

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN
« SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
DE L'EDUCATION ET INGENIERIE
EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING CENTRE (CRFD) IN
“SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES”

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION
AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

MENTALISATION ET COPING DANS LA GESTION DE L'AGRESSIVITE CHEZ LES ENFANTS DEFICIENTS INTELLECTUELS : ETUDE DE CAS.

*Mémoire soutenu le 22 Juillet 2025 rédigé et présenté en vue de l'obtention du
diplôme de Master en Education Spécialisée*

Par

AYISSI AYISSI Martial Yannick

Matricule : 18L3908

Diplômé en Psychologie sociale



jury

Qualités	Noms et grade	Universités
Président	NGA ESSOMBA Hélène, Pr	UYI
Rapporteur	MAYI MARC Bruno, Pr	UYI
Examineur	TAMO FOGUE Yannick, CC	UYI

NOTE D'AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VI
RÉSUMÉ.....	VII
ABSTRACT	VIII
 INTRODUCTION GÉNÉRALE	 1
 PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	 3
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	4
<i>1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....</i>	<i>4</i>
<i>1.2 FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME.....</i>	<i>7</i>
<i>1.3 QUESTION DE RECHERCHE</i>	<i>10</i>
<i>1.4 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE</i>	<i>10</i>
<i>1.5 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</i>	<i>11</i>
<i>1.6 INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE.....</i>	<i>11</i>
<i>1.7 DÉFINITIONS ET CLARIFICATIONS DES CONCEPTS.....</i>	<i>12</i>
CHAPITRE 2: PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	16
<i>2.1 APPROCHE NEURODÉVELOPPEMENTALE.....</i>	<i>16</i>
<i>2.2 APPROCHE COGNITIVE : LA MÉMOIRE ÉPISODIQUE.....</i>	<i>18</i>
<i>2.3 PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE.....</i>	<i>25</i>
<i>2.4 MENTALISATION, COPING ET AGRESSIVITÉ</i>	<i>36</i>
CHAPITRE 3: AGRESSIVITÉ ET COPING.....	40
<i>3.1 AGRESSIVITÉ CHEZ L'ENFANT.....</i>	<i>40</i>
<i>3.2 COPING OU STRATÉGIES DE FAIRE FACE.....</i>	<i>55</i>
 PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	 64
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	65
<i>4.1 BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE.....</i>	<i>65</i>
<i>4.2 CADRE DE LA RECHERCHE</i>	<i>71</i>
<i>4.3 TYPE ET MÉTHODE DE RECHERCHE</i>	<i>77</i>

4.4 OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	78
4.5 LA DÉMARCHE DE COLLECTE.....	84
4.6 MÉTHODE D'ANALYSE	84
4.7 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	88
4.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	88
CHAPITRE 5: PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	90
5.1 ANALYSE LONGITUDINALE OU CAS PAR CAS	90
5.2 RÉSULTATS DES DIFFÉRENTES ÉCHELLES ET À LA GRILLE D'ANALYSE.....	92
5.3 ANALYSE THÉMATIQUE/TRANSVERSALE	102
CHAPITRE 6: INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	107
6.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	107
6.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS	111
6.3 IMPLICATIONS DE L'ÉTUDE.....	115
CONCLUSION GÉNÉRALE	119
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	121
ANNEXES.....	127
Annexe 1 : autorisation de recherche UY1.....	128
Annexe 2 : autorisation de recherche CAF/CEBNF ESPOIR.....	129
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	130
Annexe 4 : QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION - VERSION BRÈVE / PARENT-PROFESSIONNEL	131
Annexe 5 : ÉCHELLE D'AGRESSION MANIFESTE (OAS)	132
Annexe 6 : grille d'observation	133
Annexe 7 : Relevé des entretiens	134
TABLE DE MATIÈRES	138

REMERCIEMENTS

La réalisation d'un travail ne nécessite pas seulement des efforts personnels, mais aussi la contribution des proches. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce travail de recherche. Nos remerciements vont particulièrement :

- Au Pr MAYI Marc Bruno pour avoir cru en nous et accepté la direction de ce travail. Il a mis à notre disposition son temps, son savoir-faire en matière de recherche et son savoir être ;
- À tous les enseignants et professionnels de l'éducation spécialisée pour les enseignements qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition ;
- À mes camarades pour leur collaboration et leur soutien ;
- À ma famille pour leur soutien et leur patience ;
- À tous mes amis pour leur encouragement.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : causes de la déficience intellectuelle	4
Tableau 2 : Comparaison synthétique des trois approches.....	14
Tableau 3 : Classification des comportements agressifs selon Buss (1961)	41
Tableau 4 : correspondance entre coping de Roth et Cohen, et Lazarus et Folkman	60
Tableau 5 : classification du type de coping (actif/évitant) selon le type de stratégie (cognitive/comportementale)	61
Tableau 6 : Catégories de stratégies dans le coping face à la douleur.....	61
Tableau 7 : Récapitulatif de l'opérationnalisation des variables, modalités, indicateurs et indices	69
Tableau 8 : Résumé des caractéristiques de notre groupe de recherche	76
Tableau 9 : grille d'analyse des entretiens	86
Tableau 10 : résultats aux subtests au OAS d'Arthur	93
Tableau 11 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS chez Arthur ..	93
Tableau 12 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Arthur	94
Tableau 13 : résultats aux subtests au OAS de Mary	95
Tableau 14 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS de Mary	95
Tableau 15 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Mary	96
Tableau 16 : résultats aux subtests au OAS de Lancelot.....	97
Tableau 17 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS de Lancelot ...	97
Tableau 18 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Lancelot	98
Tableau 19 : résultats aux subtests au OAS de Jeanne.....	99
Tableau 20 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS de Jeanne.....	99
Tableau 21 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Jeanne	100
Tableau 22 : synthèse des résultats aux échelles et questionnaires (augmentation, diminution ou stagnation par rapport à l'échelle de référence)	101
Tableau 23 : Synthèse de la grille d'observation de tous les participants.....	101
Tableau 24 : Récapitulatif du thème l'agressivité chez nos participants	103
Tableau 25 : Récapitulatif du thème de la mentalisation chez nos participants	104
Tableau 26 : Récapitulatif du thème des mécanismes de coping chez nos participants	105
Tableau 27 : Synthèse des résultats de l'analyse transversale.	106

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : distinction agression hostile-instrumentale	41
Figure 2 : Formes et manifestations de l'agression	43
Figure 3 : structure de la pulsion	49
Figure 4 : Le modèle transactionnel de coping de Lazarus et Folkman	59

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAIDD	: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
APA	: American Psychiatric Association
CAF ESPOIR	: Centre d'Alphabétisation Fonctionnelle ESPOIR
CDPH	: Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées
CE1 spécial	: Cours Élémentaire 1re année spécial
CE2 spécial	: Cours Élémentaire 2e année spécial
CEBNF ESPOIR	: Centre d'Éducation de Base Non Formelle ESPOIR
CIM-11	: Classification Internationale des Maladies, 11e édition
CP spécial	: Cours Préparatoire spécial
C-reps	: Représentations contextuelles
DI	: Déficience Intellectuelle
DIL	: Déficience Intellectuelle Légère
DIS	: Déficience Intellectuelle Sévère
DSM-5	: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5e édition
NEMI	: Nouvelles Évaluations de la Mentalisation et de l'Intelligence
NEPSY	: Neuropsychological Evaluation System for Children
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
S-reps	: Représentations sensorielles
TDAH	: Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité
TOP	: Trouble Oppositionnel avec Provocation
TSA	: Troubles du Spectre Autistique
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RÉSUMÉ

Ce mémoire explore les liens entre la déficience intellectuelle (DI), la mentalisation et les comportements agressifs chez les enfants. La DI est définie comme une limitation significative du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif apparaissant avant l'âge de 18 ans (American Psychiatric Association [APA], 2013 ; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2019). Dans cette population, les comportements agressifs sont fréquents et s'expriment souvent en réponse à des frustrations, à des déficits de communication ou à une souffrance psychique non symbolisée (Zazzo, 1979 ; Pagès, 2017).

La mentalisation, c'est-à-dire la capacité à attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres (Fonagy et al., 2002), constitue une ressource psychique fondamentale pour réguler les affects. Or, les enfants DI présentent souvent un déficit de mentalisation, ce qui les empêche de symboliser leurs émotions et favorise l'agir. Cette étude examine la manière dont les stratégies de coping, qu'elles soient adaptatives ou évitantes, modulent la relation entre mentalisation et agressivité chez ces enfants (Lazarus & Folkman, 1984 ; Schwarzer et al., 2021). Le problème posé par notre étude est celui de la *place de la gestion des préoccupations narcissiques des enfants à IMC sur la régulation leur agressivité*. D'où la question de recherche suivante : *en quoi le processus de mentalisation chez l'enfant DI impacte-t-elle sur son agressivité ?*

Sur la base des théories psychanalytiques de Lacan reprise par Mayi (2017) sur la mentalisation, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle *le processus de mentalisation impacte sur l'agressivité de l'enfant DI*. L'objectif de cette étude était de *comprendre en quoi le processus de mentalisation atténue l'agressivité de l'enfant DI*.

À travers une analyse théorique et des observations cliniques (de nos participants dont 2 filles et deux garçons âgés entre 8 et 12 ans), ce travail met en évidence l'importance d'approches éducatives et thérapeutiques centrées sur le développement de la mentalisation. L'étude montre que la mentalisation agit comme un facteur protecteur, réduisant les comportements impulsifs en permettant à l'enfant de mieux comprendre ses propres émotions et celles des autres. De plus, les stratégies de coping adaptatives aident l'enfant à mieux gérer le stress et la frustration. Ces résultats soulignent l'importance de l'éducation émotionnelle précoce et du soutien psychologique, en particulier pour favoriser l'expression des émotions et développer la mentalisation. Ils recommandent aussi de former les professionnels à identifier les déficits de mentalisation et à intervenir de manière appropriée.

Mots-clés : **déficience intellectuelle, mentalisation, agressivité, coping**

ABSTRACT

This thesis explores the links between intellectual disability (ID), mentalization, and aggressive behaviors in children. ID is defined as a significant limitation in intellectual functioning and adaptive behavior that occurs before the age of 18 (American Psychiatric Association [APA], 2013; World Health Organization [WHO], 2019). Aggressive behaviors are common in this population and often manifest as a response to frustration, communication deficits, or unprocessed psychological distress (Zazzo, 1979; Pagès, 2017).

Mentalization, the ability to attribute mental states to oneself and others (Fonagy et al., 2002), is a fundamental psychological resource for regulating emotions. However, children with ID often experience a mentalization deficit, preventing them from symbolizing their emotions and leading to impulsive actions. This study examines how coping strategies, whether adaptive or avoidant, modulate the relationship between mentalization and aggression in these children (Lazarus & Folkman, 1984; Schwarzer et al., 2021). The issue addressed in this study is the role of managing narcissistic concerns in children with ID in regulating their aggression. Thus, the research question is: How does the mentalization process in children with ID impact their aggression?

Based on Lacanian psychoanalytic theories on mentalization, as revisited by Mayi (2017), we hypothesize that the mentalization process impacts the aggression of children with ID. The goal of this study is to understand how mentalization mitigates aggression in children with ID.

Through theoretical analysis and clinical observations (of our participants, including two girls and two boys aged 8-12 years), this work highlights the importance of educational and therapeutic approaches centered on the development of mentalization. The study shows that mentalization acts as a protective factor, reducing impulsive behaviors by helping children better understand their own emotions and those of others. Moreover, adaptive coping strategies assist children in managing stress and frustration. These findings emphasize the need for early emotional education and psychological support, particularly for encouraging emotional expression and developing mentalization. The study also recommends training professionals to identify mentalization deficits and intervene appropriately.

Keywords: intellectual disability, mentalization, aggression, coping

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La déficience intellectuelle (DI) est un trouble neurodéveloppemental complexe qui se manifeste par des limitations substantielles dans les domaines du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Selon l'American Psychiatric Association (APA, 2013), la DI se caractérise par un retard intellectuel et des déficits dans les compétences de communication, d'autonomie et de socialisation. Ces déficits ont des répercussions profondes sur les capacités d'apprentissage des individus affectés, ainsi que sur leur insertion dans des environnements sociaux et scolaires. En effet, les difficultés rencontrées par les personnes présentant une DI dans l'expression et la gestion de leurs émotions et comportements sont des éléments clés qui compliquent leur développement global et leur bien-être.

Au-delà des enjeux cognitifs, un aspect particulièrement préoccupant de la DI chez les enfants est la manifestation fréquente de comportements agressifs. Ces comportements peuvent inclure des formes variées de violence, qu'elle soit verbale ou physique, ou encore des oppositions récurrentes (Dollard et al., 1939). Les enfants présentant une DI sont souvent perçus comme étant plus enclins à exprimer leur frustration par l'agression, notamment en raison de leurs difficultés à comprendre et à exprimer adéquatement leurs émotions. Ces comportements, bien que parfois minimisés dans les contextes institutionnels, nécessitent néanmoins une analyse approfondie, en particulier au regard des fonctions défensives qu'ils peuvent remplir. En effet, dans bien des cas, ces comportements peuvent être interprétés comme une réponse à une détresse émotionnelle non résolue, une réaction à un stress interne ou à une incapacité à symboliser les tensions psychiques.

Dans cette optique, la notion de mentalisation revêt une importance particulière dans la compréhension des comportements agressifs chez les enfants ayant une DI. Selon Fonagy et al. (2002), la mentalisation désigne la capacité à attribuer des états mentaux (pensées, émotions, croyances, désirs) à soi-même et aux autres, et à utiliser ces attributions pour comprendre et prédire les comportements humains. Cette fonction cognitive, souvent altérée chez les enfants présentant une DI, joue un rôle crucial dans leur capacité à réguler leurs émotions et à résoudre les conflits internes. Un déficit de mentalisation chez ces enfants peut ainsi conduire à une gestion émotionnelle inadéquate et à des comportements impulsifs, tels que l'agressivité.

Par ailleurs, les stratégies de coping, qui sont des mécanismes cognitifs et comportementaux utilisés pour faire face au stress, constituent des éléments déterminants dans

la régulation des émotions et des comportements. Selon Lazarus et Folkman (1984), ces stratégies sont essentielles pour maintenir un équilibre psychologique face aux difficultés rencontrées. Les enfants présentant une DI, en raison de leurs limites dans l'élaboration symbolique, tendent à privilégier des stratégies de coping moins adaptées, telles que l'évitement ou l'agressivité. Ces stratégies peuvent aggraver les comportements-problèmes et rendre l'intervention éducative et thérapeutique plus complexe.

Ce mémoire a pour objectif d'examiner le lien entre la déficience intellectuelle, les capacités de mentalisation, les stratégies de coping et les comportements agressifs chez l'enfant. Il cherche à explorer comment les déficits dans les capacités d'élaboration psychique peuvent contribuer à l'émergence de comportements problématiques et dans quelle mesure le renforcement de la mentalisation pourrait constituer un levier pour réduire l'agressivité et améliorer l'adaptation sociale et scolaire de ces enfants. L'objectif est également de comprendre si des interventions visant à améliorer la mentalisation peuvent aider ces enfants à mieux gérer leurs émotions et à développer des stratégies de coping plus adaptées, en vue de favoriser une meilleure régulation émotionnelle et comportementale.

Ce travail de recherche s'organise en deux parties. La première partie présente les fondements théoriques nécessaires à la compréhension de la déficience intellectuelle, des comportements agressifs, de la mentalisation et des stratégies de coping. La deuxième partie détaille le cadre méthodologique de l'étude, y compris les outils d'analyse et le terrain de recherche. En outre, cette partie propose une interprétation des données recueillies, en mettant en lumière les implications cliniques et éducatives de cette recherche.

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Le présent chapitre est articulé autour des points suivants : le contexte et la justification de l'étude ; la position et la formulation du problème ; la question de recherche ; les hypothèses de l'étude ; les objectifs ; les intérêts de l'étude et la clarification des concepts clés de l'étude.

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

La déficience intellectuelle (DI ou handicap mental) désigne une limitation significative du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, apparue durant la période développementale (avant 18 ans), impliquant un QI inférieur à 70, selon les classifications les plus reconnues (APA, 2015 ; OMS, 2018).

La DI affecte entre 1 et 3 % de la population générale, avec une prévalence plus élevée chez les garçons (Tourrette & Guidetti, 2018). La déficience intellectuelle légère (DIL) touche entre 10 et 20 personnes pour 1 000, tandis que la déficience intellectuelle sévère (DIS) est retrouvée chez 3 à 4 personnes pour 1 000 (OMS, 2022). Ces chiffres sont similaires à ceux observés aux États-Unis et en Europe. La prévalence augmente avec l'âge de l'enfant jusqu'à 15 ans, et elle est plus fréquente chez les garçons. Le contexte socioéconomique joue un rôle important, en particulier pour la DIL. L'alcoolisation fœtale, la prématurité, et les retards de croissance intra-utérins sont des facteurs de risque reconnus. La prévalence reste stable dans le temps malgré les avancées médicales et sociales. Les données épidémiologiques indiquent une prévalence stable de la DIS en Europe entre 1980 et 2004, variant entre 2,7 et 4,4 pour 1 000. La survie des personnes avec DI s'améliore dans le temps, bien qu'elle reste inférieure à celle de la population générale.

Tableau 1 : causes de la déficience intellectuelle

Organiques	Génétiques	Trisomie 21	32 %
		Autres aberrations	8 %
	Acquises	Intra-utérines	2 %
		Péri-natales	7 %
		Post-natales	2 %
	Inconnues		34 %
Non organiques	Facteurs environnementaux		15 %

Source : Pagès, 2017, p. 136

Au Cameroun, une étude menée par Ekoe et al. (2019) à Yaoundé a révélé une prévalence de 1,2 % chez les enfants scolarisés dans certains quartiers en milieu urbain. L'UNICEF (2021) souligne que l'Afrique subsaharienne souffre d'un manque de dépistage et de données fiables. Les enfants atteints de DI sont souvent exclus du système scolaire ordinaire.

Forts de ces chiffres criard et alarmant, les organismes internationaux se sont mobilisés afin de prendre des mesures pour diminuer l'impact de ce phénomène. C'est l'exemple de :

OMS – Santé et inclusion :

- *Global Disability Action Plan 2014–2021*: renforcement des systèmes de santé pour tous, collecte de données, participation des personnes handicapées.

- *mhGAP*: déploiement de soins en santé mentale et troubles neurodéveloppementaux, y compris déficience intellectuelle, dans les pays à ressources limitées.

ONU – Droits et politiques :

- *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH, 2006)*: éducation inclusive (art.24) et accès adapté aux soins (art.25).

- *UN Disability Inclusion Strategy (2019)* : intégration systématique du handicap dans toutes les agences et programmes de l'ONU ('Nothing About Us Without Us').

UNESCO – Éducation :

- *Promotion de l'éducation inclusive* : guides et recommandations pour aménagements scolaires et formation des enseignants.

UNICEF – Enfance et protection :

- *Politique d'inclusion des enfants handicapés* : renforcement des capacités des systèmes éducatifs et sanitaires, fourniture d'aides techniques.

- Partenariats nationaux pour former les professionnels et garantir l'accès effectif aux droits.

À cet effet, tant les organismes internationaux que le gouvernement camerounais admettent que les personnes handicapées ont droit à un suivi médical et fonctionnel. Ils insistent que ces personnes atteintes de handicaps et leurs familles doivent aussi avoir un suivi

psychologique afin que ces mesures facilitent leurs processus d'intégration ou de réintégration sociale. Dans ce sillage, le gouvernement camerounais a promulgué une loi portant sur la protection et la promotion des personnes handicapées (loi N°2010/002 du 13 Avril 2010) dont ses objectifs sont :

- *La prévention du handicap ;*
- *La réadaptation et l'intégration psychologique, sociale et économique de la personne handicapée ;*
- *La promotion de la solidarité nationale à l'endroit des personnes handicapées.*

En outre, un accent particulier est mis sur l'éducation inclusive à travers :

- Existence de **68 écoles publiques inclusives** réparties dans les 10 régions du pays.
- Formation spécialisée d'un an pour les enseignants en éducation inclusive.
- Soutien aux élèves handicapés jusqu'à l'obtention de diplômes secondaires.

