, il n'y a donc pas transmission de parents aux enfants.

Néanmoins, les chercheurs ont mis en évidence qu'un certain type de syndrome de down peut être favorisé par la présence d'un genre particulier pouvant lui être commun à plusieurs membres d'une même famille.

Chez la personne trisomique, au tout début de son développement embryonnaire, il est aussi possible d'assister à une trisomie mosaïque, seule une partie des cellules de l'individu étant trisomiques. Les autres facteurs ne sont pas connus.

#### **❖ INCIDENCE DE LA TRISOMIE**

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

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

### **II-5-2- Esperance de vie**

On aperçoit aujourd'hui que les personnes vivant avec une trisomie 21 ont vu leur espérance de vie croître considérablement si on la compare à celle du siècle dernier.

Pour ne donner que quelques chiffres, rappelons qu'en 1929 l'espérance de vie pour ces personnes n'était en moyenne que de 09 ans, qu'en 1935 elle avoisinait les 15 ans et que

vers les années 1945-1950 elle se situait entre 25 et 30 ans. En 1997, aux Etats-Unis, on constatait que l'âge médian au décès des porteurs d'une trisomie 21 était de 49 ans.

Aujourd'hui, approximativement 45% des personnes dépassent l'âge de 60 ans et 15 % atteignent les 70 ans (Cuillert, M. (2007), p3). Il s'agit d'une progression remarquable. Cette progression n'est cependant pas seulement due à la médecine.

Il faut considérer d'autres facteurs tout aussi importants qui touchent aussi bien à la qualité de vie qu'on offre aujourd'hui aux personnes porteuses de trisomie 21 qu'aux efforts consentis pour qu'elles aient une meilleure estime d'elles – mêmes.

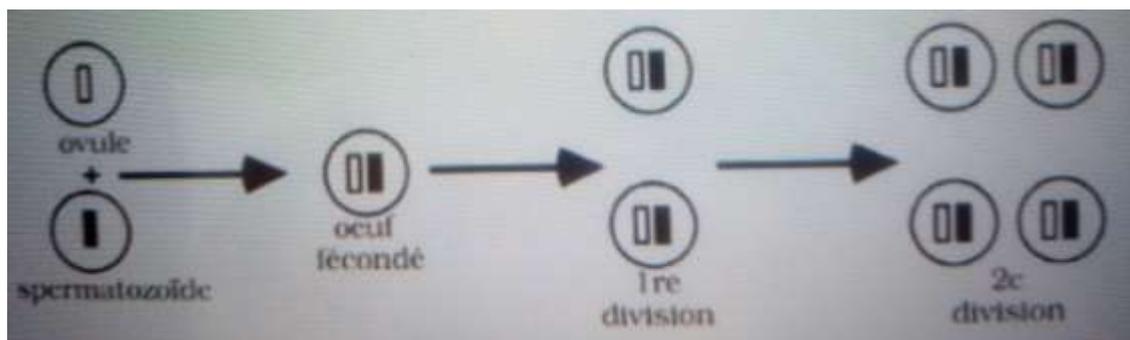
- **Différentes formes de trisomie 21 :**

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

- **La trisomie 21 libre et homogène :**

Il s'agit de la trisomie 21 la plus fréquente : environ 93 %. L'anomalie est d'ores et déjà présente dans l'ovule ou le spermatozoïde : les parents transmettent chacun 23 chromosomes au fœtus mais l'un d'entre eux transmet un chromosome 21 supplémentaire.

Il s'agit donc ici d'une erreur de distribution des chromosomes survenue avant la fécondation. Toutefois, l'accident peut également survenir lors de la première division cellulaire avec la non disjonction chromatique au niveau de la vingt et unième paire. Dans ces deux cas, toutes les cellules de l'embryon contiennent trois chromosomes 21.



*Figure 2: distribution normale du chromosome 21 (la trisomie 21 libre).*

- **La trisomie 21 en mosaïque :**

Provoquée par une non-disjonction à n'importe quel moment, intervient un peu plus tardivement au niveau de l'œuf et concerne la deuxième ou la troisième division cellulaire.

Quand c'est le cas, seules les cellules issues de la lignée trisomique seront trisomiques. La trisomie en mosaïque est rare et peu étudiée, représente (2% des cas). (Denir-v-(2006), p08).

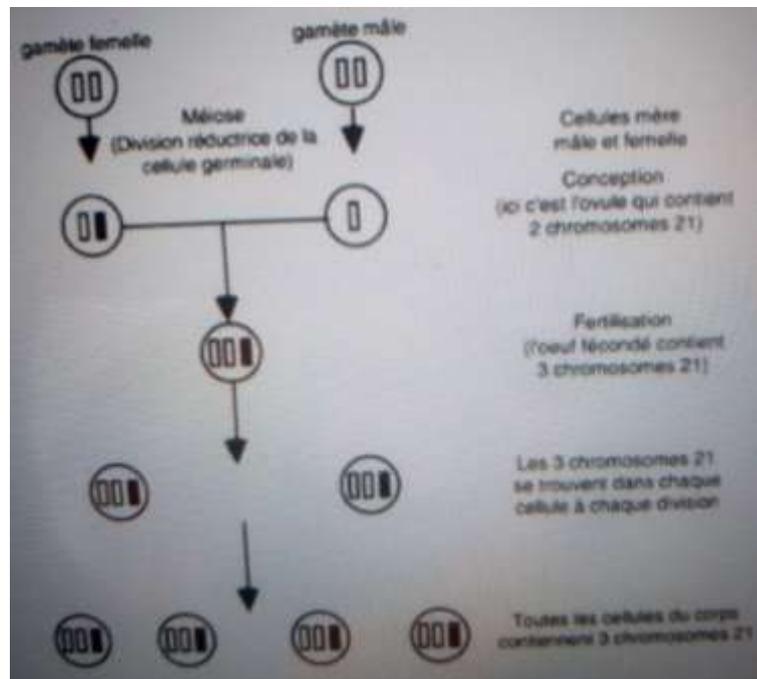


Figure 3: distribution anormale du chromosome 21(trisomie 21 en mosaïque)

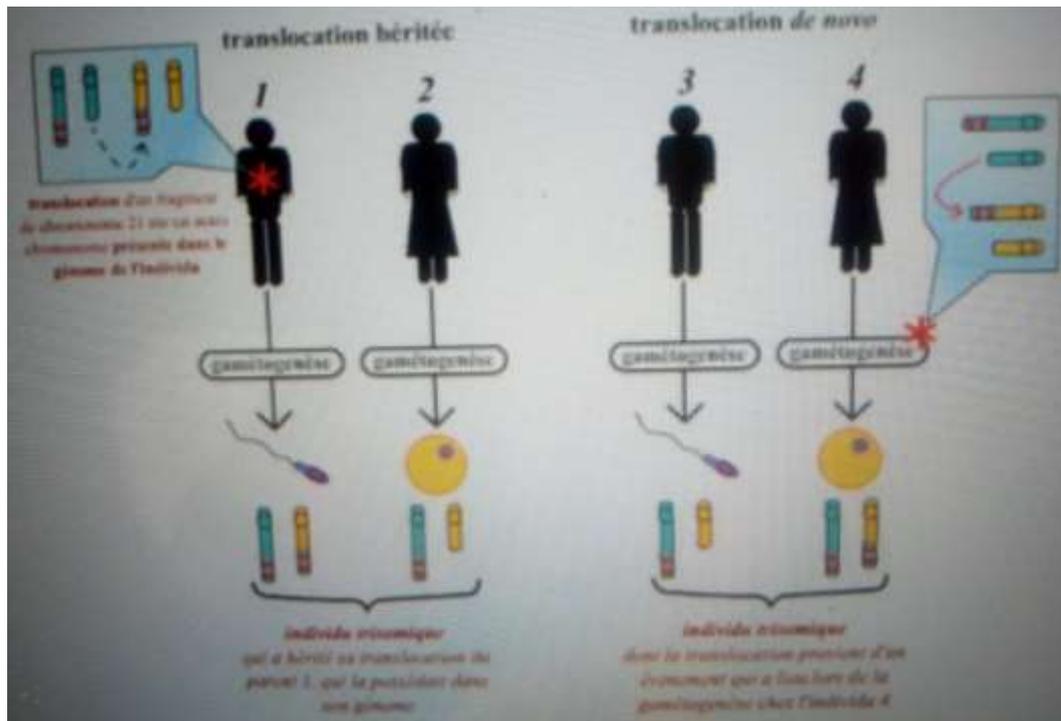
- **La trisomie 21 par translocation :**

Cette forme de trisomie 21 est peu courante : environ 5%. La « translocation » signifie qu'un troisième chromosome 21 a été transféré, de manière sporadique, sur une autre paire de chromosomes.

L'apparition de la trisomie 21 chez l'enfant n'est pas due à un accident. Le caryotype d'un des parents recèle une particularité, une partie d'un chromosome 21 est collée à un autre chromosome à la suite d'une translocation.

Au moment de la constitution des gamètes, cet autre chromosome entrainera avec lui ce morceau de chromosome 21 ; qui pourra alors se trouver dans le même gamète que l'autre chromosome 21. Dans ce gamète ; il y aura donc une partie du matériel génétique du chromosome 21 présente en double exemplaire.

Si ce gamète est fécondé ; en rencontrant le chromosome 21 issu du gamète de l'autre géniteur, il donnera un œuf et donc un enfant trisomique. Alors nous savons maintenant qu'une certaine partie du chromosome 21 en surnombre suffit à induire un syndrome complet. (Denir, V, (2006). p 08). Actuellement, les recherches tendent à montrer qu'une petite partie du chromosome 21 surnuméraire suffit à engendrer les signes cliniques de ce syndrome.



**Figure 4: trisomie 21 par translocation**

## II-6- Le dépistage prénatal

Seule l'étude du caryotype permet de poser avec certitude le diagnostic de trisomie 21.

### II-6-1- Avant juin 2009

Le dépistage de la trisomie 21 chez les enfants à naître repose habituellement sur deux étapes :

L'échographie lors du premier trimestre de grossesse, suivie par un test sanguin, proposé systématiquement aux femmes depuis 1997, établissant un risque global de trisomie 21 en y associant le risque inhérent à l'âge de la mère. Il peut s'effectuer dans n'importe quel laboratoire d'analyse médicale.

Puis, selon le résultat obtenu, la future mère peut soit poursuivre le processus de dépistage par une amniocentèse (prélèvement de liquide amniotique), dont le risque de fausse-couche est compris entre 0,5 et 1% des cas. Soit, en cas de diagnostic avéré de trisomie 21, prendre la décision de poursuivre ou non sa grossesse.

### II-6-2- Actuellement

Depuis juin 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a déposé un arrêté rendant obligatoire le dépistage combiné du premier trimestre tout en précisant les modalités de réalisation.

L'objectif majeur de ces recommandations est d'améliorer la qualité du dépistage prénatal en homogénéisant les techniques employées, afin de limiter les taux d'erreurs susceptibles de conduire à une amniocentèse.

Ce qui entraînait la pratique de nombreuses méthodes invasives (amniocentèse, mais aussi biopsie du trophoblaste) afin d'obtenir un diagnostic fiable. Le dépistage combiné tient compte de différents paramètres : l'âge maternel, la fréquence cardiaque du fœtus, une mesure échographique de la clarté nucale de l'embryon associée à la longueur cranio-caudale, ainsi qu'une analyse biochimique du sérum maternel réalisée par un laboratoire agréé.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) préconise l'utilisation généralisée d'un nouveau test génétique. Celui-ci analyse l'ADN fœtal directement prélevé dans le sang maternel, et ce dès la onzième semaine d'aménorrhée.

Il permet ainsi de fortement diminuer la pratique d'amniocentèses « sans modifier intrinsèquement le fond de la procédure actuelle » dont la finalité est selon le CCNE de « donner aux futurs parents la possibilité d'un choix libre et éclairé » quant à la poursuite de la grossesse.

## **II-7- Les signes anatomo-cliniques**

- Le morphotype particulier

Comme tout un chacun, les personnes porteuses de trisomie 21 héritent de certaines caractéristiques physiques de leurs parents. Toutefois, elles possèdent toutes un ensemble de traits dysmorphiques communs :

- ✓ À la naissance, la fermeture des fontanelles, souvent plus grandes, est tardive.
- ✓ Le périmètre crânien ainsi que le volume du lobe frontal sont réduits (brachycéphalie).
- ✓ La nuque est plate.
- ✓ Le visage est plutôt rond avec un profil plat.
- ✓ Un épicanthus est fréquent, ainsi que des taches de Brushfield situées sur le pourtour des iris (petites taches rondes et blanchâtres, un peu irrégulières, formant une couronne).
- ✓ Le strabisme, ainsi que la blépharite sont fréquents. De surcroît, une cataracte congénitale est parfois présente.
- ✓ Le nez est court, petit et triangulaire ; les narines sont étroites ; le cavum et les fosses nasales sont dystrophiques.

- ✓ La peau est plus sensible au froid et fragile. - la taille des oreilles ainsi que le conduit auditif externe sont réduits.
- ✓ Les pieds et les mains sont également plus petits que la moyenne.
- ✓ des crevasses sont parfois présentes sur les lèvres fréquemment épaisses.
- ✓ La cavité buccale est elle aussi réduite : la bouche est petite (microtomie) avec une langue hypotonique et protruse, c'est-à-dire qu'elle a tendance à déborder de la bouche, d'autant plus que l'enfant ne la maîtrise pas. « Il ne s'agit pas d'une macroglossie, mais d'un étalement important de la langue dû à l'hypotonie ». Il faut toutefois préciser que cette protrusion est rarement constatée chez le nourrisson.
- ✓ le palais est souvent ogival.
- ✓ les maxillaires supérieur et inférieur comportent parfois des anomalies odontologiques de nombre, de structure et de forme.
- ✓ Les végétations adénoïdes et les amygdales sont fréquemment volumineuses
- ✓ Le cou est plutôt court.
- ✓ Lorsque la personne est atteinte d'une cardiopathie congénitale, il se peut qu'elle présente une déformation antérieure du thorax.
- ✓ L'hypotonie des muscles abdominaux rend généralement l'abdomen volumineux.
- ✓ Toutefois en grandissant, la dysmorphie du visage se modifie car la rondeur de la face, l'épicanthus, et l'aplatissement de la racine du nez s'atténuent. Cependant, une rougeur sur les pommettes marque le visage, ce qui vieillit prématurément l'aspect physique du sujet porteur de trisomie 21.

## **II-8- Les différents aspects de la vie des enfants porteur de la trisomie 21**

### **II-8-1- L'aspect intellectuel :**

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

Pour parvenir à fonctionner à son potentiel, le cerveau a besoin de différentes matières biochimiques telles que des neurones (on parle d'environnement, 11 millions de neurones d'un système de câblage pour transporter toutes les informations et d'éléments chimiques qui viennent alimenter le tout.

On parle d'acides aminés comme la sérine et la cystéine, des neurotransmetteurs comme la sérotonine du thalamus et de l'hypophyse s'ils sont affectés par un déséquilibre biochimique pourraient engendrer un mauvais fonctionnement du cerveau ; c'est donc un réseau fort complexe qui entre en jeu lorsqu'il s'agit des capacités cognitives d'une personne non seulement sur le plan biochimique mais aussi environnemental.

A partir de ces analyses Piaget a démontré que « l'intelligence est un équilibre, cet équilibre est le résultat d'une interaction entre le sujet et son milieu, interaction qui est influencée par des caractéristiques du sujet et par celles du milieu.

Pour la personne ayant une déficience intellectuelle, son développement suit le même parcours que celui démontré par Piaget, mais à un rythme plus lent (un adolescent ayant une déficience intellectuelle pourrait prendre plus que deux ans pour compléter la période sensorimotrice), et chose importante, ils sont arrêtés plus tôt.

Par exemple pour les personnes ayant une déficience intellectuelle légère d'arrêt du développement produit habituellement au tout début des opérations concrètes, elles peuvent donc présenter des difficultés à classer les informations qu'elles reçoivent de l'extérieur afin de les comprendre, les stocker et éventuellement les utiliser de nouveau pour effectuer un transfert « placées devant un problème légèrement complexe, les personnes reviennent à une pensée préparatoire ».

C'est donc cette capacité de faire des liens logiques entre les choses qui leurs échappent, surtout lorsque le problème se complexifie. Pour la personne ayant une déficience intellectuelle moyenne, le développement de l'intelligence semble se fixer à la période préparatoire, pour les personnes ayant une déficience intellectuelle sévère et profonde, l'arrêt se fait souvent à la période sensorimotrice.

Une grande partie des apprentissages se fait surtout par des imitations et par répétition. (Jean François martin, 2007, p58).

### **II-8-2- Aspect social :**

Vivre sans interaction avec ses pairs est impensable pour la majorité d'entre nous, l'humain a besoin d'entrer en relation avec ses pairs et le manque d'interaction sur une longue période peut engendrer des troubles cognitifs affectifs, voir médicaux il y'aurait 30% des personnes ayant une déficience intellectuelle qui ne parlent jamais aux téléphones de plus d'autres chiffres indiquent que 18% ne socialisent jamais avec leur famille, leurs amis, ces d'autres personnes de leur communauté.

Un des problèmes donc est de favoriser le plus d'interaction possibles. Ce sont souvent les parents qui doivent se charger de développer ce réseau par la création d'activité.

Habituellement lorsqu'il est question d'un enfant le problème ne se présente pas toujours mais plus l'écran se creuse entre la personne ayant une déficience intellectuelle et les autres autour d'elle plus son réseau social a tendance à s'effriter. (Jean François Martin, 2007. p 71).

### **II-8-3- Habilité sociales :**

Les habilités sociaux ne se limitent pas à des comportements observables comme le fait de bien se comporter au restaurant... mais font aussi référence à la compréhension de soi-même et de l'environnement dans lequel on évolue.

La personne ayant une déficience intellectuelle a donc sa perception du monde sociale ou elle se trouve et elle réagit en conséquence, on doit faire de façon réaliste, cette création de son monde sociale débute avec le premier lien d'attachement se déroulera sur plusieurs années, certains chercheurs avancent qu'il pourrait même se poursuivre jusqu'aux années d'école primaire.

C'est donc pendant ce processus que l'adolescent apprendre à faire confiance à son environnement et aux gens qui l'entourent et a démontrer des habilités sociaux.

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

### **II-4-4- aspect affectif :**

Nous avons tout un concept de bien qui fait référence à la perception que nous avons de nous-même. Selon Adler Towne (1998) le concept de soi serait tridimensionnel c'est-à-dire qu'il aurait trois dimensions : le soi personnel (qui représente qui nous sommes vraiment) le soi idéal (qui nous voudrions être) et le soi extérieur (l'image que nous voulons montrer aux autres).

Parfois le soi extérieur est en concordance avec le soi personnel mais dans le cas contraire on arrive à porter les « masques », nous portant les masques afin de préserver l'image que nous pensons que les autres ont de nous.

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

Le concept de soi a aussi une influence sur la façon dont une personne réagit face aux autres et à la situation. Il est impossible de ne pas parler de l'estime de soi lorsque on parle d'affectivité, l'estime de soi est en quelque sorte un jugement que l'on porte sur soi-même. Lorsque ce jugement est positif la vie nous semble magnifique car nous croyons en nos capacités et nous apprécions qui nous sommes.

En d'autre occasion ce jugement peut être négative et engendrer des souffrances quotidiennes. André et lebord (1999) ont mentionné qu'il y'avait trois paliers essentiels de l'estime de soi à savoir le premier parler de l'amour de soi qui fait référence à un amour inconditionnel « malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les rêves.

Le deuxième palier touche la vision de soi, qui représente une évolution portée, sur soi-même, et non pas en fonction de la réalité, mais en fonction de l'interprétation que nous lui donnant finalement le troisième palier concerne la confiance en soi ce qui signifie se sentir « capable, d'agir, de manière adéquate dans les situations importantes ».

On trouve les trois paliers chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, mais les pillions sont fragilisés en raison d'une estime de soi plus faible que celle de la population en général.

Il faut donc les aider modifier cette image d'eux même en leur permettant de vivre des réussites. Elles vivent plus souvent que d'autre des échecs qui viennent fragiliser leur estime, il ne faut surtout pas croire qu'elles ne sont pas conscientes de ce fait.

Une grande majorité d'enfants ayant une déficience intellectuelle comprennent bien limites et sont en mesure d'identifier leurs différences par rapport aux autres.

## **II-9- Symptomatologie et conséquences sur le développement de la communication et du langage**

Il est important de signaler qu'un enfant porteur d'une trisomie 21 présente rarement la totalité de la symptomatologie généralement exposée dans bon nombre d'ouvrages.

Dans notre pratique, nous devons prendre connaissance du tableau personnel de chaque enfant, mais dans le cadre de ce mémoire, par souci de concision et de pertinence, seuls les troubles concernant la prise en charge précoce en orthophonie seront détaillés.

### **II-9-1- Troubles neurocentraux**

#### **II-9-1-1- L'hypotonie musculaire**

L'hypotonie musculaire ne serait pas globale, mais atteindrait plus particulièrement certains groupes musculaires, notamment ceux de la ceinture scapulaire avec des retentissements sur la respiration, et ceux de la zone bucco-faciale.

Cette hypotonie physiologique perturbe donc la posture et les mimiques du bébé porteur de trisomie. Celui-ci manifeste donc moins clairement ses affects et ses besoins par ces deux modes primitifs de communication et reçoit de ce fait moins de réponses adaptées à ses demandes. Les échanges avec l'entourage s'en trouvent appauvris aussi bien qualitativement que quantitativement.

Selon Ammann (2012), ce déficit tonico-moteur détermine une lenteur de réactions aux stimuli pouvant amener les parents à penser que leur enfant ne réagit pas à leurs stimulations.

Nombreux sont les parents qui trouvent leur bébé « très sage et très calme » et de ce fait, l'incitent moins à participer à la vie quotidienne de la famille. Or, l'enfant a bien une réaction, mais avec un temps de latence, et une vivacité moindre.

Il est important d'en tenir compte et de l'encourager dans ses réponses afin de développer en lui l'élan à l'interaction. Au contraire, face à cette hypotonie, certains parents auront tendance à stimuler leur enfant en lui présentant de multiples jouets, en le sollicitant à tout instant ou en consultant tous les spécialistes possibles. Dans ce cas, notre rôle sera de tempérer et d'essayer de donner une place à l'écoute de ce qui peut être initié par l'enfant.

Par ailleurs, l'hypotonie des muscles bucco-faciaux, si elle n'est pas rééduquée, entraîne des troubles de la déglutition et de la phonation avec un affaissement des joues et une protrusion de la langue.

L'hypotonie des muscles des yeux engendre un retard dans la coordination oculomotrice créant ainsi une lenteur d'exploration qui gêne la construction du monde environnant. A cela s'ajoutent des difficultés dans la motricité et la rapidité du « balayage » droite/gauche.

Ces troubles ont des répercussions sur la maturation de la pensée entraînant notamment des déficits de globalisation et de synthèse (Morel et coll., 2004) : l'enfant trisomique focalise son regard sur les détails et ne prend pas en compte l'intégralité d'une scène. Enfin, l'hypotonie musculaire a des répercussions sur le développement de la motricité et la psychomotricité de l'enfant, celles-ci seront développées plus loin.

### **II-9-1-2- La perception du temps**

Les notions de rythme et de temps sont toujours très perturbées chez l'enfant trisomique. Les troubles des rythmes ont un retentissement dans de nombreux domaines. Le plus fréquemment, ce sont les rythmes appelés « archaïques » qui sont concernés.

Il est possible d'observer chez ces enfants : des troubles des réponses motrices, tardives et mal rythmées dont les conséquences seront développées dans le chapitre suivant. Des

troubles des biorythmes qui vont avoir des répercussions sur la construction du temps des troubles des rythmes de la parole. Les troubles des rythmes de la parole engendrent des difficultés dans la prise de parole et parfois une parole explosive et mal rythmée.

Ainsi, on observe fréquemment diverses formes de répétitions incorrectes de syllabes pouvant suggérer un bégaiement « vrai », avec des syncinésies (contractions involontaires de muscles lors de mouvements volontaires d'autres muscles) associées, ou parfois une palilalie, c'est-à-dire une répétition spontanée et involontaire de syllabes, l'enfant ne pouvant s'empêcher de répéter une syllabe pour passer à la suivante.

Cette non-maîtrise du rythme entraîne également des omissions de syllabes et/ou de phonèmes, ainsi que des substitutions et assimilations de phonèmes qui se surajoutent aux difficultés d'articulation (Ammann, 2012).

En outre, les troubles des rythmes ont un retentissement sur la coordination pneumophonique qui nécessite une programmation dans le temps. Notons que chez l'enfant porteur de trisomie le temps inspiratoire est court voire inexistant, et le temps expiratoire est court et mal contrôlé dans son débit, ce qui ne permet pas de donner à la voix un tonus suffisant.

Selon Ammann (2012), la maîtrise de la succession dans le temps est un outil capital dans le développement et la mise en place du langage, et ce à plusieurs niveaux. Sur le plan symbolique tout d'abord, la conception d'une chronologie est essentielle pour la construction d'une histoire.