Les personnes avec déficience intellectuelle (DI) présentent une prévalence élevée de troubles psychologiques comorbides. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est l'une des comorbidités les plus fréquentes, touchant environ 65 % des enfants avec DI. Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) affecte près de 22 % des cas, caractérisé par des comportements défiants et hostiles. Les troubles anxieux se manifestent chez environ 18 % des personnes avec DI, souvent sous la forme de phobies, d'anxiété de séparation ou de troubles paniques, en lien avec la difficulté à anticiper et à comprendre les situations sociales. Les troubles dépressifs, dont la prévalence varie fortement selon l'âge, sont observés chez 6 à 37 % des patients, reflétant une souffrance psychoaffective liée aux limitations cognitives et à l'exclusion sociale. Par ailleurs, 4 à 15 % des personnes avec DI présentent des troubles du spectre autistique, marqués par des stéréotypies et des difficultés de communication sociale (Kendall & Owen, 2015).

Selon La Réponse du Psy (2024), 35 % et 50 % des individus présentant une déficience intellectuelle manifestent des troubles du comportement, affectant négativement leur qualité de vie ainsi que celle de leur entourage. Les comportements inadaptés chez ces personnes peuvent être liés à des difficultés dans la gestion des émotions et des pulsions. L'agressivité peut être une manifestation de la frustration, de l'incapacité à communiquer efficacement ou d'une réponse à des stimuli environnementaux perçus comme menaçants.

Les personnes avec déficience intellectuelle présentent fréquemment des troubles du comportement, parmi lesquels l'agressivité est l'une des manifestations les plus invalidantes. L'agressivité peut se révéler sous deux formes principales : externe et interne. L'agressivité externe se traduit par des cris, des coups, le jet d'objets ou même des agressions physiques dirigées vers autrui. L'agressivité interne, quant à elle, regroupe les automutilations et les comportements d'auto-agression, tels que se mordre ou se frapper. Ces comportements trouvent souvent leur origine dans une frustration cognitive : l'incapacité à comprendre les exigences de la situation ou à exprimer ses besoins et émotions de façon verbale crée une tension qui se libère sous forme d'accès de colère et d'impulsivité (Zazzo, 1979). Cette impulsivité est particulièrement élevée chez les déficiences légères, où près de 50 % des enfants peuvent présenter des accès de colère face à des échecs scolaires ou sociaux (Pagès, 2017).

L'environnement non structuré constitue un deuxième facteur déclenchant : l'absence de repères clairs et la variation imprévisible des routines quotidiennes accroissent l'anxiété et favorisent le passage à l'acte agressif. Enfin, les attitudes familiales extrêmes, hyperprotection fusionnelle ou, à l'inverse, rejet ou résignation, amplifient le sentiment d'injustice et de colère chez la personne déficiente (Zazzo, 1979).

1.2 FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

Pour Charles Gardou et ses collaborateurs (2005), l'observation des personnes handicapées et de leurs entourages passe essentiellement par celle de leurs parents, leurs frères et sœurs, mais aussi par les professionnels qui s'occupent de leurs soins et de leurs éducations. À cet effet, le constat fait sur le terrain lors de nos stages (au CAF/CEBNF Espoir) relève que : 7 sur 9 des enfants DI manifestent des comportements agressifs à l'encontre d'autrui au centre et ce, indépendamment de la cause de la déficience. À cet effet, ces enfants crient, donnent des coups à leurs camarades ou encore jettent des objets de temps à autre.

Le modèle éthologique postule que l'agressivité observée chez l'enfant constitue l'expression d'un instinct de combat inné, partagé par l'ensemble des êtres vivants, et qui favoriserait l'adaptation aux exigences de l'environnement (Lorenz, 1969). Cette perspective considère les comportements agressifs comme des moyens de communication non verbale, traduisant une rupture ou un refus dans la relation à autrui, à travers des séquences comportementales spécifiques et reconnaissables (Marcelli & Cohen, 2012). Toutefois, cette approche présente une limite majeure : elle ne prend pas en compte l'histoire subjective et l'expérience vécue par l'enfant agresseur.

En psychologie sociale, l'agressivité est souvent analysée à travers le prisme de la frustration. Selon la théorie de Dollard et al. (1989), tout comportement agressif résulte d'une expérience de frustration, dans une tentative de réparation symbolique ou réelle du tort perçu, dirigée vers l'agent frustrateur. Cette approche met en lumière les processus situationnels à l'origine de l'agression, mais tend à négliger les dynamiques intrapsychiques et les facteurs internes, tels que les conflits inconscients, les mécanismes de défense ou les traits de personnalité, qui peuvent également sous-tendre la frustration.

Pour Bion (1962), dans la déficience intellectuelle (DI), l'activation des protopensées (héritage phylogénétique) est compromise en raison d'un déficit de ces préconceptions, ce qui empêche la mise en lien symbolique des expériences émotionnelles. Face à l'absence de représentations internes stables, les émotions vécues restent à l'état brut et s'accumulent, entraînant une intolérance à l'angoisse. L'agressivité, dans ce cadre, peut être interprétée comme une manifestation non mentalisée de tensions internes, reflet d'une souffrance non symbolisable par le sujet.

En ce qui concerne Jeammet (2001) et Marty (1994), le sujet déficient intellectuel a une fragilité narcissique et un déficit d'élaboration psychique qui limitent sa capacité à symboliser les tensions internes. Ne pouvant canaliser les pulsions via la pensée ou le langage, ces sujets privilégient l'agir comme mode d'expression, notamment sous forme de conduites addictives ou ritualisées. L'agressivité y prend une valeur défensive : elle représente une tentative de décharge face à l'impossibilité d'élaborer psychiquement les affects. En ce sens, elle n'est pas une simple réaction comportementale, mais une manifestation d'un échec de mentalisation, où l'acte prend le relais de la pensée.

S'inspirant de la pensée de plusieurs auteurs (Freud, Lacan, Luquet, ...), Mayi (2017) postule que la mentalisation repose sur deux piliers : les représentations psychiques et les opérations de pensée, mais s'enracine fondamentalement dans le corps. La représentation permet de symboliser les pulsions et affects, en remplaçant les choses par des images mentales (représentations de choses) ou des mots (représentations verbales), et ainsi de contenir ce qui est potentiellement source d'angoisse. La pensée, quant à elle, sert à réguler les tensions internes et à s'adapter au réel par des mécanismes symboliques et imaginaires, avec un lien étroit à la libido. La symbolisation permet dès lors de transformer les pulsions et affects en formes psychiques supportables.

Lorsque ce processus de mentalisation est défaillant, en particulier chez les personnes souffrant de déficits ou de troubles du développement, les représentations manquent ou sont trop archaïques, les opérations de pensée deviennent rigides ou inopérantes, et les émotions ne peuvent plus être symbolisées. Dans ce contexte, l'agressivité émerge alors comme un mode d'expression substitutif, une réponse corporelle ou comportementale face à l'impossibilité de symboliser ou de contenir l'excitation interne. Elle est donc à comprendre comme un échec du processus de transformation psychique des pulsions et affects, c'est-à-dire un échec de la mentalisation.

En d'autres termes, la mentalisation permet de « *donner du sens à ses propres actions et à celles d'autrui via la mise en relation d'états mentaux intentionnels, ainsi que de traiter les émotions et d'organiser son expérience* » (Grabbe et al., 2022, p. 3). Lorsqu'elle fonctionne de manière optimale, elle offre un espace interne de réflexion qui prévient le passage à l'acte impulsif. En effet, développer la capacité à reconnaître et à symboliser ses affects crée une « *chambre de résonance* » psychique où l'enfant peut mentaliser son ressenti plutôt que de l'exprimer par l'agression (Asen & Fonagy, 2016, p. 47).

Selon Schwarzer et al. (2021), « *la capacité de mentaliser médie une relation entre l'expérience et la gestion du stress chez les personnes en bonne santé, ce qui signifie que la mentalisation est une ressource mentale intermédiaire cruciale* » (p. 5). La théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) définit le coping comme « *les efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer les demandes internes et/ou externes jugées dépassant les ressources de la personne* » (p. 141). En facilitant l'élaboration symbolique des émotions, la mentalisation oriente le sujet vers des stratégies de coping adaptatif (par ex. reconfiguration cognitive, recherche de soutien social) plutôt que vers des réponses purement comportementales ou évitantes.

Chez l'enfant porteur d'une DI, les fonctions cognitives (langage, mémoire de travail, abstraction) étant altérées, la capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres est souvent déficitaire (Beaudoin & Blanchet, 2015). Or, cette capacité de mentalisation est essentielle pour comprendre les intentions d'autrui, réguler ses propres affects, et attribuer des significations symboliques aux expériences émotionnelles. Cette absence ou insuffisance de mentalisation limite la flexibilité psychique de l'enfant face aux situations de stress. Cela se traduit par un recours plus fréquent à des stratégies de coping évitantes ou agressives, plutôt qu'à des stratégies centrées sur la résolution de problèmes ou la régulation émotionnelle. Par

exemple, lorsqu'un enfant déficient ne parvient pas à symboliser sa frustration, il peut la manifester par des comportements extériorisés tels que des crises, des gestes agressifs ou des conduites d'opposition.

➤ Au regard de ce qui précède, nous avons compris que les enfants DI présentent un déficit de mentalisation : leurs capacités à former des représentations psychiques (protopensées, images mentales, mots) et à mobiliser des opérations de pensée symboliques (imagination, symbolisation, négation) sont altérées. Ce déficit se manifeste par :

- Une prégnance du fonctionnement concret et de l'agir (ritualisation, passage à l'acte) plutôt que de la réflexion intérieure ;
- Un appauvrissement des stratégies de coping adaptatif (restructuration cognitive, recherche de soutien) au profit de coping dysfonctionnels (évitement, conduites agressives, addictions) ;
- Une fragilité narcissique et un défaut d'élaboration psychique qui favorisent l'expression agressive comme mode de régulation des affects non symbolisés.

À cet effet, cette étude pose le problème de *la place de la mentalisation chez l'enfant présentant une déficience intellectuelle sur l'efficacité des stratégies de coping contre à l'émergence de comportements agressifs*.

1.3 QUESTION DE RECHERCHE

La présente étude s'intéresse à la place du processus de mentalisation sur la gestion de l'agressivité des enfants DI à partir de leurs mécanismes de coping. Se faisant, elle permettra de répondre à la question suivante : *en quoi le processus de mentalisation chez l'enfant DI impacte-t-elle sur son agressivité ?*

1.4 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

En tant que réponse provisoire à une question préalablement posée, notre hypothèse générale est formulée comme suit : *le processus de mentalisation impacte sur l'agressivité de l'enfant DI*.

De cette hypothèse générale découle deux hypothèses de recherche :

HR₁ : *La régulation de la mentalisation de l'enfant DI par son coping d'approche impacte sur son agressivité.*

HR₂ : *La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant impacte sur son agressivité.*

1.5 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Dans le cadre de notre étude, les objectifs sont de deux sortes : un objectif général (OG) et des objectifs spécifiques (OS).

OG : Cette étude nous permettra de *comprendre en quoi le processus de mentalisation atténue l'agressivité de l'enfant DI.*

OS₁ : la présente étude vise à *comprendre la manière dont la mentalisation régulée, par le coping d'approche, atténue l'agressivité chez l'enfant DI.*

OS₂ : la présente étude vise à *comprendre la manière dont la mentalisation, régulée le coping évitant, atténue l'agressivité chez l'enfant DI.*

1.6 INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

L'intérêt de cette étude peut être évaluée tant sur le plan scientifique qu'économique et social.

1.6.1 Sur le plan scientifique

Cette étude permettra de mieux comprendre les mécanismes psychopathologiques mis en jeu dans le processus de mentalisation chez les enfants DI et son lien avec les stratégies de faire face de ces enfants dans la gestion de leurs agressivités. L'accent pourra donc être mis, dans cette étude, sur l'interaction entre la mécanique psychique dans le processus de mentalisation et les stratégies d'adaptation ou d'inadaptation psychologique ou comportemental qui pourraient en découler.

En outre, le présent travail présentera un modèle psychanalytique de lien entre le processus de mentalisation, qui se construit par les premiers liens d'attachement de l'enfant, et d'autres mécanismes psychologiques, sans oublier leur interaction.

1.6.2 Sur le plan économique

La mise en évidence du lien entre déficit de mentalisation, stratégies de coping et agressivité chez l'enfant présentant une déficience intellectuelle permet d'orienter les ressources vers des actions de prévention ciblées. À court terme, la réduction des comportements agressifs dans les milieux scolaires et médico-sociaux engendrera une baisse des coûts directs liés aux dommages matériels, aux soins post-agression et aux interventions d'urgence. Moins d'incidents violents signifient également une diminution de l'absentéisme du personnel et du turnover, ce qui réduit les dépenses de recrutement et de formation.

À moyen terme, les résultats justifieront l'investissement dans des programmes de formation à la mentalisation pour les éducateurs, psychologues et équipes soignantes. Ces dispositifs, en améliorant l'efficacité de la prise en charge, offrent un retour sur investissement par la diminution des conduites-problèmes et par l'optimisation de l'allocation des budgets dédiés à l'accompagnement des enfants déficients. Enfin, sur le long terme, l'amélioration du parcours scolaire et l'accroissement de l'employabilité des jeunes adultes avec déficience intellectuelle contribueront à réduire la dépendance aux aides sociales et à augmenter la contribution économique de cette population, générant des économies substantielles pour les systèmes d'éducation spécialisée et de protection sociale.

1.6.3 Sur le plan social

Sur le plan social, cette recherche favorise la création d'environnements plus sûrs et plus inclusifs. En dotant les professionnels de méthodes fondées sur la mentalisation, on améliore la qualité des interactions entre l'enfant déficient et son entourage, enseignants, pairs, famille, réduisant le climat de tension et de stigmatisation. Les familles, mieux soutenues et formées à comprendre les mécanismes internes de leurs enfants, voient leur niveau de stress et de burn-out diminuer, ce qui renforce la cohésion familiale et le bien-être de l'ensemble des membres.

Par ailleurs, le renforcement des compétences psychosociales et émotionnelles des enfants ouvre la voie à une meilleure intégration scolaire et, plus tard, professionnelle. En développant des stratégies de coping adaptatives, ces jeunes gagnent en autonomie et en confiance, ce qui facilite leur participation à la vie collective et réduit l'exclusion. À plus grande échelle, l'étude contribue à faire évoluer les politiques publiques vers des pratiques plus humanistes et efficaces, où l'accent est mis sur la prévention et le développement des potentialités plutôt que sur la seule gestion des troubles.

1.7 DÉFINITIONS ET CLARIFICATIONS DES CONCEPTS

1.7.1 Agressivité

Pour Tisseron (2012), ce terme provient du latin *ad-gressere* qui signifie *aller vers* ce qui peut donc être le synonyme du contact. L'agressivité revêt une double signification : à la fois attitude d'attaque vers autrui et une attitude faisant référence à l'affirmation de soi et à la combativité. L'agressivité renvoie à un comportement et non à une émotion.

Laplanche et Pontalis (2002) définissent l'agressivité comme une *tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à*

nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier, etc. Cette assertion laisse entrevoir le caractère destructeur de l'agressivité par des actes réels ou imaginés par l'agresseur qui, en psychanalyse, fait référence au concept de *pulsion de mort* ou *Thanatos*. Ces tendances qu'a l'agresseur entre dans un jeu complexe de la psychanalyse au cours du développement de la sexualité infantile. C'est ainsi que ces auteurs ajoutent que *la psychanalyse a donné une importance croissante à l'agressivité, ... et en soulignant le jeu complexe de son union et de sa désunion avec la sexualité.*

1.7.2 Déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle se caractérise par des limitations significatives tant dans le fonctionnement intellectuel (raisonnement, apprentissage, résolution de problèmes) que dans le comportement adaptatif, qui couvre un éventail de compétences sociales et pratiques quotidiennes. Ce trouble survient avant l'âge de 18 ans. (AAIDD, 2010, p. 1)

Cette définition repose sur deux axes principaux :

- Le fonctionnement intellectuel, incluant le raisonnement, l'apprentissage et la résolution de problèmes.
- Le comportement adaptatif, c'est-à-dire la capacité à fonctionner de manière autonome dans la vie quotidienne, dans les domaines conceptuels, social et pratique. Elle insiste également sur le début précoce du trouble (avant 18 ans).

Néanmoins, cette définition met l'accent sur les compétences mesurables, ce qui peut laisser de côté des dimensions qualitatives du fonctionnement mental, comme l'aspect subjectif ou émotionnel.

Pour APA (2013), il s'agit « *des déficits dans les fonctions intellectuelles [...] confirmés par l'évaluation clinique et par des tests d'intelligence standardisés. Des déficits dans le fonctionnement adaptatif [...] Apparition au cours de la période de développement.* »

En ce qui concerne l'OMS (2019), le « *trouble du développement intellectuel se caractérise par des déficits intellectuels significativement inférieurs à la moyenne et des déficits dans le comportement adaptatif dans les domaines conceptuel, social et pratique* ».

La CIM-11 rejoint l'AAIDD et le DSM-5 sur les deux dimensions :

- Déficit intellectuel global.
- Déficit du comportement adaptatif. Elle met davantage l'accent sur le développement global de l'enfant, considérant la déficience comme un trouble du développement d'origine neurodéveloppementale.

Tableau 2 : Comparaison synthétique des trois approches

Élément	AAIDD	DSM-5	CIM-11
Origine de la DI	Avant 18 ans	Avant 18 ans	Développemental
Axes principaux	Cognition + Adaptation	QI + Adaptation + Âge	Développement intellectuel + adaptation
Type d'approche	Contextuelle, fonctionnelle	Diagnostic, psychométrique	Développementale, globale
Limite principale	Sensible au contexte culturel	QI rigide, peu nuancé	Manque de précision clinique

1.7.3 Mentalisation

Pour Fonagy et ses collègues (2002), la mentalisation comme la capacité à comprendre non seulement les états mentaux des autres (comme leurs pensées, croyances, émotions) mais aussi les siens. Cela implique une distinction subtile entre ce qui est interne (les pensées et émotions) et ce qui est externe (les comportements visibles). Cette distinction est fondamentale dans le développement social et affectif, car elle permet de décoder les actions des autres en termes de leurs intentions et besoins sous-jacents, ainsi que de réagir de manière adaptée.

La mentalisation est la capacité de comprendre et d'attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres, et de percevoir les comportements comme résultant de ces états mentaux. Cela implique de pouvoir différencier les pensées, les sentiments, et les désirs des actions et des comportements externes. (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002, p. 8)

Dimaggio et ses collaborateurs (2008) insistent sur l'importance de la mentalisation pour attribuer un sens aux interactions sociales. Ils soulignent que comprendre les états internes des autres et de soi-même permet de saisir les motivations sous-jacentes de chaque individu, ce qui est indispensable pour naviguer dans des échanges sociaux complexes. Cela inclut la capacité à percevoir les intentions des autres (même lorsqu'elles ne sont pas explicitement exprimées) et à répondre de manière adéquate, ce qui est essentiel dans les relations interpersonnelles et dans la gestion des conflits. Ils affirment à cet effet : « *La mentalisation est une capacité de compréhension des autres et de soi, particulièrement des états internes, qui permet de donner du sens aux interactions sociales, de percevoir les intentions des autres et d'agir en conséquence.* » (Dimaggio, Lysaker, et Carcione, 2008, p. 567)

Grosso modo, la mentalisation est donc une compétence cognitive et émotionnelle qui permet de comprendre, interpréter et prédire les états mentaux (pensées, émotions, intentions)

des autres et de soi-même. Cette capacité joue un rôle central dans les interactions sociales, la régulation émotionnelle et la gestion des relations interpersonnelles. Elle permet de différencier les actions des individus de leurs motivations internes, et d'ajuster son propre comportement en fonction de ces informations. La mentalisation est essentielle pour maintenir des relations saines et pour traiter des troubles relationnels ou affectifs, comme c'est souvent le cas dans les contextes thérapeutiques.

1.7.4 Coping

Le concept *coping* est un terme relativement récent apparu pour la première fois en 1966 dans un ouvrage de Lazarus. Ce concept y est appréhendé comme un *ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes* (Pupat, 2007, p. 28). Le coping n'a pas d'équivalent en français, mais viens du verbe anglais *to cope* qui veut dire *faire face à*. Ce concept est alors pris comme charnière d'une approche transactionnelle faisant d'elle un mécanisme d'adaptation issu de la psychologie du Moi.

CHAPITRE 2: PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Cette section met un point d'honneur sur la compréhension de l'étiopathogénie de la déficience intellectuelle selon quelques approches de la psychopathologie. À cet effet, elle s'articulera autour de quatre grands points essentiels. De prime à bord, il sera question de présenter la déficience intellectuelle selon une vision neurodéveloppemental ou athéorique ; par la suite situer la DI selon un approche cognitive axée sur la mémoire épisodique. La dernière approche qui est celle psychanalytique nous permettra de sortir de ce chapitre par le lien entre la mentalisation, le coping et l'agressivité.

2.1 APPROCHE NEURODÉVELOPPEMENTALE

La déficience intellectuelle ou trouble du développement intellectuel fait partie d'un ensemble de troubles appartenant à la catégorie des « troubles neurodéveloppementaux ». Il s'agit selon le DSM-V d'« *un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement* » (APA, 2013, p. 33). Dans cette dénomination on peut trouver également les troubles de la communication, le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles moteurs ou encore les troubles du spectre autistique (TSA). Le DSM vise à regrouper des entités nosographiques sous la même bannière mais ce faisant « *induit la confusion en semblant invoquer pour tous un état ou un mécanisme similaire* » (Delegue, 2020, p. 109). Or nous avons vus que la déficience intellectuelle était « *extrêmement hétérogène sur les plans cliniques et étiologiques* » (Delegue, 2020, p. 111). Sur ce point étiologique même lorsqu'il y a un élément biologique impliqué et identifié

la DI devient, dès la gestation et la petite enfance, un état hétérogène aux incidences multiples, où la génétique s'imbrique au mimétique, le phénotype comportemental aux identifications, de sorte qu'ensuite, démêler la part de l'inné et de l'acquis dans le comportement de l'enfant devient illusoire. (Boulanger, 2016, pp 31-32)

De plus, Misès ajoute que « la déficience mentale ne représente pas un état donné d'emblée : il s'agit d'un processus qui se construit, se modèle progressivement sous l'influence de facteurs divers. »³⁸. Ce qui prévaut dans l'approche neurodéveloppementale c'est la notion de « trouble » qui vient remplacer la notion de maladie mentale. L'enjeu du DSM est d'identifier les mécanismes neurobiologiques impliqués dans ces troubles afin d'acheminer vers un traitement le plus souvent médical, dans certains cas comportementaux pour corriger ce trouble

et normaliser un comportement jugé inadapté. S'opère ainsi un glissement de la méthodologie sémiologique de la médecine somatique qui tend à faire de même avec la sémiologie psychiatrique. On pourrait identifier l'équation qui serait d'identifier le(s) signe(s), relever le(s) symptôme(s), rechercher le(s) dysfonctionnement(s) (de l'organisation neuronale et cérébrale) puis trouver un traitement médicamenteux pour guérir ou rééquilibrer un défaut neurochimique.

Dans cette clinique du signe, « *axer ainsi les phénomènes tend à mettre de côté les rôles des contextes relationnels, psychologiques et affectifs, socio-économico-culturo-historiques dans le développement humain.* » (Delegue, 2020, p. 109). Le DSM bien que revendiquant un athéorisme et proposant une lecture univoque des troubles mentaux pour tous les cliniciens, finit par mettre en avant les facteurs biologiques par rapport aux autres facteurs. Dans le cas de la déficience, le trouble identifié est un trouble du développement intellectuel. De ce fait, il est nécessaire de se référer à la notion d'intelligence, or comme le souligne Bussy et Des Portes (2008, p. 196) « *il n'existe pas de consensus autour de la notion d'intelligence* ». Ce que rapporte Boulanger (2016, p. 32) c'est que « *différentes formes d'intelligence ont été décrites comme autant de compétences (agir, se souvenir, comprendre, parler) qui sont devenues autant de modules cognitifs, supportés par autant d'assemblées neuronales* ». Pour mesurer l'intelligence, sont utilisés des tests d'efficacités intellectuelles tels que les échelles de Wechsler, la NEMI ou encore la NEPSY. Cependant bien que ces tests soient standardisés et présentent des qualités psychométriques remarquables (fidélité, validité, sensibilité), la limite que l'on peut noter c'est que « le déficit mesuré dans les tests semble être un déficit fonctionnel, qui ne rend pas du tout compte du rapport que le sujet entretient avec le langage ou avec le savoir. »⁴², ce rapport étant éminemment singulier. Wechsler lui-même affirmait que les éléments cliniques étaient plus importants que les données statistiques. Jumel qui cite Wechsler montre que « l'intelligence est une partie d'un tout plus large, la personnalité elle-même »⁴³. Dans le cas de la DI « *l'inefficacité intellectuelle se réduit ainsi à un ensemble de troubles abordés dans leur spécificité et l'enfant est assimilé à son trouble* » (Jumel, 2014, p. 192), le trouble en question devient identitaire pour l'enfant et pour Delègue « le terme « *trouble neurodéveloppemental* » nous paraît ainsi problématique en ce qu'il inscrit « dans les neurones », donc dans l'organisation et l'être même de l'enfant les symptômes qu'il présente, donc ses « troubles ».

2.2 APPROCHE COGNITIVE : LA MÉMOIRE ÉPISODIQUE

2.2.1 Généralités

Les modèles contemporains de la mémoire épisodique mettent en évidence une structure à deux composantes interconnectées : les représentations sensorielles (S-reps) et les représentations contextuelles (C-reps). Les S-reps, constituées de percepts visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs et tactiles, constituent le fondement des souvenirs d'événements vécus. Toutefois, ces traces sensorielles sont souvent transitoires, sauf lorsqu'elles sont associées à une forte charge émotionnelle, ce qui leur confère une durabilité accrue dans le système mnésique (Brewin et al., 2010 ; Conway, 2009).

2.2.1.1 Définition

La mémoire épisodique, définie comme la capacité à se souvenir d'événements spécifiques situés dans un contexte spatio-temporel, repose sur l'interaction entre les représentations sensorielles (S-reps) et contextuelles (C-reps).

Les S-reps désignent les représentations sensorielles immédiates, provenant des expériences perceptuelles brutes. Elles incluent les éléments captés par les sens (vision, audition, odorat, goût, toucher) et sont souvent accompagnées d'une charge affective (émotion positive ou négative) liée à l'événement vécu. Ces représentations sont plus concrètes, spécifiques et directement associées à un moment ou à un stimulus précis. Par exemple, la sensation du vent sur la peau ou l'image d'un coucher de soleil (Philippe, 2016). Ses caractéristiques principales sont :

- Basées sur des perceptions sensorielles directes.
- Liées à des émotions et expériences somatiques.
- Souvent fragmentées et limitées dans le temps.
- Peu accessibles à la conscience si elles ne sont pas intégrées à un niveau supérieur.

Les **C-reps** sont des représentations abstraites et symboliques qui donnent un sens et une structure aux S-reps. Elles permettent d'organiser les éléments sensoriels en une narration ou un cadre contextuel cohérent. Les C-reps incluent des informations spatio-temporelles, des connaissances conceptuelles et des interprétations culturelles ou sociales. Par exemple, associer un coucher de soleil à un moment romantique ou à une réflexion sur la beauté naturelle (Philippe, 2016). Elles sont :

- Plus abstraites, symboliques et organisées.

- Reliées à des concepts linguistiques, narratifs et culturels.
- Facilitent l'accès à la conscience et l'intégration des souvenirs.
- Peuvent regrouper plusieurs S-reps autour d'un thème ou d'un cadre commun.

2.2.1.2 Zones cérébrales et fonctions

Les événements émotionnellement marquants activent des régions cérébrales spécifiques. Les émotions négatives sollicitent l'amygdale, connue pour son rôle dans la détection des menaces, tandis que les émotions positives activent le striatum, une région essentielle aux mécanismes de récompense et de motivation (Li et al., 2011; Phelps & Ledoux, 2004). Ces mécanismes influencent le traitement mnésique des souvenirs en fonction de leur valence affective.

Les S-reps, qui captent les éléments perceptuels bruts d'une expérience, sont principalement liées aux régions du cerveau responsables du traitement sensoriel et émotionnel. Ces zones incluent (Philippe, 2016) :

1. Cortex sensoriel primaire :

- Situé dans les lobes pariétaux, temporaux et occipitaux, il traite les informations provenant des sens (vision, audition, toucher, goût, odorat).
- Par exemple, le cortex visuel primaire (lobe occipital) interprète les signaux lumineux, tandis que le cortex auditif (lobe temporal) traite les sons.

2. Amygdale :

- Cette structure du système limbique joue un rôle clé dans l'encodage des émotions, en particulier les émotions négatives comme la peur et la menace.
- Elle est activée automatiquement par des stimuli sensoriels associés à une charge affective intense, même en l'absence de perception consciente.

3. Hippocampe :

- Situé dans le lobe temporal, il est essentiel à la consolidation des souvenirs épisodiques.
- Il relie les S-reps à des contextes spatio-temporels, facilitant leur stockage à long terme.

Quant aux C-reps, elles organisent les S-reps en cadres narratifs et abstraits, impliquent des régions cérébrales associées à des fonctions cognitives supérieures et à l'intégration conceptuelle. Ces zones incluent (Philippe, 2016) :

1. **Cortex préfrontal :**

○ Situé dans les lobes frontaux, il est impliqué dans la planification, la prise de décision et la régulation des émotions.

○ Il joue un rôle crucial dans la création de représentations abstraites et dans l'intégration des S-reps dans des cadres narratifs cohérents.

2. **Cortex pariétal :**

○ Responsable de l'intégration des informations sensorielles et spatiales, il contribue à la contextualisation des S-reps dans des représentations plus complexes.

3. **Cortex temporal :**

○ En lien avec l'hippocampe, il participe à la structuration des souvenirs autobiographiques et à leur association avec des connaissances conceptuelles et linguistiques.

4. **Système limbique :**

○ En plus de l'amygdale, d'autres structures comme le cingulum sont impliquées dans la régulation émotionnelle et la liaison des S-reps à des C-reps élaborées.

2.2.1.3 Mentalisation et besoins psychologiques

En ce qui concerne la mentalisation, celle-ci repose sur la transformation des expériences émotionnelles et sensorielles en représentations abstraites et symboliques. Les S-reps fournissent les matériaux bruts de ce processus, qui intègre ces perceptions dans un cadre contextuel à travers les C-reps. Cette organisation hiérarchique favorise la construction de récits cohérents, essentiels au développement du soi conceptuel et à l'élaboration d'une identité personnelle.

Ainsi, les interactions entre la mémoire épisodique et la mentalisation soulignent l'importance des mécanismes neurobiologiques et affectifs dans la structuration des souvenirs, tout en offrant des implications cliniques pour comprendre et intervenir sur les processus mnésiques liés au bien-être psychologique.

Les besoins psychologiques fondamentaux, vraisemblablement innés et encodés au niveau cérébral, jouent un rôle clé dans l'encodage affectif des souvenirs épisodiques, particulièrement à travers leurs représentations sensorielles (S-reps). Ils constituent un facteur déterminant du bien-être psychologique, dépassant souvent l'influence de la simple valence émotionnelle ou des émotions vécues durant l'événement (Philippe et al., 2011a; Philippe et al., 2011c). Ainsi, des événements perçus comme positifs, tels que la découverte d'une somme d'argent, ne

contribuent au bien-être que s'ils satisfont au moins un des trois besoins psychologiques essentiels : l'autonomie, la compétence et l'affiliation (Lekes et al., 2014). À contrario, des événements négatifs, comme la fin d'une relation, peuvent néanmoins contribuer au bien-être si ces besoins psychologiques sont partiellement comblés (Philippe et al., 2011a).

Cette conceptualisation enrichit notre compréhension des souvenirs épisodiques en les évaluant à travers la satisfaction ou la frustration des besoins psychologiques, plutôt qu'en se limitant à leur catégorisation comme positifs ou négatifs. En particulier, dans les situations de trauma, c'est la désintégration de ces besoins qui constitue le facteur perturbant central : la perte de contrôle (manque d'autonomie), le sentiment d'incompétence (défaut de compétence) ou l'angoisse de la perte (absence d'affiliation) (Gershuny et al., 2003; Leskela et al., 2002). Ces éléments, lorsqu'ils échappent à une intégration narrative cohérente par la mentalisation, peuvent se traduire en souvenirs intrusifs et affecter négativement la santé mentale.

Dans sa forme élémentaire, une représentation sensorielle (S-rep) prend naissance dans l'association automatique et inconsciente entre un percept sensoriel et une charge affective, laquelle inclut souvent des besoins psychologiques fondamentaux. Ces S-reps servent à anticiper la réalité extérieure en cas de réactivation d'un stimulus similaire. En revanche, les percepts qui ne sont pas liés à une charge affective ou à des objectifs courants de l'individu tendent à être effacés, car non intégrés dans les régions affectives cérébrales (Conway, 2009).

Lorsqu'un stimulus identique réapparaît, les S-reps correspondantes sont réactivées, avec leur charge affective, entraînant une réponse hormonale et physiologique via l'amygdale ou le striatum. Cependant, leur accès à la conscience demeure limité tant qu'elles ne sont pas connectées à des représentations contextuelles plus abstraites (C-reps). Ce premier niveau de liaison correspond aux notions de représentation dans les théories de la mentalisation (Lecours & Bouchard, 1997) ainsi qu'à des concepts psychodynamiques tels que les symboles primaires et le pictogramme (Luquet, 1987; Aulagnier, 1975).

2.2.1.4 Mentalisation, de la représentation à la symbolisation

Un événement de vie est souvent encodé par plusieurs S-reps qui forment des images ou sensations séquentielles plutôt qu'un récit continu. Ces représentations fragmentées jouent un rôle crucial dans la mentalisation, en fournissant les bases sensorielles et émotionnelles

nécessaires à la symbolisation et à l'abstraction progressive, facilitant ainsi l'intégration de l'expérience subjective dans une identité narrative structurée.

Le processus de symbolisation, qu'il soit automatique ou délibéré, n'est jamais figé. Il se renouvelle continuellement en fonction des variables du contexte présent ("ici et maintenant"), en particulier lorsqu'un souvenir est raconté ou écrit. Chaque récit de souvenir implique une mise en contexte des représentations sensorielles (S-reps) dans un cadre linguistique, conceptuel et socioculturel. Ainsi, l'acte de narration entraîne une reconstruction active, calibrée sur les caractéristiques spécifiques du moment et des circonstances (Conway, 2009; Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Cette dynamique engendre des représentations contextuelles (C-reps) qui s'associent à des S-reps, mais également à d'autres C-reps. En élargissant ces liens au sein de réseaux mnésiques complexes, les souvenirs facilitent l'émergence d'une représentation du soi conceptuel. Ce processus ne se contente pas de reproduire une expérience passée ; il la reformule en fonction des cadres contextuels actuels, tout en redistribuant l'activation mnésique à travers les systèmes de mémoire épisodique et autobiographique. Ce phénomène est au cœur de la mentalisation, qui permet de transformer des perceptions et émotions en représentations symboliques cohérentes, contribuant ainsi à la construction identitaire.

2.2.2 Mentalisation réussie

La réussite du processus de mentalisation repose sur la capacité des représentations contextuelles (C-reps) à fournir un cadre cohérent, ancré dans la réalité extérieure, permettant de contextualiser les représentations sensorielles (S-reps). Lorsqu'une S-rep est activée par un stimulus extérieur, son activation peut se propager à travers un réseau associatif, mobilisant des représentations associées. Une liaison solide entre les S-reps et des C-reps élaborées favorise la dilution de l'intensité de l'activation dans un réseau plus abstrait et nuancé. Cela permet d'offrir des interprétations alternatives aux expériences vécues et de mieux réguler les réponses émotionnelles lorsque nécessaire.

Les S-reps bien mentalisées s'intègrent dans des C-reps nuancées, adaptées à des contextes spécifiques, évitant ainsi les généralisations excessives. Par exemple, une crainte d'abandon liée à un souvenir précis, tel qu'un incident avec un parent (p. ex., « Mon père avait un comportement irresponsable »), peut être repositionnée dans un cadre relationnel particulier.

Ce repositionnement aide à réduire la généralisation de cette peur à toutes les relations ou à tous les hommes et à faire émerger une compréhension psychique plus précise (p. ex., « Ce n'est pas moi qui suis indigne d'amour, mais mon père agissait de manière inadéquate »).

Ce processus de mentalisation ne modifie pas la charge affective initiale du souvenir, mais l'encadre par d'autres représentations qui en atténuent l'impact émotionnel. Dans certains cas, cette intégration complexe peut également devenir un moteur de comportements et de buts adaptatifs. Par exemple, une perte personnelle peut stimuler des initiatives caritatives, ou une indignation face à une injustice sociale peut engendrer un engagement civique.

Ce mécanisme souligne l'importance des réseaux associatifs riches et hiérarchisés pour la réussite de la mentalisation, contribuant à une meilleure gestion émotionnelle et à l'émergence d'un soi plus cohérent et résilient.

2.2.3 Échec de mentalisation

L'échec de la mentalisation se manifeste par l'incapacité des représentations sensorielles (S-reps) à se lier à des représentations contextuelles (C-reps) élaborées. Ces S-reps, déconnectées et mal intégrées, se combinent selon des processus primaires tels que la condensation ou le déplacement, indépendamment du contexte réel. Par exemple, des éléments disparates comme un père, un conjoint ou un personnage de film peuvent fusionner sur la base de percepts communs, sans qu'un cadre cohérent permette leur mise en sens. Cette absence de liaison laisse les S-reps vulnérables à une activation libre par des stimuli externes, sans inhibition possible via des C-reps structurées.

Les S-reps non reliées restent souvent inaccessibles au rappel conscient. Cependant, elles peuvent resurgir par activation associée à d'autres S-reps proches, comme dans le cadre thérapeutique. L'interprétation du transfert par le thérapeute (Gabbard & Horowitz, 2009) peut favoriser la reconnexion des S-reps à des C-reps, en redonnant une cohérence narrative à des éléments dispersés. Par exemple, une angoisse d'abandon vécue en séance peut réveiller des S-reps liées à des souvenirs refoulés ou inconscients, tels qu'une peur vécue avec un parent ou influencée par des représentations culturelles.

Certaines S-reps ne deviennent accessibles qu'après l'expérience d'un événement similaire à ceux contenus dans le réseau mnésique. Ce nouvel événement peut agir comme catalyseur, permettant de retrouver et de recontextualiser les S-reps déliées. Une fois ré-élaborées, ces S-

reps peuvent s'intégrer à des C-reps émergentes, devenant plus abstraites et conformes aux structures identitaires actuelles de l'individu. Ce processus réduit l'influence des S-reps sur les réponses automatiques aux stimuli extérieurs et les repositionne dans un cadre narratif nuancé.

Les S-reps qui génèrent une dissonance avec les C-reps sont les plus difficiles à intégrer, car leur activation peut être ressentie comme socialement ou personnellement inacceptable. Par exemple, rapprocher les réactions envers un parent durant l'enfance et celles envers un conjoint adulte crée une juxtaposition inconfortable, souvent évitée. Le travail en thérapie permet, via des associations libres, de réduire les défenses et d'explorer ces connexions dissonantes, facilitant la mentalisation et l'élaboration de nouveaux réseaux narratifs.

2.2.4 Mémoire épisodique et déficience intellectuelle

Comme nous l'avons vu, la mémoire épisodique repose sur l'interaction entre les représentations sensorielles (S-reps) et contextuelles (C-reps). Chez les individus présentant une déficience intellectuelle, plusieurs aspects de cette mémoire peuvent être compromis, notamment :

1. Encodage des S-reps :

- Les déficiences dans les fonctions sensorielles ou attentionnelles peuvent limiter la capacité à encoder des S-reps riches et détaillées. Cela entraîne des souvenirs fragmentés ou incomplets, réduisant leur accessibilité future (Conway, 2009).

- Les émotions associées aux S-reps peuvent être amplifiées ou mal régulées, en raison de dysfonctionnements dans des régions comme l'amygdale ou l'hippocampe (Phelps & Ledoux, 2005).

2. Transformation en C-reps :

- La capacité à organiser les S-reps en C-reps cohérentes est souvent altérée, en raison de limitations dans les fonctions exécutives et dans le cortex préfrontal. Cela peut empêcher la création de récits autobiographiques structurés (Cabeza & Moscovitch, 2013).

- Les déficiences dans le traitement conceptuel et linguistique peuvent limiter la contextualisation des souvenirs, rendant difficile leur intégration dans une identité narrative (McAdams, 2001).

3. Récupération des souvenirs :

○ Les troubles de la mémoire épisodique chez les individus présentant une déficience intellectuelle peuvent également affecter la récupération des souvenirs. Les S-reps déliées de C-reps élaborées restent souvent inaccessibles, entraînant des difficultés à se remémorer des événements spécifiques (Brewin et al., 2010).

En outre, la déficience intellectuelle peut entraîner des échecs de mentalisation, en raison de la difficulté à transformer les S-reps en C-reps. Ces échecs se manifestent par :

➤ **Une régulation émotionnelle limitée** : Les S-reps non contextualisées peuvent être réactivées de manière intrusive, entraînant des réponses émotionnelles disproportionnées ou inadaptées (Philippe et al., 2011b).