Ce rapport particulier au temps a également des répercussions sur la maîtrise des verbes et de leur conjugaison : par exemple, les personnes porteuses de trisomie utilisent souvent le présent lorsque l'emploi d'un futur ou d'un conditionnel serait plus correct, ce qui peut engendrer une incompréhension de la part de l'interlocuteur.

Ces troubles ont par ailleurs une importance quant à l'acquisition de la syntaxe, puisque celle-ci est fondée sur l'ordre et sur la successivité des mots. Cette notion de succession est centrale aussi bien sur le fond (ordonner ses pensées) que sur la forme (ordonner les mots dans sa phrase et ordonner ses phrases). C'est pourquoi raconter un événement s'avère souvent difficile pour la personne porteuse de trisomie.

## **II-9-2- Autres troubles**

Selon Cuilleret (2007), l'enfant trisomique peut présenter d'autres troubles neuromoteurs spécifiques tels : des troubles de la croissance, un retard de la latéralité, des troubles cérébelleux, des troubles du sommeil et une évolution lente et prolongée de la maturation corticale.

Les troubles cérébelleux sont responsables d'une difficulté de coordination des mouvements et de troubles des appuis, des équilibres de la colonne vertébrale et de la marche. Par ailleurs, les enfants porteurs d'une trisomie 21 ont généralement un temps de latence important.

Ce temps de latence peut faire croire à l'interlocuteur que l'enfant abandonne l'échange ou n'est pas intéressé, alors que celui-ci a simplement besoin de plus de temps pour réagir à un stimulus. Ainsi, cette augmentation du temps de latence perturbe la mise en place du tour de rôle conversationnel, un des pré-requis au langage oral (Bigot, 2000).

Chez le sujet dit « ordinaire », il est généralement admis que la maturation corticale est achevée aux environs de la 16<sup>e</sup> année, ce qui ne serait pas le cas chez les personnes porteuses d'une trisomie 21 puisqu'elle semble se poursuivre jusqu'aux environs de 22-24 ans.

Ces nouvelles données pourraient entraîner des modifications dans la mise en place et la durée des projets éducatifs et/ou rééducatifs.

### **II-9-2-1- Troubles moteurs et psychomoteurs**

L'expression des troubles psychomoteurs varie en intensité, mais ils sont toujours présents. Une hypotonie liée à une hyperlaxité ligamentaire, des difficultés dans l'acquisition des équilibres globaux et posturaux sont des troubles qui vont entraver le développement de ces enfants et qui font l'objet d'une prise en charge.

Par ailleurs, les troubles de la préhension et des coordinations motrices, aussi bien au niveau global que manuel, vont entraîner des difficultés d'exploration, des troubles du mouvement et pour les plus grands, des difficultés graphiques. De plus, les conséquences d'un retard de développement psychomoteur peuvent entraver la construction du lien parents/enfant.

En effet, la position couchée ou assise prolongée ne favorise pas l'apparition des demandes de l'enfant adressées à l'adulte. En outre, dès 5-6 mois, l'enfant « ordinaire » s'agite, se tortille, tend les bras à l'approche de l'adulte, alors qu'un enfant porteur d'une trisomie sera plus long à réagir et à ajuster son tonus (Dennis Krichel, 2000).

Les sujets atteints de trisomie présentent également des troubles d'ordre moteur, notamment : des troubles respiratoires : l'hypotonie des muscles respiratoires influe sur le développement de la cage thoracique et sur les capacités respiratoires, entraînant ainsi une vulnérabilité accrue aux infections pulmonaires et ORL. Un retard d'acquisition de la marche (entre 14 et 28 mois) dû à une hypotonie des muscles du pied.

En outre, la notion de mouvement est nécessaire à la perception des différents stimuli de l'environnement. Pour percevoir un changement de position ou un déséquilibre, un

mouvement doit avoir été effectué ou subit. Autre exemple : pour une exploration visuelle efficace, la possibilité d'effectuer des mouvements oculaires précis est essentielle.

### **II-9-2-1- Troubles intellectuels**

Les personnes porteuses d'une trisomie 21 présentent une déficience intellectuelle allant généralement de légère (Quotient Intellectuel < 70) à modérée (QI < 55), mais cette déficience peut parfois être grave.

En outre, les enfants trisomiques présentent souvent des troubles de l'attention et de la mémoire. Les troubles attentionnels sont dus à des perturbations de la discrimination sensorielle et de la vitesse de perception des stimuli. En effet, la capacité de discrimination visuelle et auditive est moins performante chez l'enfant atteint d'une trisomie que chez d'autres enfants présentant un retard mental. Et la vitesse perceptive étant aussi déficitaire, on relève des temps de latence plus ou moins importants chez ces enfants (Marcelin, 2002).

La distractibilité et l'impulsivité des enfants trisomiques associées à une lenteur de familiarisation à la nouveauté (préférence pour la nouveauté vers 8 à 16 semaines chez l'enfant ordinaire et vers 17 à 29 semaines chez l'enfant porteur d'une trisomie 21) concourent également à ces difficultés attentionnelles (Carette, 2002).

En ce qui concerne les troubles mnésiques, il s'agirait plutôt de perturbations dans le processus de mémorisation, ce processus nécessitant une organisation des informations. Ces perturbations seraient liées au déficit de catégorisation conceptuelle et de codage symbolique de l'information perçue. Ainsi la rétention mnésique serait moins importante en raison du retard mental (Marcelin, 2002).

### **II-9-2-3- Troubles de la communication et du langage**

Le développement de la communication et du langage de l'enfant trisomique est notablement retardé. Le bébé porteur d'une trisomie est souvent décrit comme très calme, voire apathique et peu réactif : il entre tardivement dans un véritable circuit de communication avec ses parents.

### **II-9-2-4- Le contact oculaire et l'attention conjointe**

Selon Vinter (1999), le contact oculaire soutenu entre la mère et son enfant trisomique se met en place vers 7 ou 8 semaines, alors qu'avec un enfant « ordinaire » ce contact s'établit habituellement vers 1 mois.

Une maturation plus lente de la zone maculaire pourrait être la cause de ce retard. Ces contacts oculaires sont par ailleurs de faible durée dans les premiers temps. Selon Morel et coll. (2004), le bébé ordinaire passe 80% du temps de la tétée à regarder le bas du visage de la mère

qui très souvent lui parle, alors que le bébé atteint de trisomie laisse errer son regard dans un temps « vide ».

Ce regard est difficile à mobiliser pour des raisons neuromotrices (l'hypotonie relative des muscles des yeux), neuro-physiologiques, mais aussi psycho-affectives ; la mère d'un enfant trisomique a généralement beaucoup de difficultés à parler à son enfant pendant les tétées.

L'attention conjointe apparaissant après la mise en place des contacts oculaires bébé adulte, son émergence est de ce fait aussi retardée chez l'enfant trisomique. Vinter (1999) donne trois explications à cette difficulté d'installation de la relation trivalente mère-objet-enfant : Les contacts oculaires de l'enfant avec sa mère sont très intenses et persistent dans le temps (jusqu'à plus de 12 mois, tandis que chez un enfant « ordinaire ».

Les contacts oculaires avec la mère diminuent après 4 mois pour explorer l'environnement « extramaternel »). Il existe peu de regards de va-et-vient entre la mère et l'objet. L'enfant trisomique fixe son regard sur un objet et porte peu d'intérêt aux autres objets de l'environnement.

Ce retard dans l'évolution des contacts oculaires est à mettre en lien avec la lenteur de construction de la connaissance du monde environnant et du stock lexical (Rondal, 1986).

#### **II-9-4- Les différentes prises en charge**

L'accompagnement de l'enfant trisomique 21 nécessite plusieurs prises en charges :

##### **II-9-4-1- 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, de Fréminville, et all, (2007). p 273).

#### **II-9-4-2- La prise en charge kinésithérapique**

Le kinésithérapeute prévient l'apparition des troubles de la posture. Le projet est construit et réévalué régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan 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 musculaire et de l'hyperlaxité.

C'est pourquoi la prise en charge kinésithérapique doit être mise en place précocement (vers 6 mois) et doit être adaptée aux particularités de cette pathologie.

De ce fait, ce suivi permettra de prévenir, de dépister et de traiter les troubles orthopédiques qui seront fréquents chez l'enfant porteur d'une trisomie 21. Les objectifs du kinésithérapeute seront multiples :

- ✓ Freiner l'hypotonie musculaire et la réduire.
- ✓ Aider l'enfant trisomique 21 à prendre conscience de son corps et ses limites par des massages et des pressions.
- ✓ Accompagner l'enfant dans ses progrès moteurs
- ✓ Donner rapidement et régulièrement de bonnes habitudes gestuelles.
- ✓ Surveiller l'évolution corporelle et les capacités motrices. (Rethoré et al., 2005)

#### **II-9-4-3- La psychomotricité**

Le psychomotricien traite les troubles du mouvement et du geste dans leur dimension neuro-motrice, affective, tonico-émotionnelle et cognitive.

Il est en quête d'une organisation psychomotrice efficiente qui passera par le travail du schéma corporel et de l'image du corps. Le psychomotricien a pour objectifs : d'améliorer la connaissance que l'enfant a de son corps, de développer la confiance en soi, d'aider l'enfant à exprimer ses émotions et d'affiner son contrôle émotionnel, d'améliorer la relation et la communication non-verbale, d'optimiser les capacités d'adaptation et d'apprentissage et de réduire les retards de développement par rapports aux autres enfants du même âge .

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. (Renaud, Touraine, et All (2011). p18)

#### **II-9-4-4- L'ergothérapie**

L'ergothérapie a pour but d'aider la personne trisomique à trouver son autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute propose des moyens de compensation, des aides techniques et des adaptations de l'environnement correspondant aux besoins de l'enfant trisomique. Il contribue également à favoriser l'émergence et la fonctionnalité de la motricité fine de l'enfant (stabilité, coordination bimanuelle, sensibilité et dextérité) en vue de développer son graphisme et de parvenir à tracer les lettres.

#### **II-9-4-5- 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 fratrie.

- 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 on adapte en repérant les personnes et les structures sur lesquelles il peut s'appuyer. (Renaud Touraine et All (2011). p20).

Les accompagnements psychologiques sont importants pour aider les personnes dans cette construction, et les familles dans la prise de risque que cela implique. La trisomie ne préserve pas des aléas de l'existence, il existe pour les personnes trisomiques comme pour nous tous des moments où l'individu seul a du mal à faire face, et où l'écoute et le soutien d'un professionnel devient particulièrement nécessaire.

Toutefois, la mise en place des différents suivis tient compte des besoins de l'enfant, mais aussi et surtout de ce que l'enfant et sa famille sont capables de supporter. L'enfant porteur d'une trisomie 21 est certes trisomique, mais il reste surtout et avant tout un enfant.

#### **II-9-4-6- La prise en charge orthophonique :**

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

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

#### **II-9-4-7- la prise en charge éducative :**

L'éducateur est le premier à intervenir auprès des familles. Il stimule l'enfant de façon plus globale afin qu'il s'intéresse à son environnement. L'accès à l'autonomie et la socialisation de l'enfant sont ses objectifs principaux, ceci passant par le développement d'une communication verbale et non-verbale (expression des sentiments, des émotions par exemple).

L'éducateur fait également le lien avec les partenaires extérieurs et assure l'accompagnement des familles pour les inscriptions à la crèche, à l'école et les visites médicales. L'enfant est donc ici au centre de son intervention. (Bénédicte, de Fréminville, et all, (2007). p278).

- **Perception de l'enfant trisomique 21 en institution spécialisée**

L'intégration sociale constitue le but premier de la scolarisation des enfants. Comme pour tout enfant, il est beaucoup plus difficile de progresser dans le domaine de la connaissance avant d'être capable de se comporter et d'interagir avec les autres d'une manière socialement acceptable, tout comme de comprendre et de répondre de manière appropriée à l'environnement direct.

Tous les enfants ayant une trisomie 21 tirent avantage de la fréquentation d'autres enfants. Ils s'enthousiasment souvent à l'idée de faire la même chose qu'eux et les utilisent généralement comme modèles de comportement social approprié et de désir d'apprendre.

Ce type d'expérience sociale est extrêmement important pour les enfants porteurs de trisomie 21, pour qui le monde se révèle plus déroutant et qui sont moins mûrs sur le plan émotionnel et social. Il n'y a pas de problèmes de comportement spécifiques aux enfants atteints

de trisomie 21. Cependant, une bonne partie de leur comportement est en relation avec leur niveau de développement.

### **III- Scolarisation des enfants porteurs de trisomie 21**

#### **III.1- Les attitudes des enfants porteurs de trisomie 21**

Les sujets porteurs de la trisomie 21 présentent plusieurs attitudes communes en situation de classe, il s'agit de :

- Un manque de concentration, un comportement perturbateur, des difficultés pour entrer dans les apprentissages peuvent aussi s'expliquer par leur problème visuel.
- Ne semble pas avoir compris la consigne
- Désintéret apparent par rapport à l'activité pédagogique Décrochage plus rapide dans une activité : l'enfant porteur de trisomie 21 peut parfois papillonner, zapper d'une activité à une autre.
- Les élèves s'agitent rapidement, ont du mal à rester assis. Ils sont fatigables, "s'endorment" parfois en classe, jouent avec leurs fournitures.
- La canalisation des souvenirs est souvent difficile. Cela entraîne des difficultés dans la construction de ponts entre les différentes connaissances
- L'enfant porteur de trisomie 21 hésite à se servir du langage parlé. Il met du temps à penser ce qu'il veut dire et souvent la réalisation est sommaire et difficilement compréhensible
- L'élève ne structure pas ses phrases (mots phrases), ce qui peut rendre son discours incohérent et gêner la communication avec ses camarades
- Le fonctionnement de la pensée perturbé par le retard mental s'appuie souvent sur un raisonnement par analogie.
- On note fréquemment des difficultés d'abstraction, une tendance à privilégier l'analyse au détriment de la synthèse

#### **III.2- Les aptitudes dans les apprentissages en situation de classe**

Les facteurs suivants caractérisent la plupart d'enfants porteurs de la trisomie 21 dans les apprentissages en situation de classe. Certains ont des implications physiques, d'autres cognitives, beaucoup ont les deux. Il s'agit de :

- Capacité d'apprendre et d'utiliser le langage des signes
- Capacité d'apprendre et d'utiliser la langue écrite
- acquisition du modèle comportemental basé sur les attitudes des autres enfants et des adultes

- Manipulation du matériel et réalisation des activités pratiques

#### **IV- La socialisation des enfants porteurs de la trisomie 21**

Les compétences sociales constituent un point fort chez ces enfants (Dykens, 2006 ; Fidler et al., 2008). Les enfants porteurs de trisomie 21 peuvent établir des relations interpersonnelles avec leurs pairs (Freeman et Kasari, 2002) et sont généralement très sociables, avenants et affectueux (Moore et al., 2002).

Ils présentent également des comportements prosociaux, c'est-à-dire des comportements initiés volontairement, qui sont bénéfiques à un autre sujet (Eisenberg et al., 2006).

La compétence des enfants porteurs d'une Trisomie 21 à s'engager dans une relation avec autrui apparaît précocement, puisque dès l'âge de 12 mois elle constitue un point fort de leur développement (Fidler et al., 2008). Cette compétence peut surprendre au vu de la sévérité de leur déficit de parole et de langage, qui rend leur discours difficilement intelligible (Kumin, 1994).

Toutefois, ce serait plutôt la préservation relative des compétences de communication non verbales qui permettrait aux enfants porteurs d'une T21 de s'engager dans les relations aux autres (pour revue Daunhauer et Fidler, 2011) et de nouer des relations d'amitié, de manière plus compétente que d'autres enfants qui présentent des retards en lien avec d'autres étiologies (Dykens, 2006 ; Fidler et al., 2005).

#### **V- L'intégration sociale en situation de classe**

L'intégration sociale constitue le but premier de la scolarisation des enfants porteurs de la trisomie 21.

Comme pour tout enfant, il est beaucoup plus difficile de progresser dans le domaine de la connaissance avant d'être capable de se comporter et d'interagir avec les autres d'une manière socialement acceptable, tout comme de comprendre et de répondre de manière appropriée à l'environnement direct.

Tous les enfants ayant une trisomie 21 tirent avantage de la fréquentation des pairs. Ils s'enthousiasment souvent à l'idée de faire la même chose qu'eux et les utilisent généralement comme modèles de comportement social approprié et de désir d'apprendre.

Ce type d'expérience sociale est extrêmement important pour les enfants porteurs de trisomie 21, pour qui le monde se révèle plus déroutant et qui sont beaucoup febriles sur le plan émotionnel et social.

De plus, beaucoup d'entre eux nécessitent souvent une aide supplémentaire et un encadrement dans l'apprentissage des règles sociales. Il leur faudra plus de temps pour "apprendre les règles".

#### **VI- Un comportement peut-être trop sociable**

Si les compétences sociales des enfants porteurs d'une T21 constituent un point fort de leur profil, celles-ci sont néanmoins plus limitées et moins flexibles que celles des enfants au développement typique. Ce qui limite leur adaptation (Fidler et al., 2005).

Ainsi, les enfants porteurs d'une T21 développent de nombreuses compétences sociales mais celles-ci présentent des limites adaptatives, probablement en raison de troubles cognitifs dont la flexibilité, l'inhibition et la reconnaissance des émotions.

#### **VII- Interactions éducateurs/apprenants en situation de classe**

En situation de classe, les enfants porteurs de la trisomie 21 présentent certains comportements antisociaux. Il s'agit de :

- Difficultés pour se positionner par rapport à l'éducateur.
- Dans certains cas, capacité à accaparer l'attention voire à se montrer « tyrannique » et à exiger la présence de l'éducateur en parasitant l'activité du groupe si l'éducateur « n'obtempère » pas ».
- Ils sont également capables d'imitation et présentent parfois des comportements de sur-imitation. Dans d'autres cas, ils pourront se montrer apathiques dès lors que l'éducateur ne s'occupe plus d'eux, Possibilité de débordements affectifs, d'effusions
- Réponses agressives à des sollicitations incomprises.
- Attitude de refus, de mutisme, de blocage (Confère document : trisomie 21, réponses aux difficultés rencontrées)

**CHAPITRE III :**  
**THEORIES DE L'ETUDE**

Plusieurs modèles théoriques ont étudié l'agressivité tant comme un comportement normal ou un trouble de comportement ; toutefois dans la première phase de la théorie Freudienne du développement, l'agressivité male gerée dans la relation d'objet genère un sujet indocile. Phénomène qui sera détaillé dans ce chapitre.

## **I. Distinguons les concepts : « agression », « agressivité », « violence ».**

### **I.1. L'agression**

- Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « comportement adapté avec l'attention de faire mal à l'autrui, physiquement ou psychologiquement ». (J, Christophe Tamisier, 1999, p.151). - Aussi l'agression peut être définie comme : « un comportement destiné à blesser intentionnellement un autre individus ». (Lourent bègue, 2010, p8).

### **I.2. La violence**

- Le terme violence provient du latin « violentia » qui signifie force impétueuse, abondante ou excessive. Le verbe apparenté « violare » implique clairement l'idée de transgression c'est-à-dire d'excès par rapport à une norme. (André Mineau, 1994, p.13). –

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « force brutale qu'un être impose à d'autre, pouvant aller jusqu' à la contrainte exercée 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 ». (J, Christophe Tamisier, 1999, p.151).

### **I.3. L'agressivité**

- Agressivité → Étymologie : vient du latin aggrredi dont l'étymologie ad-gradi signifie « marcher vers » (Zaczyk, 1998, p. 14). C'est une manière d'aller vers l'autre et d'entrer en contact avec lui (Garrigue Abgrall, 2007, p.54). », ç'est aussi une tendance à l'attaque en passant par une hostilité envers autrui. (Pierre Glivier, 2001, p10).

L'auteure Violaine Martinella-Grau désigne l'agressivité comme la tendance à attaquer autrui, ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate (Martinella-Grau, 2011, p.49).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « tendance à attaquer autrui ou tout objet susceptible faire obstacle à une satisfaction immédiate ». (Lourent bègue, 2010, p8).

## **IV. Les facteurs de risque des comportements agressifs**

### **IV.1. Les prédispositions : 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 précurseurs 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 asociales et de délinquance.

### **IV.2. Le milieu familial**

Les parents représentent les principaux et les plus importants éducateurs. Ils jouent un rôle dominant dans le développement de leurs enfants (Laura Perruchoud, 2017). En effet, la famille reste le lieu des premières expériences relationnelles, affectives et sociales.

Dès lors, quand il survient certains événements dans la sphère familiale tels qu'une naissance, un déménagement, une séparation ou un divorce, ceux-ci constituent des facteurs de risque liés aux conduites agressives (Schneider et al., 2009, p.43).

Le manque de cadre éducatif, autrement dit, les difficultés rencontrées par les parents à mettre en œuvre des limites cohérentes, représente aussi un facteur important en lien avec les comportements agressifs de certains enfants (Bonnet-Burgener et al., 2007, p.37).

De plus, les auteurs de « Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance » ajoutent que les pratiques parentales ainsi que le contexte familial dans lequel évoluent les enfants, ont un impact sur leur développement.

Il est démontré que les parents négligents, distants et sujets à punir augmentent le risque que leurs enfants développent certains problèmes socioaffectifs (Tremblay et al., 2008, p.13). Des conditions de vie plutôt instables comme le chômage, la précarité ou encore l'insécurité du domicile mènent parfois à des conséquences sur la qualité du contexte familial.

En effet, l'accumulation de ces divers facteurs dirige l'ensemble de la famille vers des sources de conflits, des tensions et provoquent quelquefois des manifestations inappropriées de la part des membres de la famille (Bonnet-Burgener et al., 2007, p.39).

Les conduites déviantes de la part des parents eux-mêmes telles que l'alcoolisme et la délinquance ou la maladie mentale constituent des facteurs de risque préoccupants, de même que la négligence, la maltraitance, les abus physiques et sexuels ainsi que les violences conjugales.

Ces comportements représentent de réels risques comportementaux pour les enfants issus de ce contexte familial (Bonnet-Burgener et al., 2007, p.28). La psychologue évoque également, de manière plus globale, les facteurs liés au milieu familial.

De telle sorte que la violence dans les mots ou les gestes et la manière de répondre à une personne figurent parmi les facteurs de risque concernant les manifestations agressives des enfants. Toutefois, la psychologue interviewée nous met en garde de ne pas systématiquement rapporter chaque comportement inadéquat au contexte familial. En outre, l'influence des médias sur le développement de l'enfant ainsi que le visionnement d'images brutales semblent avoir une incidence sur les manifestations agressives des enfants.

Par exemple, dans les dessins animés, les conduites agressives s'allient à l'humour et se vivent sans conséquences pour les victimes. De ce fait, les enfants confrontés à une vision inexacte du monde risquent de banaliser certaines formes d'agressivité (Bourcier, 2008, p.77).

#### **IV.3. La structure familiale : interactions sociales précoces, style parental et fratrie**

La structure familiale est le creuset de la socialisation de l'enfant (Bekka Warda, 2016). 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 leurs propres enfants. La question posée est : quel est le mode de fonctionnement d'une famille qui représente un facteur de risque pour l'enfant ?

##### **IV.3.1. Interactions sociales précoces et agressivité**

Une structure familiale se définit par la nature (agressive, sécurisante, dominatrice, affectueuse, etc.) des interactions sociales qui se tissent entre ses membres. Depuis les célèbres travaux de John Bowlby (1969), une importance considérable est accordée aux premières relations sociales, en générale entre le nourrisson et sa mère, communément appelées « attachement ».

Bowlby a proposé un modèle théorique proche de celui issu des célèbres travaux de Harlow (1958,1969) conduite sur les interactions précoces entre la mère et son bébé.

En rupture avec la théorie de l'étayage, proposée par Freud, selon laquelle les premières relations mère-enfant sont d'abord de nature alimentaire et seulement ensuite sociale, la théorie de l'attachement considère que les premières relations sont sociales.

Le nourrisson humain, comme ses cousins simiesques, recherche le contact permanent avec une personne sécurisante, en générale sa mère, même si certains chercheurs pensent que plus que 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.

#### **IV.3.2. 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 toutes 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 physiques ou sexuelles.

Les abus physiques se définissent comme une utilisation intentionnelle par un adulte de la force ou harcèlement d'enfants ou d'adolescents dans des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas et pour lesquelles ils ne peuvent pas donner leurs consentements. Ces différentes formes de maltraitements ne sont exclusives l'une de l'autre.

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

#### **IV.3.3. 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 façons d'être avec eux. Lautry (1980) a conduit une recherche très approfondie sur les liens entre l'ambiance familiale et le développement intellectuel et social.

Il apparaît que les familles trop rigides et trop laxistes ont un effet néfaste sur le devenir de l'enfant, alors que celles qui offrent un cadre chaleureux, structuré, source de découverte et d'expérimentation, favorisent un développement harmonieux et découverte et d'expérimentation, favorisent un développement harmonieux et performant. Ces considérations sont confirmées par la plupart des autres études.

#### ➤ **Instabilité familiale**

Parmi les styles parentaux particuliers, ceux liés aux situations de divorce et de recomposition 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 gagnant, 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 hante 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. Un an 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'était aggravé.

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.