➤ **Une compréhension limitée des états mentaux** : L'absence de C-reps nuancées limite la capacité à interpréter les intentions ou émotions des autres, ce qui peut affecter les interactions sociales et la construction de l'identité (Gabbard & Horowitz, 2009).

2.3 PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE

Il est question dans la section de ce travail de mettre l'accent sur les éléments de compréhension de la déficience intellectuelle qui mettent surtout l'accent sur la capacité de mentalisation des personnes DI. Ainsi, nous allons l'aborder en deux parties, d'une part Freud et les postfreudiens et d'autre part, un accent particulier sur Lacan.

2.3.1 Approche de Freud et des Postfreudiens de la DI

2.3.1.1 Freud et le moi corporel

Pour Freud (1916), le psychique est une entité globale qui couvre sentiment, réflexion et action, c'est-à-dire les liaisons affect-représentation-décharge motrice. De plus, le désir (pulsion et objet), né du besoin et de l'absence, est le fondement du travail psychique, c'est-à-dire de la pensée entendue comme processus fédérant affects (émotion), représentations (cognition) et décharge (motricité). Le processus complexe de la pensée, qui débute par l'inhibition de l'action, intègre les données mnésiques, conscientes (souvenirs) et inconscientes (fantasmes originaires, réminiscences), afin que le moi dirige l'investissement vers la voie de décharge, visant le retour au degré zéro de l'excitation. On trouve ce résumé dès 1900 dans un passage de *L'interprétation des rêves* :

mais toute activité de pensée complexe, qui va de l'image mnésique jusqu'au rétablissement de l'identité de perception par les objets du monde extérieur, n'est qu'un détour dans l'accomplissement du désir. La pensée n'est qu'un substitut du désir hallucinatoire et on comprend aisément que le rêve ne soit qu'un accomplissement de désir puisque le désir peut pousser au travail notre appareil psychique. (Freud, 1900 cité par Boulanger, 2016, p. 35)

La pensée est aussi et surtout, pour Freud, acte de chair, aboutissant à la gérance exercée par ce moi corporel, largement inconscient, qui oriente l'investissement. Les fonctionnalités du corps, éprouvées comme plaisantes ou déplaisantes (la limitation intellectuelle, on l'a dit, génère, dès la petite enfance, une souffrance), se trouvent en position centrale dans le processus de subjectivation, de symbolisation, de sémiotisation et de sémantisation. Freud a surtout considéré la période des 3 ans de l'enfant, celle de la curiosité sexuelle, dont l'investissement ultérieur dépendra de la cohérence de la réponse parentale, comme élément déterminant du désir de savoir. L'école kleinienne situe cette période sensible beaucoup plus tôt, lors des premières rencontres avec l'objet.

2.3.1.2 Bion et les protopensées

Bion (1962) a autonomisé la pulsion K (Knowledge), l'épistémophilie, l'envie de connaître. il a ajouté à la filière freudienne classique du trajet pulsionnel le développement intellectuel comme autonome et intriqué aux pulsions de vie et de mort. Plus encore, il postule l'existence de « protopensées », de liens précâblés, héritage phylogénétique sous forme d'impressions sensorielles informes, génétiquement programmées. il les voit comme des « préconceptions » de l'enfant en attente d'activation par les « conceptions » parentales. Dans la DI, cette rencontre est difficile du fait du déficit de préconceptions : des réseaux neuronaux autorisant la compréhension mutuelle font défaut, comme ceux de la théorie de l'esprit dans l'autisme, parfois associé. L'expérience d'inadéquation dans la rencontre génère des émotions qui ne trouvent pas de représentations faute d'une préconception d'un bon objet interne. L'accumulation de ces affects insensés génère une intolérance à l'angoisse, qui gêne l'investissement des assimilations symboliques.

2.3.1.3 Winnicott et le faux self

Chez l'enfant déficient, cette rencontre difficile va bien sûr avoir des conséquences tout au long du développement de la personnalité et laisser des traces psychopathologiques. Le soi, pré-langagier, risque de s'orienter vers un faux self (Winnicott, 1971) où l'investissement de la

connaissance est vécu comme ersatz de recherche de l'objet, l'enfant gardant alors un rapport identitaire au savoir (apprendre pour faire plaisir à l'autre), sans accès au rapport épistémique subjectivé. Le moi déficient abordera difficilement les différents stades du développement, ceux de la libido (analité, oralité, génitalité), de la relation d'objet (autoérotisme, narcissisme, œdipe). Toutes les lignées évolutives convergent difficilement et cela génère un faible sentiment d'unité du moi, édifie des assises narcissiques instables. Cette progression évolutive excentrique laisse des fixations à lourdeur contre-évolutive qui seront autant de traits de caractère (projectif, adhésif, vampirique, mélancolique, psychopathique pour la série psychotique, ou obsessionnel, phobique, hystérique pour la série névrotique) qui gardent cliniquement leur crudité archaïque. Dans ce contexte, l'épreuve œdipienne sera difficile : il y a peu de déclin de l'œdipe dans la DI, et plus de répression de l'affect, ce « refoulement du pauvre » (Press, 1995).

2.3.1.4 Jeammet, Marty et le défaut de sublimation intellectuelle

La fragilité narcissique, le défaut d'élaboration psychique entraînent souvent le patient déficient vers la voie de l'agir, fréquemment sous forme addictive à l'adolescence (Jeammet, 2001). La voie sublimatoire intellectuelle, qui suppose une capacité d'inhibition de l'action efficace, s'avère difficile. Le relais est pris par un surinvestissement du concret, du perceptif, du quotidien besogneux ritualisé, fétichisé, de sorte que l'on peut également faire le rapprochement avec la pensée opératoire de Marty (1994) : si la vie fantasmatique, souvent de facture archaïque, idéalisant, est présente chez l'enfant et l'adolescent déficient, elle s'épuise chez l'adulte par incapacité du moi à programmer une satisfaction. Dans l'évolution d'une DI, le conscient envahit progressivement tout le champ psychique et se coupe de ses afférences inconscientes, tandis que le préconscient, instance des représentations de mots, se rétrécit comme peau de chagrin. Ce colmatage préconscient appauvrit les réseaux associatifs, gélifie le stock lexical, coupe le moi de ses forces pulsionnelles et l'oriente vers une adaptation de surface où le cadre de vie devient condition de survie. c'est fort de cela que Boulanger (2016, p. 36) affirme que « *la fragilité narcissique, le défaut d'élaboration psychique entraîne souvent le patient déficient vers la voie de l'agir, fréquemment sous forme addictive à l'adolescence* ».

2.3.2 Approche de Lacan : du stade miroir à la mentalisation

Dans son ouvrage intitulé *Le déficient mental et la psychanalyse*, Jacques Cabassut propose une relecture radicale du traitement clinique et institutionnel de la DI. Ainsi, il invite à replacer la mentalisation (la symbolisation, l'imaginaire, la pensée et les représentations) au

cœur de la compréhension du sujet handicapé en générale et du sujet handicapé mental en particulier. Cette section montre donc, à partir de la théorie du stade miroir de Lacan revisité par Cabassut, comment des processus résiduels de mentalisation peuvent être ravivés, comment des représentations minimales peuvent être soutenues.

Le processus de mentalisation, capacité à se représenter soi-même et autrui comme des entités psychiques séparées, est profondément perturbé dans la déficience intellectuelle (DI). Pourtant, Cabassut montre que même dans les cas de grande carence cognitive, des formes archaïques de mentalisation persistent.

À travers le cas de Janine, qui « *s'exprime par le regard persécutif* » (2005, p. 13), Cabassut illustre comment le corps devient le lieu premier de la représentation de soi et de l'autre. Le regard et l'agir remplacent la parole absente, mettant en scène un rapport immédiat, fusionnel et souvent agressif au monde.

La pensée, ici, ne disparaît pas : elle se reconfigure autrement, sous des formes corporelles, émotionnelles, infra-verbales. Cela invite à une écoute clinique plus fine, attentive aux micro-signes d'une mentalisation empêchée mais persistante.

2.3.2.1 Du Stade miroir à l'imaginaire

Lacan a introduit le stade du miroir dans son séminaire en 1936. Il a observé qu'un enfant, généralement entre 6 et 18 mois, commence à se reconnaître dans un miroir. Ce moment de reconnaissance n'est pas seulement une simple perception visuelle de son image, mais un événement significatif qui marque le début de la construction de l'identité. Avant ce stade, l'enfant vit dans une sorte de fragmentation de son corps, ne faisant pas encore la distinction entre lui-même et le monde extérieur (Assoun, 2023, Cabassut, 2005). À cet effet, on comprend que le corps a une place incontournable et irremplaçable pour le stade miroir, qui ici, est à la base de tout imaginaire nécessaire à la mentalisation (Mayi, 2017). Aussi Mayi ajoute que « *la mentalisation n'existe pas sans le corps. Le corps est non seulement l'enveloppe corporelle, charnelle mais aussi l'arsenal physiologique* » (2017, p. 20).

Lorsqu'il se reconnaît dans le miroir, l'enfant perçoit son image comme un tout, unifiée, bien que son expérience corporelle soit encore marquée par des sensations et des perceptions fragmentées. Cette unité imaginaire qu'il voit dans le miroir crée un contraste avec la

fragmentation réelle de son corps et de son expérience. Lacan appelait cela "l'imaginaire" – l'image de soi projetée et idéalisée (Assoun, 2023).

Ce moment est donc primordial pour le développement de l'identification et pour l'émergence d'un sujet qui se distingue de l'environnement. Lacan a appelé cette image idéalisée de soi le "moi" (ou "Je"). Cependant, cette image du moi n'est pas la réalité, mais plutôt une construction imaginaire. Le moi, tel qu'il est perçu à ce stade, est un reflet qui, bien qu'indispensable à la construction du sujet, est également une illusion.

Le stade du miroir marque le début du développement de l'imaginaire, un registre que Lacan distingue du réel et du symbolique. Dans le registre imaginaire, l'individu développe une représentation de soi qui est d'abord une image, un fantasme qui ne correspond pas forcément à la réalité mais qui permet au sujet de se structurer et de se comprendre. Cette image constitue la base de l'identité personnelle, mais elle est toujours marquée par des contradictions et des idéalisations.

L'imaginaire se manifeste non seulement dans la reconnaissance de soi dans le miroir, mais aussi dans les relations avec les autres et dans la manière dont l'enfant perçoit et interagit avec les figures importantes de son entourage, comme ses parents. Ces interactions permettent à l'enfant de commencer à s'identifier à certains aspects de ces figures, construisant ainsi des représentations imaginaires de soi et des autres. Cet imaginaire est défini par Mayi comme « *le cadre opératoire d'origine psychophysiologique et ses contenus idéels ou représentationnels [...] expriment toute l'importance de ce processus psychologique qu'on appelle imagination* » (2017, p. 13). Aussi, avant tout processus d'imagination chez un sujet typique ou atypique, il y a d'abord un imaginaire qui le traduit à travers des prémices de représentations.

2.3.2.2 De l'imaginaire au symbolique

Loin d'être un simple événement perceptif, la rencontre avec l'image spéculaire amorce une dynamique de symbolisation. L'enfant s'identifie à une image qui vient prendre la place d'une unité interne encore instable, ce qui inaugure une fiction structurante : « *le moi est constitué de pied en cap d'identifications* » (Assoun, 2023, p. 33).

À travers cette symbolisation imaginaire, le sujet fonde ses premières représentations de soi. Pourtant, ce processus n'est pas sans ambiguïté : si l'image unifie, elle piège aussi le sujet

dans une illusion. Cette illusion est nommée par Lacan méconnaissance : le moi, en tant que produit spéculaire, est fondé sur une capture imaginaire trompeuse (Assoun, 2023, p. 34).

La symbolisation au stade du miroir est donc double : elle structure l'identité tout en instituant une aliénation primordiale du sujet par rapport à lui-même. Ce paradoxe constitue le point de départ de la subjectivité humaine.

Lacan insiste sur le nécessaire traversé de l'imaginaire pour accéder au symbolique, dimension du langage et de la loi. Le moi, purement imaginaire, se révèle incapable de fonder une pensée autonome : il est tributaire du regard de l'autre et de l'image extérieure. Le passage à la parole permet au sujet de dépasser ce mirage : « *Dans l'inconscient exclu du système du moi, le sujet parle* » (Assoun, 2023, p. 37). L'expérience du miroir dévoile ainsi l'importance du langage comme opérateur de subjectivation. Le sujet n'est véritablement constitué qu'en s'inscrivant dans la chaîne signifiante, en articulant ses représentations à travers les signifiants partagés de la culture. Dans cette optique, l'échec du passage de l'imaginaire au symbolique pourrait expliquer certaines formes de déficience intellectuelle, où le sujet reste prisonnier d'un rapport immédiat, fragmenté, au monde.

La déficience intellectuelle (DI) peut être comprise, à la lumière de la théorie du stade du miroir, comme un trouble dans l'établissement des fonctions de mentalisation, de symbolisation et de construction de l'imaginaire. Un défaut de reconnaissance spéculaire ou de structuration imaginaire stable empêche l'enfant d'accéder à une représentation unifiée de lui-même. En l'absence de cette base imaginaire solide, la capacité de représentation symbolique est compromise : la parole, la pensée abstraite et l'élaboration de concepts sont perturbées. Le sujet DI peut alors présenter des traits de captation imaginaire, une pauvreté de pensée symbolique et des difficultés majeures à organiser ses représentations du monde et de soi.

Dans la même veine, Mayi renchérit à travers ces mots :

L'intégration de la symbolisation dès l'enfance permet ainsi au sujet de faire face aux difficultés que la vie lui réserve, d'en faire sens pour les intégrer. Elle est alors un socle de progression au plan intellectuel, permettant l'image mentale, l'imitation différée, le jeu symbolique, le langage et le dessin. (2017, p. 15)

Mayi met donc l'accent sur les répercussions que pourrait avoir une mauvaise mentalisation à travers une symbolisation mal intégrée ou non intégrée durant l'enfance sur la

progression des capacités intellectuel d'un sujet. Ceci donne les éléments d'éclaircissement sur la compréhension psychanalytique des sujets DI.

2.3.2.3 Le réel, le symbolique, l'imaginaire et la déficience intellectuelle

Pour Lacan, l'imaginaire occupe une place importante dans le développement et le devenir de l'individu. À cet effet, il affirme la primauté du symbolique, il accorde une place essentielle à l'imaginaire, surtout dans les premières étapes du développement psychique. L'imaginaire est ce registre où l'être humain se constitue par des identifications et des images spéculaires, telles que décrites dans le célèbre stade du miroir (Lacan, 1953). Toutefois, cet imaginaire est une préfiguration aliénante, qui doit être traversée par le symbolique pour que le sujet accède à sa vérité.

Le symbolique, dans l'évolution de la pensée de Lacan, acquiert un statut de structure indépendante des représentations individuelles. L'inconscient lui-même devient « *le discours de l'Autre* » (Lacan, 1975, p. 100). La réalité humaine est ainsi entièrement médiatisée par des signifiants organisés selon des lois inconscientes mais impératives. Le symbolique configure donc le désir et l'expérience subjective.

Aussi, si le symbolique structure l'expérience humaine, Lacan introduit également une dimension irréductible : le réel. Le réel est ce qui échappe à toute intégration dans la chaîne signifiante. Juignet (2003) souligne que toute réduction du psychisme au seul système symbolique manque cette dimension essentielle. Le réel est ce qui ne peut être ni dit ni représenté, surgissant sous forme de béances et d'angoisses.

Dans cette perspective, la DI peut être comprise non seulement comme un déficit cognitif, mais aussi comme une perturbation de la dynamique entre imaginaire, symbolique et réel (capacité à mentaliser) :

➤ **Imaginaire** : les identifications précoces peuvent être figées, renforçant la dépendance aux images corporelles immédiates. Le 'stade du miroir' peut être perturbé, créant des difficultés dans la construction de l'identité.

➤ **Symbolique** : l'entrée dans le champ symbolique, notamment par la maîtrise du langage, est souvent entravée. La pauvreté du langage témoigne d'une difficulté d'intégration dans le réseau des signifiants.

➤ **Réel** : la DI expose souvent le sujet à des irrupsions du réel non médiatisées par le langage. Les troubles du comportement ou les crises d'angoisse sont des manifestations directes du réel surgissant en l'absence de barrières symboliques.

Penser la déficience intellectuelle à travers Lacan invite ainsi à dépasser une vision strictement déficitaire pour soutenir l'inscription symbolique du sujet, même minimale, et stabiliser son rapport au monde.

2.3.3 Approche de Mayi

Pour Mayi (2017), la mentalisation fait appel aux représentations psychiques d'une part et aux opérations de pensée d'autre part. Il souligne, toutefois, que le socle de toute mentalisation est d'abord le corps qui est un élément à ne point négliger.

2.3.3.1 Les représentations psychiques

Par représentation, on entend ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est à la place. Dans la théorie du fonctionnement mental, la représentation se distingue de l'affect. Elle est le processus de création et d'utilisation d'une image stable d'une chose à la place de la chose elle-même. Pour Freud comme le soulignent Laplanche et Pontalis (2002), la mémoire n'est pas un simple et pur réceptacle d'image mais un système mnésique plus ou moins investie affectivement. Ainsi, Freud distingue deux niveaux de représentation : la représentation des choses qui caractérise le système inconscient serait plutôt d'ordre visuel, comme dans le rêve et la représentation des mots caractérise les systèmes préconscient et conscient.

Cette dernière est liée au nom de la chose qui est jugée intolérable, parce que porteuse d'angoisse et susceptible de créer de l'anxiété chez le sujet. Le mécanisme dans le refoulement travaille donc doublement sur : l'intériorité des excitations psychopulsionnelles liés aux représentations ; la réduction des liens entre le représentant jugé intolérable et les autres représentations du psychisme, afin qu'elle puisse les rappeler.

- *Représentation des choses* : elle consiste en un investissement, sinon d'images mnésiques directes de la chose, du moins en celui de traces mnésiques plus éloignées, dérivées de celles-ci.
- *Représentation des mots* : Les représentations de mot sont introduites dans une conception qui lie la verbalisation et la prise de conscience. Ainsi, c'est en associant une image verbale que l'image mnésique peut acquérir « l'indice de qualité » spécifique de la conscience.

2.3.3.2 Les opérations de pensée

La pensée, étroitement reliée à la représentation, elle a comme aspects originaux, son origine (l'acte dont elle constitue un substitut), son double rôle de régulation intrapsychique et d'adaptation au réel, sa liaison à la négation, à la fois sur le plan génétique et sur le plan métapsychologique. Tout jugement est jugement de négation. Et sur ce plan, il est à noter ici que la négation est un processus hautement conscient qui n'existe pas dans l'Inconscient. En effet, la pensée tout au long de son histoire, conserve un lien étroit avec la libido : aussi bien dans son origine que dans son fonctionnement qu'alimente une libido déssexualisée et sublimée. Elle s'exerce toujours avec une prime de plaisir : plaisir de fonctionnement. Comme l'avait souligné Freud (1905) :

Il est impossible de méconnaître que la concentration de l'attention sur une tâche intellectuelle et la tension intellectuelle en général, entraînent chez de nombreux adolescents et adultes une excitation concomitante, qui doit sans doute être considéré comme le seul fondement légitime du point de vue, autrement si contestable, qui fait dériver certains troubles nerveux d'un 'surmenage' intellectuel.

Pour Mayi (2017), la pensée intègre deux dimensions fondamentales que sont la symbolisation et l'imaginaire et qui participe à l'expression du principe de « toute puissance des idées ». Cette position permet d'admettre la conditionnalité de Lecours et Bouchard pour qui la mentalisation consiste en « une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation, et conduisant à une transformation des expériences pulsionnelles chargées d'affects en structures mentales de mieux en mieux organisées ».

- L'imaginaire

L'imaginaire peut être défini à la fois comme le cadre opératoire d'origine psychophysiologique et ses contenus idéels ou représentationnels et qui expriment toute l'importance de ce que processus psychologique qu'on appelle l'imagination.

Lacan (1970) s'inspirant de la notion de « signifiant » de Saussure (1953) advient à théoriser l'inconscient à partir de l'algorithme Saussurien (signifiant/signifié), dans la mesure où il est lui-même un élément de la structure du langage. En fait, contrairement à Saussure (1953) qui défendait l'idée selon laquelle le signifiant et le signifié sont dans un rapport indissociable avec le signe car, d'après lui, la barre qui inscrit le rapport entre l'image acoustique (signifiant) et le concept (signifié) est comme le recto et le verso d'une feuille de papier c'est-à-dire deux face indissociables ; Lacan (1970) désarrime le signifiant de tout rapport homonymique au signifié et affirme, dans son ordre, son autonomie. D'après lui, ce

rapport est plus celui du son par rapport au sens, celui de l'ordre symbolique constitué par le langage où prime le signifiant. En fait, comme le soulignent Laplanche et Pontalis (1967), Lacan fait ses premières analyses de la notion d'« *imaginaire* » en référence à une première théorisation concernant le stade miroir. Il défendait alors l'idée selon laquelle : « le Moi du petit humain, du fait en particulier de la prématuration biologique, se constitue à partir de son semblable (Moi spéculaire) » (Lacan, 1949, cité par Laplanche et Pontalis, 1967, P.195). Ainsi, selon Lacan (1966) comme le soulignent Laplanche et Pontalis (1967), l'imaginaire peut se comprendre :

Du point de vue intrasubjectif comme le rapport fondamentalement narcissique du sujet à son Moi. Il apparaît comme l'essence de l'esprit qui confère une force créatrice à partir du rien. Il donne un début d'existence à ce qui n'est pas encore réel. Plus que dans l'imaginaire, l'image est la semence du réel. C'est un imaginaire qui permet l'émergence de la vérité de son être.

Du point de vue intersubjectif comme une relation dite duelle fondée sur et captée par l'image d'un semblable. En fait, pour Lacan (1966) comme l'indiquent Laplanche et Pontalis (1967, p.195), « *il n'y a de semblable, un autre qui soit moi que parce que le Moi est originellement un autre.* ». En d'autres termes, l'imaginaire est toujours défini comme le registre du leurre et de l'identification. Il est à entendre à partir de l'image. Dans le moi, il engendre la fonction de méconnaissance dans la relation intersubjective. Lacan introduit l'écran de la projection : celle de l'un sur l'autre. Il y a méconnaissance de tout être quant à la vérité de son être et aliénation à sa propre image par le miroir de Narcisse. Tout débute donc par ce stade du miroir qui met fin au fantasme du corps morcelé ; l'enfant se reconnaît pour la première fois, mais comme autre par aliénation à son image. Il y a capture du moi par une image. Le moi devient le palais des mirages, une perspective en enfilade, menant aux mirages imaginaires du narcissisme. Il y a toujours captation identificatrice par l'image Narcisse.

Du point de vue de l'environnement comme une relation de type de celles que l'éthologiste (Lorenz) a décrites et qui témoignent de la prégnance de telle ou telle Gestalt dans le déclenchement des comportements ;

Quant aux significations : un type d'appréhension où des facteurs comme la ressemblance, l'homéomorphisme jouent un rôle déterminant, ce qui atteste une sorte de coalescence du signifiant au signifié. L'emploi très particulier que Lacan fait du terme imaginaire n'est pas pour autant sans rapport avec le sens usuel : toute conduite, toute relation imaginaire étant selon Lacan essentiellement vouée au leurre (α). Lacan insiste sur la différence, sur l'opposition entre l'imaginaire et le symbolique, montrant que l'intersubjectivité

ne se réduit pas à cet ensemble de relations qu'il a groupé sous le terme d'imaginaire et qu'en particulier, dans la cure analytique, il importe de ne pas confondre les deux registres.

Ainsi, Golse (2012, p. 146) définit l'enfant imaginaire comme : « *groupes de représentations mentales concernant l'enfant, ou plus généralement l'enfance, qui s'organisent progressivement dans le psychisme, c'est-à-dire dans la tête des adultes (parents ou professionnels)* ».

Pour Parot et Doron (1991) l'imaginaire « est le domaine de l'imagination créatrice qui compose des représentations sensibles différentes des objets réels ou des situations vécues : rêves, mythes, œuvres plastiques ». Tenant ainsi de l'aptitude humaine à se représenter les choses, à les imaginer soit comme elles sont soit comme le sujet voudrait qu'elles soient, l'imaginaire participe aux vécus « normaux » et pathologiques du sujet, à son esprit et style de créativité artistique ou non, à la formulation des systèmes thérapeutiques.

- La symbolisation

D'après Laplanche et Pontalis (1967, p. 474), le symbolique désigne l'ordre de phénomènes auxquels la psychanalyse a affaire en tant que qu'ils sont structurés comme un langage. Selon Freud (1900) comme le soulignent Laplanche et Pontalis (1967), le symbolique est entendu comme l'ensemble des symboles à signification constante qui peuvent être retrouvés dans diverses productions inconscientes. Pour Lacan (1956-57) le symbolique est le champ du langage. Préexistant, autonome et extérieur, il pour le sujet son seul lieu « naturel » qui dénature toute appartenance au monde et toute harmonie avec lui. D'après Lacan (1956-57), il porte la parole dans sa dimension constituante du sujet, de pacte fondateur et d'appel en la foi de la parole donnée. Garant de la vérité, il est le lieu de la loi et de l'alliance que rappelle l'étymologie. Selon Lacan (1956-57), c'est le concept de l'Autre, de l'altérité. Fondamentalement pense Lacan (1956-57), le symbolique est le concept de l'unité du signifiant. Il y a, dans la langue, du discernable et le signifiant est le nom. Ainsi, à bien comprendre Lacan, la structure du système symbolique est première, et la liaison avec le symbolisé (par exemple le facteur de ressemblance, d'isomorphisme) est seconde. Reprenant Lévi-Strauss et Ferdinand de Saussure (1955) sur la thèse du cours de linguistique générale, Laplanche et Pontalis (1967, p.475) précisent que : « *le signifiant pris isolément n'a pas de lien interne avec le signifié, il ne renvoie à une signification que parce qu'il est intégré à un système signifiant caractérisé par des oppositions différentielle (α)* »

Laplanche et Pontalis (1967) indiquent que le symbolique est par Lacan dans deux directions différentes et complémentaires :

a) Pour désigner une structure dont les éléments discrets fonctionnent comme les signifiants (modèle linguistique) ou plus généralement le registre auquel appartiennent de telles structures (l'ordre symbolique) ;

b) Pour désigner la loi qui fonde cet ordre : c'est ainsi que Lacan, par le terme *de père symbolique*, ou de *nom-du-père*, envisage une instance qui n'est pas réductible aux avatars du père réel ou imaginaire et qui promulgue la loi.

En fait, Le symbole se constitue dans la continuité de la sensation rapportée ou non, de la perception et des images qui en découlent. En ce sens, il représente quelque chose tout en se déclinant très fréquemment au-delà de la représentation immédiate, primitive ou première de celle-ci. D'où le constat que la force du symbole va avec les pouvoirs d'évocation et d'invocation qui lui sont reconnus. Il est donc aussi bien un support d'expression qu'un moyen de manipulation de la réalité et d'autrui. Et dans la clinique, il est un signe à valeur figurative qui se donne ou est donné pour double représentationnel d'un conflit, d'un désir inconscient. D'où l'importance de l'ordre symbolique dans les rêves dont il est constituant et constitutif et dans d'autres productions imaginaires (complexes délirés, hallucinations, symptômes, etc.) et qui expliquent que la dominante interprétative de la clinique. Dans celle-ci, il n'est pas seulement question de signification (connaissance explicatives) mais de sens (restitution de valeurs justificative en interprétation).

La logique du symbolisme concerne les contenus et les formes de l'imaginaires dans des scénarios plus ou moins génétiquement déterminés comme les complexes d'Œdipe et de Castration, le fantasme comme scénario de situations posturales, les modalités à déterminations narcissiques de la relation d'objet et qui sont la présence/présentification de l'objet, la privation, la perte d'objet, la castration, la forclusion ; plus ou moins pathologiques et fondés sur des spécificités individuelles et à connotations posturales comme les complexes d'infériorité et de supériorité, etc. On peut suivre Jung lorsqu'il fait participer le symbole à la dynamique de ces vécus de l'imaginaire qu'il nomme « complexes » et « archétypes » ». Ce seraient doublement des réservoirs et des canalisations d'énergie et qui surdétermineraient les postures individuelles et collectives, rendant aussi bien compte de la pathologie que des possibilités offertes aux sujets d'établir des équilibres sains et/ou des réaménagements adéquats de leur personnalité.

2.4 MENTALISATION, COPING ET AGRESSIVITÉ

La thèse de Vincent Domon-Archambault (2014) vise à conceptualiser et évaluer une formation destinée aux intervenants en centre jeunesse, fondée sur la mentalisation. Cette

approche théorico-clinique cherche à comprendre et à réduire les comportements d'agressivité et d'agir observés chez les enfants hébergés.

2.4.1 Agressivité comme échec de mentalisation

Chez les jeunes placés en centre jeunesse, les comportements d'agressivité sont souvent interprétés à tort comme des manifestations volontaires de défi ou de violence gratuite. Or, l'approche par la mentalisation permet une relecture radicale de ces manifestations : elles apparaissent comme les conséquences directes d'un défaut de représentation des états mentaux.

Lorsque l'enfant est incapable de mettre en mots ce qu'il ressent, ou de comprendre ce que l'autre pense ou ressent, il se trouve pris dans un rapport brut au réel. L'émotion déborde alors le système psychique, faute de symbolisation possible, et se traduit par un agir corporel : cris, attaques physiques, automutilation, conduites d'opposition (Fonagy et al., 2002 ; Domon-Archambault, 2014).

Ce mode de réponse, qu'on peut qualifier de coping défensif non mentalisé, est souvent une stratégie de survie archaïque développée dans des contextes d'attachement insécures ou désorganisés. L'enfant ne peut pas faire l'expérience d'un soi réflexif ; il ne peut que réagir à l'émotion sans la comprendre ni la symboliser.

La dissociation, le clivage, ou encore les explosions émotionnelles chez ces jeunes peuvent être compris comme autant de signes de cette incapacité à contenir l'affect psychiquement. En l'absence de tiers réflexif, l'agressivité devient le seul langage possible : un langage d'alerte, un appel non verbalisé à l'aide ou à la contenance.

Dans cette perspective, l'agressivité n'est plus simplement un symptôme, mais un indicateur clinique du niveau de mentalisation atteint ou effondré. La grille d'analyse que propose Domon-Archambault (2014) repose donc sur une compréhension profonde de l'agressivité comme échec du processus symbolique.

2.4.2 Régulation par la pensée : mentalisation et coping

Pour contrer ces logiques de désorganisation, le développement de la mentalisation est envisagé comme un levier thérapeutique essentiel. La capacité de coping réflexif – c'est-à-dire la possibilité de faire face à un stress ou à une émotion en mobilisant la pensée symbolique – suppose une base de sécurité et une interaction empathique avec un adulte capable de mentaliser lui-même.

Dans le modèle proposé par Domon-Archambault (2014), les interventions centrées sur la mentalisation visent donc à :

- Recréer un espace relationnel sécurisant,
- Offrir une fonction miroir ajustée (via l'éducateur),
- Encourager l'enfant à penser ses affects avant d'y répondre par l'agir.

Concrètement, cela passe par des techniques comme la mise en mots des émotions, la normalisation de l'expérience interne, ou encore l'utilisation de scénarios sociaux pour anticiper et comprendre les réactions d'autrui (Bateman & Fonagy, 2006). L'adulte devient un modèle de coping par la pensée, capable de transformer un affect brut en une représentation pensable. Au fur et à mesure de cette régulation externe, le jeune développe une régulation interne, autrement dit une capacité de coping fondée sur la mentalisation. Cela peut se traduire par une réduction visible de l'agressivité, une meilleure tolérance à la frustration, et l'émergence d'une vie psychique plus riche et plus stable.

Domon-Archambault insiste sur le fait que cette transformation n'est pas instantanée. Elle nécessite de la constance, de la patience, et une présence éducative stable, capable de soutenir la fonction réflexive de l'enfant dans le quotidien des soins et des interactions.

2.4.3 Mentalisation et régulation émotionnelle

Maheux et al. (2022) soulignent que les interventions en contexte de relation d'aide engendrent des situations de souffrance psychique intense qui suscitent des résonances émotionnelles complexes. La capacité à mentaliser devient alors un filtre essentiel pour comprendre et transformer ces émotions. La mentalisation aide à distinguer entre ses propres affects et ceux d'autrui, permettant d'éviter la confusion empathique, la fusion ou l'agir contre-transférentiel.

Les auteurs insistent sur l'importance d'une formation réflexive continue. La supervision, l'intervision et le travail d'équipe sont présentés comme des leviers concrets pour soutenir la fonction de mentalisation. Lorsque celle-ci est active, le professionnel (enseignant spécialisé) parvient à maintenir une posture d'écoute, de contenance et de réponse ajustée, plutôt que de réagir à chaud ou de se couper émotionnellement de la relation.

Les résultats de l'étude indiquent que les sujets ayant des niveaux élevés de mentalisation déclarent une meilleure régulation émotionnelle, une plus grande efficacité perçue et un moindre sentiment d'épuisement. À l'inverse, un déficit de mentalisation peut précipiter l'intervenant vers l'abandon émotionnel.

Quant à Maheux et al. (2022) soulignent que les intervenants en relation d'aide font face à des situations de souffrance psychique intense qui suscitent des résonances émotionnelles complexes. La capacité à mentaliser devient alors un filtre essentiel pour comprendre et

transformer ces émotions. La mentalisation aide à distinguer entre ses propres affects et ceux d'autrui, permettant d'éviter la confusion empathique, la fusion ou l'agir contre-transférentiel.

Les auteurs insistent sur l'importance d'une formation réflexive continue. La supervision, l'intervision et le travail d'équipe sont présentés comme des leviers concrets pour soutenir la fonction de mentalisation. Lorsque celle-ci est active, le professionnel parvient à maintenir une posture d'écoute, de contenance et de réponse ajustée, plutôt que de réagir à chaud ou de se couper émotionnellement de la relation.

Les résultats de l'étude indiquent que les professionnels ayant des niveaux élevés de mentalisation déclarent une meilleure régulation émotionnelle, une plus grande efficacité perçue et un moindre sentiment d'épuisement. À l'inverse, un déficit de mentalisation peut précipiter l'intervenant vers le burn-out ou l'abandon émotionnel.

Quant à Delelis et al. (2011), ils explorent les liens entre les styles de régulation émotionnelle et les stratégies de coping chez de jeunes adultes (adolescents). Leur étude montre que certaines combinaisons de styles émotionnels et de coping favorisent une adaptation plus efficace au stress, tandis que d'autres peuvent induire des réactions inadaptées ou rigides.

La réévaluation cognitive est associée à un coping centré sur le problème et à la recherche de soutien social, deux stratégies reconnues comme adaptatives. À l'inverse, la suppression expressive est corrélée avec un coping centré sur l'émotion ou l'évitement, souvent considéré comme moins efficace. Ces résultats confortent l'idée que les modalités de traitement des émotions influencent fortement la manière de faire face aux situations stressantes.

L'étude note également une dimension genrée : les femmes ont tendance à davantage réévaluer et exprimer leurs émotions, tandis que les hommes recourent plus fréquemment à la suppression. Ces différences peuvent influencer sur la santé mentale, les relations interpersonnelles, et la performance en contexte scolaire.

Cette recherche souligne l'importance d'apprendre à repérer et à moduler ses réponses émotionnelles dès le plus jeune âge, afin de développer des compétences d'ajustement utiles dans la vie quotidienne.

CHAPITRE 3: AGRESSIVITÉ ET COPING

Ici, il est question de présenter deux notions psychologiques qui peuvent être normale et essentielles dans la vie et le développement d'un sujet typique, mais qui peuvent aussi être source de biens des maux pour certaines sujets typiques et atypiques. De ce fait, nous allons articuler ce chapitre en deux pôles centraux avant de les mettre en lien avec la déficience intellectuelle : l'agressivité chez l'enfant et l'adolescent d'une part et le coping d'autre part.

3.1 AGRESSIVITÉ CHEZ L'ENFANT

Cette partie est consacrée à l'agressivité chez les enfants en générale et chez ceux DI en particulier. Nous allons aborder, de prime à bord, les fonctions de l'agressivité, ses différents types, ses différents stades de développement, ses différentes approches et son application dans le champ du handicap mentale (DI).

3.1.1 Fonctions de l'agressivité

Laurent Bègue (2015) distingue deux fonctions du comportement agressif : *l'agression hostile* et *l'agression instrumentale*.

3.1.1.1 Agression réactive ou hostile ou relationnelle

L'agressivité réactive, aussi appelée défensive, est une réponse à un événement aversif ou provocateur lié à une réponse émotionnelle ou affective plus impulsive, moins contrôlée.

Ici, le comportement agressif a pour but d'*infliger une souffrance ou à causer du tort à autrui*. C'est ainsi que cette fonction est associée à la colère et à une grande frustration. De fait, plus grande est la frustration et plus grande est l'agressivité. Par exemple, elle peut survenir lorsqu'un jeune se fait retirer quelque chose, qu'il est contredit, qu'il est taquiné ou encore blessé.

L'agressivité hostile est donc appréhendée comme une « *réponse impulsive, colérique, non-planifiée, faiblement contrôlée et défensive en réponse à une menace, à une frustration ou une provocation perçue* ». (Schneider et al., 2009, p. 28)

3.1.1.2 Agression instrumentale ou proactive ou offensive

L'agressivité proactive, aussi appelée offensive ou cognitive, est une action instrumentale préméditée, sans provocation et calculée, visant à atteindre un objectif particulier.

Dans cette fonction, l'acte agressif est perpétré dans le but de déposséder la victime d'un bien matériel. Bref il est question ici d'avoir un bénéfice tangible derrière l'acte agressif et

l'action ici est planifiée. L'intimidation et le harcèlement en sont de bons exemples puisqu'ils se réfèrent à des comportements, des paroles, des actes ou des gestes délibérés ou non, à caractère répétitif, exprimés directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, de blesser, d'opprimer ou d'ostraciser.

La figure ci-après permet de mieux appréhender la différence entre ces deux fonctions de l'agressivité.

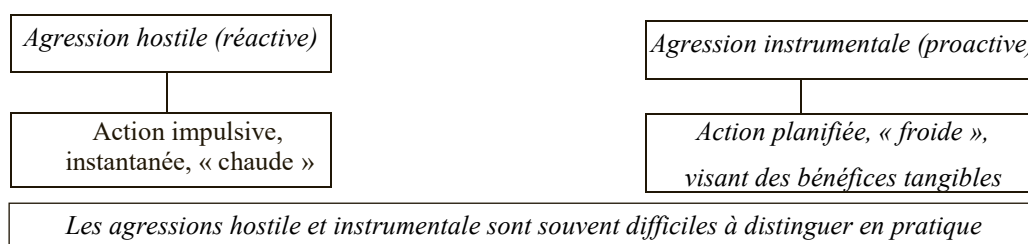


Figure 1 : distinction agression hostile-instrumentale

Source : Laurent Bègue (2015, p. 12)

3.1.2 Différents types d'agression

La classification des divers comportements agressifs revient aux travaux du psychologue évolutionniste Arthur Buss (1961) qui a le mérite d'avoir défini 8 types d'agressions (cf. tableau 4) combinés par trois dimensions à savoir :

- **Physique-verbale** : l'acte agressif est exprimé par des gestes ou des paroles ;
- **Active-passive** : cette dimension correspond à une action positive que l'individu omet volontairement de réaliser ;
- **Directe-indirecte** : il est question de la présence physique ou pas de la victime.

Tableau 3 : Classification des comportements agressifs selon Buss (1961)

Active	Physique	Directe	Attaquer quelqu'un en utilisant une partie du corps (pieds, dents) ou une arme (couteau, pistolet)
		Indirecte	Voler ou endommager des biens, piéger quelqu'un, engager un assassin
	Verbale	Directe	Critiquer, désobliger, maudire, menacer quelqu'un
		Indirecte	Propager des rumeurs concernant quelqu'un
		Directe	Empêcher quelqu'un d'atteindre son but

Passive	Physique	Indirecte	<i>Refuser de s'engager dans une activité, d'exécuter une tâche</i>
	Verbale	Directe	<i>Refuser de parler à quelqu'un, de répondre aux questions</i>
		Indirecte	<i>Refuser d'acquiescer, de défendre quelqu'un lorsqu'il est injustement mis en cause</i>

Source : Laurent Bègue (2015, p. 9)

Bowen et al. (2018) distinguent deux *taxonomies* pour décrire les comportements agressifs à savoir :

➤ *Le contexte de déclenchement* : il est question ici de l'agressivité proactive et l'agressivité réactive ;

➤ *La direction que prennent ces comportements* : il s'agit de l'agressivité directe et de l'agressivité indirecte.