#### **IV.3. 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 hostiles dans la fratrie qui seraient favorable à l'apparition de conduite asociales et agressives.

Les interactions entre frères et sœurs apparaissent aussi comme un facteur important. La nature de cette influence a été étudiée par un certain nombre d'auteurs. Deux modèles théoriques apparaissent dans la littérature. Le premier, proposé par Patterson (1984), est intitulé « la fratrie comme clef pathogènes ».

Les frères ou les sœurs aînées fourniraient des modèles d'apprentissages de conduites antisociales.

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

Le second modèle théorique, que l'on doit à Rowe et Gulley (1992), est intitulé « partenaire dans le crime ». Il stipule que les ressemblances comportementales entre les frères ou les sœurs sont dues à des renforcements positifs et non à l'observation de modèles coercitifs et négatifs.

L'enfant éprouverait un attrait pour son aîné et le prendrait pour modèle. Cet attrait serait conditionné par la chaleur et la complicité de la relation. Dans ces deux approches théoriques, l'enfant prend pour modèle un membre de sa fratrie du même sexe.

Les différences entre ces deux approches peuvent se réduire dans une perspective développementale. Durant l'enfance, l'expérience de modèles coercitifs et de relations fraternelles hostiles créerait les bases de tendance antisociale à l'adolescence qui pourraient alors être amplifiées par un attrait positif vis-à-vis des comportements du frère aîné. L'hostilité céderait la place à la complicité au cours du développement des relations.

#### **VI.4. Le contexte sociétal**

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

##### **IV.4.1. Le groupe de pairs**

Selon Youniss (1980), les relations entre pairs se construisent sur une forme de

réciprocité qui favorise le développement de l'empathie et la construction d'une réalité sociale partagée.

Elles représentent un véritable terreau sur lequel peut fructifier une constellation d'expériences sociales nécessaires à l'acquisition de comportement d'ajustement social comme le degré avec lequel l'enfant recherche le contact avec d'autres camarades, avec lequel il s'engage dans des comportements pros sociaux et avec lequel il inhibe les comportements hostiles et asociaux.

La pro socialité s'exprime à travers des conduites de coopérations, de négociation, de compréhension des rôles sociaux, de la capacité à comprendre les intentions d'autrui et d'intégrer les normes sociales. En bref, de bonnes relations avec les pairs apparaissent comme un contexte social très favorable à la socialisation et à l'inhibition des comportements agressifs.

#### **VI.4. 2. Télévision et agressivité**

Parmi les causes socio-scolaires de l'agressivité, la télévision tient une place particulière (Laura Perruchoud, 2017). Elle est devenue aux yeux de certaines associations d'un véritable adversaire.

Elle est souvent accusée de détruire le dialogue familial, d'abêtir nos chères têtes blondes qui verraient leur intérêt pour l'école baisser au profit des programmes télévisuels, de provoquer des troubles du sommeil et enfin d'être un véritable vecteur de violence.

Les scènes très fréquentes de délits, d'agression, de guerre provoqueraient la construction de schémas mentaux que nous aurions tendance à reproduire dans notre vie réelle. La surconsommation de télévision inciterait, particulièrement chez les adolescents à une confusion entre la fiction et la réalité. (Roger Fontaine, 2003, pp.41-70).

##### **➤ Le milieu institutionnel**

Au sein de la crèche, une pièce de dimension réduite risque de favoriser l'éclatement de conflits (Cloutier & Dionne, 1981, p.80). Des pièces exiguës et exposées au bruit représentent des causes possibles de difficultés relationnelles entre pairs (Bonnet-Burgener et al., 2007, p.31).

De plus, un nombre d'enfants trop élevé dans un lieu confiné augmente les comportements agressifs. Il est vrai que la proximité, le manque d'espace et le bruit forment un tout qui génère du stress et suscite des réactions agressives chez les enfants.

Il semble alors plausible que ces derniers peinent à s'adapter à toutes ces stimulations et préfèrent réorienter le niveau de stimulations liées à leur environnement (Bourcier, 2008, p.70). Ainsi, il importe que le nombre d'enfants sous la responsabilité de l'adulte ne soit pas trop excessif afin qu'il corresponde au mieux aux besoins de chacun (Cloutier & Dionne, 1981,

p.85).

Un matériel inadapté ou insuffisant peut provoquer des conflits pour la possession de jouets chez les enfants. Ainsi, ces derniers risquent de devenir frustrés dans leur réalisation. Cette frustration incessante pousse les enfants à des actes agressifs. De plus, le matériel mis à disposition ne concorde pas toujours à l'intérêt des enfants et il advient aussi qu'ils attendent pendant ou entre les activités.

De ce fait, ils manifestent leur ennui et leur impatience par des comportements indésirables (Cloutier & Dionne, 1981, p.81). Sylvie Bourcier complète que lorsque des enfants s'embêtent, ils s'agitent et perturbent les jeux environnants afin de bénéficier d'un milieu plus stimulant (Bourcier, 2008, p.70).

Effectivement, les activités peu stimulantes rendent les enfants plus dissipés et occasionnent donc plus de conflits au sein de la structure d'accueil (Cloutier & Dionne, 1981, p.89).

À l'inverse, la psychologue mentionne qu'un environnement trop chargé au niveau de l'ameublement et des jeux ainsi que trop de stimulations liées aux activités ou au programme journalier de l'institution peut engendrer des agissements agressifs de la part des enfants. La fatigue accumulée tout au long de la journée ou de la semaine, de même que l'excès de sucre, génèrent des manifestations agressives (Couturier, 2017, p.8).

L'EDE interrogée cite également la fatigue ainsi que, comme inscrit plus haut, les bruits environnants, les tensions et le stress. Elle y ajoute toutefois un aspect intéressant : le temps. En effet, le nombre d'heures ou de jours que les enfants se rendent au sein d'une structure d'accueil engendre quelques fois des réactions agressives.

Il semble donc pertinent de dire que le fait que plus les enfants passent du temps en institution et que moins ils voient leurs parents représente un facteur de comportements agressifs.

Le manque de disponibilité de la part des adultes, l'imprécision de certaines règles ou encore l'impasse sur les attitudes positives des enfants contribuent au développement de comportements indésirables (Cloutier & Dionne, 1981, p.58).

La responsable, quant à elle, parle de facteurs liés au milieu institutionnel lorsque l'adulte ne répond pas aux besoins de l'enfant et également de manière plus générale, de l'influence de la collectivité au sein d'une structure d'accueil.

La psychologue affirme que l'ambiance de groupe ainsi que la collaboration entre les professionnelles et également avec les parents jouent un rôle prépondérant dans les facteurs de comportements agressifs.

Elle ajoute que le manque de cadre de même que le manque de présence de la part de l'équipe éducative ont également une incidence sur les conduites des enfants.

## **V. Caractère héréditaire de l'agressivité**

Des facteurs génétiques ont été évoqués pour expliquer les comportements agressifs et dangereux chez certains individus. Mason et Frick (1994) résument une analyse portant sur douze recherches avec des jumeaux et trois avec des enfants adoptés en affirmant qu'il existe un facteur héréditaire « modéré » dans l'apparition des comportements antisociaux.

Cette conclusion est confirmée par d'autres travaux. Dans les recherches analysées par Mason et Frick (1994) l'influence de l'hérédité est inférée à partir de tendance statistique.

Le problème apparaît beaucoup plus complexe quand il s'agit de déterminer le support biologique.

Dans les années 1960, certains chercheurs américains avaient affirmé que les comportements criminels étaient de génération en génération sous forme de traits de personnalité selon les lois de la génétique. (Roger Fontaine, 2003, P.22).

## **VI. Origine et développement de l'agressivité**

Depuis le XIXe siècle, les scientifiques s'appuient souvent sur les données des statistiques criminelles pour postuler que c'est durant l'adolescence et le début de l'âge adulte que les êtres humains commettent le plus de crimes agressifs.

Récemment de nombreux chercheurs du développement de l'enfant ont réalisé des études adoptant des devis longitudinaux avec de grands échantillons d'enfant suivie de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte dans différents pays afin de comprendre les racines multidimensionnelles de l'agressivité au cours de l'enfance.

Dans un Premier temps, les chercheurs de ces études révèlent que l'agressivité physique envers les autres commencent à augmenter significativement entre le 9<sup>e</sup> et le 48<sup>e</sup> mois après la naissance de l'enfant.

Ces études indiquent par ailleurs que la plupart des enfants d'âge préscolaire utilisent l'agressivité physique semble être normative et adaptative jusqu'à l'âge de 4 ans pour la majorité des enfants.

Dans un Deuxième temps, et ce contrairement à la courbe de l'âge relié au crime expliquée précédemment, de récents résultats mettent en lumière que les enfants semblent d'abord avoir une tendance développementale à l'agressivité physique pour ensuite utiliser d'autres choix plus adaptatifs en fonction du stade développementale.

Les récentes études longitudinales mettent en évidence que l'âge de pointe de l'agressivité physique ne situe pas à l'adolescence, ni au début de l'âge adulte, mais plutôt

durant la petite enfance et l'âge préscolaire, ou plus précisément entre 24 et 42 mois après la naissance de l'enfant, pour ensuite diminuer régulièrement jusqu'à l'âge préadolescence et l'adolescence.

Certains auteurs suggèrent que le développement des fonctions exécutives c'est-à-dire l'ensemble des fonctions cognitive incluant la capacité d'autocontrôle et l'inhibition du comportement, raisonnement abstrait, la résolution de problème, la planification et l'organisation de l'autorégulation des émotions et des stratégies cognitives, permettant de différer la gratification serait responsable du déclin de l'agressivité physique après 24 mois, d'autres suggèrent qu'avec le développement du vocabulaire expressifs entre 24 et 48 mois de vie, l'agressivité physique diminue tandis que l'agressivité verbale semble augmenter.

Dans un troisième temps, bien que la grande majorité des enfants utilisent de mois en mois l'agressivité physique entre la maternelle et la sixième année, une minorité d'enfant et de jeunes sont agressifs de façon chronique au cours de leurs développements et sont responsable pour plus de la moitié des crimes.

Ces études fournissent des données qui indiquent que les adolescents et adultes qui sont agressifs était auparavant des enfants agressifs. (Sébastien Normand et al, 2009, p23-24).

### **VIII. Les différentes motivations de l'agressivité**

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

- ✓ Besoin de territoire : besoin d'espace vital, d'intimité.
- ✓ Besoin de communiquer : façon de parler, ton de la voix, attitudes etc...peuvent provoquer des tensions et des réactions agressives.
- ✓ Besoin de 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 et 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 confort : besoin d'être libre de douleur physique ou émotionnelle.
- ✓ Besoin de compréhension : besoin d'être informé de façon adéquate.

- ✓ **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...quoiqu'il en soit, c'est toujours une grande souffrance qui va faire que la personne se désorganise ainsi. (Alex Tromont, 2013, p.11).

## **A- Les modèles et théories d'approche des comportements d'indocilité**

Selon le Dictionnaire (le Robert, P.1162), l'indocilité est le caractère de celui qui est indocile, difficile à gérer, désobéissant. Elle puise son origine dans la mauvaise gestion de l'agressivité à la petite enfance à travers les stades de développement psychosexuels de Freud. Les modèles et théories d'approche seront :

### **I. Les modèles d'approches**

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

#### **I.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 libidinale. Ultérieurement, notamment dans *Malaise dans la civilisation* (1929), il a mis en avant ce qu'il désignait comme un instinct de mort (Thanatos) complémentaire d'Éros et dont le ressort ultime était l'autodestruction de l'individu. Selon Freud, confrontée à l'énergie libidinale, l'énergie propre à l'instinct de mort serait dirigée vers l'autrui sous forme d'agression, et permettrait ainsi à l'individu sa propre survie par l'intermédiaire de l'agression d'autrui.

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 antagonistes, s'inscrivent la pulsion de vie et la pulsion de mort. La notion de pulsion de mort est loin d'être acceptée par l'ensemble des psychanalystes, mais elle est à la base de l'élaboration de la doctrine Kleinienne.

**Mélanie Klein** admet l'existence primitive de sentiments d'amour et de haine qui se livrent un combat dans l'esprit de l'enfant ; à la suite de K. Abraham, cet auteur met en valeur

chez le nourrisson le besoin de mordre, de dévorer ; lorsque les satisfactions lui font défaut au stade oral de la succion, il est recherché au stade oral de la morsure.

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

## **I.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 nécessaires dans toutes société. Selon Lorenz, des schémas de comportement seraient associés à un potentiel énergétique spécifique et interne généré spontanément par l'organisme.

Cette énergie s'accumulerait régulièrement, et l'agression chez l'homme comme chez l'animal serait fonction de la quantité d'énergie accumulée et de la présence et de l'importance des stimuli déclencheurs dans l'environnement immédiate 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 contribueraient à ce que l'agression soit particulièrement fréquente chez l'humain. L'homme en tant qu'agresseur développe des armes sophistiquées dont il peut ne pas voir les effets sur la victime, et deuxièmement, en tant que victime, ne s'engage que rarement dans les actes d'apaisement régulateurs chez l'animal.

Ces points sont évidemment importants : les recherches expérimentales démontrent qu'une forte distance physique entre agresseur et une victime constitue un important facteur de facilitation pour l'agresseur. (Idem. p40-41).

## **I.3. Le modèle biologique**

Pour les tenants de ce modèle, l'agression serait une modalité génétiquement déterminée du comportement des organismes, ayant pour fonction de préserver l'espèce contre les changements survenant dans son milieu.

La conception biologique de comportement agressif cherche à l'interpréter comme le résultat de l'activation de centre de contrôle ou de substrats nerveux particuliers, censés sous-tendre de façon spécifique les différents types de comportements agressifs, les théories s'inspirant d'une conception biologique empruntent deux orientations fondamentalement différentes.

La première propose de considérer l'agression comme étant d'origine interne spontanée, résultant d'une pulsion interne, souvent tenus pour innée, et qui se manifeste par la réaction agressive. La deuxième soutient l'hypothèse selon laquelle l'agression est essentiellement la réponse à la réception d'un stimulus externe. (**Farzaneh Pahlavan. 2002,p104**).

#### **I.4. Le modèle pulsionnel de Freud et Klein**

Sigmund Freud reconnaît que, dans un premier temps, la vie pulsionnelle des enfants s'organise autour du complexe d'Œdipe.

Durant cette étape, l'agressivité reste dominante (Zaczyk, 1998, p.25). Freud définit également différents stades, parmi lesquels le stade oral jusqu'à un an qui est marqué par la succion et la morsure. Puis, le stade anal d'un à trois ans qui est caractérisé par l'alternance d'amour et d'agressivité (Gassier et al., 2013, p.168). Dans un deuxième temps, Freud inclut l'agressivité dans la pulsion de mort qui s'oppose à la pulsion de vie (Zaczyk, 1998, p.25).

De son côté, Melanie Klein insiste sur le fait que l'agressivité semble synonyme d'envie, de haine et de sadisme, qui deviennent des manifestations de la pulsion de mort (Golse & Delion, 2014, p.134).

Les deux psychanalystes soulignent donc que l'instinct agressif reste une base passionnelle incontournable et une force pulsionnelle innée (Ferey, 2013, p.38). Parfois, il arrive que le passage à l'acte émane d'une force pulsionnelle pas encore destinée à la recherche du plaisir, mais plutôt poussée vers la décharge (Golse & Delion, 2014, p.78).

Enfin, le modèle pulsionnel considère l'agressivité comme une réponse à la frustration. De même que la psychanalyse concède une importance à l'agressivité car elle intervient tôt dans le développement des enfants (Martinella-Grau, 2011, p.44).

#### **I.5. Le modèle éthologique de Lorenz**

Les approches éthologiques avancent que l'agressivité est une composante du fonctionnement, liée aux relations sociales. Ainsi, ces dernières permettent à l'instinct d'aiguiller les comportements vers la socialisation ou, au contraire, vers la défense et l'attaque.

Konrad Lorenz considère l'agressivité comme une composante innée et nécessaire à l'adaptation de même qu'à la survie de l'espèce humaine. Dans ce sens, cette donnée devient

plutôt positive (Schneider et al., 2009, p.30). Il ajoute que l'agressivité reste un processus vital lié directement à la pulsion de vie (Ferey, 2013, p.37).

De plus, Lorenz présume que l'agressivité est inévitable et qu'il semble toutefois possible de la guider de manière plus convenable (Cloutier & Dionne, 1981, p.13).

### **I.6. Le modèle environnementaliste**

Dans ce modèle, les variables de l'environnement, c'est-à-dire les espaces, les locaux ou les agencements, impactent un individu ou un groupe et génèrent une frustration. Par exemple, pour un enfant, grandir dans une métropole peut représenter une frustration importante.

En effet, la circulation permanente, la réduction des espaces de jeu et l'éloignement des espaces naturels risquent de confiner l'enfant dans son habitation. Durant ce repliement, d'autres distractions, principalement virtuelles, vont prendre le dessus avec le risque d'engendrer de la frustration lors de la confrontation avec la réalité (Martinella-Grau, 2011, p.45).

Afin d'éviter cela, il existe la possibilité d'influencer l'agressivité par l'organisation de l'environnement en aménageant un milieu favorable et harmonieux pour les enfants (Cloutier & Dionne, 1981, p.23).

## **II. Théories traditionnelles des comportements agressifs :**

Elles se composent de deux théories qui sont :

### **II.1. Théorie biologique :**

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

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

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

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

## **II.2. Théorie de l'apprentissage social :**

La théorie de l'apprentissage sociale est une théorie à la fois cognitive et associationniste, les processus impliqués dans l'apprentissage de l'agression sont identiques aux processus dans l'apprentissage des comportements sociaux selon Bandura (1973) le fondateur de cette théorie la frustration qui engendre l'agression est le résultat de l'acquisition et l'apprentissage avec les liens associatifs et l'observation d'autrui d'après cette réaction agressive peut être modulée par des caractéristiques neurophysiologiques.

Des facteurs génétiques hormonaux, caractéristiques physiologiques ...etc. toutes ces dernières influent l'agression de l'individu.

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

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

## **II.3. La théorie de Winnicott**

Donald Woods Winnicott définit l'agressivité comme une des sources principales d'énergie. Il perçoit également la valeur positive de l'agressivité dans son dynamisme et son élan à vivre (Cyrulnik & Rameau, 2011, p.114).

L'environnement externe influence la manière dont les enfants abordent leur agressivité innée. Dans un environnement favorable, l'agressivité s'intègre dans la personnalité comme une énergie au service du jeu et du travail, tandis que dans un environnement néfaste, l'agressivité peut dégénérer en manifestations violentes (Golse & Delion, 2014, p.134).

## **II.4. La théorie de l'apprentissage social de Bandura**

Selon Albert Bandura, le fait d'observer une personne réaliser une action développe une forme d'apprentissage. Cet apprentissage par observation représente des comportements que petits et grands apprennent en observant soit des personnes près d'eux, soit des personnages virtuels sur les écrans (Bee & Boyd, 2011, p.20).

Le psychologue canadien estime aussi que la plupart des comportements associés à l'agressivité proviennent des expériences d'apprentissage plutôt que de l'héritage génétique. L'apprentissage de l'agressivité se façonne par l'observation de modèles et par l'expérience directe.

Plusieurs études démontrent que les enfants acquièrent de nouveaux comportements agressifs par l'observation de modèles du même genre (Cloutier & Dionne, 1981, p.21). De ce fait, l'agressivité n'est pas considérée comme innée mais plutôt comme apprise ou acquise (Zaczyk, 1998, p.31).

### **➤ L'agressivité comme une énergie vitale**

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

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

L'agressivité est normale, c'est une pulsion de vie adaptée à certains contextes. Ainsi, les cris et les pleurs d'un bébé affamé sonnent l'alarme et lui permettent d'assouvir ses besoins. Lorsqu'elle reste dans certaines limites, cette énergie vitale assure notre survie. Elle nous permet de nous affirmer et d'atteindre nos objectifs.

L'éducation ne vise donc pas à éliminer cette énergie, mais bien à la canaliser et à la rendre utile. L'agressivité se présente donc dès les premières années de vie, mais elle se désapprend au fur et à mesure que l'enfant découvre comment exprimer ses besoins et ses frustrations dans le respect de soi et des autres. (Sylvie Bourcier, 2008, p11).

## **B- Stratégies de coping de l'agressivité du trisome 21 indocile**

### **I. Historique de la notion de coping**

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19è siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la

psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de DARWIN en particulier).

### **I.1. Evolution coping et adaptation**

Le concept de défense date de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychology. Breuer et Freud observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience.

Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle grandissant.

Dans un texte de FREUD de 1926 (« Inhibition, symptôme et angoisse »), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels.

Certaines idées de S. Freud (et d'A. Freud) auront un large écho en sciences sociales, bien au-delà de la psychanalyse. On peut les résumer ainsi : chaque individu utilise un répertoire relativement restreint de mécanismes de défense ; un style défensif particulier peut être associé à une pathologie particulière ; certains mécanismes de défense sont fonctionnels, d'autres sont « dysfonctionnels » (PERRY et COOPER, 1989) ; certains de ces mécanismes sont «immatures» (projection, hypochondrie,...), d'autres sont «névrotiques» (intellectualisation, répression, formation réactionnelle) d'autres enfin sont «matures» (sublimation, humour, suppression).

Quelques travaux empiriques semblent valider cette hiérarchie, les individus utilisant des défenses élaborées ayant une meilleure santé mentale (voir par exemple Vaillant et al., 1986). Les processus de coping seraient subordonnés aux mécanismes de défense, plus archaïques (Vaillant, 1977).

À partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » (terme qui fut répertorié pour la première fois dans les mots-clés de « Psychological Abstracts » en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour).

Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. Greer et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir.

La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en

émergence.

De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelques tentatives de clarification furent publiées (dont celle de HAAN, 1977). On pourrait tenter de résumer les différences entre mécanisme de défense et stratégie de coping de la façon suivante.

Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intra-psychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

➤ **Concept de coping de l'agressivité**

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe).

Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents).

## **I.2. Coping de l'agressivité et adaptation**

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer (fight) ou fuir (fly), notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse (Vincent Trybau et al, 201).

Le coping et le stress sont considérés par certains auteurs comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation aux difficultés de la vie.

Selon Lazarus et Folkman (1984a, pp 283-284), il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept extrêmement large, qui inclut toute la psychologie, voire même la biologie. L'adaptation inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage, etc...).

En revanche, le coping est un concept beaucoup plus spécifique. S'il inclut aussi diverses réponses d'ajustement chez les individus, il ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement évaluées comme menaçantes (ou stressantes).

De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants,

spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée à celle d'adaptation, notion jugée trop normative.

## **II. Les modèles du coping de l'agressivité**

Les définitions que nous avons faites du Coping ne sont pas suffisantes. Il est nécessaire de prendre plus globalement le Coping en relation avec d'autres variables psychologiques importantes.

Il faut rendre compte des différences individuelles, des différences de situation et des différences de réponses possibles au stress. Les variables en question sont nombreuses. Pour les variables individuelles, il y a - l'auto efficacité : c'est-à-dire la capacité et la confiance en ses capacités à s'engager dans une action pour réaliser un objectif et obtenir un résultat -. L'optimisme dispositionnel : c'est-à-dire la disposition stable de la personnalité qui caractérise les individus ayant des attentes favorables quant à l'issue des événements et une vision globalement positive de soi, des autres, du monde et de l'avenir.

- La robustesse ou l'endurance au stress : c'est-à-dire une personne qui résiste bien au stress en ne tombant pas malade, dans la mesure où elle pense contrôler les événements, s'engage dans l'action et envisage l'avenir ou un événement comme un enjeu plutôt qu'une menace - les types de comportement de type A ou B : il s'agit d'une orientation du comportement et des émotions sous un mode d'accomplissement personnel de type compétitif ; par exemple le type A est très autocritique, lutte pour atteindre ses buts, éprouve du plaisir dans l'effort et l'accomplissement.

Le type A est également souvent dans l'urgence. Il lutte avec le temps et s'avère impatient avec les délais ou les temps morts.

Il règle ses engagements de façon très serrée dans le temps et tente de faire plus d'une chose à la fois comme lire, écouter la radio et manger en même temps. Enfin, l'individu de type A est facilement excité ou agité par de la colère ou de l'hostilité ouverte ou non envers les objets et les personnes.

On le voit, les configurations de la personnalité vont prédisposer les sujets à éprouver plus ou moins de stress et à mettre en œuvre des stratégies de Coping et des défenses plus ou moins adaptées.

D'autres facteurs importants doivent être retenus. Il s'agit des ressources sociales ou du soutien social. Nous le verrons plus loin. Les modèles du Coping tentent d'intégrer ces différents aspects.

### **II.1. Le syndrome d'adaptation du stress**

Le modèle de Holahan et Moos (1991) associe les stressseurs et les ressources

individuelles et sociales avec leurs effets sur la dépression. Dans les ressources, nous retrouvons la confiance, les stratégies de Coping actif et le soutien familial. La dépression correspond à une variable d'ajustement là moins adaptée, qui est le résultat d'une moindre adaptation au stress.

Par ailleurs, en fonction de l'intensité du stress, le choix des stratégies de coping va varier. Une population, interrogée sur quatre ans, a rempli un questionnaire de personnalité, de soutien familial et de coping, de dépression et d'événements de vie négatifs.