Dans cette étude, nous développerons la deuxième taxonomie car la première a été présentée précédemment.

3.1.2.1 Agression directe

Il s'agit de l'agression directement dirigée vers la personne qui a provoqué l'énervement ou la frustration. Ces types de comportements agressifs s'observent le plus souvent chez l'enfant et chez l'adolescent. Ce comportement agressif (Bowen et al., 2018 ; Gaudreau, 2020) comporte deux modalités expressives à savoir :

➤ *Les insultes et les menaces* : qui peuvent être verbales ou non comme se moquer méchamment, menacer verbalement, menacer du regard, faire des remarques homophobes, raciales, ...

➤ *Physique* : faire trébucher, bousculer, contraindre, frapper, ...

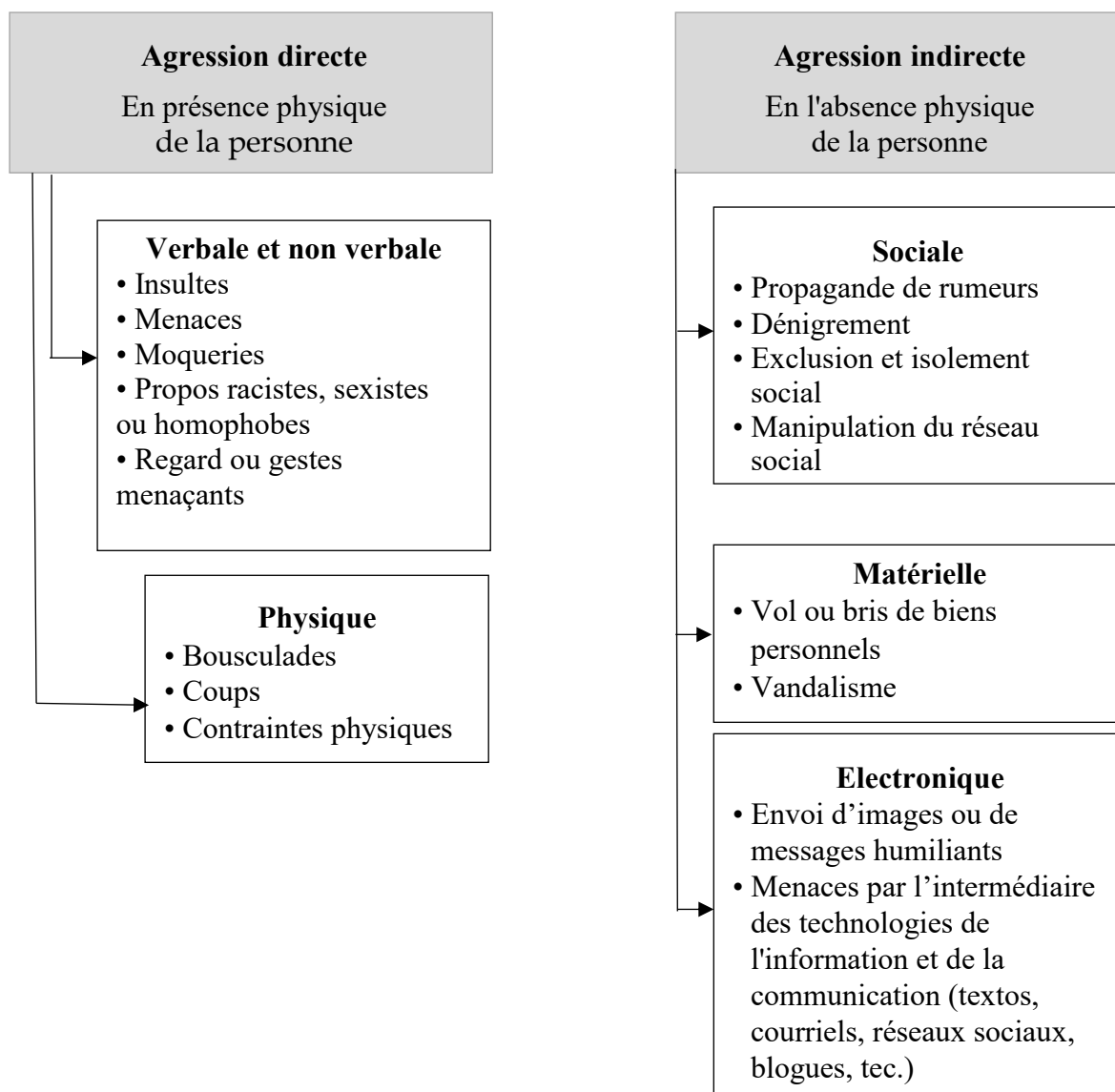


Figure 2 : Formes et manifestations de l'agression

Source : Adapté de Gaudreau (2020)

3.1.2.2 Agression indirecte

Le type d'agressivité qui se manifeste le plus chez les enfants est celle indirecte qui est *sociale et relationnelle*. Son objectif est de *nuire aux relations interpersonnelles et à l'estime de soi de la victime* (Fréchette & Morissette, 2011 ; Tremblay, 2012). Ce type d'agressivité (Bowen, et al., 2018) peut-être :

- *Sociale ou relationnelle* : à travers la propagation des rumeurs, le dénigrement des personnes en leurs absences, l'exclusion, l'isolement, la manipulation de son réseau social ;
- *Matérielle* : voler ou briser des objets personnels, vandaliser, etc. ;
- *Électronique* : envoyer des messages humiliants ou menaçant via les technologies de l'information (textes, courriels, réseaux sociaux, site internet, blog, etc.).

3.1.3 Causes et manifestations de l'agressivité chez l'enfant

3.1.3.1 Causes de l'agressivité chez l'enfant

Pour Chevalier (2007), et Claes et ses collègues (2013) un individu peut adopter un comportement agressif pour plusieurs raisons dont :

➤ *Besoins non comblés* : ces besoins sont intitulés ainsi qu'il suit :

- Besoin de territoire : besoin d'espace vital, d'intimité.
- Besoin de communiquer : façon de parler, ton de la voix, attitudes ...peuvent provoquer des tensions et des réactions agressives.
- Besoin de dignité/d'estime de soi : besoin d'être respecté par les autres.
- Besoin de sécurité : se sentir protéger et protéger ceux qu'on aime.
- Besoin d'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions et 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 : conserver ses liens (on ne le compare pas à quelqu'un d'autre).
- Besoin de confort : être libre de douleur physique ou émotionnelle.
- Besoin de compréhension : besoin d'être informé de façon adéquate.
- Besoin de propriété : conserver ses biens.

➤ *La frustration* : elle est en grande partie fonction de la situation. Elle naît lorsqu'on vient de recevoir une mauvaise nouvelle, lorsqu'on n'a pas atteint le but qu'on s'est fixé, lorsqu'on doit faire face à une provocation ou que l'on s'énervé. La frustration survient lorsque l'individu a un sentiment d'impuissance, la sensation d'avoir perdu le contrôle. C'est la *goutte d'eau qui fait déborder le vase*.

➤ *Les émotions* : l'agressivité naît ici lorsque l'individu vit une situation émotionnellement éprouvante, traumatisante et brusque. Elles se manifestent par les gestes et des cris de colère.

➤ *Les conflits* : interaction humaine est au centre de l'agression. Ici le conflit naît lorsque les personnes ou les groupes ont des intérêts, des souhaits, des attentes ou des objectifs contraires. Les conflits non résolus peuvent déboucher sur de l'agressivité (Dot, 1984, p. 24).

3.1.3.2 Manifestations de l'agressivité chez l'enfant

Claes et al. (2013) proposent un éventail de manifestations observables chez les sujets agressifs, il s'agit en occurrence de :

- *Ton de voix saccadé.*
- *Regard fixe, menaçant (battement de paupières) ou regard fuyant.*
- *Dilatation des pupilles.*
- *Utilisation d'injures, de menaces, de sarcasmes.*
- *Agitation, mouvements saccadés, apparition de tics.*
- *Pâleur ou augmentation de la coloration du visage.*
- *Raidissement des membres, serremments des mâchoires, tremblements.*
- *Postures menaçantes (pointe du doigt, montre les poings).*
- *Tendance à s'approcher.*
- *Lancés ou jetés par terre.*
- *Soupirs, modification de la respiration.*
- *Transpiration.*

A ces manifestations, Fiorentino (2004) ajoute les comportements agressifs anormaux suivants :

- L'enfant se fâche souvent.
- L'enfant argumente souvent avec les adultes
- L'enfant défie souvent les consignes et refuse de s'y conformer.
- L'enfant semble souvent en colère et plein de ressentiment.
- L'enfant a souvent beaucoup de mal à suivre les règles.
- L'enfant provoque délibérément des disputes avec ses pairs et les adultes.

3.1.4 Développement de l'agressivité chez l'enfant

Sylvie Bourcier (2018) distingue 5 étapes dans le développement de l'agressivité chez l'enfant. Ces étapes sont les suivantes :

3.1.4.1 Les premiers cris (0 à 1 an)

Premiers moyens d'expression du nouveau née, le cri est le tout premier moyen d'expression de cet être fragile. C'est par les cris et les pleurs que le bébé communique avec son environnement. Lorsque le besoin de ce nouvel être n'est pas satisfait, il peut intensifier ses cris de détresse afin d'exprimer intensément son *mal-être*. Ainsi le « *bébé peut s'agiter et*

pleurer lorsqu'il veut accomplir quelque chose et qu'il éprouve de la difficulté à le faire » (Bourcier, 2018, p. 27). Ces éléments sont les premiers éléments de *frustrations* du bébé.

À partir de 4-6 mois, le bébé se met à la recherche active du contact visuel et du jeu et dès lors il se fâche lorsqu'il est fâché ou frustré. À partir du 8^{ème} mois il régit à la séparation de sa mère, et il se lance alors à prendre contact avec les autres de façon physique, contacts maladroits et agressifs. Dès la première année, on constate des gestes agressifs comme *tirer les cheveux, saisi l'autre par le cou, lui lancer des objets, saisir directement les objets dans les mains de l'autre, le jet des objets au sol, ...*

3.1.4.2 L'explorateur (1 à 2 ans)

Cette étape est marquée par la marche et l'exploration de son environnement et des pairs ; c'est également ici que l'on remarque un grand pic d'actes d'agression physique chez l'enfant. Bourcier a constaté que certains enfants à 17 mois aurait bousculé d'autres enfants et leur auraient donnés des coups de pied.

Cependant, vers la fin de la deuxième année, l'enfant pourra intégrer quelques interdits. Il développera ainsi des mécanismes d'autocontrôle, certes immatures, qui se renforceront tout au long de l'enfance et lui permettront d'intégrer plus rapidement les normes sociales.

3.1.4.3 Les grandes colères (2 à 3 ans)

L'enfant manifeste le plus grand nombre de crises à cette étape. Pour une moindre frustration, les enfants se mettront à crier et à donner des coups de pied à cause de leur quête d'autonomie et leur besoin d'individuation qui leur pousse à *bagarrer* avec leurs parents.

Il est maintenant comme un grand, se sent fort, puissant et capable de tous les exploits. Il se sent fier quand il réussit à effectuer des tâches seul et impuissant lorsqu'il échoue ; il s'en suit alors des cris ou des pleurs d'impuissance ou de rage. Il est très possessif pour ses jouets et ses parents raison, pour laquelle il discute l'attention des personnes qui lui sont proches.

3.1.4.4 Les gros mots (3 à 5 ans)

Les gros mots sont des moyens pour l'enfant d'exprimer sa colère et ses désirs. Entre 3 et 4 ans, il est déjà un grand qui est très propre et ne fait plus *pipi* dans son pantalon ; ainsi il fait usage des mots provocateurs afin de démontrer son indépendance.

C'est ici que l'enfant découvre véritablement le pouvoir des mots, car certains font rire ou fâchent des amis ou des frères et sœurs. Il y a donc naissance de l'agressivité verbale directe,

car l'enfant lance l'insulte au visage de la victime. À l'âge scolaire, cette agressivité verbale devient indirecte.

3.1.4.5 La négociation (4 à 5 ans)

Ici l'enfant résiste de plus en plus à la distraction et il se montre capable de *d'anticiper, de planifier, de diversifier ses stratégies*. Lorsqu'il ressent une frustration il exprime verbalement sa colère ou sa peine. Il peut s'évaluer et ressentir de la *honte* ou de la *culpabilité*. L'enfant devient sensible aux situations qui provoquent des émotions (inquiétude, colère, peine, fierté, joie, ...) chez les autres ce qui fait de lui un négociateur potentiel.

3.1.5 Approches de l'agressivité

L'accent sera mis sur les différents modèles explicatifs de l'agressivité chez les individus. Nous allons nous appesantir sur le modèle éthologique (Lorenz), celui de la psychologie sociale (Dollard et ses collègues) et celui psychanalytique (Freud, Chanez, Klein et Bowlby).

3.1.5.1 Modèle éthologique

Pour Lorenz, l'agressivité est l'expression d'un instinct de combat que l'homme partagerait avec de nombreux autres organismes vivants. Cet instinct est acquis par les êtres humains au cours de leur développement en raison de leurs fonctions adaptatives.

Selon cet auteur, chaque organisme serait doté des schémas comportementaux associés à un potentiel énergétique spécifique et interne qui s'accumule progressivement. L'expression et la force de l'agressivité est donc fonction de la *quantité d'énergie accumulée* et l'importance de *stimuli déclencheurs dans l'environnement immédiat* de l'organisme. Ainsi, plus la quantité d'énergie accumulée est grande, plus faible est le stimulus nécessaire au déclenchement du comportement agressif (Lorenz, 1969, p. 210).

Montagner (1978) propose une description des séquences comportementales d'apaisement ou de lien d'une part et de rupture de relation, de refus ou d'agression d'autre part chez les enfants de 18 mois à 5 ans. Cette séquence comportementale est la suivante (Marcelli & Cohen, 2012) :

- *Comportement d'apaisement* : offrande, inclinaison de la tête sur l'épaule, sourire, caresse ;
- *Comportement de refus ou d'agression* : ici, la séquence va de la tête au pied dans l'ordre suivant : crier, mordre, pousser, griffer, taper.

3.1.5.2 Modèle de la psychologie sociale : théorie de la frustration-agression

Inspiré par les travaux de Freud et développé par des 5 psychologues social de l'université de Yale en 1939, cette théorie postule que « *toute agression est la conséquence d'une expérience frustrante, et toute frustration engendrerait une forme d'agression* » (Dollard, et al., 1939). Cette théorie postule que sans les habiletés langagières et les interactions sociales nécessaires à leur développement, les enfants aux prises avec des difficultés de langage deviennent frustrés socialement et sont ainsi plus enclins à utiliser l'agressivité (Johnson et Beitchman, 1999). De surcroît, ce modèle, en raison de cette interférence dans la satisfaction de leurs besoins sociaux, les difficultés langagières mènent aussi fréquemment à une maîtrise réduite d'habiletés sociales, à l'exclusion sociale, à la frustration et au comportement agressif. D'ailleurs, d'autres auteurs suggèrent plus précisément que de faibles habiletés verbales d'argumentation sont à l'origine de l'agressivité verbale (Infante, 1986).

La frustration est perçue par ces auteurs comme une action empêchant l'individu d'atteindre le but qu'il s'est fixé. Il existe donc une *relation linéaire* entre l'agression et la frustration, étant donné que l'intensité de la réponse agressive est proportionnelle à l'intensité de la frustration. Ces auteurs ajoutent que l'agressivité est dirigée *vers un agent frustrateur, vers d'autres individus ou vers des objets*. Pour eux, la modulation de la réaction agressive dépendrait de trois éléments (Bègue, 2015, p. 46) :

- *L'intensité de la frustration ressentie par le sujet ;*
- *Le caractère arbitraire ou inattendu ;*
- *De son contenu.*

3.1.5.3 Modèle psychanalytique

2.2.6.1.1 Freud et la pulsion de mort

Freud fût l'un des premiers à donner un statut spécifique à l'agressivité en l'articulant autour de la théorie des pulsions et plus particulièrement à la pulsion de mort.

En 1905, Freud considère l'agression comme une réaction aux frustrations empêchant la satisfaction des désirs libidinaux. Ainsi, le comportement agressif se développerait, à ce niveau, lorsqu'il y a des frustrations, qui s'interposent entre le but et l'objet pulsionnel, qui empêchent la satisfaction pulsionnelle. Il convient de rappeler ici, qu'en 1915, Freud distingue quatre composantes de la pulsion :

- *La poussée* : qui constitue l'essence de la pulsion, c'est-à-dire le moteur de la pulsion, ce qui pousse l'individu à passer parfois à l'acte de façon irrépressible ;

➤ *La source* : est la partie du corps qui est à l'origine de l'excitation et elle naît toujours d'un besoin au sein de l'organisme (pulsion de faim, la source est l'estomac ou le besoin de nourriture) ;

➤ *Le but* : c'est la satisfaction de la pulsion ou du besoin. Freud met l'accent sur le fait que le but est toujours psychique, car le psychisme transforme le besoin physique en désir mental. C'est fort de cela qu'il affirme « *Le concept de pulsion nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique* » (Freud, 1915) ;

➤ *L'objet* : est le moyen par lequel l'organisme parvient à son but afin de revenir à un état sans tension. En d'autres termes, il s'agit de ce dans quoi la pulsion va pouvoir se décharger. Il faut, toutefois, souligner ici que l'objet de la pulsion peut parfois être inconscient et que cet objet n'est pas fixe et qu'il peut être substitué par n'importe quel autre objet capable également de satisfaire la pulsion (Bouchoux, 2009).

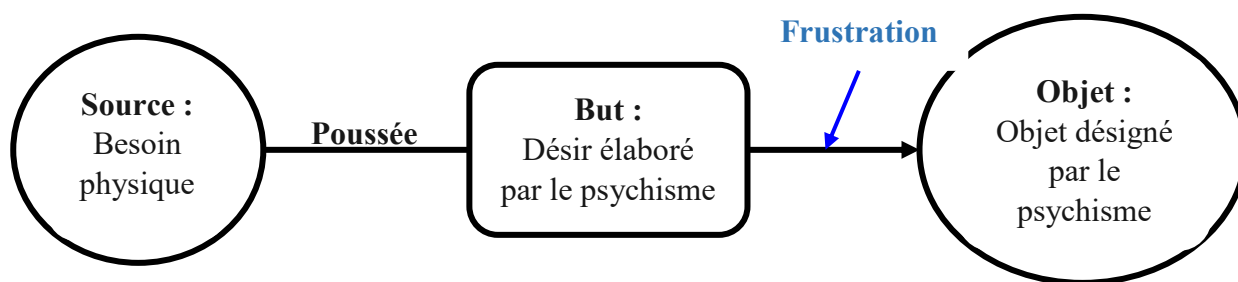


Figure 3 : structure de la pulsion

Source : Adaptée de Bouchoux (2009, p. 20)

C'est plus tard en 1920 que Freud met en avant *l'instinct de mort* complémentaire d'*Éros* et dont le ressort est l'autodestruction de l'individu. Ainsi, dans le but de maintenir sa survie, l'individu dirige l'énergie libidinale, énergie propre à l'instinct de mort, vers autrui sous forme d'agression. (Bègue, 2015, p. 40). L'agressivité serait une manifestation duale de la pulsion de mort et de la pulsion de vie. Freud ajoute que l'agressivité n'est plus seulement la conséquence des frustrations infantiles, car l'agressivité est indéracinable du fait que les pulsions ont tendances à revenir à leur état originnaire, c'est-à-dire la mort. En outre, l'agression contre le monde extérieur repose sur une externalisation de l'instinct de mort dont le but ultime est le retour à l'état inorganique.

2.2.6.1.2 Chanez et la fonction adaptative de l'agressivité

Chanez (2002) propose un modèle original à trois étages de l'agressivité perçu par lui comme une « *stratégie d'adaptation et de survie à deux étages – voire plus* ». Ces trois étages ou couches adaptatives sont :

- *La protection* : il s'agit d'une stratégie ayant pour but de servir d'appui à une *image de soi donnée* par la gentillesse, la compassion, etc.
- *La protection de la protection* : il est question de mettre à l'abri *l'image de soi intérieur* manifesté dans certains contextes par l'agressivité, la révolte, ... ;
- *La protection de la protection de la protection* : qui est la mise sur pied autour de *l'image de soi interdite* une carapace impénétrable (Chanez, 2002).

Cette triple stratégie d'adaptation graduelle permettrait à l'individu de se protéger du décalage indéniable entre ses besoins d'amour, d'accueil, de vérité et ce que le monde terrestre offre. L'agressivité éviterait donc à l'individu de faire à nouveau face au choc violent de la réalité et, par ricochet, de diminuer l'angoisse qui en découlerait.

2.2.6.1.3 Klein et les positions schizo-paranoïde et dépressive

Le modèle de Klein postule l'existence, dès la naissance de l'enfant, des pulsions libidinales et agressives. Ces dernières (pulsions agressives) sont particulièrement fortes au début de la vie et se traduisent par des fantasmes inconscients de destruction de l'objet (Klein, 1961). Ce modèle est basé sur les deux positions référant les modalités de relations d'objet. Il s'agit de :

➤ *La position paranoïde-schizoïde* : qui est présente durant les quatre premiers mois de l'enfant. Elle est caractérisée par un objet partiel (principalement le sein maternel) qui est clivé en *bon* et *mauvais objet*, une angoisse de nature *persécutive* (destruction par le mauvais objet). Laplanche et Pontalis mettent en exergue 6 caractéristiques principales à cette phase :

- La libido et l'agressivité sont présentes et unies à travers les pulsions sadiques-orales ;
- L'objet est un objet partiel, le sein maternel étant le prototype ;
- Cet objet partiel est clivé en *bon* et *mauvais objet* sur lequel l'enfant projette son amour ou sa haine selon que cet objet soit gratificateur ou frustrateur ;
- Le *bon objet* est idéalisé car capable de procurer une gratification illimitée et immédiate et son introjection rassure l'enfant lui permettant de lutter contre l'anxiété persécutive. Par contre, le *mauvais objet* est persécuteur et terrifiant, et son introjection fait courir des risques de destruction chez l'enfant ;

- Le Moi étant très peu intégré, utilise comme mode de défense le *déni* (refuser toute réalité à l'objet persécuteur) et le *contrôle* (réguler l'omnipotence de l'objet) en dehors du *clivage* et de l'*idéalisation* ;

- Les premiers objets introjetés constitueront le noyau du Surmoi (Klein, 1961 ; Laplanche & Pontalis, 2002).

➤ *La position dépressive* : se manifeste après les quatre premiers mois de l'enfant et se caractérise par les traits suivants (Laplanche & Pontalis) :

- L'objet est un objet total (la mère) ;
- Le clivage entre *bon* et *mauvais* objet s'atténue et les pulsions libidinales et agressives tendent à se rapporter au même objet ;
- L'angoisse est de nature *dépressive* à travers le danger fantasmatique, qu'à l'enfant, de détruire et de perdre la mère du fait de son sadisme orale ;
- Cette angoisse est combattue par deux modes de défenses à savoir l'*inhibition* de l'agressivité et la *réparation* de l'objet (mécanisme par lequel le sujet cherche à réparer les effets sur son objet d'amour de ses fantasmes destructeurs) ;
- L'angoisse surmontée donne lieu à l'introjection de façon stable et sécurisante de l'objet aimé.

Ainsi, elle soutient le fait que la diminution des comportements violents durant l'enfance voire l'adolescence devra passer par la résolution de la phase dépressive, à travers les mécanismes d'inhibition et de réparation, ce qui permettrait une meilleure intégration des pulsions agressives et libidinales (Klein, 1961).

Dans la même lancée, Marcelli et Cohen (2012) ajoutent que les formes pathologiques de l'agressivité s'expliquent par un déficit, au cours du développement de l'enfant, dans l'introjection des *bon* et des *mauvais objets* qui, au lieu de se rapporter au même objet, restent clivés sur ce qui aboutit à la formation d'un Surmoi intransigeant ou intégrant mal les interdits. De ce fait, « *l'équilibre entre ça et surmoi s'en trouve modifié, et le moi exprime sans retenu les pulsions agressives* » (2012, p. 244).

2.2.6.1.4 Bowlby et l'attachement insecure

Cette hypothèse est basée sur la théorie de l'attachement de Bowlby en 1969. Selon elle, les comportements agressifs apparaissent chez les enfants et les adolescents lorsqu'ils ont eu, durant la prime enfance, un déficit d'attachement suffisamment *secure*. Ainsi, ces enfants et adolescents présentent un attachement soit *insecure* soit *désorganisé* ce qui pourra faire le *lit des comportements agressifs* (Dugravier, 2012 ; Marcelli & Cohen, 2012 ; Tereno et al., 2007).

Cette théorie de l'attachement de Bowlby est un modèle centré sur les conséquences des premières relations d'un enfant avec ses parents et d'autres adultes, et la façon dont ces relations vont modéliser les représentations des relations ultérieures de cet enfant. Les styles d'attachement sont perçus, à ce niveau, comme des facteurs de risque ou de protection chez l'enfants parmi d'autres (Dugravier, 2012). Dans la continuité des travaux de Bowlby, son élève Ainsworth, en 1978, propose quatre styles d'attachement :

- *L'attachement secure* : est le style le plus approprié qui se met en place à partir des relations chaleureuses, de la disponibilité et l'attention de la part de la figure d'attachement. Ce type de relation permet à l'enfant d'avoir des attentes positives de l'adulte, car on répond à ses demandes même dans les situations les plus difficiles ;

- *L'attachement insecure évitant* : les parents sont psychiquement peu disponibles et répondent rarement ou de façon peu adaptée aux besoins de l'enfant. L'enfant ne sollicite plus les adultes lorsqu'il est inquiet ou stressé, il ne compte que sur lui-même ;

- *L'attachement insecure ambivalent/résistant* : dans ce cas, les parents sont anxieux et préoccupés et l'enfant a appris à sursolliciter ses figures d'attachement afin d'obtenir une réponse à leurs demandes. Plus tard, ces enfants seront impulsifs et, affichent une faible tolérance à la frustration ;

- *L'attachement désorganisé* : contrairement aux styles précédents, l'enfant ne parvient pas à développer de stratégies lui permettant de réguler son stress car il est exposé à des parents fragilisés. On observe, un renversement du *pattern* de rôle parent-enfant et ce dernier développe des comportements souvent perturbateurs et sans but (Dugravier, 2012).

Dans la recherche du lien entre l'attachement et les comportements antisociaux et délinquant, Collins (2005), Greenberg et *al.* (1991) mettent en lumière, à partir de l'histoire socioémotionnelle pendant les trois premières années de vie de certains enfants, le lien entre la monoparentalité, la dépression maternelle, le stress de vie et l'attachement de type insecure. Le style d'attachement le plus identifié a été celui *insecure évitant* (en combinaison avec les autres facteurs de risques sus-cités) qui promeut le développement des comportements antisociaux dont l'agressivité et l'impulsivité sont des modalités individuelles prépondérantes (Tereno et *al.*, 2007).

3.1.6 Agressivité et DI

Ici, nous allons surtout nous appesantir sur deux études complémentaires dont la compréhension est importante pour mieux appréhender la problématique des actes agressifs chez les sujets déficients intellectuels (DI).

3.1.6.1 Approche nosologique de l'agressivité chez les sujets DI

Crocker et al. (2007) ont identifié six profils distincts d'agressivité chez des adultes avec déficience intellectuelle légère à modérée, à partir d'une analyse de données issues d'entretiens et de dossiers cliniques. Ces profils sont caractérisés par des variations dans la fréquence, l'intensité et la forme des comportements agressifs, incluant l'agressivité verbale, physique, dirigée contre les objets, auto-agressive et à connotation sexuelle.

Ces profils sont les suivants :

Profil 1 – Agressivité situationnelle ou contextuelle

Ce type d'agressivité se manifeste en réponse directe à une situation perçue comme menaçante ou frustrante. Elle est généralement réactive, ponctuelle et liée à un facteur environnemental identifiable, comme un changement soudain de routine ou une surcharge sensorielle. Ce profil est souvent observé chez des personnes ayant une déficience intellectuelle modérée, sensibles aux transitions ou aux imprévus.

Profil 2 – Agressivité impulsive ou non préméditée

Ici, l'agressivité est mal contrôlée, spontanée et souvent disproportionnée par rapport au stimulus déclencheur. Elle reflète une difficulté de régulation émotionnelle et peut être amplifiée par des troubles associés comme l'hyperactivité ou l'anxiété. Ces individus présentent souvent un seuil de tolérance bas à la frustration.

Profil 3 – Agressivité instrumentale

Ce type d'agressivité est utilisé pour obtenir un gain ou un objectif, comme de l'attention, un objet désiré ou l'évitement d'une tâche. Elle est moins émotionnelle et davantage stratégique, bien que cela ne signifie pas que l'intention soit pleinement consciente. Ce profil est fréquent chez les personnes qui ont acquis certaines habiletés d'adaptation mais dont les moyens de communication sont limités.

Profil 4 – Agressivité auto-dirigée (automutilation)

Elle se manifeste par des comportements tels que se frapper, se mordre ou se griffer. Souvent associée à un haut degré de déficience intellectuelle ou à des troubles du spectre de l'autisme, cette agressivité peut être une forme de communication de douleur, de détresse ou de stimulation sensorielle.

Profil 5 – Agressivité persistante ou chronique

Caractérisée par une fréquence élevée, une intensité importante et une faible variabilité des déclencheurs, cette agressivité est souvent enracinée dans des troubles psychiatriques concomitants ou un environnement mal adapté. Elle nécessite une prise en charge interdisciplinaire et de longue durée.

Profil 6 – Agressivité à connotation sexuelle

Elle inclut des comportements inappropriés de nature sexuelle, qui peuvent être dirigés vers soi-même ou autrui. Souvent liés à un manque de compréhension des normes sociales, ces comportements nécessitent une intervention spécifique en éducation sexuelle adaptée et une évaluation des risques.

Chacun de ces profils peut coexister chez une même personne, d'où l'importance d'une évaluation fonctionnelle individualisée, centrée sur les déclencheurs, les antécédents et les conséquences des comportements agressifs.

3.1.6.2 Approche psychodynamique de l'agressivité chez les sujets DI

Branchard et Pirlot (2011) proposent une lecture psychanalytique de l'agressivité, en soulignant l'importance de la symbolisation et de la médiation dans la gestion des comportements agressifs. Ils mettent en avant que l'agressivité peut être une réponse à des difficultés de symbolisation, où le passage à l'acte remplace la mise en mots des tensions internes. Dans ce contexte, la psychothérapie de groupe offre un espace permettant aux individus de transformer les actes agressifs en expressions symboliques, favorisant ainsi une meilleure régulation émotionnelle.

L'agressivité et la violence, souvent confondues dans le langage courant, relèvent de mécanismes psychiques distincts aux implications cliniques majeures, particulièrement chez les enfants déficients intellectuels. La distinction théorique opérée par Freud, Klein, Bergeret ou encore Pirlot permet de différencier deux modalités pulsionnelles : la violence, expression archaïque de la pulsion de mort, désobjectalisante, non liée et destructrice ; l'agressivité, elle, relève d'un mouvement pulsionnel adressé à l'autre, reconnu comme différent de soi, et suppose une élaboration psychique minimale.

Chez l'enfant déficient, la difficulté à symboliser, conséquence d'une organisation psychique immature ou d'un développement ralenti, empêche souvent ce passage de la violence brute à une agressivité mise en lien. Cela se manifeste par des passages à l'acte impulsifs, sans médiation ni représentation, comme le jet de cailloux ou les coups, témoignant d'un fonctionnement préœdipien et d'une absence d'altérité psychique.

Dans ce contexte, l'agressivité ne peut s'exprimer que via le corps en mouvement, la motricité réelle, avant d'être éventuellement transformée en représentation ou parole. Ainsi, tout cadre thérapeutique doit tenir compte de cette nécessité de mise en acte comme étape préalable à la symbolisation. Cela impose une clinique du corps et de l'excitation, dans un cadre suffisamment contenant pour éviter la déliaison destructrice.

Le dispositif « *attaque douce* » incarne cette démarche : en proposant un espace sécurisé, balisé dans le temps, l'espace, et les règles, où des objets neutres (balles en mousse) peuvent être projetés, les thérapeutes permettent l'expression motrice des pulsions tout en évitant le danger de l'agir destructeur. Le groupe, en tant qu'enveloppe psychique collective, contient ces mouvements et introduit la possibilité d'un autre présent et différencié, condition de transformation de la violence en agressivité.

Ce travail de transformation se fait en deux temps : d'abord la décharge pulsionnelle sécurisée, ensuite un temps d'élaboration (partage verbal, dessin, retour au calme), où peuvent émerger des éléments de représentation. Le jeu devient alors un support transitionnel : ce n'est plus l'enfant qui frappe, mais un geste symbolisé qui dit quelque chose à l'autre amorce d'un processus de subjectivation.

L'intégration des approches de Crocker et al. (2007) et de Branchard et Pirlot (2011) permet une compréhension plus complète des comportements agressifs chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. Tandis que la typologie de Crocker et al. offre une classification des comportements basée sur des observations empiriques, l'approche psychanalytique de Branchard et Pirlot met l'accent sur les processus internes et les mécanismes de défense sous-jacents à ces comportements. Cette double lecture souligne l'importance d'une évaluation multidimensionnelle et d'interventions adaptées, combinant des stratégies comportementales et des approches psychothérapeutiques centrées sur la symbolisation et la médiation.

3.2 COPING OU STRATÉGIES DE FAIRE FACE

Cette notion est appréhendée ici comme l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. Dans cette perspective, il est important pour nous de souligner les différentes fonctions des stratégies d'ajustement, ses modèles afin faire un parallèle entre ces stratégies et la déficience intellectuelle.

3.2.1 Fonction du coping

Afin de mieux appréhender les différentes fonctions du coping, nous allons les présenter selon les points de vue de certains chercheurs.

3.2.1.1 Selon Lazarus

Lazarus et ses collaborateurs sont les premiers à mettre en lumière les deux fonctions du coping à savoir :

- *La modification ou résolution du problème* qui définit la situation aversive (les stratégies de coping mises en place visent alors la résolution de ce problème) ;
- *La régulation émotionnelle*, qui vise à diminuer, de manière indirecte, l'effet de la situation aversive sur la personne : ce serait par exemple le cas d'une personne qui décide de « se convaincre que ce n'est pas sa faute », de « voir le bon côté des choses » (stratégies de coping de type « réévaluation positive »), de « penser à autre chose » (stratégie de coping de type « fuite »), etc. (Lazarus & Folkman, 1984 ; Lazarus & Launier, 1978 ; Ponnelle & Lancry, 2002).

3.2.1.2 Selon Kramer

Par rapport à l'approche de Lazarus, Kramer (2010) recense également deux fonctions au coping en y ajoutant une fonction novatrice :

- *La régulation des affects* en réduisant ou en écartant les affects négatifs ;
- *L'homéostasie* en restaurant un niveau confortable de fonctionnement ou en retournant au fonctionnement de base.

Ainsi selon Kramer, lorsque les affects négatifs ne peuvent être réguler (par réduction de son intensité), l'organisme de l'individu développe des mécanismes devant lui permettre de se maintenir, autant que faire se peut, à un état d'équilibre (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

3.2.2 Modèles du coping

La littérature actuelle rend compte de ce que le modèle de coping le plus utilisé soit celui standard de Lazarus et de ses collaborateurs malgré les autres auteurs qui leur ont suivis. De ce fait nous présentons brièvement trois modèles de coping ici dont celui de Lazarus & Folkman, celui de Roth & Cohen et enfin celui de Moos (Chabrol & Callahan, 2018).

3.2.2.1 Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

Le terme *transactionnel*, ici, fait référence à la relation dynamique, mutuelle, réciproque et bidirectionnelle entre la personne et l'environnement.

Lorsque cette relation est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être, on parle de stress. Deux processus médiatisent le lien entre une telle transaction individu-environnement, et les conséquences que celle-ci peut avoir à court et à long terme : l'évaluation cognitive et le coping (Bouyap, 2014).

3.2.2.1.1 Les déterminants de l'évaluation

Les évaluations successives sont par définition des processus cognitifs, soumis à différents facteurs dispositionnels et situationnels.

Facteurs dispositionnels :

Ils comprennent :

➤ Des facteurs cognitifs, dont les croyances de la personne (sur soi, ses capacités, le monde...), ses motivations générales (valeurs, objectifs...), sa perception du lieu de contrôle (interne ou externe) et plus généralement toutes les perceptions (auto-efficacité, optimisme, attributions...). Dans cette optique, Cheng (2003) a examiné l'influence des processus motivationnels et cognitifs comme déterminants importants de stratégies de coping. Pour lui, les processus cognitifs permettent à l'individu « *d'estimer la situation et de choisir des comportements appropriés en réponse aux contingences changeantes* » (p. 426). Ces processus cognitifs témoignent de l'importance de l'aptitude discriminante du sujet dans l'utilisation des stratégies de coping. Pour ce qui est des processus motivationnels, Cheng pense qu'ils « *influencent le coping, car ce dernier est le plus souvent orienté vers un but (résoudre un problème, diminuer l'anxiété, etc.)* » (Chabrol & Callahan, 2018, p. 205) ;

➤ Des facteurs conatifs, relatifs aux traits de personnalité, plutôt stables dans le temps, ce qui expliquerait une certaine consistance de réponses de coping chez certaines personnes, d'une situation à une autre (Bouyap, 2014).

Facteurs situationnels :

Il s'agit des caractéristiques réelles et perçues de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité, disponibilité et qualité du soutien social, nouveauté, prédictibilité, incertitude de l'événement.

Ces différents facteurs vont permettre une meilleure évaluation de la situation stressante afin de mettre sur pied les stratégies les plus adaptées.

➤ **L'évaluation primaire ou stress perçu :**

Il s'agit d'une étape dans laquelle la personne évalue la situation. Cette évaluation est dépendante de son histoire, de ses valeurs et de ses attentes, de ses croyances. Il s'agit là d'une dimension très subjective, qui ne peut pas se réduire aux caractéristiques de la situation, ni à la personnalité de l'individu dans cette transaction. La personne identifie la situation et ses caractéristiques. Elle évalue à partir de cette représentation de la situation s'il s'agit pour elle d'une menace, d'un défi, d'une perte ou d'un éventuel bénéfice.

➤ **L'évaluation secondaire ou contrôle perçu :**

Dans cette étape, la perception de la possibilité de guérison et de contrôle que la personne a sur sa maladie va entrer en jeu. Il s'agit de l'étape où l'individu évalue sa capacité à maîtriser la situation, ses ressources disponibles pour faire face à la situation évaluée précédemment (en termes de défi, perte ou menace) : ressources physiques, matérielles et psychologiques.

3.2.2.1.2 *Élaboration de stratégies de coping et évaluation de leur résultat*

À partir de ces évaluations, la personne met en place certaines stratégies de coping. Les résultats de ces stratégies sont à leur tour évalués, afin de procéder à un ajustement de l'utilisation des stratégies. Ces processus d'évaluations sont permanents et peuvent être concomitants (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001).

Ces stratégies peuvent être de trois ordres à savoir : *les réponses physiologiques (arousal)* qui se manifestent par une augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque, et une respiration saccadée, ... ; *les réactions émotionnelles* comme l'anxiété en présence d'un stimulus aversif et de la dépression en cas de perte ; et enfin *les réactions sur le plan cognitif* comme les ruminations, le réajustement des capacités cognitives, ... (Dumont & Plancherel, 2001, pp. 13-14).

Ces types de réponses possibles ont permis à Lazarus et Folkman de développer, au fil des années, 3 types de coping à savoir :

➤ *Le coping cognitif* : chez les individus et chez les enfants en particulier, avec les nouvelles acquisitions, l'enfant est de plus en plus conscient des menaces qui l'entourent. Ainsi, 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 pour la préférence de repas, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations, ...

➤ *Coping social* : ce type de coping se développe ou se transforme au sein de la famille ou du groupe d'amis. Le *coping social* demeure bien une stratégie de coping inscrivant l'individu dans une démarche active afin d'obtenir l'aide de son entourage. De manière globale, le coping social semble agir directement et positivement sur la santé, le bien-être de l'individu du fait de sa nature (émotionnelle, matérielle, estime, informative) et son origine (entourage immédiat, famille, groupes d'aides diverses : sociales, médicale, psychologiques) (Dumont & Plancherel, 2001, p. 66).