Les sujets ont été répartis en groupes en fonction du nombre et en fonction de la gravité des événements de vie négatifs qui ont été vécus l'année précédant l'étude. 4 ans plus tard, les mêmes questionnaires sont remplis.

Il apparaît que lorsque les ressources individuelles et sociales sont importantes (variables de personnalité et entourage social) leur effet régulateur (réducteurs) des effets du stress sur la dépression sont importants.

Autrement dit, les sujets sont peu dépressifs. Lorsque le stress est élevé, les stratégies de Coping complémentaires de type action et centration sur le problème, doivent être associées aux effets bénéfiques des ressources sociales et individuelles pour entraîner la réduction des effets du stress sur la dépression.

## **II.2. Le modèle intégratif multifactoriel**

Quelles sont les stratégies de Coping précisément adoptées quand on tient compte de certaines des variables personnelles dont je vous ai parlé précédemment. Nous avons réalisé une étude (Mazé et Verhiac, 2005) auprès d'étudiants en première année universitaire.

Dans ce cadre, nous avons pris en considération certaines variables de personnalité comme le névrosisme (anxiété, colère, dépression, impulsivité, vulnérabilité), l'optimisme dispositionnel, et le stress perçu ou facteur transitionnel (e.g., angoisses universitaires) et le soutien social perçu.

Le modèle que nous avons étudié consistait à regarder quelles stratégies de Coping (émotion problème et recherche de soutien social) étaient utilisées préférentiellement par les sujets.

Nous allons présenter séparément les résultats pour chaque type de Coping.

En ce qui concerne le Coping problème, les variables de personnalité comme le névrosisme et le facteur transactionnel (stress perçu) ont un effet inhibiteur dans son usage. À l'opposé l'optimisme dispositionnel des sujets et le soutien social dont ils disposent tend à renforcer l'usage d'une telle stratégie. En ce qui concerne le Coping émotion, nous constatons que des résultats opposés sont observés.

Les facteurs de névrosisme et le stress renforcent l'usage du Coping émotion, alors que l'optimisme dispositionnel et le soutien social qualitatif (la qualité de l'aide apportée par l'entourage) inhibe l'usage du coping émotion.

### **III.L'Approche transactionnelle du stress et du coping**

L'approche transactionnelle du coping se distingue des modèles précédents relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation.

Selon elle, il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. L'efficacité d'une stratégie dépend aussi des critères choisis (équilibre émotionnel, bien-être, qualité de vie, santé physique...), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre l'affectivité négative tout en nuisant à sa santé (alcoolisme, tabagisme...).

#### **III.1. Définition**

Selon Lazarus et Folmman (1984b, p. 141) cité par Ndong Thierry (2008 ), le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources »

Il s'agit bien ici d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement (l'individu pouvant modifier - et être modifié par - la situation).

Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations.

Cette définition souligne bien que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable 2.

Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres.

#### **III.2. La phase d'évaluation**

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement.

L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation

stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles.

#### **a) L'évaluation primaire**

C'est l'évaluation de la situation aversive. L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions particulières.

Un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle) et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie.

#### **b) L'évaluation secondaire**

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation...).

En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter.

### **III.3. Les stratégies de coping**

Selon LAZARUS et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b ; Lazarus et Launier , 1978).

#### **a) Le coping centré sur le problème**

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations, ...

À l'origine, Lazarus et Folkman (1984b) ont appliqué une échelle de 67 items, la WCC (Ways of Coping Checklist), à 100 adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an,

en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi. Ils obtiennent, en regroupant ces réponses par des analyses factorielles, huit petits facteurs se regroupant en deux stratégies générales, le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion.

Le coping centré sur le problème comprend deux facteurs plus petits, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).

#### **b) Le coping centré sur l'émotion**

Il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie : consommer des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture, télévision, ...), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété, ...).

Une modalité cognitive de ce coping consiste à transformer la signification de la situation par exemple, en modérant sa gravité (minimisation), une autre à nier la réalité (pensée magique, dénégation). La chanson « tout va très bien, madame la marquise » illustre très bien la stratégie de minimisation de la menace.

On peut utiliser à la fois à un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement. Un automobiliste victime d'un accident de la circulation peut avoir envie de frapper ou d'insulter son adversaire, puis se dire que cela n'arrangera pas la situation et se mettre à constater les dégâts et à rédiger une déclaration d'accident.

En regroupant les réponses de 100 adultes aux 67 items de la WCC, recueillies chaque mois pendant un an, Lazarus et Launier (1984b) avaient obtenu de petits facteurs se rattachant au coping centré sur l'émotion :

- ✓ Minimisation de la menace, prise de distance (j'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas si grave, ...)
- ✓ Réévaluation positive (je suis sorti plus fort de cette épreuve, ...)
- ✓ L'auto-accusation (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème) ;
- ✓ L'évitement-fuite (j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant ; j'ai essayé de tout oublier...)
- ✓ La recherche de soutien émotionnel (j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un).

#### **IV. Classification des stratégies du coping de l'agressivité**

À partir de ces différentes possibilités pour faire face aux événements stressants deux fonctions du coping ont été communément identifiées : La régulation de la détresse émotionnelle et la gestion du problème qui cause la détresse.

Dans cette perspective, plusieurs auteurs (Lazarus et Folkman, 1984) se sont attachés à faire l'inventaire des types de stratégie de coping.

La méthodologie a consisté à recenser au cours d'entretiens différentes modalités selon lesquelles les sujets réagissent aux diverses situations de la vie, quels que soient les secteurs envisagés : familial, professionnel...

Les auteurs ont constaté une grande variabilité inter – et intra individuelle. Cependant à partir des résultats d'analyses factorielles portant sur un nombre suffisant de sujets, deux grands types de coping apparaissent comme des invariants : Le coping « centré sur l'émotion » et le coping « centré sur le problème ». Ces recherches ont montré que ces deux formes de coping sont utilisées dans la plupart des situations stressantes et que les proportions relatives de chaque forme varient selon la qualité de l'évaluation de l'évènement.

Dans le but d'évaluer le coping selon ces deux dimensions principales, diverses échelles ont été construites. La plus utilisée est celle de Lazarus et Folkman (1984) : The ways of coping check- list, composée de 67 items repartis en 08 sous- échelles (Les deux premières sous-échelles correspondent au coping centré sur le problème et les 6 autres au coping centré sur l'émotion) :

- La résolution du problème, dont la recherche d'information (« j'ai tenu bon et lutter pour y parvenir ») ;
- Esprit combatif ou acceptation ou acceptation de la confrontation (« j'ai tenu bon et lutter pour y parvenir ») ;
- Prise de distance et minimisation des menaces (« j'ai fait comme si rien ne s'était passé ») ;
- Réévaluation positive (« je suis ressortit de cette expérience plus fort ») ;
- Auto-accusation (« j'ai compris que c'est moi qui ai créé le problème ») ;
- Fuite-évitement (« j'ai essayé de me sentir mieux en mangeant, buvant, fumant ou en prenant des médicaments ») ;
- Recherche d'un soutien social (« j'ai discuté avec quelqu'un pour me faire une idée précise de la situation »)
- Maîtrise de soi (« j'ai essayé de ne pas suivre ma première impulsion ») ;

Toutefois, certains auteurs n'adhèrent pas totalement à la classification de Lazarus et

Folkman. Suls et Flecher (1985) par exemple, d'après une méta-analyse des recherches antérieures (1960-1985) consacrées au coping, aboutissent aux deux catégories suivantes : Le coping « évitant » et le coping « vigilant » qui opposeraient des stratégies passives (éviter, fuite, déni, acceptation stoïque) à des stratégies actives (recherche d'informations, de soutien social, plans de résolution de problème).

Ainsi, plus qu'une simple réponse au stress, le coping est conçu comme une stratégie multidimensionnelle de contrôle dont la finalité est le changement soit de la situation réellement menaçante, soit de l'appréciation subjective que le sujet s'en fait et donc de l'affect associé (Dantchev, 1989).

Ces controverses sur la classification des stratégies d'ajustement en elles-mêmes ne sont pas essentielles. Ce qui est plus important est de savoir si chacune de ces stratégies est fonctionnellement efficace, c'est-à-dire si elle permet de réduire la tension ou l'anxiété engendrée par la situation.

#### **V. Les déterminants du coping de l'agressivité**

Selon divers auteurs dont Costa et al. (1996) cité par Ndong Thierry (2008), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie.

Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, ou l'évaluation (Cohen et al., 1983).

Cette approche considère le coping comme un processus adaptatif comme les autres. Les stress et le coping seraient des phénomènes émotionnels, cognitifs et comportementaux induits par une grande variété de situations (de la résolution de problèmes à la gestion des émotions).

Cette conception ouvre certaines voies de recherches transversales concernant la généralité et la stabilité des stratégies de coping (cohérence intérêt intra-individuelle, recherche de « styles » de coping trans-situationnels). L'évaluation (primaire et secondaire) serait influencée par les antécédents psychosociaux de l'individu, ces antécédents étant essentiellement de deux types, cognitifs et conatifs.

##### **a) Les déterminants cognitifs de l'évaluation du coping de l'agressivité**

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les croyances (sur soi, le monde,

ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes,) et les motivations générales (valeurs, buts, intérêts, ...). Un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe).

Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe.

Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc...).

### **b) Les déterminants conatifs de l'évaluation du coping de l'agressivité**

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante (Ndong Thierry, 2008).

C'est le cas de l'endurance (hardiness), trait décrit par KOBASA et al. (1982) et qui consiste à la fois à s'impliquer dans les diverses activités quotidiennes (engagement) et à croire que l'on maîtrise les situations (contrôle perçu) et que les problèmes qui se présentent sont des défis à relever (plutôt que des menaces).

De nombreux autres traits de personnalité se sont avérés de bons prédicteurs des stratégies de coping. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion.

À contrario, la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (Agréableness), le fait d'être consciencieux (conscientiousness) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème.

L'association entre personnalité et coping est très marquée (COSTA et al., 1996, p. 51). Ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez les individus et non par les caractéristiques fluctuantes des situations.

Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une certaine consistance temporelle d'une situation à l'autre (Mc Crae, 1992 ; Vollrath et al., 1995).

### **V.1. Les déterminants situationnels et transactionnels du coping de l'agressivité**

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le

coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées.

Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin.

Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème.

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents.

Dans deux études différentes, Mc CRAE (1984) a montré en effet que c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping.

Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses.

Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour, ...

Ainsi des facteurs personnels et environnementaux (environnement réel ou perçu) contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping.

## **VI.2. Les méta-stratégies de coping**

### **a) Évitement et vigilance**

Si l'on s'en tient non aux réponses de coping détaillées proposées par les divers auteurs, mais aux stratégies de coping générales décrites par les uns et les autres, une certaine parenté apparaît alors entre ces catégories globales (Vitaliano et al., 1985).

Il existe une vingtaine de recherches différentes consacrées aux stratégies générales de coping. Ces études ont été synthétisées par COUSSON et al., (1996 ; p. 156), cité par De Ridder (1997).

Elles aboutissent assez généralement à deux (ou plus rarement trois) stratégies globales, ou méta-stratégies : coping centré sur le problème (ou vigilance), coping centré sur l'émotion (ou évitement). L'évitement apparaît parfois comme troisième méta-stratégie, distincte des deux premières (Endler et Parker, 1990).

Suls et Fletcher (1985) ont réalisé la méta-analyse (synthèse quantitative avec agrégation de tous les résultats) de 43 recherches antérieures, consacrées au coping. Ils aboutissent à deux grands types de coping :

- ✓ stratégies « évitantes » (avoidant coping), qui regroupe de nombreuses réponses de coping : distraction, diversion, répression, faible vigilance, évitement, déni, attitude défensive, fuite, fatalisme, résignation, coping « passif », ...
- ✓ stratégies « vigilantes » (vigilant coping), qui inclut : attention, sensibilité, vigilance, implication, réévaluation, attitude non défensive, coping « actif », ...

Il y a une parenté évidente des stratégies évitantes avec le coping centré sur l'émotion et des stratégies vigilantes avec le coping centré sur le problème.

### **b) Le soutien social**

Nous avons recensé pour notre part 17 recherches consacrées aux stratégies générales de coping (Cousson et al., 1996).

Si un coping centré sur le problème apparaît bien sous diverses dénominations dans 16 études sur 17 et un coping centré sur l'émotion, unique ou scindé en stratégies plus spécifiques (dont l'évitement émotionnel) dans 13 études sur 17, une autre stratégie, la recherche de soutien social, apparaît dans 6 études, dont une recherche réalisée par notre équipe (Cousson et al., 1996).

Certains auteurs affirment que le soutien est une ressource sociale perçue (évaluation secondaire) dont peut bénéficier un individu et non une stratégie d'ajustement (Parker et Endler, 1992).

D'autres, au contraire, considèrent que la recherche de soutien social implique bien en effet des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui. Il s'agit bien dans ce cas d'une stratégie de coping élaborée par un individu (voir par exemple Greenglass, 1993).

En résumé, un instrument idéal d'évaluation du coping comprendrait au moins deux stratégies générales : coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion. Ces deux méta-stratégies devraient inclure des stratégies plus spécifiques (plus petites) dont la recherche de soutien social et l'évitement, souvent oubliées. Un tel modèle hiérarchique devrait être établi par des analyses confirmatoires (et pas seulement fondé sur des hypothèses certes séduisantes, mais aprioristes au départ).

Il devrait en outre permettre d'explorer à la fois le style de coping de l'individu (stratégies habituelles utilisées face à des stressors différents) et les processus spécifiques de coping associés à des situations particulières (ressenties comme perte, menace, défi par exemple), c'est-à-dire un coping « dispositionnel » et un coping « situationnel ». Aucun outil

ne cumule pour l'instant ces divers atouts, malheureusement

## **VI- Efficacité des stratégies du coping de l'agressivité**

Selon Laborit (1980), si le contrôle de l'évènement est efficace, peu de perturbations biologiques, physiologiques ou comportementales en résultent....

En effet, l'ensemble des travaux consultés indique que les critères de l'efficacité du coping sont multidimensionnels : Une stratégie de coping est si belle que si elle permet au sujet de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique (Folkman et Lazarus, 1986 ; Di Matteo, 1991).

La question est donc de savoir, laquelle des stratégies (Centré sur l'émotion ou centré sur le problème, par exemple) est la plus efficace dans son rôle modérateur de la relation stress – détresse ?

L'étude de l'efficacité du coping sur la détresse émotionnelle a fait l'objet de nombreuses recherches. Les principaux critères évalués sont l'anxiété et la dépression.

Ainsi les travaux de Schmidt (1988) sur des patients hospitalisés pour une investigation chirurgicale montrent que les sujets qui utilisent une stratégie de coping active (recherche de l'information sur le déroulement de l'opération, de ses conséquences, participation lors des traitements) sont significativement moins anxieux et présentent moins de complications postopératoires que les sujets qui utilisent une stratégie de coping passive (attitude résignée et fataliste).

De même, Mikulincer et Solomon (1989) ont trouvé que la gravité des troubles de stress post – traumatiques chez les soldats est positivement associée à un coping centré sur l'émotion.

Ainsi, il semblerait qu'un style de coping actif centré sur le problème se révèle plus efficace qu'un style de coping passif centré sur l'émotion pour réduire la tension émotionnelle induite par l'évènement.

L'efficacité des stratégies de coping dépend aussi des caractéristiques situationnelles comme la durée et la contrôlabilité de l'évènement stressant. Ainsi, l'évitement le plus efficace à court terme (de zéro à trois jours après l'évènement stressant) et les stratégies actives à long terme (à partir de deux semaines après).

Un style de coping passif (dégénération par exemple) éviterait d'être débordé et facilite un travail psychique permettant sans doute d'assimiler progressivement la réalité (Suls et Fletcher, 1985).

De même, selon Lazarus et Folkman (1984), les stratégies actives ne semblent efficaces que si l'évènement est sous le contrôle du sujet.

Dans le cas d'un évènement incontrôlable, les stratégies passives seraient plus adaptées.

Ainsi, divers travaux mettent en évidence, dans le cas des maladies graves comme le cancer, que le déni ou la réévaluation positive est une stratégie favorisant un bon ajustement chez les patients atteints de cancer mammaire (Dean et Surtees, 1989).

En fait, il n'y a pas de stratégies de coping efficace en soi, indépendamment de ses aspects perceptivo-cognitifs (lieu de contrôle, soutien social) qui déterminent le contrôle perçu, et les caractéristiques des situations stressantes.

Pour des raisons d'ordre méthodologique (études perspectives, examens bio-médicaux coûteux) L'étude de l'efficacité du coping sur l'état de santé physique semble beaucoup moins évidente à évaluer. Toutefois, Lazarus et Folkman (1984), le coping peut affecter la santé physique de trois façons différentes :

- 1- Il peut influencer la fréquence, l'intensité et la durée des réactions physiologique (pulsations cardiaques, pression artérielle, tension musculaire) et neurochimiques de stress (catécholamines urinaires, le cortisol sanguin, par exemple). Dans le cas où :
  - Le sujet ne peut prévenir ou améliorer les conditions environnementales stressantes par défaut ou inadéquation de stratégies centrées sur le problème (Effort contrarié) ;
  - Face à un événement incontrôlable, le sujet ne peut réguler la détresse émotionnelle (stratégies centrées sur l'émotion inopérantes) ;
  - Le sujet à un style de vie ou style de coping qui est en lui-même à risque. Le meilleur exemple est le type A (type coronarien) qui se décrit par l'ensemble des traits suivants : Compétitivité, impatience, hostilité, perception des évènements stressants comme des défis.
- 2- Il peut affecter directement et négativement la santé (augmentation du risque de mortalité du risque de mortalité et de morbidité) quand il correspond à l'utilisation excessive des substances telles que le tabac, l'alcool, la drogue... Ou quand il entraîne le sujet dans des activités à haut risque (Vitesse en automobile par exemple...)
- 3- Les formes de coping centré sur l'émotion peuvent menacer la santé car elles gênent la mise en place de comportements adaptatifs. C'est le cas du déni ou de l'évitement qui peuvent conduire le sujet à ne pas percevoir ses symptômes ou à consulter tardivement.

## **VI. Gestion des comportements indociles du sujet porteur de la trisomie 21**

Dans notre étude, nous n'avons pas directement utilisé les modalités de coping comme citées par Lazarus et Folkman mais les stratégies de coping en rapport avec la relation d'objet instituée par Freud dans le développement les stades de développement psychosexuels.

Ainsi nous avons corrélé la relation triangulaire au coping centré sur le problème (Axé sur le rapport à l'autorité maitresse/sujet en situation de classe), la relation anaclitique au coping

centré sur l'émotion (Axé sur le rapport au lien d'attachement insecure) et le lien aux paires corrélé au coping du soutien social.

Toutes ces modalités de coping de coping représentent les renforçateurs externes à l'endroit du sujet porteur de la trisomie 21 en situation de stress. Elles seront adaptées préférentiellement par ce dernier en fonction du contexte lorsque celui-ci se sentira heurté en situation d'agressivité.

#### **a) La relation triangulaire**

Selon les stratégies de coping énoncées par Lazarus et Folkman, la relation triangulaire sera assimilée au coping centré sur le problème. Lorsque le sujet exprime ses émotions négatives à l'endroit de la maitresse en situation de classe., selon Lasarus et Folkman les stratégies utilisées seront :

##### **- L'évitement**

Il consiste à ne rien faire lors de situation agressive. Cependant, on doit l'utiliser uniquement si le sujet est mis en danger, s'il n'y a pas de conséquences la maitresse, s'il est inévitable, ainsi que si l'on ne peut rien changer à la situation.

##### **- Le désamorçage**

Cette technique est le plus souvent utilisée pour détacher le sujet de la source du stress.

##### **- L'affrontement ou encore coping de confrontation**

Il est utilisé lorsque le sujet porteur de la trisomie 21 intensifie son état émotionnel négatif, l'éducateur prend en ce moment le rôle du supérieur et centralise les éléments positifs de la situation afin de générer les émotions positives.

A travers ces modalités, la maitrise utilise l'administration pour exercer la rigueur à cet enfant (Si tu le fais encore je dirai à Madame la Fondatrice ou à M. le Directeur), ainsi ces derniers prendront une position de père pour ce sujet car ce dernier devra comprendre que ce sont eux les légiférateurs et pour éviter l'angoisse de perte de se conformer,

Ainsi il intégrera les règles sociales. Si la maitresse dénigre le Directeur, il y'aura forclusion du nom du père, entraînant l'indocilité car dans sa petite enfance, ce dernier a été protéger et l'intégration des règles ne s'est pas suivi.

#### **b) La relation anaclitique**

Elle est assimilée au coping centré sur l'émotion tel qu'énoncé par Lazarus et Folkman. Elle est axée sur les liens d'attachement insecure dont la conséquence est l'illusion de toute puissance et la relation de « collage ». Les stratégies utilisées seront :

##### **- La réévaluation positive**

Elle consiste à centrer les éléments positifs de la situation afin de générer les émotions positives pour remettre le sujet en confiance face à une situation de stress perçue.

#### - **Le détachement**

Il consiste à détacher le sujet de l'évènement lorsque le sujet n'arrive pas à prendre du recul ou à se désengager de la situation aversive ; Cette stratégie va diminuer de ses émotions et l'emmener à faire face à son stress.

Il s'agit de permettre à la maitresse d'entretenir une relation parentale c'est-à-dire de mère-enfant avec le sujet. Cette relation ne devant pas être entachée d'un maternage exagéré c'est-à-dire de se rapprocher un peu du sujet et d'être parfois rigoureuse

#### c) **Le lien aux paires**

Lorsque ces deux premières parties sont bien négociées, on travaille avec les autres élèves qui représentent les paires en situation de classe, On demande aux autres de ne pas jouer avec lui, car en réussissant deux étapes il aura besoin des paires afin d'observer leur comportement parfois entre eux afin de bien intérioriser les règles et se ranger dans la norme sociale.

### **VII. Les outils d'accompagnement des sujets porteurs de la trisomie 21 indociles**

Il s'agit des dispositifs mis en place pour écarter le sujet porteur de la trisomie 21 de la source de stress (Laura Perruchoud, 2017) ; il s'agit :

#### **1- L'aménagement de l'espace**

Il représente un endroit restreint, écarté du collectif où les sujets présentant certains comportements d'indocilité extériorisent leur agressivité dans le but de se calmer progressivement et de diminuer leurs tensions sans pour autant compromettre la sécurité des autres enfants (Druart & Waelput, 2015, p.39).

Le fait de taper sur un ballon permet aux enfants de prendre de la distance avec leurs propres émotions et de libérer leurs conduites agressives.

Ainsi, les enfants redeviennent maîtres d'eux-mêmes et sont soulagés d'un poids émotionnel. De plus, le fait de jouer avec leurs émotions et leur agressivité autorise la dédramatisation de certaines situations (Couturier, 2017, p.28).

La mise en œuvre d'activités motrices telles que courir, sauter, grimper atténue également les agissements agressifs (Piotraut, 2006, p.27), le coin de détente quant à lui représente un exutoire après avoir extériorisé leur comportement agressif, selon autres (Schuhl, 2017, p.33) c'est la structure où les enfants ont la possibilité de se retirer afin qu'ils puissent apaiser certaines tensions et se retrouver seul un instant.

#### **2- Les pictogrammes : Le PECS**

(Le Système de Communication par échange d'images) qui est un outil de communication par échange d'images. Son utilisation est privilégiée avec des enfants qui peinent à communiquer et qui emploient un langage non verbal.

Ils servent alors de renforçateurs visuels et les aident dans l'apprentissage du langage ainsi que dans l'entrée en relation.

De plus, les symboles favorisent les repères dans l'espace et dans le temps (Les pictogrammes, 2017, para. 5). Les pictogrammes offrent la possibilité de développer l'autonomie des sujets porteurs de la trisomie 21 et donc leur estime de soi.

En situation de classe, il semble important que les enfants porteurs de la trisomie 21 indocile connaissent ce qui leur est permis et interdit au moyen d'un tableau d'illustrations. Les consignes écrites sont remplacées par une photo, un dessin ou une image (Druart & Waelput, 2015, p.28).

Ainsi, ces supports visuels rassurent les enfants car ils matérialisent certains aspects de la vie en société. D'ailleurs, les images facilitent la compréhension des consignes, L'intériorisation des règles et donnent des informations sur les comportements attendus ou interdits et constituent un moyen efficace pour compenser les divers stades psycho-sexuels mal négociés à la petite enfance.

En effet, ces dessins permettent aux enfants d'intégrer peu à peu certaines règles socialement acceptables et de s'y référer à tout moment. Toutefois, il est conseillé de verbaliser les consignes ou les interdits en complément du pictogramme (Nouvel, 2012, p.41).

### **3-- La danse récréative**

La danse récréative est définie par Rolando Toro comme « un système d'intégration humaine, d'apprentissage des fonctions originaires de la vie et d'éducation affective. Sa méthodologie passe par la musique, le chant, le mouvement qui stimule les liens affectifs du sujet pendant les activités de groupe » (Toro,2006, p.53).

C'est une activité propre aux sujets présentant les difficultés dans les relations surtout en ce qui concerne la capacité d'établir des liens affectifs avec les autres, cet outil présente des effets bénéfiques car régule chez le sujet trisomique 21 indocile son comportement agressif et stimule son côté affectif en situation de classe.

### **4- Le jeu**

Le jeu favorise les contacts sociaux et l'apparition des gestes de coopération. Les enfants recherchent de la compagnie auprès de leurs pairs. De ce fait, cette approche les pousse à se faire comprendre et à s'affirmer face aux autres (Martin, et al., 2011, p.324).

Le jeu représente également un moyen pour les enfants d'extérioriser les émotions qu'ils apprivoisent et qu'ils ne gèrent pas encore très bien. Cela permet une bonne construction de l'estime de soi. Le jeu reste le moyen privilégié afin d'apprendre à identifier et à canaliser les émotions (Casal & Jacob, 2011, p.18).

Les enfants qui ressentent un trop plein d'énergie, évacuent par le jeu, une certaine tension physique. Ce débordement d'énergie est alors judicieusement dépensé dans l'activité ludique. Le jeu devient un exutoire permettant de rétablir l'équilibre affectif (Martin, et al., 2011, p.325).

Grâce aux jeux symboliques, les enfants reproduisent à leur manière des activités typiques de leur vécu. Lorsqu'ils revivent certaines difficultés de vie dans le jeu, ils parviennent mieux à les contrôler (Martin, et al., 2011, p.361).

Certains jeux restreignent l'agressivité des sujets porteurs de la trisomie 21 par le passage de gestes agressifs à leur expression symbolique.

Cette projection est appuyée par les jeux de batailles, dans lesquels les enfants se poursuivent, se poussent et se bousculent. Bien que ces comportements semblent parfois contenir un élément d'agressivité, il semble important de ne pas les confondre avec une conduite agressive.

Effectivement, le jeu de combat offre aux enfants la possibilité d'exprimer leurs émotions fortes ainsi que de s'essayer à la maîtrise de soi, en modulant et en réfrénant ses gestes (Bourcier, 2008, p.57).

## **5- La littérature enfantine**

La plupart des contes restent éducatifs et développent peu à peu le contrôle des émotions. La littérature enfantine favorise également l'apprentissage de la communication et l'entrée en relation avec les pairs. Les histoires développent la faculté d'écoute. De plus, les récits facilitent l'apport des normes tolérées ou refusées par la société ainsi que des limites à ne pas franchir (Camus, 2013, p.340).

Certaines histoires aident à résoudre et à comprendre les conflits intérieurs ainsi qu'à fortifier la personnalité des enfants. Les contes renforcent également la construction de l'identité des enfants. En effet, à travers l'identification aux différents personnages du récit, les enfants décèlent une ressource capitale pour la résolution de leurs problèmes, en se rassurant ou se donnant du courage afin d'affronter les difficultés (Bonnet Burgener et al., 2007, p.194).

Lors des lectures, les éducatrices doivent rester fidèles aux textes car les enfants apprécient la répétition des histoires. Ces reprises exactes apportent aux enfants des repères et la construction d'une relation sécurisée (Camus, 2013, p.340).

## Partie II :

### CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATIONNELLE

**CHAPITRE IV :**  
**METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Dans ce chapitre, il sera question de revenir à titre de rappel sur la question de recherche, les hypothèses, les modalités ainsi que la présentation de l'approche que nous allons entreprendre, le cadre de l'étude, la population, l'échantillonnage, pour ce qui est des données nous allons présenter l'instrument de collecte et la méthode utilisée. Nous allons développer notre approche méthodologique et opératoire qui nous conduira aux résultats.

#### **4.1. RAPPEL DU PROBLEME DE RECHERCHE**

Après nos observations empiriques et théoriques, le problème qui se pose dans cette étude est celui de : « L'indocilité et acquisition des compétences l'enfant porteurs de la trisomie 21 en âge scolaire »

Ainsi la question de recherche que nous avons formulée est en lien avec notre intérêt à mieux cerner et résoudre ce problème.

#### **4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE**

Notre question de recherche a été formulée au début de notre étude dans le chapitre I. Nous voulons savoir : « Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de la trisomie 21 en âge scolaire ? ».

#### **4.3. RAPPEL DES HYPOTHESES DE RECHERCHE**

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

##### **4.3.1. Rappel de l'hypothèse générale**

Elle est une réponse provisoire à la question formulée plus haut et est subdivisée en deux variables, la variable indépendante et la variable dépendante.

- ✓ Notre variable indépendante (VI) d'étude est : Le coping de l'agressivité

Elle comporte trois modalités qui sont :

- **Modalité I** : Le lien avec les pairs
  - Indicateur : S'imposer, facilitation sociale ou sous contrainte
  - Indice : Le jeu de rôle.
- **Modalité II** : La relation triangulaire
  - Indicateur : La non obéissance à l'autre, Obedissance lorsque ses intérêts sont en jeu.
  - Indice : Punition à la suite de sa désobéissance.
- **Modalité III** : La relation anaclitique

- Indicateur : Collage, Separation impossible.
- Indice : Rapport avec l'autre.
  - ✓ La variable dépendante (VD) sera : Indocilité
- **Modalité I** : Le respect des regles
- Indicateur : Execution de la consigne
- **Modalité II** : Obéissance à l'autorité
- Indicateur : Accuse les autres, Fait ce que le maitre lui demande par peur de represailles.

D'où la structure logique de l'hypothèse générale suivante : « Le coping de l'agressivité a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en age scolaire »  
 Elle est une réponse provisoire à la question formulée plus haut et est subdivisée en deux variables, la variable indépendante et la variable dépendante.

**Tableau 1 : de la représentation synoptique des hypothèses de recherche :**

<b>Question de recherche</b>	<b>Hypothèse générale</b>	<b>Hypothèse spécifiques</b>	<b>Variables</b>	<b>Modalités</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Indices</b>
Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de la trisomie 21 en age scolaire ?	Le coping de l'agressivité a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en age scolaire	La relation triangulaire a un impact sur les comportements d'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire	La relation triangulaire	La relation triangulaire	Rapports d'opposition Enseignant /Elève trisomique 21 ; Educateur ou étranger/Elève ; Parent/enfant trisomique 21	Improviser les gestes adéquats, diminuer les aspects négatifs, surestimer les aspects positifs, envisager les solutions justes favorisant moins d'hostilité, d'irritabilité, de colère.
			L'indocilité de l'enfant trisomique 21 en âge scolaire	Coping centré sur le problème	Morsure, se laisser tomber au sol par protestation, morsures, bousculer, griffer, pleurer	
		La relation anaclitique a un impact sur les comportements d'indocilité de l'enfant porteur	La relation anaclitique	La relation anaclitique	Rapports liés à l'environnement : espace restreint ou confiné ; table saturée ou male rangée ; bruits ou sons élevés	Appréciation par les pairs Improvisation des chants et danses Stimuli de cohésion par les flatteries et câlins

		de la trisomie 21 en âge scolaire	L'indocilité de l'enfant trisomique 21 en âge scolaire	Coping centré sur l'émotion	Humeurs négatives spontanées ; refus d'exécution des tâches, non obéissance ou obéissance à temps voulu	Maintien d'un environnement saint et aéré Favoriser un espace avec moins de bruits
	Le lien avec les pairs a un impact sur les comportements d'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire		Le lien avec les pairs	Le lien avec les pairs	Rapport d'opposition Elève/ Elève ; Enfant trisomique 21/ Frères	Prise de distance Evitement Fuite Autocontrôle
			L'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire	Coping centré sur le soutien social	Stratégies reflétant la recherche d'aide de l'enseignant, l'éducateur spécialisé ou les parents	

### **4.3.2- Hypothèses de recherche**

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

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

- **HRI** : Le lien avec les pairs a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en age scolaire.
- **HRII** : La relation anaclitique a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en age scolaire
- **HRIII** : La relation triangulaire a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en age scolaire.

### **4.4- DEFINITION DES METHODES D'APPROCHE**

Notre travail s'inscrit dans une démarche qualitative. La méthode qualitative met l'accent sur le contexte plutôt que sur l'expérimentation et permet au chercheur d'observer les différentes interactions sur un terrain naturel.

Il sera question pour nous dans cette recherche d'étudier le coping de l'agressivité à travers l'observation des enfants porteurs de trisomie 21 dans leur milieu de vie naturel pour ainsi vérifier nos hypothèses. Nos données reposeront sur les entretiens et l'exploitation des observations.

Le recueil de données sera effectué sur le terrain et regroupe à la fois les éducateurs en charge de ces enfants trisomiques 21, celui des pairs ainsi que leur propre avis. Dans le cadre de notre étude, nos grilles d'entretiens seront construites à partir des principales hypothèses, des indicateurs permettant de les confirmer ou de les infirmer ainsi que les questions précises permettant d'obtenir les informations souhaitées.

#### **4.4.1. Justification de la méthode de recherche**

La méthode qualitative a été privilégiée dans cette étude parce qu'elle ne fournit pas les données quantitatives fiables, mais prend en compte le point de vue du sujet lui-même.

De plus à travers la méthode qualitative, nous pourrions recueillir des données telles que le ressenti, les opinions et tenir compte du point de vue du sujet lui-même.

Étant donné que nous nous intéressons aux comportements agressifs chez l'enfant trisomique 21, la méthode qualitative paraît pour nous la plus efficace.

Elle nous donne un aperçu du comportement agressif et des stratégies de coping les plus adaptées et nous permet également d'étudier leur opinion, celle des pairs ainsi que des enseignants.

Sur la question qui nous intéresse plus, nous permet non seulement de générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question peut être perçue par les enfants ayant une déficience intellectuelle qui constitue notre population cible ou cerner les populations liées à cette question.

#### **4.4 - DEFINITION DES METHODES D'APPROCHE**

Notre travail s'inscrit dans une démarche qualitative. Pour Delhomme et Meyer (2002)<sup>1</sup>, l'approche qualitative permet d'identifier les variables pertinentes d'une étude. De leur côté, Evard, Pras & Roux. (2002) pensent que les données qualitatives se rapprochent à des variables mesurées sur des échelles nominales ou ordinales (non-métriques).

En effet, d'après la nature de notre sujet d'étude et en relation avec nos hypothèses de recherches, nous avons choisi de reposer la recherche sur une méthode qualitative. La méthode qualitative souligne Fortin (2010) s'avère pertinente puisqu'elle « ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face.

La méthode qualitative met l'accent sur le contexte plutôt que sur l'expérimentation et permet au chercheur d'observer les différentes interactions sur un terrain naturel.

Il était question pour nous dans cette recherche d'étudier le coping de l'agressivité à travers l'observation des enfants porteurs de trisomie 21 indocile dans leur milieu de vie naturel pour ainsi vérifier nos hypothèses. Nos données ont reposé sur les entretiens et l'exploitation de

Le recueil de données a été effectué sur le terrain et a regroupé à la fois les éducatrices en charge de ces enfants trisomiques 21, ainsi que nos propres observations sur le terrain.

Dans le cadre de notre étude, notre guide d'entretiens a été construite à partir des principales hypothèses, des indicateurs permettant de les confirmer ou de les infirmer ainsi que les questions précises permettant d'obtenir les informations souhaitées.

##### **4.4.1. Justification de la méthode de recherche**

La méthode qualitative a été privilégiée dans cette étude parce qu'elle ne fournit pas les données quantitatives fiables, mais prend en compte le point de vue du sujet lui-même. De plus

à travers la méthode qualitative, nous pourrions recueillir des données telles que le ressenti, les opinions et tenir compte du point de vue du sujet lui-même.

Étant donné que nous nous intéressons aux comportements agressifs chez l'enfant trisomique 21, la méthode qualitative paraît pour nous la plus efficace.

Elle nous donne un aperçu du comportement agressif et des stratégies de coping les plus adaptées et nous permet également d'étudier leur opinion, celle des pairs ainsi que des enseignants sur la question qui nous intéresse plus, nous permet non seulement de générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question peut être perçue par les enfants ayant une déficience intellectuelle qui constitue notre population cible ou cerner les populations liées à cette question.

Dans cette recherche, nous cherchons à analyser et à comprendre comment les modalités de coping de l'agressivité impactent sur les comportements d'indocilité du trisomique 21. Aussi, nous considérons en effet que les entretiens représentent la manière la plus appropriée de recueillir nos données qualitatives (Fortin, 2010). L'orientation analytique relèvera donc de la déduction.

#### 4.5.1. Choix et présentation des instruments

Plusieurs instruments permettent la collecte des données en sciences humaines. Parmi ceux-ci, on peut entre autre citer l'observation, le questionnaire, l'entretien, l'interview, le focus group discussion.

A ce titre, le chercheur doit s'assurer que l'instrument choisi mesure effectivement ce qu'il prétend examiner. C'est dans ce sens que Grawitz (2001), soutient que dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire.

En effet, il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique. Nous avons porté notre choix sur l'observation et l'entretien clinique.

#### **4.6- Présentation du site de l'étude**

Sous ce titre, nous présenterons le cadre et la population de l'étude.

##### ➤ **Cadre de l'étude :**

Cette étude s'est déroulée successivement aux centres ESEDA (Ecole spécialisée pour enfants déficients auditifs) situé derrière le siège de la croix rouge et à proximité de l'université Catholique d'Afrique centrale ( Campus école de Santé) et CAF Espoir qui est l'association Cœur Maternel de Mimboman ; Pour nous assurer que l'indocilité observée chez l'enfant porteur de trisomie 21 n'était pas un fait du cadre de l'étude, nous avons choisi de mener cette

étude de manière successive et de conclure sur la base des observations faites dans ces différents sites.

A cet effet, nous avons donc menée notre étude à ESEDA du 10 Mai au 10 Aout 2022 et au CAF/ESPOIR du 05 Septembre au 05 Décembre 2022. Nous avons préféré commencer à ESEDA pour profiter du fait que pendant cette période, le deuxième centre où nous devions mener nos investigations était fermé pour des raisons de vacance.

#### 1- ESEDA

Le centre ESEDA a été créé en Octobre 1972 et reconnue par le Ministère des affaires sociales et de l'éducation nationale respectivement en 1979 et 1983 et a comme Directrice Mme Thérèse Titcho (depuis 2007) , elle a pour missions : Assurer l'éducation et la promotion des personnes déficientes auditives ; Veiller à une meilleure insertion des enfants dans la société afin d'assurer leur plein épanouissement et leur participation au développement de la vie sociale ; Assurer la préparation et le maintien de leur entourage dans une atmosphère de compréhension et de soutien psychologique .

Les cours sont dispensés de Lundi à Vendredi de 07h30 à 15h, excepté le mercredi où ils arrêtent à 12 h. L'école est répartie en 15 salles de classe allant de la maternelle à la 8<sup>ème</sup> année (6eme) divisées chacune en section A et B.

#### 2- CAF/ESPOIR

Le centre CAF Espoir a été créé en 2017 et supervisée par sa la fondatrice Mme Bitang à Mougol (Éducatrice spécialisée), école à caractère inclusive , les fonctions dudit centre sont l'éducation et la rééducation des personnes porteuses du handicap ainsi que d'autres catégories de personnes à besoins spécifiques , l'accompagnement en insertion socioprofessionnelle de ces personnes , la prévention et intervention précoce des personnes porteuses du handicap , l'accompagnement (psychologique et éducatif) familiale des personnes porteuses du handicap mental , la sensibilisations et la vulgarisation du handicap mental. On y dispense les enseignements selon le programme proposé par Ministère de l'éducation de base (MINDUB)

#### ➤ **Population de l'étude et critères d'inclusion**

La population de cette étude est composée de l'ensemble des enfants handicapés mentaux des deux sexes fréquentant l'école primaire et maternelle bilingue intégrée tous types d'enfants CAP ESPOIR, dont l'âge varie entre 08 à 13 ans des classes de la section spécialisée, parce que à ce niveau les enfants vivent pour la première fois leur première expérience avec le milieu scolaire.

La population cible quant à elle est constituée des élèves des deux sexes, fréquentant de la SIL au cours moyen deux.

### **Critères d'inclusion**

Pour cette population d'étude nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- Être régulièrement inscrit
- Être âgé de 08 à 13 ans
- Être un enfant trisomique 21 agressif

### **Critères d'exclusion**

Pour être exclu de notre étude, il faut :

- Être âgé de moins de 7 ans et plus de 12 ans ;
- Être irrégulier au centre et pas inscrit.

### **❖ Population et échantillon**

Sous ce titre, nous allons présenter notre population, la technique d'échantillonnage utilisée et la description de l'échantillon.

#### **4.4.1. Population d'étude**

Le choix de notre population d'étude se justifie par le fait que ces enfants porteurs de la trisomie 21 étaient plutôt réguliers au centres et présentent des difficultés d'adaptation, d'obéissance et manifestent des comportements d'indocilités en situation de classe inclusive.

Selon Mayers et Hanser (2007), la population renvoie à « l'ensemble des personnes, animaux ou objet qui ont au moins une caractéristique en commun. ». Le choix de la population d'étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir. On distingue deux types de population. La population cible et la population accessible.

#### **4.5.2.1. Population cible**

La population cible encore appelée population souche souligne Tsafack (2004)<sup>2</sup>, englobe l'ensemble des individus répondant aux critères généraux de l'étude. Ce sont ceux chez qui s'applique en principe la proposition de recherche.

Dans le cadre de notre étude, la population cible englobe tous les enfants porteurs de la trisomie 21 qui fréquentent les centres ESEDA et CAF/Espoir dont nous avons eu à collecter nos données de notre étude.

#### **4.5.2.2. Population accessible**

Guéguem (2001), définit la population accessible comme celle qui remplit tous les critères exigés par la recherche.

Il s'agit d'un sous-ensemble de la population cible disponible au chercheur. C'est donc l'ensemble des individus qu'il a la possibilité de rencontrer. Pour ce qui est du cas spécifique de notre étude, nous situons notre population dans la tranche d'âge allant de 8 à 12 ans au Centre ESEDA et CAF/ESPOIR. Nous avons estimé que les enfants porteurs de trisomie 21 de cette tranche d'âge seront à même de nous donner des réponses adéquates par rapport aux comportements antisociaux tels que l'indocilité en situation de classe.

Compte tenu du fait que le chercheur ne peut accéder à la population toute entière, il procède à l'échantillonnage.

#### **4.4.2. Echantillon d'étude**

L'échantillon est un petit groupe représentatif extrait d'un grand groupe que l'on nomme « population ». En matière de recherche qualitative, Bony (2016) cité par Bingan (2017) signale qu'il n'y a aucune règle précise concernant la taille de l'échantillon, car ce dernier variera selon que l'on veut savoir, l'objet de la recherche, son enjeu.

D'après l'auteur, en recherche qualitative, ce n'est pas tant le nombre de sujets qui compte mais la qualité de données collectées.

L'ensemble des enfants porteurs de la trisomie 21 des centres ESEDA et CAF/ESPOIR constitue la population de notre étude. De cette population-mère, nous avons choisi les enfants porteurs de la trisomie 21 issus des Centres ESEDA et CAF/ESPOIR donc les caractéristiques respectent les objectifs que nous nous sommes fixés au départ.

Ainsi, notre échantillon est composé de quatre (04) enfants porteurs de trisomie 21 indoçiles remplissant tous les critères de sélection.

A ce titre, notre échantillonnage qualitatif avait pour visée une représentativité théorique ; car soulignent Miles et Huberman (2003) le nombre suffisant de participants retenus doit permettre de retrouver les profils identifiés dans la théorie.

Toutefois, la taille de notre échantillon a été maintenue à 04 sujets pour des raisons de la pandémie de coronavirus présente cette période.

**Tableau 2 : Présentation de l'échantillon d'étude**

	Age en années révolues	Sexe	Classe	Religion	Ethnie
Richard	08	Masculin	Cp spécial	Catholique	Bassa' a
Samira	12	Féminin	CE2 spécial	Musulmane	Bamoun
Martial	10	Masculin	CE2 spécial	Évangélique	Eton
Quentin	09	Masculin	CE1 spécial	Protestant	Bulu

#### 4.5- Outils de collecte de données et instruments

Dans cette recherche, nous cherchons à analyser et à comprendre comment les modalités de coping de l'agressivité impactent sur les comportements d'indocilité du trisomique 21. Aussi, nous considérons en effet que les entretiens représentent la manière la plus appropriée de recueillir nos données qualitatives (Fortin, 2010). L'orientation analytique relèvera donc de la déduction.

##### 4.5.1. Choix et présentation des instruments

Plusieurs instruments permettent la collecte des données en sciences humaines. Parmi ceux-ci, on peut entre autre citer l'observation, le questionnaire, l'entretien, l'interview, le focus group discussion. A ce titre, le chercheur doit s'assurer que l'instrument choisi mesure effectivement ce qu'il prétend examiner.

C'est dans ce sens que Grawitz (2001), soutient que dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire.

En effet, il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique. Nous avons porté notre choix sur l'observation et l'entretien clinique.

##### ➤ L'Observation

D'après le petit dictionnaire Larousse illustré (2008), l'observation est définie comme l'action regarder avec attention les êtres, les choses, les évènements, pour les étudier, les surveiller et en tirer une conclusion.

Pour Raymond et Luc, (2006), l'observation comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le model d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts avec leurs dimensions avec leur dimension et leur indicateurs) est soumis à l'épreuve des faits et confronté à des données observables.

C'est une méthode ayant pour but de relever un certain nombre de faits naturels à partir desquels il sera possible de formuler l'hypothèse que l'on soumettra à une vérification expérimentale. En psychologie, l'observation porte sur les conduites et le plus souvent, l'observateur est amené à utiliser les instruments d'observation. Pour que l'observation soit fiable, elle doit obéir à un ensemble de règles :

- Recenser et noter toutes les conditions générales dans lesquelles se déroule l'observation ;
- Se débarrasser des préjugés ;
- Déterminer les conditions spécifiques de l'observation ;
- Mentionner tout ce qui se produit dans la situation ;
- Enregistrer les données au fur et à mesure sans rien omettre ;
- Ne pas interpréter avant la fin de la période de l'observation.
- Justification du choix de l'observation

L'observation constitue une approche qualitative offrant au chercheur une information riche et ouverte pouvant être qualifiée au moyen de technique de codage reposant sur des catégories définies,

Soit à priori dans une démarche hypothético déductive, soit à posteriori dans une démarche inductive, nous avons passé près d'un trimestre en raison de trois visites par semaine, de façon à nous intégrer dans les habitudes des enfants de écoles à caractère inclusif CAF Espoir et ESEDA.

- Élaboration de la grille d'observation

L'étude d'observation consiste à recueillir de données au moyen de l'observation. Elle constitue souvent le moyen privilégié de mesurer les comportements humains ou des évènements. Parlant de cette recherche, une observation directe a été faite.

L'observation directe est celle où le chercheur lui-même procède directement au recueil des informations sans s'adresser au sujet concerné. Le chercheur va faire appel à son sens d'observation qui porte sur tous les indicateurs pertinents et précis.

Cette observation a eu comme support une grille d'observation qui a été constituée à parti des indicateurs de la recherche. Ces indicateurs désignent les comportements à observer chez les enfants trisomiques 21 indociles concernés par notre étude et leur enseignant. Le chercheur

va enregistrer directement les informations sans qu'interviennent les sujets observés dans la production de l'information recherchée.

La mise en œuvre de cette grille d'observation a été réalisée dans l'enceinte de l'institution qui a abrité notre recherche après pré-enquête.

Cette pré-enquête avait pour objectif de donner une crédibilité à notre outil et elle a été faite une semaine avant le début de l'observation proprement dite au sein de la cour du centre et dans les différentes classes sur lesquelles nous avons porté notre choix en fonction de nos attentes.

### **-Échelle de TASB, évaluation du comportement social par l'enseignant :**

Pour mesurer le comportement social du sujet trisomique 21 indocile envers leur éducatrice et les pairs, nous avons traduit le questionnaire Teacher Assessment of Social Behavior, TASB de Cassidy et Asher (1992) et nous avons demandé à l'enseignant de chaque sujet de le remplir.

Le questionnaire est composé de 12 items qui permettent d'évaluer quatre dimensions du comportement : agressif, perturbateur, pro social et timide. Pour chaque item (ex : « cet enfant trisomique 21 blesse les autres enfants »), l'enseignant doit attribuer un score sur une échelle de Likert en 5 points où 1 correspond à « pas du tout caractéristique de l'enfant » et 5 à « très caractéristique de l'enfant ».

Trois items se rapportent spécifiquement à chaque dimension ; ainsi, les scores de chaque échelle (agressif, perturbateur, pro social, timide) varient de 3 à 5.

Nous avons choisi cette échelle car elle permet d'avoir une mesure des comportements sociaux dans les interactions avec les pairs dans le milieu scolaire. Elle est simple à administrer et évalue différentes dimensions du comportement social.

Elle comporte une dimension « Agressivité » qui nous intéresse particulièrement, cette dimension caractérise 15% des enfants porteurs d'une T21 étant indociles.

Tableau N° : Grille d'observations

INDOCILITE	Modalités	Indicateurs	M 1	M 2	M 3	Σ	M
	Coopère avec les autres	Partage					
		Attend son tour					
	Taquin	Incite aux Conflits					
		Provocation					
	Familiarisation	Participe aux taches collectives					
		Egocentrisme					

### **- Conditions de passation**

La passation de l'instrument chez les trisomies 21 indociles passe par les consignes. Il faut individualiser la consigne orale car la consigne exprimée pour un collectif n'est pas toujours perçue et bien comprise.

De ce fait, la consigne est plus efficace lorsqu'elle admet les déterminants individuels. Simplifier les consignes, les décomposer à l'œil nu et à l'écrit. La procédure de passation de l'instrument dure 05 jours durant lesquels nous avons donné les exercices.

Sur le plan des conditions de passation de l'instrument, de prime abord il fallait être un enfant trisomique 21 indocile compris entre 08 et 13 ans fréquentant les centres ESEDA et CAF ESPOIR. Les activités définies intégrant le passage de l'instrument sont les suivantes : Le calcul écrit (addition, soustraction...), le dessin, le vocabulaire avec les consignes bien précis sur l'épreuve, l'évaluation a été effectuée une matière par jour pendant 5 jours.

#### **4.5.1.1. L'entretien**

L'entretien est une technique d'investigation, un cadre, un art dans lequel une personne permet à une autre personne de s'exprimer.

Il s'agit d'un événement de parole dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la « biographie » de B. c'est donc « une méthode d'observation consistant en un échange verbal entre le chercheur et l'enquêté autour d'un thème choisi par le chercheur » (Tsala-Tsala 2006, p.197).

Parlant de l'entretien, Blanchet (1987) affirme qu'il « vise à travers la construction du discours, la connaissance objectivante d'un problème, fut-il subjectif : c'est une des opérations de l'élaboration d'un savoir socialement communicable » en d'autres termes, il « vise à traverser la construction du discours, la connaissance objectivant d'un problème, fut-il subjectif : c'est une opération de l'élaboration d'un savoir socialement communicable ».

Le processus lié à la collecte des données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien.

Le guide d'entretien est un support pour l'enquêteur, qui répertorie les thèmes qui devront être abordés au cours de la discussion. Il est défini comme un « ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 61) . Il se présente comme « une restructuration de la conduite de l'entretien et la traduction des hypothèses » (Blanchet, 1985). Il est structuré en parties : une introduction, la partie identification des enquêtés, la partie concernant la

présentation du cadre et les parties concernant les thèmes relevant des hypothèses de recherche. Il comporte aussi une série de questions qui devront être couverts pendant l'entretien.

Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire (Fernandez & Catteuw, 2001). Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien.

Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est vue imposée en premier lieu. Comme voulu par Fortin (2006) les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, pour ensuite formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'entrevue. Le choix des thèmes a été essentiellement guidé par la recension des écrits effectuée. Au début du guide, on retrouve les éléments tels que le préambule, l'histoire du participant.

#### ➤ GUIDE D'ENTRETIEN

Pour cette étude, nous avons choisi d'utiliser un entretien semi-directif qui, est le plus approprié pour la recherche. En effet :

- Il permet de réduire la divagation des sujets répondants comme c'est le cas pour les entretiens non-directifs qui laisse la liberté totale au répondant.
- Il augmente le degré de liberté des répondants et permet d'obtenir beaucoup d'autres informations pertinentes pour le chercheur, contrairement à l'entretien non directif qui est trop cadré et limite le sujet.
- Pour la mener, nous nous sommes servis du guide d'entretien contenant des thèmes dans le tableau ci-dessous :

THEME	SOLLICITATION
Histoire de l'enfant au Centre de formation et de ses relations avec vous	Parle-moi de x, depuis que tu le connais dans cette école
Ses relations avec les pairs	S'intéresse-t-il à ses camarades, quelle est la qualité de ses relations avec ses camarades
Ses relations avec les autorités du centre	Quel est son regard envers les autorités du Centre ? les redoute t-il (elles) ?

#### 4.6. Demarche de collecte de données

Sous ce titre, notre travail se décomposera en deux phases : une dite de pré-validation du questionnaire qui est la pré-enquête et l'autre la collecte des données proprement dite : c'est

l'enquête. La première phase sera effective une fois que le questionnaire sera validé par le directeur de la recherche ; puis suivra immédiatement la phase de collecte proprement dit

#### **4.8. Méthode d'analyse des données**

Les différentes articulations qui constituaient nos instruments de collecte nous ont permis au moment du dépouillement d'avoir recours à une analyse qualitative. Ce qui nous a donné l'occasion pour ce qui est de l'analyse, de délaissier les calculs et de nous orienter vers une analyse psychologique des observations recueillies.

Grâce à elle nous sommes intéressées à certains cas ou indices qui nous ont permis d'évaluer certains phénomènes non moins négligeables.

En effet, la méthode que nous avons adoptée, à partir de laquelle il est difficile de généraliser, est pertinente à notre avis pour mettre en évidence des faits nouveaux pour la science.

Notre objectif, à travers l'étape de l'analyse, était de rendre compte, des « divers aspects de la situation pour en faire paraître les éléments significatifs et les liens qui les unissent, dans un effort pour en saisir la dynamique particulière » (Mucchielli, 1996, p.77). Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de codification et de catégorisation qui nous a permis de segmenter les divers passages de l'entretien en des catégories propres à notre objet. Ces catégories sont en quelque sorte des bribes de réponses à nos questionnements. Ainsi, précisent Mukamurera & al., (2006).

La visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes. Par conséquent, les enjeux de l'analyse qualitative sont ceux d'une démarche discursive et de théorisation de témoignages, d'expériences ou de pratiques (Mukamurera & al., 2006, p. 11).

##### **4.8.1. Les techniques d'analyse**

Pour analyser les données qualitatives de cette étude, nous avons eu recours à l'analyse de contenu.

Par analyse de contenu, l'on peut entendre une méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Pour Berelson (1952), elle se définit comme « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication ». En psychologie et singulièrement en psychologie pathologique et/ou clinique, l'objectif est d'analyser le matériel d'enquête collecté à l'occasion d'observations, d'entretiens de groupe ou

d'entretiens individuels : les comportements, les mots, les gestes, ce qui n'est pas dit et qui est sous-entendu.

#### **4.8.2. L'analyse de contenu de l'étude**

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus.

Pour ce qui relève de cette étude, nous avons procédé en trois étapes essentielles : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données.

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte (appelé verbatim) représente les données brutes de l'enquête. La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Plutôt que de traiter directement des enregistrements audio ou vidéo, il est préférable de les mettre à plat par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle (Auerbach & Silverstein, 2003)

Les données qualitatives se présentent sous la forme de textes (de mots, phrases, expression du langage, ou d'informations symboliques (gestes, ton de la voix, impressions...)). Elles peuvent correspondre à une retranscription d'une interview, à des notes d'observations sur le terrain, à des documents écrits de nature diverse (récits, compte-rendu, réponses à des questions).

Selon les objectifs de l'étude, ces données sont destinées, une fois analysées, à documenter, à décrire et à évaluer en détail une situation, un phénomène ou une décision, à comparer, à mettre en relation et à en expliquer les causes, à prédire les comportements et les facteurs de succès et d'échecs.

Dans cette perspective, nous avons retranscrit nos interviews

#### **4.9. Technique de dépouillement des données**

Il existe différentes méthodes d'analyse de données qualitatives. Mais il n'en existe aucune qui soit meilleure que les autres. Il y a seulement des méthodes qui sont plus appropriées

que d'autres compte tenu de la tradition dans laquelle le chercheur travaille, des objectifs de recherche et du matériel disponible.

Dans ce travail, l'analyse de contenu paraît plus appropriée et pertinente pour les données des entretiens menés. C'est cet instrument qui sert à dépouiller les données recueillies, dont la présentation et la justification vont suivre.

#### **4.9.1. Présentation et justification de la technique de dépouillement**

Le dépouillement est un ensemble d'opérations ayant pour objet de compter, de grouper à partir d'un ou de plusieurs caractères qualificatifs ou quantitatifs, les informations recueillies dans une étude.

Ces informations doivent être réparties dans des groupes ou des catégories homogènes désignés sans ambiguïté, en utilisant, au besoin certains codes. Le dépouillement dont il sera question ici concerne les entretiens réalisés. Cette étape après la collecte prépare l'exploitation et l'analyse des données recueillies.

Tout d'abord, il a été procédé à la retranscription des données. La transcription organise le matériel de l'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Ces données dans le cas qui est le nôtre sont des informations textuelles n'ayant pas codifié les informations symboliques (gestes).

La transcription intégrale de tous nos enregistrements est faite à la main. Elle consiste à noter mot à mot tout ce que dit l'interviewé dit ou fait, sans aucune modification, interprétation ou abréviation du texte.

Cette transcription, du fait de la pauvreté du discours peut comporter les comportements gestuels d'approbation ou de rejet. Seulement, cette transcription ne prend pas en compte des discours hors contexte et hors sujet.

Après plusieurs lectures et relectures, nous avons codifié nos verbatims.

Le codage des données est un processus qui a pour but d'explorer ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observation/prise de notes.

Il consiste à décrire, classer et transformer les données qualitatives brutes en fonctions de la grille d'analyse. Ce processus lourd nous l'avons réalisé à la main. Le codage fait intervenir en premier lieu la catégorisation.

Elle consiste à construire une grille d'analyse composée de critères et d'indicateurs que l'on nomme les catégories d'analyse.

Après ces opérations, l'analyse des données recueillies pour ce qui est des entretiens menés va se faire à travers une technique particulière laquelle est présentée dans la suite.

#### 4.9.2. Technique d'analyse des données de l'entretien : l'analyse du contenu

Lorsqu'on a fini de collecter les données grâce à un entretien, il convient de les analyser. La technique d'analyse des résultats utilisée dans notre étude est l'analyse de contenu qui porte sur le compte rendu des entretiens.

Cette analyse a pour but de mettre en évidence les énoncés significatifs et de dégager des unités de sens (Fortin, 2005). Ainsi, après une transcription fidèle de tous les entretiens semi-directifs menés auprès des enseignants enfants porteurs de trisomie 21 indocile nous avons analysé les données par la technique de l'analyse de contenu

L'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondé sur la déduction ainsi que l'inférence.

Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité (Bardin, 1977).

Faisant toujours référence à Bardin, la méthode d'analyse de contenu présente trois principales variantes : les analyses thématiques, les analyses formelles et les analyses structurales. L'analyse thématique étant celle que nous avons choisie pour notre étude.

Les analyses thématiques sont celles qui tentent principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours.

L'analyse thématique cherche à obtenir des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours.

Elle se veut objective et peut s'intéresser aussi bien au message produit qu'à ses conditions d'émission ou de réception (Poussin, 2005). Le texte est découpé en unités d'enregistrement définies par des critères d'auto-suffisance et de non-scindabilité, qualifiées de thème.

Cela permet de ramener le texte à des proportions raisonnables, tout en conservant le sens. Il convient de souligner que le thème n'est pas une réalité d'ordre linguistique, mais d'ordre psychologique.

Parmi les différentes méthodes d'analyse thématique, (catégorielle, d'évaluation) nous avons choisi de travailler avec l'analyse catégorielle.

Il a été ici question pour nous de calculer et de comparer les fréquences de certaines caractéristiques et très souvent des thèmes préalablement regroupés en catégories significatives. Ainsi, avant de procéder à l'analyse des discours des interviewés, nous avons procédé à une opération que nous désignons par catégorisation.

Les catégories désignent des groupes de messages possédant des attributs communs différents des attributs que possèdent d'autres groupes. En d'autres mots, une catégorie est la représentation d'une classe d'objets qui se trouvent regroupés sur la base du partage des propriétés communes. Ainsi, l'analyse va consister en une classification ou codage dans diverses catégories, des éléments du verbatim pour en faire ressortir le sens exact et précis.

Notre analyse de contenu s'organise autour des phases chronologiques suivantes : la pré-analyse, l'exploitation du matériel c'est-à-dire l'analyse lexical, l'analyse des procédés ainsi que le traitement et l'analyse des résultats, considérés comme le traitement descriptif, l'inférence et l'interprétation.

Mais avant l'analyse effective, l'un des points les plus importants avant de commencer l'analyse des données est, dans tout ce qui a été recueilli, de faire le tri entre les catégories de références. Le premier travail consistant à transcrire et à coder ce qui a été recueilli, de manière à pouvoir le mobiliser plus facilement. Il a donc été question de pouvoir regrouper, catégoriser, comparer, organiser les références entre elles.

Pour analyser les données issues de nos entretiens, nous avons utilisé l'analyse des contenus, notamment l'analyse thématique.

THEMES	CONCEPTS (EXPRESSIONS)	POURCENTAGE
Eléments symbolisant l'indocilité		
NEUTRES		
Eléments symbolisant la Docilité		

#### 4.7.2 Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré quelques difficultés lors du déroulement de notre recherche :

- La capacité à créer des espaces adéquats et conditionner les astuces de coping aux enfants trisomiques 21
- La formulation du questionnaire afin de faciliter l'initiation des consignes.
- La rareté des centres spécialisés ayant les enfants porteurs de la trisomie 21 indocile
- La disponibilité des enfants porteurs de la trisomie 21 en période de Covid-19 était très difficile.



**CHAPITRE V :**  
**RECUEIL, PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES**  
**RECOLTEES**

Dans ce chapitre consacré au recueil, à la présentation et l'analyse des données, nous avons essayé de présenter les données de nos différents cas et les avons analysés au cas par cas.

**5.1- Présentation des données**

Ce chapitre a porté sur l'analyse des relevés psychoéducatifs c'est-à-dire des résultats obtenus à partir de l'observation et les entretiens portant sur chacun des sujets de notre échantillon.

Les données traitées en vue d'une conclusion sont plus les données de l'observation ; certes nous avons recueillis les données d'observations et les entretiens auprès des enseignants. Les données des entretiens nous ont permis de comprendre la situation de départ de ces apprenants (Parlant de la docilité).

Afin de garder l'anonymat de nos participants, nous avons enlevé tous les éléments pouvant permettre l'identification facile des apprenants. D'autres telles que l'âge, le rang de la famille, le sexe ont été conservé. Mais ces éléments conservés permettront beaucoup plus de différencier les apprenants. Les noms attribués sont Richard, Martial, Samira, Quentin.

Nous avons effectué cette étude dans deux structures spécialisées ; mais dans la présentation des sujets nous avons volontairement omis de les classer dans l'une ou l'autre structure dans l'optique de rendre un peu plus ambigu leur identification.

Pour éviter toute frustration, les centres nous ont obligés de travailler et recueillir les données auprès de tous les apprenants à besoin spécifique ; mais les données que nous présentons sont spécifiques aux trisomiques 21 et spécialement à ceux qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion énoncés au chapitre précédent.

Les données qui vous seront présentées dans cette partie seront classées suivant les centres dans lesquels elles ont été recueillies et c'est dans ce même ordre qu'elles seront analysées.

#### ➤ **Caractéristiques générales de l'échantillon**

La population (sujets) de notre étude se compose de 04 cas atteints de trisomies 21 et âgées de 08 à 12 ans. Avec un âge moyen de 10 ans. L'analyse de notre travail sera abordée selon l'ordre des items contenus dans notre grille d'entretien.

**Tableau 3 : récapitulatif de l'échantillon**

	Age en années révolues	Sexe	Classe	Religion	Ethnie
Richard	08	Masculin	Cp spécial	Catholique	Bassa' a
Samira	12	Féminin	CE2 spécial	Musulmane	Bamoun
Martial	10	Masculin	CE2 spécial	Évangélique	Eton
Quentin	09	Masculin	CE1 spécial	Protestant	Bulu

## **5.2. Recueil des données**

Les données de la variable dépendante recueillies et présentées ci-dessous concernent trois groupes des comportements observés chez deux apprenants du centre spécialisé d'ESEDA pour

les deux premiers et ceux du CAF/CEBNF ESPOIR de MIMBOMAN pour les deux autres. Dans le cadre de cette étude, ils seront désignés par :

### **5.2.1. Catégorie 1 : La coopération avec les paires**

Cette catégorie concerne toutes les activités de travail collaboratif à savoir les tâches à réaliser en groupe et celles qui demandent de manière générale l'appui des autres.

### **5.1.2. Catégorie 2 : Le comportement de provocation ou d'incitation au conflit**

Il s'agit ici de ce que nous avons désigné par l'expression "Taquin". Nous y retrouvons l'ensemble des comportements qui tendent à altérer la cohésion sociale qui devrait subsister dans le groupe classe.

### **5.1.3. Catégorie 3 : La Familiarisation**

Il s'agit ici des observations relatives au regard du sujet envers autrui. Nous observerons ici la manière dont l'individu participe à la réalisation des objectifs du groupe ou, au contraire privilégie ses propres intérêts au détriment de ceux des autres membres du groupe.

## **5.2. Présentation des données**

Les données recueillies seront présentées sujet par sujet avec une brève analyse pour chaque cas. Cette présentation porte à la fois sur les données d'entretiens qui nous ont permis d'avoir des éléments anamnestiques du sujet qui nous éclairent également sur la qualité de la docilité qui caractérise le sujet dans le milieu scolaire, ainsi que les données d'observation directement présentées dans les différents tableaux.

Pour chaque sujet, il a été établi :

- ✚ Un profil qui met en évidence les limites du sujet ;
- ✚ Des éléments d'anamnèse qui permettent d'identifier les relations antérieures ayant existé entre lui et ses parents d'abord et celles entre lui et la famille éducative ;
- ✚ Un résumé qui est une appréciation globale de l'observation de tous les domaines de socialisation ;
- ✚ Une analyse d'entretien qui permet de ressortir des éléments du vécu des liens de l'enfant et ses pairs et entre l'apprenant et ses encadreurs.

## **1.1. Présentation et analyse du sujet 1 : Richard**

Des entretiens avec ses encadreurs, il ressort que Richard est un enfant porteur de la trisomie 21 indocile, âgé de 10 ans né d'une grossesse désirée, d'un accouchement normal. A sa naissance sa mère avait l'âge de 35 ans et son père 39 ans. Il est quatrième d'une fratrie

de trois enfants. Son poids était de 2.9 kg à sa naissance, sa taille est de 50 cm. Il suivait un allaitement mixte et a marché à l'âge de 3 ans.

Malgré ce retard dans la marche, à ces jours le sujet marche bien en dépit de son grand poids qui l'oblige à marcher doucement et de faire l'économie de l'énergie. Sa famille a un statut économique moyen.

Son père travail comme chauffeur et sa mère est femme au foyer.

Richard est très attaché à sa mère. Il est très affecté par des conflits récurrents entre son père et sa mère et en parle très souvent en classe.

Il parle très surtout la violence et l'agressivité auxquels ses parents font souvent recours pour régler leurs différents et qui lui provoquent des pleurs.

Il entretient une bonne relation avec ses frères, et il préfère aller au centre que de rester à la maison. Il aime être aidé par sa maman pour qu'il se prépare et choisir ses vêtements avant d'aller au centre. Ses éducatrices insistent sur le fait que Richard est un garçon hyperactif qui aime bouger, et entretien des mauvaises relations avec ses camarades et ses éducatrices. Qu'il aime jouer seul et, parmi ses activités préférer on trouve le coloriage.

Il n'a pas des problèmes de langage en tant que tel. Il parle couramment et développe des capacités intellectuelles et comprend bien les consignes. Il a une bonne mémoire, et par rapport à son avenir, il souhaiterait être policier. Richard a intégré le centre « ESEDA » depuis l'année 2019.

Tableau N° 1 : Grille d'observation Sujet 1 (RICHARD)

I N D O C I L I T É	Modalités	Indicateurs	M 1	M 2	M 3	Σ	M
	Coopère avec les autres	Partage	2	4	4	10	3,3
		Attend son tour	4	5	5	14	4,6
	Taquin	Incite aux Conflits	4	2	4	10	3,3
		Provocation	5	4	2	11	3,6
	Familiarisation	Participe aux tâches collectives	4	5	4	14	4,6
		Egocentrisme	5	4	4	14	4,6

Richard est pratiquement l'apprenant Mode de notre étude. En effet, au regard de la grille d'observation, il est l'un des apprenants qui a montré une réelle amélioration dans la modification de son comportement dans tous les registres de nos observations.

Son amélioration très significative nous fait croire que son indocilité du départ serait le fruit d'une difficulté de négociation qui pourrait survenir dans l'achèvement d'une des trois phases de l'évolution de la relation objectale dans l'enfance et du type d'attachement (insécure) qui en a résulté.

## 1.2- Présentation et analyse de cas du sujet 2 : Martial

Martial est un enfant trisomique, âgé de 11 ans, né d'une grossesse désirée, d'un accouchement normal, à sa naissance sa mère avait l'âge de 41 ans et son père 44 ans, il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants, son poids a atteint 3,7 Kg à la naissance.

Il fut allaité au sein par sa maman pendant 8 mois, sa famille a un bon statut socio-économique, son père et sa mère sont des enseignants, Ses éducatrices montrent que Martial est un enfant envahissant, bouge trop, il exprime aucun intérêt au monde.

Il vit dans un monde imaginaire, il est agressif envers ses pairs ; au centre, Martial est un hyperactif qui aime courir, il participe aux activités, fait le triage des couleurs avec aide de ses éducatrices, mais il n'aime pas de partager ses jeux avec ses camarades, et de fois il refuse les activités qu'on lui propose.

### Sujet 2 : Cas Martial

I N D O C I L I T E	Modalités	Indicateurs	M 1	M 2	M 3	Σ	M
	Coopère avec les autres	Partage	4	2	3	9	3
		Attend son tour	2	3	3	8	2,6
	Taquin	Incite aux Conflits	3	2	2	7	2,3
		Provocation	3	2	2	7	2,3
	Familiarisation	Participe aux tâches collectives	2	5	3	10	3,3
		Egocentrisme	4	3	2	9	3

Comme Richard, le sujet a été très sensible aux aménagements introduits dans son environnement scolaire.

Nous observons que tout au long de l'activité de l'observation, Richard apprend de plus en plus à attendre son tour. Il taquine de moins en moins ses camarades et s'implique de moins en moins dans l'incitation aux conflits autour de lui. Il montre une nette amélioration dans sa participation aux travaux de groupe et porte de plus en plus son attention aux autres, contrairement à ses premiers temps où il posait des actes pour attirer l'attention des autres vers lui et demeurer au centre des préoccupations du groupe classe.

Nous pensons que si cette nouvelle ambiance de classe demeure, l'apprenant pourrait avoir une bonne performance également dans le domaine du partage où il montre encore un peu de réticence.

### 1.3- Présentation et analyse de cas du sujet 3 : Samira

Samira est une fille trisomique 21 née d'une grossesse non désirée et d'un accouchement par césarienne ; Samira a 12 ans ; à sa naissance sa mère avait l'âge de 36 ans et son père 41 ans, elle est troisième d'une fratrie de quatre enfants, son poids à sa naissance est de 3,6 Kg, très tôt elle a eu un allaitement artificiel, sa famille a un statut économique moyen, sa mère est une femme au foyer, son père est pharmacien, Sa mère confirme que Samira est très attaché à son père, et elle a une bonne relation avec ses frères, et préfère aller au centre mieux que rester à la maison.

Pendant la période de sa scolarisation dans l'association, ses éducatrices disent qu'elle peut développer quelques capacités intellectuelles (la compréhension, la concentration, la perception), elle a un enchaînement verbal, elle participe aux activités intellectuelle et manuel, Samira est une fille qui n'as pas de bonne relation avec ses camarades, elle chante mais a voix basse, elle ne laisse personne la provoquer et des fois en récréation elle joue avec agressivité.

Samira est intégrée au centre Eseda depuis l'année 2020.

#### CAS DE SAMIRA :

I N D O C I L I T E	Modalités	Indicateurs	M 1	M 2	M 3	Σ	M
	Coopère avec les autres	Partage	3	5	5	13	4,3
		Attend son tour	4	4	5	13	4,3
	Taquin	Incite aux Conflits	3	2	2	7	2,3
		Provocation	4	4	2	10	3,3
	Familiarisation	Participe aux taches collectives	2	4	2	8	2,6
		Egocentrisme	5	4	3	12	4

Il ressort des observations du sujet que les améliorations relatives aux liens mises en place ont semblé de manière générale modifier significativement le comportement du sujet quant à sa docilité. Le sujet a, d'après nos observations modifiées s'améliorer sensiblement ses performances aussi bien dans les acquisitions scolaires, qui n'ont pas fait l'objet d'étude directement dans le cadre de ce travail, que les habiletés sociales qui nous intéressent directement.

Certes, les deux registres d'habiletés entrent dans les apprentissages scolaires dans le cadre spécialisé qui encadre ces apprenants à besoins spécifiques, mais dans le cadre de ce travail nous les avons dissociés pour rendre un peu plus clair nos observations.

Le sujet a progressé dans pratiquement tous les registres d'observation, sauf dans la participation aux travaux de groupe où il a régressé dans le dernier mois suite, certainement à son état de santé qui n'était pas au beau fixe en cette période d'observation.

#### 1.4- Présentation et analyse de cas du sujet 4 : Quentin

Quentin est un enfant trisomique âgé de 08 ans, né d'une grossesse non désirée et d'un accouchement normal, à sa naissance sa mère avait l'âge de 44 ans et son père 57 ans, son poids 4,5 Kg, son allaitement au sein de sa maman, sa famille a un statut socioéconomique moyen, sa mère femme au foyer, son père commerçant, il est le troisième enfant d'une fratrie de trois enfants.

Selon les dires de ses éducatrices Quentin ne représente pas des problèmes de langages, Quentin est hyperactif, sociable avec tout le monde, il préfère rester à la maison mieux que d'aller au centre, il est agité et agressifs avec les enfants du centre.

Il passe son temps à fuir et jouer, il comprend bien les consignes mais il n'arrive pas à se concentrer, il a une bonne mémorisation et un enchaînement gestuel et verbale selon l'entretien avec son père, Quentin est très attaché à lui ,il vit dans une bonne ambiance familiale, il n'aime pas être aidé par sa maman pour qu'il se prépare avant d'aller au centre, à la maison il préfère jouer avec son frère, il a une relation spécifique avec sa maman, il occupe son temps à dessiner et il cris si quelqu'un lui ordonne de faire le contraire de ce qu'il voulait faire.

Et par rapport à son avenir, il nous a dit qu'il voudrait être commerçant comme son père. Quentin intégré au centre psychopédagogique depuis l'année 2018.

Tableau No : Grille d'observation sujet 4

#### Cas de Quentin :

Tableau No : Grille d'observation Sujet 1 (RICHARD)

I N D O C I L I T	Modalités	Indicateurs	M 1	M 2	M 3	Σ	M
	Coopère avec les autres	Partage	3	3	4	10	3,3
		Attend son tour	2	5	5	12	4
	Taquin	Incite aux Conflits	5	4	3	12	4
		Provocation	5	5	3	13	4,3
	Familiarisation	Participe aux taches collectives	3	5	5	13	4,3

E		Egocentrisme	5	5	3	13	4,3
---	--	--------------	---	---	---	----	-----

Quentin a été très ré pondant aux aménagements introduits dans son environnement de classe. Comme Martial il a eu des performances améliorées dans tous les domaines d'observations.

Mais son amélioration a atteint le pic dans la participation aux travaux de groupe et l'a été moins dans le partage et la patience.

Toujours un peu plus taquin et incitateur au troubles, il se reprenait un tout petit peu lorsque l'enseignante le ramenait à l'ordre. Nous pensons que même dans ce registre il pourrait s'améliorer si l'ambiance de classe est maintenue à ce niveau.

### 5.3- Synthèse des observations

#### 1. Tableau de synthèse des sujets

Variable dépendante	Modalités	Indicateurs	Mois 1	Mois 2	Mois 3	$\Sigma$	M
I N D O C I L L I T E	Coopère avec les autres	Partage	2	2,5	4,2	8,7	2,9
		Attend son tour	2	4,2	4,5	10,7	3,5
	Taquin	Incite aux Conflits	3,7	2,5	2,7	8,9	2,9
		Provocation	4,2	3,7	2,2	10,1	3,3
	Familiarisation	Participe aux tâches collectives	2,7	4,7	3,5	10,9	3,6
		Egocentrisme	4,2	4	3,5	11,5	3,9

Nous reviendrons en long et en large sur ces observations dans la partie réservée aux interprétations par rapport aux théories convoquées dans ce travail.

Néanmoins, d'entrée de jeu, en observant les résultats obtenus et présentés des observations, nous pouvons dire que, comme le disent les théories, la création d'un environnement de classe adaptée a permis aux sujets, dans l'ensemble d'améliorer leurs comportements d'indocilité pour adopter des attitudes de plus en plus dociles.

Chacun à son rythme certes, car les habitudes sont difficiles à modifier, mais tous ont montré des signes qui nous font dire que personne d'entre eux ne se plait à la situation d'indocilité. Les registres liés aux activités en groupe ont été ceux dans lesquels les apprenants ont montré un niveau beaucoup plus amélioré de performance, tandis que le premier registre lié au partage et à la patience ont montré une performance un peu plus lente.

## **5.4- PRESENTATION DES ENTRETIENS DES ENSEIGNANTS**

Comme nous l'avons dit précédemment, les entretiens passés aux encadreurs de ces sujets nous ont servi pour recueillir les données complémentaires qui ont été présentée surtout dans la présentation du sujet. Néanmoins, ils ont été traités et vous trouverez ci-dessous les tableaux de traitement de ces données d'entretien.

Il est également à noter que certains éléments identificatoires des entretiens que les encadreurs ont préalablement eu avec les parents dans le cadre des entretiens d'installation de cadre de la relation pédagogique du début sont repris dans différentes interprétations ; Surtout ceux qui identifient la relation parent-enfant. Mais n'ayant pas directement tenu des entretiens avec les parents (suite à la difficulté d'accéder à ceux-ci même après plusieurs tentatives), nous ne les avons pas repris directement dans les récits d'entretiens des encadreurs.

Les entretiens ont été analysés grâce à l'Analyse des contenus dont le tableau est directement présenté après chaque récit d'entretien.

Dans les deux centres éducatifs où nous avons recueilli nos données, le suivi est vraiment individualisé. Par conséquent nous nous sommes entretenus avec les enseignantes qui avaient directement la charge de suivi des sujets de notre étude.

C'est vrai que, d'autres enseignant pouvaient aussi avoir des appréciations à donner au sujet de ces enfants pour avoir vécu avec eux pendant un bon bout de temps, mais pour ne pas rendre très lourd notre travail qui s'inscrit dans un temps très limité, nous nous sommes décidé de nous limiter uniquement aux enseignantes en charge de ces sujets. Ainsi, avec chaque enseignante nous avons parlé d'un seul sujet.

Ces entretiens seront donc présentés relativement au sujet, ce qui nous amène à garder totalement l'anonymat sur le répondant.

### **❖ GUIDE D'ENTRETIEN**

Pour cette étude, nous avons choisi d'utiliser un entretien semi-directif qui, comme nous l'avons dit au chapitre 4, est le plus approprié pour la recherche. En effet :

- Il permet de réduire la divagation des sujets répondants comme c'est le cas pour les entretiens non-directifs qui laisse la liberté totale au répondant.
- Il augmente le degré de liberté des répondants et permet d'obtenir beaucoup d'autres informations pertinentes pour le chercheur, contrairement à l'entretien non directif qui est trop cadré et limite le sujet.

- Il est effectué en un temps raisonnable, pas trop long comme le sont les entretiens non-directifs et pas trop courts comme le sont les entretiens directs.

Pour la mener, nous nous sommes servis du guide d'entretien contenant des thèmes dans le tableau ci-dessous

THEME	SOLLICITATION
Histoire de l'enfant au Centre de formation et de ses relations avec vous	Parle-moi de x, depuis que tu le connais dans cette école
Ses relations avec les pairs	S'intéresse-t-il à ses camarades, quelle est la qualité de ses relations avec ses camarades
Ses relations avec les autorités du centre	Quel est son regard envers les autorités du Centre ? les redoute-t-il (elles) ?

a) **Entretien du Sujet 1 : Richard**

Richard est venu dans ce centre depuis 2019. C'est l'un des enfants que j'aime beaucoup dans cette salle de classe.

Lorsqu'il est content il apprend bien. Il a une bonne mémoire. Parfois il peut te répéter avec précision tous les événements de la journée précédente. Il comprend bien ce qu'on lui demande de faire et effectue très bien les tâches. Il parle plus ou moins bien, il a moins de problèmes de langage par rapport aux autres.

Mais il y a des jours où on ne le comprend pas du tout car il adopte certaines attitudes comme le refus catégorique de faire ce qui ne lui plaît pas et menace beaucoup ses camarades pendant les travaux de groupe.

Parfois quand je parle, il ne me gère pas du tout. Je suis obligé de faire recours soit au Directeur, soit à la fondatrice pour qu'il puisse se calmer. Humm, se calmer là même que je parle, c'est juste pour quelques minutes.

Il devient vraiment nuisible. Il se fâche lorsque ses camarades touchent ses instruments à colorier, il aime colorier seul dans son coin et lorsque ses camarades se moquent de lui, il devient agressif. J'ai beau parlé à sa maman, mais comme sa maman est comme son amie, ça n'a rien changé. Humm, c'est compliqué. On va faire comment, on est obligé de le supporter comme ça.

b) **Entretien du Sujet 2 : Martial**

Qu'est-ce que je vais vous dire même ? Martial est dans cette école depuis ans. Martial est un garçon très imprévisible. Parfois c'est un élève qui ne dérange pas en classe, très calme et qui comprend bien ses leçons et aime faire du coloriage. Il est ouvert et est très sociable.

Parfois, lorsqu'on leur accorde la parole, il attend son tour. (Un petit sourire) Mais ce tour ne finit pas même si c'est le tour de quelqu'un d'autres, il prend la parole sans lui demander pour compléter les choses qui lui viennent en tête.

En plus (un petit rire) c'est un moqueur et provocateur. Avec lui c'est grave seulement. C'est comme ça que quand il y a des problèmes entre ses camarades, surtout à la récréation, il met le feu pour aggraver ces problèmes.

C'est un enfant très difficile. Quelques fois on punit même, mais ça ne change pas. Parfois je ne sais même plus quoi faire. On ne peut pas aussi punir jusqu'à un certain niveau, c'est l'enfant d'autrui. Je ne veux pas des problèmes.

#### **c) Entretien du Sujet 3 : Samira**

Arrivée à l'école depuis, Samira est très peu sociable, aime venir au centre. Il aime jouer parfois avec ses camarades mais est le plus souvent passif. Cet enfant ne présente pas une bonne capacité de rétention et n'aime pas être corrigé quand il commet une erreur. Elle aime lorsqu'on lui accorde beaucoup d'attention pendant les activités de classe.

Dans le cas contraire, il n'effectue aucune tâche sauf lorsqu'on le flatte. Elle n'aime pas des travaux en groupe. Souvent dans ces groupes, elle est contente et exprime sa joie lorsque les autres ont des problèmes. Elle a des rires moqueurs et incitateurs, parfois lorsqu'on l'entend rire aux éclats sait que les autres sont dans des problèmes autour d'elle. Elle n'aime pas que quelqu'un touche à sa chose.

Mais c'est elle qui ne supporte pas voir quelqu'un avec une chose sans qu'elle ne touche ou ne demande. Humm, c'est une fille compliquée. C'est peut-être parce-que ses parents font tout ce qu'elle veut et ont tendance à donner à l'enfant tout ce qu'elle demande dans la mesure de leurs moyens.

#### **d) Entretien du Sujet 4 : Quentin**

Quentin est arrivé dans cette école depuis 2020. C'est d'abord un autre enseignant qui n'est plus ici qui s'occupait de lui. Mais comme c'était un stagiaire, il est parti. Ce n'est que l'année passée qu'il m'a été confié.

Il est, je dirais, un enfant plus ou moins normal. Ça fait beaucoup de temps que je m'occupe de lui particulièrement. Il paraît compliqué, mais quand on le comprend déjà et qu'on le supporte comme il est, on fait avec. Comme je l'ai dit, c'est un enfant simple, mais parfois compliqué aussi.

Vous savez que ce n'est pas facile pour ces enfants, ils sortent des environnements où on se moque souvent d'eux et, ce n'est pas facile pour eux. Quand il a sa chose, il a ses amis à qui il donne. Mais n'a pas souvent l'habitude de demander quelque chose à quelqu'un. Il s'associe moins aux groupes et même ne sort pas souvent à la récréation.

Mais, comme tout bon Trisomique, il est parfois très moqueur et a des rires provocateurs et incitateur. Mais c'est un élève qui peut très bien évoluer dans des apprentissages scolaires. Il faut tout simplement le comprendre et l'accepter comme il est.

#### ❖ INSTRUMENT D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour analyser les données issues de nos entretiens, nous avons utilisé l'analyse des contenus, notamment l'analyse thématique.

THEMES	CONCEPTS (EXPRESSIONS)	POURCENTAGE
Eléments symbolisant l'indocilité		
Eléments neutres		
Eléments symbolisant la Docilité		

#### ❖ TRAITEMENT

Dans l'optique de conserver la parcimonie dont nous pensons avoir fait usage depuis le début de cette présentation, nous allons présenter les analyses des entretiens de cette étude sujet par sujet, mais sur un tableau unique.

Sujet/ Thématiques	Indocilité	neutre	Docilité
Sujet 1	7= 50%	3= 21,4%	4= 28,5%
Sujet 2	5 =45,4%	2= 18,1%	4 = 36,3%
Sujet 3	6 = 54,5%	4=36,3%	1 = 9%
Sujet 4	2 =28,5%	4=57,1%	1 =14,2%
<b>Σ</b>	<b>20 =46,5%</b>	<b>13 =30,2%</b>	<b>10 =23,2%</b>

#### ❖ Résumé des entretiens proprement dits

De l'observation simple du tableau d'analyse des entretiens, il ressort que, comme nous l'avons observé dès les premiers temps de notre arrivée dans les centres de prise en charge éducative de ces populations à besoins spécifiques, comme il ressort dans le chapitre 1 du présent document, les apprenants porteurs de la Trisomie 21 se caractérisent par les éléments

d'indocilité qui pourraient constituer un frein à leur évolution dans les acquisitions scolaires et même sociales en général.

## 5.2. ANALYSE DES DONNEES SELON LES THEORIES

### 5.2.1 Tableau récapitulatif des théories de l'étude

Ce tableau fait un bref résumé des théories de l'étude. Pour ne pas faire une reproduction concrète du chapitre 4 relative aux théories de l'étude, nous avons préféré dans un tableau récapitulatif des postulats et d'une brève explication. Près vient l'interprétation proprement dite.

#### 1. Tableau récapitulatif des théories

No	Théorie et Auteur	Postulat	Idée générée
01	Théorie Freudienne du Développement	L'Agressivité est un sentiment normal chez tout individu et qui est régulée au cours du développement de l'enfant à travers l'influence des relations objectales évolutives	Une mauvaise gestion des relations objectales successives de l'enfance peut conduire à la cristallisation de l'agressivité infantile en termes des comportements antisociaux et nuire au processus normal d'acquisition des habiletés sociales du sujet. Il ressort de cette théorie que la régulation normale de l'agressivité infantile est tributaire de la relation quelques fois antagoniste entre l'enfant et sa mère, puis l'enfant et ses deux parents et, enfin, l'enfant et ses paires. Toute faille observée, surtout dans une partie précédente a des conséquences néfastes pour la suite.
02	Théorie d'attachement Selon J. Bowlby	Mettant l'accent sur la première relation d'amour entre la mère et l'enfant, qui fonde toute autre relation future du sujet, Bowlby pense que la gestion de	Pour lui, la relation « insécure » est le nœud des comportements d'agressivité inadaptes

		l'agressivité du sujet à l'adolescence et à l'âge adulte est étroitement lié au type de relation que développe l'enfant ç sa mère dans la prime enfance	observés chez les sujets à l'âge adulte.
02	Théorie de l'Apprentissage social de BANDURA	<p>La théorie de l'apprentissage social de Bandura repose sur trois postulats majeurs à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le postulat de l'Apprentissage Vicarien ou par modelage qui stipule que « en observant les comportements des autres que le sujet considère comme des modèles, l'individu en tire des règles générales qui modèle en lui des comportements nouveaux, parfois meilleurs que ceux de ces modèles.</li> <li>- Le postulat du potentiel humain de symbolisation qui stipule que les humains ont un incroyable potentiel de symbolisation pour analyser leurs propres expériences, communiquer, créer, imaginer, anticiper et évaluer leurs propres actions.</li> <li>- - Le rôle des processus autorégulateurs : en situation d'apprentissage, les sujets se focalisent sur les progrès immédiats plutôt que sur les résultats lointains s'ils sont convaincus de leur inefficacité personnelle et estiment qu'ils ont donc besoin de la</li> </ul>	Pour BANDURA, la comparaison sociale est efficace si l'objectif de la tâche est présenté comme une occasion de développer ses compétences ou habiletés

		démonstration répétée et qu'ils ont tout ce qui est nécessaire pour réussir.	
--	--	--	--

## 5.2- COMMENTAIRES GENERAUX

Ce sous-titre porte sur les commentaires faits après dépouillement des résultats obtenus grâce à la grille d'analyse du contenu.

Le constat posé est que sur les quatre sujets manifestant les comportements d'indocilité, 25% des cas (1/4) étaient au dessus de la valeur seuil à savoir Richard et Samira à cause de leur caractère taquin exacerbé, le facteur déclenchant perceptible chez Richard était la désobéissance à l'enseignant et Samira le refus de participer aux consignes de groupe.

Les réactions débutent de manière spontanée, 50 % d'entre eux ont détecté les indices qui peuvent inciter leur irritabilité et leurs difficultés de concentration à savoir les pièces confinées, les bruits forts et les couleurs vives ne permettant pas d'instaurer un climat secure.

Bien plus 75 % des sujets trisomiques (3/4) pose au moins un jour sur deux des réactions d'indocilité à l'endroit des pairs. Après avoir effectué ces réactions, les sentiments exprimés étaient la colère (90%) et le manque de volonté à la tâche (60%) ; 5% des sujets trisomiques 21 exprimaient tout cela à la fois.

### ❖ **Asaptation des modalités de coping de l'agressivité**

Deux mois après avoir appliqué les modaliés de coping conditionnées derrière les approches telles que le jeu, le massage, la danse recreative, l'aménagement de l'espace, 3/4 n'éprouvaient plus de colère, d'irritabilité face à certaines situations stressantes.

2/4 expriment le mieux les sentiments éprouvés et réagissaient positivement aux consignes de groupe. 1/4 s'est senti seul, peu intéressé par les exercices de groupe et découragé lors de l'animation par les chants.

Trois mois plus tard, 75% d'entre eux se sont retrouvés en possession des moyens leur permettant d'exprimer positivement leur agressivité à travers la danse recreative, la respiration et les jeux. Ces derniers ont utilisé preferentielemment le lien aux paires.

Nul doute qu'avec un peu plus de temps accordé, 100% des sujets seraient en possession des moyens permettant de faire face aux situations aversives et les réduisant à des sujets totalement dociles.

En somme, la complexité de ces résultats souligne d'avantage la difficulté qu'il y'a à évaluer chez le sujet trisomique 21 l'indocilité au niveau de son adaptation après la gestion de l'agressivité extériorisée.



## **CHAPITRE VI :**

### **INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS**

Ce chapitre porte sur l'interprétation et la discussion des résultats de notre étude. Il rappellera la question, l'objectif et les hypothèses de cette recherche.

#### **6.1- Rappel de la question et des hypothèses de recherche**

Au début de cette étude, nous avons formulé la question de recherche suivant : « Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en âge scolaire ? »

À travers elle, nous ambitionnions de déterminer les modalités de coping utilisées pendant les réactions d'opposition et de non-exécution des consignes données afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être les plus efficaces dans la gestion de l'agressivité du trisomique 21 indocile en situation de classe.

Pour cela, l'hypothèse suivante a été formulée : Le coping de l'agressivité a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de trisomie 21 en âge scolaire.

Pour cela, rappelons les trois hypothèses de recherche qui ont organisé ce travail :

**HRI** : le lien avec les pairs a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

**HR2** : la relation triangulaire a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

**HR3** : la relation anaclitique a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

L'objectif de ce travail était de comprendre l'impact des modalités de coping ( le lien avec les pairs, la relation anaclitique et la relation triangulaire) sur la gestion de l'agressivité infantile et l'amélioration de la condition d'indocilité du sujet porteur de la trisomie 21 en situation de classe.

## **6.2. INTERPRÉTATION DES RESULTATS**

### **6.2.1. INTERPRÉTATION PAR RAPPORT À LA THÉORIE DU DEVELOPPEMENT DE FREUD**

#### **6.2.1.1. Rappel de la théorie de Freud**

Le concept d'anaclitique est l'un des plus ambiguës de la Psychanalyse, surtout lorsqu'il est associé à celui de relation ou de relation d'objet. Il est un peu mieux expliqué par Léon Spitz (1945) lorsqu'il parle de la "dépression anaclitique" en en décrivant d'une manière un peu plus précise la symptomatologie et l'étiologie (Bloch et al 1999, p231).

Dans notre contexte, nous entendons par la "relation Anaclitique, cette première relation du sujet à la figure maternelle teintée d'ambiguïté que K. Abraham dit commencer à la deuxième moitié de la première enfance et qu'il appela « stade oral cannibalique ».

En effet, cet auteur pense que cette période marquée par l'ambiguïté des réactions de la mère face à l'agressivité de son enfant, pourtant bien aimé, est très fondamentale pour la formation de la personnalité de l'enfant.

Elle permet à l'enfant qui, avant, n'avait aucune perception de la mère comme un objet, différent de lui, de se créer un espace d'observation de ce dernier d'abord comme un lui à l'extérieur de lui-même, ensuite comme un non soi totalement différent de soi.

C'est à partir de ce moment qu'évolue la perception de l'enfant allant de celle que "l'univers c'est lui" à celle qui peut être décrite comme "l'univers tourne autour de lui" que certains auteurs de la psychanalyse évoquent en parlant de "l'illusion de toute puissance" et qui peut, au gré des modalités transactionnelles proposées à l'enfant, soit trop moles ou trop rigide, évoluer soit vers la cristallisation de ce sentiment de toute puissance se manifestant par des comportements inappropriés et agressifs, soit vers l'inhibition totale de l'agressivité infantile se manifestant par des comportements que Spitz décrit en cas de dépression précoce ou de l'hospitalisme ou encore vers la formation de la personnalité équilibrée du sujet au gré des élaborations progressives tel que le décrit Freud à travers le jeu de la bobine "For-da" (au delà du principe de plaisir, 19 ).

Cette première relation est déterminante pour toute la suite de la relation objectale de l'enfant car c'est elle qui introduit le père ou du moins est déterminante dans la gestion de la relation père-mère-enfant et plus tard la relation enfant - enfant ou enfant- famille.

Dans ce travail, nous transposons ce modèle de relation d'objet proposé par Freud à la situation de classe, avec des rôles bien précis des acteurs pour observer l'évolution de la gestion de l'agressivité entre indocilité et docilité.

### **6.2.1.2. Considérations quant aux résultats obtenus**

En observant les résultats obtenus de notre recueil des données, il en ressort que, sous l'impulsion du principal acteur de la relation pédagogique, la Maitresse, nos apprenant ont appris les règles sociales et amélioré leur comportement d'indocilité.

En effet, pour réduire l'aversion éventuelle, ils ont intégré le fait qu'il est mieux de respecter les camarades et troubler de moins en moins l'ambiancé de la classe, pour ne pas risquer soit la mise à l'écart des paires, la sanction de la maitresse ou encore une sanction beaucoup plus rigoureuse des dirigeants du Centre, qui en ce moment entrent en jeu dans le rôle du père.

## **6.2.2. INTERPRÉTATION PAR RAPPORT À LA THEORIE DE BANDURA**

### **6.2.2.1. Rappel de la théorie de Bandura**

Comme nous le voyons dans le tableau récapitulatif, la théorie de Bandura est l'une des plus originales concernant l'étude de l'impact du coping de l'agressivité que nous nous sommes décidé de mener dans le cadre de nos études de master 2 en Education spécialisée. Sa particularité vient du fait que, contrairement aux théoriciens de la période critique, (Lorenz 1958, Lenneberg 1967 :155, ...), Bandura s'appuyant sur la théorie de l'apprentissage social postule que :

- Même au delà de l'âge critique, un individu peut, par l'observation des pairs, modifier son comportement jugé antisocial (à l'instar de l'indocilité) pour adopter des manières de faire valorisées par la société.

- Et que l'appréciation de ces avancées obtenues par l'adoption de ces comportements par l'environnement social pourrait avoir un effet mélioratif et Perrin, ou parfois régressif suivant le sens que le sujet attribue à ces interprétations de son entourage social.

- Ainsi donc, chaque fois qu'il y a des résultats positifs, ils sont susceptibles de produire chez le sujet la motivation nécessaire pour s'engager dans la voie d'une progression continue.

#### **6.2.2.2. Considérations quant aux résultats obtenus**

De l'observation générale des données recueillies, il ressort que, la maîtresse jouant un rôle équilibré de la mère (tendre et aimante mais aussi régulatrice des « conflits »), en adoptant pas permanemment la posture d'une mère trop bonne ou celle de « la mère trop rigoureuse et, quelques fois en appelant à l'appui des dirigeants (Directeur ou Fondatrice, permet aux apprenants porteurs de la Trisomie 21 de se rapprocher des autres membres de la communauté éducative et surtout de réduire sensiblement des comportements antisociaux identifiés comme indociles et d'améliorer ses performances scolaires.

#### **6.2.3. INTERPRÉTATION PAR RAPPORT À La Théorie de l'attachement de J.**

##### **Bowlby**

##### **6.2.3.1. Rappel de la théorie d'attachement de J. Bowlby**

Pour J. Bowlby et Ainsworth, la relation d'attachement, relation première entre l'enfant et la figure parentale, est l'un des principaux éléments qui fondent la personnalité de l'enfant. Son impact, pour ces auteurs et ceux qui ont travaillé à leur suite, perdure toute la vie durant.

En d'autres termes, ils estiment qu'il suffit d'observer la qualité des relations que le sujet adulte ou adolescent entretient avec les autres pour déterminer quel type de relation d'attachement il a entretenu avec la figure parentale dans le passé.

Quoi qu'évoquant un passé "révolu", au regard de la théorie de Bandura, nous avons émis, en quelques sortes, l'hypothèse selon laquelle, même à l'âge adulte, certains contextes de la vie, surtout le contexte de classe qui, dans une certaine mesure réactualise les problématiques de la relation première de l'enfance, peut avoir un impact sur les avatars de ces derniers et les modifier.

### **6.2.3.2. Considérations quant aux résultats obtenus**

Des résultats des observations et ceux des entretiens avec les enseignantes, il ressort que les comportements d'indocilité observés chez les porteurs de la Trisomie 21, serait directement lié au type d'attachement qu'ont développé ces sujets dans leur enfance.

Imprévisibles à l'instar de Martial, ils sont tous moqueurs et ont du mal à faire confiance aux autres. Parfois irrespectueux et indociles à l'endroit des autorités, ceci fait entrevoir un attachement insécur, certainement lié aux comportements des mères qui sont souvent identifiés par leurs enfants comme récompense de la maladie (faisant ainsi perdurer l'illusion de toute puissance qui se cristallisera en indocilité).

Mais la modification de la donne d'attachement, dans la transposition de la relation familiale première en situation de classe, contribue à modifier les premières données d'attachement conduisant au développement d'un attachement sécur qui permet à l'enfant porteur de la Trisomie 21 de pouvoir découvrir l'environnement

## **6.3 - Synthèse des interprétations et discussions**

Tout au long de ce travail, nous avons évoqué les données théoriques variées provenant des auteurs tels que John Bolby, Freud, Winnicott et Bandura portant sur l'origine et le développement de l'agressivité à l'enfance et se transposant en indocilité en situation de classe dans les apprentissages.

En effet, la théorie du modèle pulsionnel de Winnicott et le modèle éthologique s'accordent sur le fait que l'agressivité semble innée ; Tandis que la théorie de l'apprentissage social et le modèle environnementaliste se rejoignent pour parler plutôt d'acquisition de l'agressivité. Cependant, à l'aide de quelques combinaisons théoriques, les éducatrices de l'enfance parviennent plus facilement à identifier les attitudes d'indocilité et trouver plus aisément les outils applicables en situation de classe et à en faire usage de la meilleure des manières.

Afin d'accompagner les sujets porteurs de trisomie 21 indocile en situation d'apprentissage, il importe tout d'abord, de valoriser les comportements positifs, d'être disponible pour chaque enfant porteur de trisomie 21 et de garantir une sécurité affective à chacun. Il me semble également essentiel de verbaliser et de répéter autant de fois que

nécessaire afin que ces enfants porteurs de trisomie 21 indocile intègrent les conduites appropriées et participent aux activités collectives.

De plus, une bonne collaboration entre parents et éducateurs et un climat de confiance permet de faire intégrer l'ordre et les normes sociales, d'atténuer les conflits et diminuer considérablement les conduites indésirables. À cet effet, les sujets porteurs de trisomie 21 doivent sentir que nous les apprécions, peu importe les pulsions auxquelles ils font face.

Afin de résoudre un conflit, bien plus nous devons les encourager à prononcer des mots afin qu'ils expriment aux autres ce qu'ils ressentent car la verbalisation représente une aptitude essentielle dans l'éducation de l'enfant trisomique 21 lorsque ce dernier ressent des émotions qu'ils peinent à réguler tout seul.

Par rapport aux outils pratiques, il est important d'aménager un espace de jeu en institution. L'ensemble des outils évoqués tels que le coin défoulement, le coin détente, les pictogrammes, la littérature enfantine, la relaxation, la respiration, les massages et la danse recreative, présentent énormément de points en commun en ce qui concerne les bienfaits pour ces enfants dans la diminution de certaines de leurs conduites agressives.

Dès lors, pour répondre à la question de départ de notre travail de mémoire qui est : « Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indoçilité des enfants porteurs de la trisomie 21 en age scolaire ? ».

Les données évoquées à travers les modalités de coping permettent au sujet porteur de trisomie 21 indocile d'intérioriser les règles et les normes sociales, d'intégrer peu à peu les limites fixées par leur figure d'autorité qu'est leur enseignant en situation de classe (relation triangulaire).

Il importe également de mettre en confiance ces derniers et de les encourager de les encourager positivement dans la participation aux tâches collectives afin de construire positivement leur estime de soi ( relation anaclitique) et assainir leur environnement sociale scolaire pendant les consignes de groupe ( le lien aux paires) ; tous ces aspects psychanalytiques mals négociés à la petite enfance constituent la base du rôle d'accompagnement dans le cadre du coping de l'agressivité chez la personne en situation du Handicap mental en général et du trisomique 21 indocile en particulier dans notre travail de mémoire

#### **6.4- Limites et Suggestions**

##### **1- Limites**

Nous allons évoquer en 1<sup>er</sup> la difficulté d'accès à un grand nombre d'enfants trisomiques 21 car étant en période Covid-21, tous les enfants sélectionnés n'ont pas suivi leur cycle académique ; certains trop jeunes ont été retenus dans leur domicile.

L'enfant trisomique 21 évolue en premier lieu avec sa famille or le caractère intra individuel de chacun des enfants trisomiques 21 indociles ayant été abordés, ils existent de nombreuses différences personnelles dont le vécu socio-affectif pouvait modifier en lien avec le développement comportemental de ce dernier.

Compte tenu de notre échantillon, nous n'avons pas pu faire un appariement en fonction du niveau socio-culturel de la famille ; Car l'appariement impose des approches différentes pour ne pas biaiser des données.

Ensuite la rareté des tests spécifiques pour les sujets porteurs de la trisomie 21 nous a fait défaut. Néanmoins, le fait que ces enfants soient inscrits dans ces centres montre qu'ils constituent une population à besoins particuliers.

Enfin notre étude se trouve limitée par le manque des travaux de recherche sur le coping des enfants présentant le handicap mental en général et l'enfant trisomique 21 en particulier dans un contexte où l'intérêt est porté sur l'acquisition des habiletés psychosociales chez ces derniers.

## **2- Suggestions**

Dans notre étude, nous pouvons apporter comme suggestions :

### **a) Aux autorités publiques en charge de l'éducation**

- Nous suggérons aux pouvoirs publics par le biais du Ministère de la promotion de la femme et la famille (MINPROFF), de créer un programme national de suivi familial, visant à organiser des séances de causeries éducatives autour de « l'éducation à la vie affective et à la responsabilité parentale ».
- De nouer une collaboration effective entre le MINEDUB et le MINAS, en tant que partenaire actif permettant de mettre à leur disposition des informations sur la situation familiale des enfants trisomiques 21 pour une meilleure compréhension de leurs comportements
- Nous invitons le MINEDUB à offrir une plate forme technique d'accompagnement aux éducateurs spécialisés afin d'assurer un suivi permanent en cas de changement d'établissement par les apprenants

- Enfin d'offrir aux départements en charge de l'éducation spécialisée de la faculté des sciences de l'éducation, un laboratoire contenant les tests psychométriques afin de combler le déficit d'encadrement qui existe ainsi que les conditions de formation sous-jacentes.

#### **b) Aux sujets porteurs de la trisomie 21**

- De multiplier les moments de travail en groupe, ce qui pourra permettre d'améliorer la considération d'autrui.
- La transposition des trois modalités des relations sociales premières de l'enfant (anaclitique, triangulaire et avec les paires) dans la situation de classe, en veillant sur le strict respect des rôles des différents acteurs intervenants dans la relation pédagogique.
- Signifier régulièrement à l'apprenant porteur de la trisomie 21 tout succès qu'il accomplit à travers les félicitations et autres comportements du genre pour accroître sa motivation à s'engager résolument dans la voie de l'amélioration.
- Allouer des plages horaires à l'éducation spécialisée dans toutes les classes et à des heures rationnelles, afin que tous les élèves trisomiques 21 jouissent de ces prestations et que la pratique de cette prestation soit plus effective au sein de l'établissement scolaire.
- Fournir les moyens nécessaires afin que dès la rentrée scolaire, la sensibilisation puisse être effective et qu'elle puisse passer des fiches de renseignement aux enfants trisomiques 21, dans le but d'informer sur le profil psychologique et environnemental de ces derniers, afin qu'en connaissant les difficultés existantes, l'éducateur spécialisé puisse mener son expertise.

#### **c) Aux parents ou familles**

- La famille est le lieu où le sujet porteur de la trisomie 21 se construit et bâtit son identité à travers l'attachement sécurisé ; Les parents sont donc appelés à prendre conscience de leur rôle en tant que membre à part entière.
- En outre, les parents ou tuteurs des trisomiques 21 doivent être présents à tous les niveaux tout au long du parcours éducatif.
- La présence effective des parents sur le plan affectif notamment en matière de disponibilité, d'attention, d'encouragement, de gratification à l'égard de leurs enfants est très importante pour un meilleur développement sociocognitif de l'enfant.
- Mettre en œuvre un climat de dialogue, d'entente et d'harmonie au sein de la famille, de manière à installer une sorte de compatibilité affective entre parents et enfants sur tous les aspects de la vie.

**CONCLUSION**

L'ambition à travers cette étude était de montrer l'impact du coping à travers les modalités premières de la relation d'objet dans la gestion de l'agressivité et la modification des comportements d'indocilité observée chez les sujets porteurs de la Trisomie 21 en milieu scolaire. Pour réaliser cela, nous nous sommes posé la question qui est celle de savoir : « Le coping de l'agressivité a-t-il un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteurs de la Trisomie 21 en âge scolaire ? ». Notre souci de mettre l'accent sur la modification des comportements d'indocilité des apprenants porteurs de la Trisomie 21 en situation de classe nous a conduit à nous poser trois questions liées aux modalités de coping de l'agressivité dans l'enfance à savoir :

Q R 1 : le lien avec les pairs a-t-il un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire ?

Q R 2 : la relation triangulaire a-t-elle un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire ?

Q R 3 : la relation anaclitique a-t-elle un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire ?

Pour répondre à ces interrogations nous avons formulé l'hypothèse générale suivante :

H.G :« Le coping de l'agressivité a un impact sur les comportements d'indocilité des enfants porteur de la Trisomie 21 en âge scolaire.

H R 1 : le lien avec les pairs a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

H R 2 : la relation triangulaire a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

H R 3 : la relation anaclitique a un impact sur l'indocilité de l'enfant porteur de la trisomie 21 en âge scolaire

Nous avons mené notre recherche auprès de 4 sujets porteurs de la Trisomie 21 au CAF/ ESPOIR et à ESSEDA. Nous avons observé leurs faits et gestes en rapport avec nos préoccupations de recherche. Nous avons aussi mené des entretiens avec leurs encadreurs. Les données recueillies ont été présentés au chapitre 5. Les résultats sont interprétés au chapitre 6. Il apparaît que travaillant dans un cadre caractérisé par la transposition des relations objectales de l'enfance en milieu scolaire, tous les sujets ont eu des résultats satisfaisants. Cela indique l'incidence particulière à la fois de la relation analytique, de la relation triangulaire et de la

relation avec les pairs en situation éducative sur l'acquisition des comportements de docilité des sujets porteurs de la Trisomie 21.

D'où il apparaît que notre hypothèse est vérifiée et que le coping de l'agressivité a un impact sur le comportement d'indocilité chez les enfants porteurs de la trisomie 21 en âge scolaire.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

➤ **Les ouvrages :**

- 1- A juraiguerra. J.De,(1980) ;« manuel de la psychiatrie de l'enfant» ed Masson , Paris.

- 2- Andie.M.(1994). « la violence biologique histoire et morale chrétien » ed Media paul, Canada.
- 3- Alex Tromont, (2013), « Gérer l'agressivité » Bruxelles.
- 4- Angers, M. (1997). Initiation de la méthodologie des sciences humaines, Québec,C.E-Cinc.
- 5- Roger fontaine, (2003).«Psychologie de l'agression».ed Dunod, Paris.
- 6- Stéphane Bourcet et all,(2003).«psycho-pathologie clinique».ed Dunod., Paris.
- 7- LAZARUS, R. (1966). Psychological stress and the coping process, New York : Mac Graw Hill.
- 8- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984a). Coping and adaptation. In W.D. GENTRY (Ed.), Handbook of behavior medicine, New York : Guilford, pp. 282-325.
- 9- LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S. (1984b). Stress, appraisal, and coping, New York : Springer

➤ **Les articles :**

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

➤ **Les thèses :**

- 1- Mebarek Bouchaalal, Fatah,(2011). La révélation de la trisomie de l'enfant aux parents : entre le choc psychologique de la blessure narcissique. Mémoire de Magister université Mantouri canstantine.
- 2- ....
- 3- .....

➤ **Les dictionaries:**

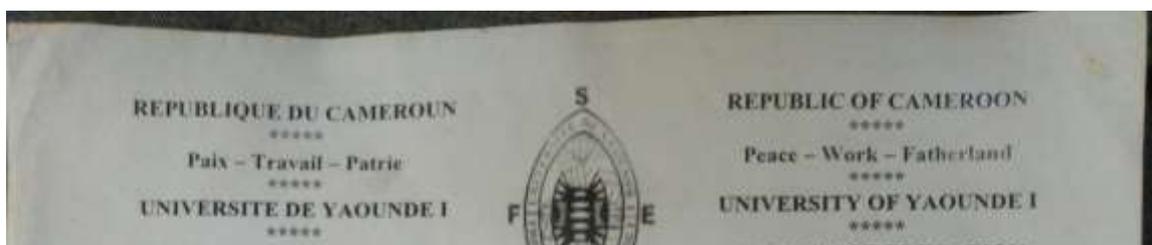
- 1- Henriette, Bloch et all, (1992). Grand dictionnaire de la psychologie, Paris. Larousse.
- 2- N. Silling.Dictionnaire de psychologie (1980). Borde, Paris.
- 3- O. Christophe Tamisier,(1995). Le grand dictionnaire de la psychologie, Bordes, Paris.
- 3- Doron, R et Parot, F(2008).«dictionnaire des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

➤ **Les sites internet:**

- 1- <http://www.ouestribune-dz.com/fr/un. Combat. Sans fin- mène –par- la fédération algériennes des handicaps moteurs.>
- 2- [http://www.santé- mag-dz.com/pdf/nst/n5 p16-santé-mag-N°04 mars \(2012\).](http://www.santé- mag-dz.com/pdf/nst/n5 p16-santé-mag-N°04 mars (2012).)

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

**ANNEXES**





REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATIONDEPARTEMENT D'EDUCATION  
SPECIALISEE

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALISED  
EDUCATION

Yaoundé, le 09 Mai 2022

MBANCA Olivier Fredy  
Université de Yaoundé I  
Laboratoire de recherche des  
Sciences de l'éducation  
Option : Psychologie professionnelle  
Du Handicap mental, psychique et  
Gérontologique  
Tel : 672.80.57.80  
E-mail : olivierfredym@yahoo.fr



A

Objet : Demande d'une

autorisation de stage de collecte de données

Madame la Directrice du Centre CAF

Espoir

Madame,

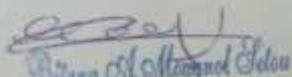
Par la présente demande, je viens très respectueusement auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation de recherche auprès des enfants trisomiques 21 indociles manifestant les comportements agressifs dans l'illustre institution donc vous avez la charge.

En effet, je suis étudiant en Sciences de l'éducation option psychologie professionnelle du Handicap mental, psychique et gérontologique à l'Université de Yaoundé I. Je réalise une étude qui a pour thème : « Coping de l'agressivité et indocilité du trisomique 21 : une étude de cas. » sous la direction du Dr BONONO Cécile Renée.

L'objectif à travers cette étude est de déterminer les stratégies de Coping les plus valorisées en situation d'agressivité afin d'identifier celles susceptibles d'être les plus efficaces face aux situations aversives que font face les enfants trisomiques 21 indociles.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer Madame la Directrice, l'expression de mon plus profond respect.

Pièces jointes : Une autorisation de recherche, une copie du questionnaire et une copie de notre grille d'entretien.

  
Bilang M. Manguel Selou  
Educateur Spécialisé  
Handicap Mental

MBANCA Olivier Fredy



## ANNEXE : 3

### Grille d'observation

INDICATEUR	Modalités	Indicateurs	M 1	M 2	M 3	$\Sigma$	M
	Coopère avec les autres	Partage					
		Attend son tour					
	Taquin	Incite aux Conflits					
		Provocation					
	Familiarisation	Participe aux taches collectives					
		Egocentrisme					

## ANNEXE : 4

### Guide d'entretien

THEME	SOLLICITATION
Histoire de l'enfant au Centre de formation et de ses relations avec vous	Parle-moi de x, depuis que tu le connais dans cette école
Ses relations avec les pairs	S'intéresse-t-il à ses camarades, quelle est la qualité de ses relations avec ses camarades
Ses relations avec les autorités du centre	Quel est son regard envers les autorités du Centre ? les redoute t-il (elles) ?

## ANNEXE : 5

### Grille d'analyse

THEMES	CONCEPTS (EXPRESSIONS)	POURCENTAGE
Eléments symbolisant l'indocilité		
Eléments neutres		
Eléments symbolisant la Docilité		

Items à observer		Intensité	0	1	2	3	4	G
		ou fréquence des symptômes (crises)						
Présentation	Contact							
Intelligence	Lucidité/Mémoire							
Affectivité	Émotion/thymie/ Communication non verbale/ Élan vital							
Activité	Volonté /refus de coopérer/Attitude infantile de dépendance							
	Familiarisation							

### **NB :**

Tout au long de ces entretiens nous nous efforçons à relever les données relatives aux items de ce tableau :

Les notations 1,2,3,4 renvoient aux différents mois et la Notes G renvoi à la note générale.

Les notes mensuelles renvoient aux notes journalières divisées par le nombre d'observation jointe au mois (Moyenne

## TABLE DE MATIERES

REMERCIEMENTS.....	ii
DEDICACE.....	iii
RESUME.....	iv
ABSTRACT.....	v
LISTE DES ABREVIATIONS.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
INTRODUCTION.....	1
GENERALE.....	1
Partie I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	5
CHAPITRE I :.....	6
PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE ET DEFINITION.....	6
DES CONCEPTS CLES DE LA RECHERCHE.....	6
I- Problématique.....	7
1.1. Contexte et justification de l'étude.....	7
1.2- La formulation du problème.....	9
1.2.3- Le problème de recherche.....	11
II- Définition des concepts.....	16
CHAPITRE II :.....	19
REVUE DE LA LITTERATURE.....	19
B- Etiologie du handicap mental :.....	21
B-1-les facteurs organiques :.....	21
B-2- les facteurs psychologiques :.....	21
B-3-les facteurs environnementaux :.....	22
II- Généralité sur la trisomie 21.....	23
II-1- Historique et évolution du concept.....	23
II-2- Epidémiologie de la trisomie.....	25
II-2-2-En Afrique.....	26
II-2-3- Au Cameroun.....	27
II-3- Définition de la trisomie.....	27
II-4- Les origines de cette aberration chromosomique.....	27
II-5- Facteurs de risque et espérance de vie.....	30
II-5-1- Facteurs de risque.....	30
II-5-2- Esperance de vie.....	30

II-6- Le dépistage prénatal.....	33
II-6-1- Avant juin 2009 .....	33
II-6-2- Actuellement.....	33
II-7- Les signes anatomo-cliniques .....	34
II-8- Les différents aspects de la vie des enfants porteur de la trisomie 21.....	35
II-8-1- L’aspect intellectuel :.....	35
II-8-2- Aspect social :.....	36
II-8-3- Habilité sociales :.....	37
II-4-4- aspect affectif :.....	37
II-9- Symptomatologie et conséquences sur le développement de la communication et du langage .....	38
II-9-1- Troubles neurocentraux .....	38
II-9-1-1- L’hypotonie musculaire.....	38
II-9-1-2- La perception du temps .....	39
II-9-2- Autres troubles.....	40
II-9-2-1- Troubles moteurs et psychomoteurs .....	41
II-9-2-1- Troubles intellectuels.....	42
II-9-2-3- Troubles de la communication et du langage .....	42
II-9-2-4- Le contact oculaire et l’attention conjointe .....	42
II-9-4- Les différentes prises en charge.....	43
II-9-4-1- La prise en charge médicale .....	43
II-9-4-2- La prise en charge kinésithérapique .....	44
II-9-4-3- La psychomotricité.....	44
II-9-4-4- L’ergothérapie .....	44
II-9-4-5- Prise en charge psychologique : .....	45
II-9-4-6- La prise en charge orthophonique : .....	46
II-9-4-7- la prise en charge éducative :.....	46
• Perception de l’enfant trisomique 21 en institution spécialisée.....	46
CHAPITRE III : .....	50
<u>T</u> HEORIES DE L’ETUDE .....	50
I. Distinguons les concepts : « agression », « agressivité », « violence » .....	51
I.1. L’agression.....	51
I.2. La violence .....	51
I.3. L’agressivité.....	51
IV.1. Les prédispositions : l’hyperactivité .....	52
IV.2. Le milieu familial .....	52

IV.3. La structure familiale : interactions sociales précoces, style parental et fratrie .....	53
IV.3.1. Interactions sociales précoces et agressivité .....	53
IV.3.2. Maltraitance et agressivité.....	54
IV.3. 3. Style parental, instabilité familiale et agressivité .....	54
IV.3. 4. Fratrie et agressivité .....	56
VI.4. Le contexte sociétal.....	56
IV.4.1. Le groupe de pairs .....	56
VI.4. 2. Télévision et agressivité .....	57
V. Caractère héréditaire de l'agressivité .....	59
VI. Origine et developpement de l'agressivité .....	59
VIII. Les différentes motivations de l'agressivité .....	60
A- Les models et théories d'approche des comportements d'indocilité .....	61
I. Les modèles d'approches .....	61
I.1. Le modèle psychanalytique.....	61
I.2. Le modèle éthologique.....	62
I.3. Le modèle biologique.....	62
I.4. Le modèle pulsionnel de Freud et Klein .....	63
I.5. Le modèle éthologique de Lorenz.....	63
I.6. Le modèle environnementaliste .....	64
II. Théories traditionnelles des comportements agressifs :.....	64
II.1. Théorie biologique :.....	64
II.2. Théorie de l'apprentissage social :.....	65
II.3. La théorie de Winnicott .....	65
II.4. La théorie de l'apprentissage social de Bandura.....	66
B- Stratégies de coping de l'agressivité du trisome 21 indocile .....	66
I. Historique de la notion de coping.....	66
I.1. Evolution coping et adaptation.....	67
I.2. Coping de l'agressivité et adaptation .....	68
II. Les modèles du coping de l'agressivité.....	69
II.1. Le syndrome d'adaptation du stress.....	69
II.2. Le modèle intégratif multifactoriel .....	70
III.1. Définition.....	71
III.2. La phase d'évaluation.....	71
a) L'évaluation primaire .....	72
b) L'évaluation secondaire.....	72
III.3. Les stratégies de coping.....	72

a) Le coping centré sur le problème .....	72
b) Le coping centré sur l'émotion.....	73
IV. Classification des strategies du coping de l'agressivité.....	74
V. Les determinants du coping de l'agressivité.....	75
a) Les déterminants cognitifs de l'évaluation du coping de l'agressivité.....	75
b) Les déterminants conatifs de l'évaluation du coping de l'agressivité .....	76
V.1. Les déterminants situationnels et transactionnels du coping de l'agressivité.....	76
VI.2. Les méta-stratégies de coping .....	77
VI- Efficacité des strategies du coping de l'agressivité .....	79
Partie II : .....	85
CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATIONNELLE.....	85
CHAPITRE IV :.....	86
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	86
4.1. RAPPEL DU PROBLEME DE RECHERCHE .....	87
4.2. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	87
4.3. RAPPEL DES HYPOTHESES DE RECHERCHE .....	87
4.3.1. Rappel de l'hypothèse générale.....	87
4.3.2- Hypothèses de recherche.....	91
4.4- DEFINITON DES METHODES D'APPROCHE .....	91
4.4.1. Justification de la méthode de recherche.....	91
4.4 - DEFINITON DES METHODES D'APPROCHE .....	92
4.4.1. Justification de la méthode de recherche.....	92
4.5.1. Choix et présentation des instruments .....	93
Critères d'inclusion .....	95
Critères d'exclusion.....	95
4.4.1. Population d'étude.....	95
4.5.2.1. Population cible .....	95
4.5.2.2. Population accessible.....	96
4.4.2. Echantillon d'étude.....	96
4.5- Outils de collecte de données et instruments .....	97
4.5.1. Choix et présentation des instruments .....	97
4.5.1.1. L'entretien .....	100
4.6. Demarche de collecte de données .....	101
4.8. Méthode d'analyse des données .....	102
4.8.1. Les techniques d'analyse.....	102
4.8.2. L'analyse de contenu de l'étude.....	103

4.9. Technique de depouillement des données .....	103
4.9.1. Présentation et justification de la technique de dépouillement.....	104
4.9.2. Technique d'analyse des données de l'entretien : l'analyse du contenu .....	105
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	133
TABLE DE MATIERES .....	141