➤ *Coping émotionnel* : 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, s'engager dans diverses activités distrayantes, se sentir responsable, exprimer ses émotions

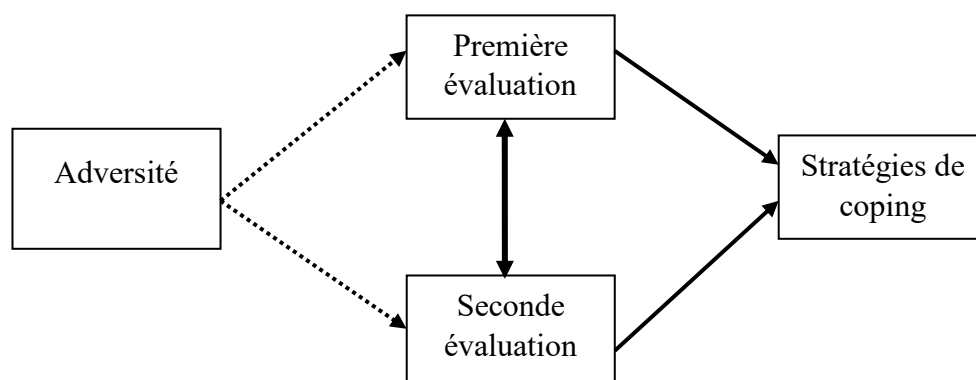


Figure 4 : Le modèle transactionnel de coping de Lazarus et Folkman

Source : Bouyap (2014, p. 69)

3.2.2.2 Modèle comportementaliste de Roth et Cohen

S'inspirant de Lazarus et Folkman, Roth et Cohen (1986) présentent le *coping approche/évitement* au stress. Ce modèle postule l'existence de deux modes fondamentaux de gestion du stress impliquant une orientation psychologique vers (coping approche) ou loin (coping évitement) de la menace. Chronister et Chan affirment que ce modèle « *suppose le niveau conceptuel le plus élevé dans la hiérarchie du coping* », car il permet de prendre en considération, au préalable, les variables de la personnalité des sujets ainsi que leurs différences individuelles dans l'anticipation de la menace et les réactions au stress (Chronister & Chan, 2007).

Roth et Cohen montrent que le *coping d'approche* comme avantage la ventilation des affects négatifs, l'assimilation et la résolution du trauma, la mise sur pied des comportements adéquat face au stress. Par contre, le *coping d'évitement ou évitant* permet de réduire le stress, augmente l'espoir et le courage.

En 1996, Wills et Hirky complètent les travaux de ces derniers en y apportant des éclaircissements. Ils établissent une correspondance entre les types de coping de Lazarus et Folkman et ceux de Roth et Cohen. C'est ainsi que le *coping centré sur le problème* se rangerait sous la rubrique *approche* étant donné l'investissement actif que l'enfant doit fournir dans le processus de coping (résolution de problèmes, recherche d'informations et de soutien social). Par contre, le *coping centré sur les émotions* se rangerait sous la rubrique *évitement* car suppose des efforts cognitifs, comportementaux ou émotionnels visant à s'éloigner du stress (dénier, distraction, rêverie, acceptation ou résignation, ventilation des émotions négatives, ...). Le tableau ci-après récapitule ces différentes correspondances.

Tableau 4 : correspondance entre coping de Roth et Cohen, et Lazarus et Folkman

	Stratégies centré sur le problème	Stratégies centré sur les émotions
Coping approche	Recherche du soutien social (un ami, un membre de la famille, un professeur, ...) Résolution du problème Recherche d'informations	RAS
Coping évitement	RAS	Distanciation Intériorisation (dénier, rêverie, la résignation, pleurer, se fâcher, ...) Extériorisation (crier, attaquer les autres, détruire les objets, ...)

Source : Adaptée de Hébert & Daignault (2007, p. 4)

3.2.2.3 Modèle intégratif de Moos et Schaefer

Moos et Schaefer proposent une vision originale et intégrative en opposant le *coping actif* au *coping évitant* qu'ils prendront la peine de relier à des stratégies cognitives ou comportementales en 4 catégories. Le *coping actif* qui se mettrait en place lorsqu'il est question d'affronter directement la situation problème dont le but est de modifier les données de la relation sujet/environnement par le biais des actions comportementales adaptées (Paulhan & Bourgeois, 1995). Le *coping évitant* est considéré, par Chabrol et Callahan, comme des stratégies destinées à atténuer voire à annihiler les émotions négatives et d'en substituer par de plus positives. Ces derniers mettent tout de même l'accent sur le penchant négatif de ce style coping comme son usage tel un refuge dans les addictions dans le but d'échapper à la détresse émotionnelle (Chabrol & Callahan, 2018).

Ces différentes catégories de coping sont les suivantes :

➤ *Coping actif/cognitif* : il s'agit de l'analyse logique (trouver des moyens différents pour résoudre le problème), ainsi que le recadrage positif (penser à quel point on est mieux que d'autres qui souffrent des problèmes plus importants).

➤ *Coping actif/comportemental* : ici, il est question de la recherche de soutien (parler avec un ami) et la mise en œuvre d'une action pour résoudre le problème (concevoir un plan et le suivre).

➤ *Coping évitant/cognitif* : on distingue, dans cette catégorie, l'évitement cognitif

(complètement oublier son problème} et l'acceptation résignée (accepter le problème mais perdre l'espoir de retrouver son contentement).

➤ *Coping évitant/comportemental* : cette catégorie comprend la recherche d'autres activités et aussi la décharge émotionnelle (crier afin d'évacuer sa frustration).

Tableau 5 : classification du type de coping (actif/évitant) selon le type de stratégie (cognitive/comportementale)

	Stratégies cognitives	Stratégies comportementales
Coping actif	• Analyse logique • Recadrage positif	• Recherche de soutien • Action en vue de la résolution de problème
Coping évitant	• Évitement cognitif • Acceptation résignée	• Recherche des activités de substitution • Évacuer le tension émotionnelle

Source : Moos & Schaefer (1993)

Dans la suite des travaux de Moos et Schaefer et dans l'application de leur approche chez les patients atteints de maladies chroniques, Katz et ses collaborateurs (1996) ont justifié la classification intégrative en la détaillant plus. Néanmoins, un petit réajustement a été effectué au niveau du coping actif qu'ils ont pris la peine de remplacer par le coping attentionnel. Ainsi pour eux, quatre stratégies entrent en jeu dans la gestion du stress chez les sujets souffrant de maladie chronique : des stratégies cognitives ou comportementales et des stratégies attentionnels ou évitantes. De ces stratégies, nous avons les catégories suivantes : *coping attentionnel/cognitif*, *attentionnel/comportemental*, *évitant/cognitif* et *évitant /comportemental*.

Tableau 6 : Catégories de stratégies dans le coping face à la douleur

	Stratégies cognitives	Stratégies comportementales
Coping attentionnel	• Voir les choses de manière tragique (<i>Catastrophize</i>) • La prière/l'espoir • L'imagerie positive • L'inoculation du stress • Les affirmations • La réévaluation • L'autoblâme • L'attention à la douleur • La rationalisation	• L'hypnose • Le conditionnement opérant • La modélisation • L'exercice • La recherche d'attention • L'expression émotionnelle • La recherche d'informations • La recherche de soutien social

Coping évitant	• Le détournement de l'attention • Ignorer les sensations douloureuses • La prise de distance • Le déni • Prendre ses désirs pour des réalités • La minimisation de la menace • La dissociation • La suppression	• Le repos/la relaxation • La prise de médicaments • Regarder la télévision • Les loisirs • La réduction des activités • L'augmentation des activités • L'isolation
----------------	---	---

Source : Chabrol & Callahan (2018, p. 236)

3.2.3 Fonction parentale et style de coping chez l'enfant

Certains auteurs se sont intéressés à l'influence des relations parentales et de l'environnement familial sur l'adaptation de l'enfant. Dans ce sillage, Tremblay et al. (1999) notent que la présence de soutien parental à la suite d'une agression ou des événements de détresse psychologique est associée à une faible fréquence des comportements extériorisés et à une meilleure estime de soi chez les enfants de 7 à 12 ans.

Dans cette articulation, nous allons présenter tour à tour la fonction maternelle et la gestion du coping chez l'enfant et le cas de la fonction paternelle.

3.2.3.1 Fonction maternelle et style de coping de l'enfant

Dans leurs études sur la place de la dyade mère-enfant dans la régulation des émotions et de la détresse psychologique chez les enfants, Eisenberg et ses collaborateurs ont montré que les mères qui encouragent l'expression émotionnelle chez leurs enfants, facilitent chez ceux-ci des stratégies d'adaptation plus compétentes (coping d'approche). Par contre, les mères qui tendent à minimiser les émotions négatives chez leurs enfants, exposent ces derniers à des stratégies moins adaptées (coping évitant). Ces dernières sont à l'origine des incidents comportementaux à caractères agressifs lors des situations de détresse psychologiques chez leurs enfants (Eisenberg et al., 1992).

Dans la même lancée, Eisenberg et Fabes (1994) ajoutent que les mères qui encouragent leurs enfants à parler de leurs émotions et qui leurs offrent du réconfort face à leurs émotions négatives, permettent à ces petits d'agir d'une façon plus constructive à la détresse psychologique. C'est le cas des enfants qui ont tendance à argumenter (coping d'approche) plutôt que de faire appel à l'agression physique. Par contre, les mères qui minimisent la situation et punissent leurs enfants lors des expériences avec émotions négatives développent chez ceux-

ci une approche d'évitement plutôt que la ventilation leurs émotions lors d'une détresse psychologique (Eisenberg & Fabes, 1994).

Ces études d'Eisenberg et ses collègues tendent à simplifier ou à ignorer la fonction paternelle dans la mise sur pied des styles de coping adaptés chez l'enfant.

3.2.3.2 Fonction paternelle et style de coping chez l'enfant

En 1998, Harris et al. ont mené une étude longitudinale afin de montrer le rôle de la figure paternelle sur l'adaptation de l'enfant à sa détresse psychologique. Il ressort de leur travail que la proximité à la figure d'attachement agit comme un facteur de protection contre les comportements délinquants et la détresse psychologique de l'enfant en favorisant les comportements adaptatifs. Ces résultats révèlent également que la détérioration de la relation père-enfant est liée à la présence des comportements délinquants et des symptômes de dépression plus importants (Harris et al., 1998).

Plus récemment, Dubowitz et des collègues (2001) se sont intéressés au rôle paternel dans l'adaptation des enfants à travers une meilleure régulation des problèmes de comportements intériorisés et externalisés. Il ressort de cette étude qu'une perception de soutien de la figure paternelle par l'enfant est associée à moins de troubles de comportements et moins de symptômes dépressifs. Ces auteurs soulignent que la place de la figure paternelle est associée à un meilleur développement cognitif et à une meilleure estime de soi favorisant une bonne adaptation des enfants à la détresse psychologique (Dubowitz, et al., 2001). Ces résultats illustrent bien l'importance du rôle paternel sur l'adaptation des enfants sur le triple plan : du cognitif, du perceptif et de la compétence.

Toutefois, ces auteurs mettent un accent sur l'action conjuguée des deux parents (style parental collaboratif) auprès de l'enfant afin d'optimiser leurs styles adaptatifs en face des détresses psychologiques (Harris et al., 1998 ; Dubowitz et al., 2001).

PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre mettra en exergue les éléments clés qui permettront de recueillir toutes les informations nécessaires afin de résoudre le problème posé à travers une vérification empirique. Comme pour toute recherche qui se veut fiable, nous avons procédé par observation. Dans le cas d'espèce, nous essayerons de répondre aux trois inquiétudes suivantes : *observer quoi ? observer qui ? observer comment ?* (Campenhoudt & Quivy, 2011 ; N'da, 2015)

Dans notre démarche, nous allons circonscrire notre étude par un rappel de la problématique avant de situer le cadre de recherche, spécifier la méthode de collecte des données et les instruments qui nous ont permis de les collecter. Nous terminerons avec les considérations éthiques en passant par les méthodes d'analyse et les difficultés rencontrées.

4.1 BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, il est question pour nous de faire un bref rappel des éléments fondamentaux qui figurent dans la problématique.

4.1.1 Rappel du problème de recherche

Les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) sont fréquemment confrontés à des troubles psychologiques comorbides, tels que le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), ainsi que des troubles anxieux et dépressifs (Kendall & Owen, 2015). Parmi les comportements problématiques, l'agressivité (externe ou interne) est une manifestation courante, souvent liée à une frustration cognitive, des difficultés de communication et des tensions émotionnelles. Cette agressivité peut être exacerbée par un environnement non structuré ou des attitudes familiales extrêmes (hyperprotection ou rejet) (Zazzo, 1979). Selon La Réponse du Psy (2024), 35 % à 50 % des individus ayant une DI manifestent des troubles du comportement, impactant négativement leur qualité de vie et celle de leur entourage.

La mentalisation, qui désigne la capacité à comprendre et attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres, joue un rôle essentiel dans la gestion des émotions et des comportements (Fonagy, 1991). Chez les enfants avec DI, un déficit de mentalisation peut entraver la régulation émotionnelle et entraîner des stratégies de coping inefficaces, renforçant ainsi l'agressivité (Fonagy et al., 2002). Ces enfants, incapables d'exprimer verbalement leurs

besoins ou de comprendre les intentions des autres, peuvent recourir à des comportements agressifs pour gérer la frustration (Pagès, 2017).

Améliorer la mentalisation et les stratégies de coping pourrait donc offrir aux enfants avec DI des moyens plus adaptés pour gérer leurs émotions et leurs interactions sociales, réduisant ainsi les comportements agressifs. Un travail thérapeutique ciblé, prenant en compte ces déficits, pourrait favoriser une gestion plus fonctionnelle des émotions et une meilleure adaptation sociale, comme le soulignent plusieurs auteurs dans le cadre des thérapies axées sur la régulation émotionnelle et la compréhension des états mentaux (Fonagy et al., 2004).

La mentalisation, selon Mayi (2017), repose sur deux piliers : les représentations psychiques et les opérations de pensée, mais elle s'enracine fondamentalement dans le corps. Les représentations symbolisent les pulsions et affects, permettant de contenir l'angoisse. La pensée, quant à elle, régule les tensions internes et adapte le sujet au réel. Un échec de ce processus, surtout chez les personnes avec des troubles du développement, empêche la symbolisation des émotions, ce qui conduit à l'émergence de l'agressivité comme mode d'expression substitutif. L'agression devient alors une réponse comportementale à l'impossibilité de symboliser l'excitation interne.

La mentalisation permet de donner sens à ses actions et à celles des autres, ainsi que de traiter les émotions et organiser l'expérience (Grabbe et al., 2022). Elle constitue une ressource importante pour prévenir les actes impulsifs, en offrant un espace interne de réflexion. En ce sens, elle permet à l'enfant de mentaliser ses émotions, plutôt que de les exprimer par l'agression (Asen & Fonagy, 2016). Selon Schwarzer et al. (2021), la mentalisation joue un rôle crucial dans la gestion du stress, facilitant des stratégies de coping adaptatif. En améliorant l'élaboration symbolique des émotions, elle aide à orienter les individus vers des réponses plus adaptatives, telles que la reconfiguration cognitive ou la recherche de soutien social, plutôt que vers des comportements impulsifs ou évitants.

De ce qui précède, le problème posé par cette étude est donc celui de *la place de la mentalisation chez l'enfant présentant une déficience intellectuelle sur l'efficacité des stratégies de coping contre à l'émergence de comportements agressifs*.

4.1.2 Rappel de la question de recherche

Afin de résoudre le problème qui sous-tend notre recherche, nous nous sommes posé la question suivante : *en quoi le processus de mentalisation chez l'enfant DI impacte-t-elle sur*

son agressivité ? Autrement dit, quelle relation existe-t-il entre l'agressivité et le processus de mentalisation chez l'enfant DI ?

4.1.3 Rappel des hypothèses

Il s'agit pour nous de relever deux sortes d'hypothèses : l'hypothèse générale et les hypothèses de recherche. Une fois les variables de l'hypothèse générale opérationnalisées, ceci va nous éclairer sur les hypothèses de recherche propulseurs de nos travaux.

4.1.3.1 Hypothèse générale

De la question de recherche découle une hypothèse générale qui est la réponse provisoire à celle-ci. Cette hypothèse est la suivante : ***le processus de mentalisation impacte sur l'agressivité de l'enfant DI.***

Dans le but de mieux circonscrire et de rendre plus concret notre recherche, nous avons procédé à l'opérationnalisation des variables de notre hypothèse générale à travers leurs modalités et indicateurs. Toutes ces informations sont récapitulées dans le tableau synoptique.

➤ Variable indépendante (VI) : régulation du processus de mentalisation

✓ **Modalité 1** : *La régulation de la mentalisation de l'enfant DI par son coping d'approche*

▪ Indicateurs et indices :

- *Résolution des problèmes* (self-control, acceptation des responsabilités, réappréciation positive, ...)
- *Recherche du soutien social* (demander conseil ou de l'aide, raconter la situation stressante, parler de la situation à une grande personne)

✓ **Modalité 2** : *La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant*

▪ Indicateurs et indices :

- *Distanciation* (le déni, l'échappement, la distanciation)
- *Intériorisation* (se replier, pleurer, être inquiet)
- *Extériorisation* (crier, colère, s'en prendre aux autres)

➤ Variable médiatrice (VM) : processus de mentalisation

✓ **Modalité 1** : *Représentations*

▪ Indicateurs et indices :

- *Représentation des choses* (le signifiant, l'objet)
- *Représentation des mots* (le signifié, le sens en mouvement de l'objet)

✓ **Modalité 2 : Imaginaire**

▪ **Indicateurs et indices :**

- *Registre des images, des illusions*
- *Reconnaissance de soi dans l'image de l'autre*

✓ **Modalité 3 : Symbolisation**

▪ **Indicateurs et indices :**

- *Métaphore* (remplacement d'un signifiant par un autre par substitution)
- *Métonymie* (déplacement de sens dans une chaîne par glissement d'un signifiant à un autre)

➤ **Variable dépendante : agressivité**

✓ **Modalité 1 : agressivité directe**

▪ **Indicateurs et indices :**

- *Agressivité directe physique* (bousculer, contraindre, se griffer, ...)
- *Agressivité directe verbale* (crier ou hurler, insulter, menacer verbalement)
- *Agressivité directe non-verbale* (comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...)

✓ **Modalité 2 : agressivité indirecte**

▪ **Indicateurs et indices :**

- *Agressivité indirecte relationnelle ou verbale* (dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...)
- *Agressivité indirecte matérielle ou physique* (voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...)

4.1.3.2 Hypothèses de recherche

L'opérationnalisation des variables de l'hypothèse générale a permis d'avoir deux hypothèses de recherche à savoir :

HR₁ : *La régulation de la mentalisation de l'enfant DI par son coping d'approche impacte sur son agressivité.*

HR₂ : *La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant impacte sur son agressivité.*

Tableau 7 : Récapitulatif de l'opérationnalisation des variables, modalités, indicateurs et indices

Hypothèse générale	Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
<i>le processus de mentalisation impacte sur l'agressivité de l'enfant DI.</i>	VI : régulation du processus de mentalisation	<i>La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping par approche</i>	<i>Résolution des problèmes</i>	Self-control, acceptation des responsabilités, réappréciation positive, ...
			<i>Recherche du soutien social</i>	Demander conseil ou de l'aide, raconter la situation stressante, parler de la situation à une grande personne
		<i>La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant</i>	<i>Distanciation</i>	Le déni, l'échappement, la distanciation
			<i>Intériorisation</i>	Se replier, pleurer, être inquiet
			<i>Extériorisation</i>	Crier, colère, s'en prendre aux autres
	VM : processus de mentalisation	<i>Représentations</i>	<i>Représentation des choses</i>	le signifiant, l'objet
			<i>Représentation des mots</i>	le signifié, le sens en mouvement de l'objet
		<i>Imaginaire</i>	<i>Identification</i>	Registre des images, illusions
				Reconnaissance de soi dans l'image de l'autre
		<i>Symbolisation</i>	<i>Métaphore</i>	remplacement d'un signifiant par un autre par substitution
			<i>Métonymie</i>	déplacement de sens dans une chaîne par glissement d'un signifiant à un autre

	VD : Agressivité	<i>Agressivité directe</i>	<i>Agressivité directe physique</i>	Bousculer, contraindre, se griffer, ...
			<i>Agressivité directe verbale</i>	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement
			<i>Agressivité directe non-verbale</i>	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...
		<i>Agressivité indirecte</i>	<i>Agressivité indirecte relationnelle ou verbale</i>	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...
			<i>Agressivité indirecte matérielle ou physique</i>	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...

4.2 CADRE DE LA RECHERCHE

Il est question de montrer les jalons, les repères empiriques dans lequel et sur lesquels notre recherche va s'appliquer. Il s'agira pour nous de présenter et de justifier le site et la population de l'étude.

4.2.1 Site de l'étude

Les défis liés à la création d'une société Camerounaise inclusive concernent tous les secteurs de la vie, mais principalement le système éducatif qui a pour mission de poser les jalons de cette société inclusive.

Dans ce secteur éducatif, dont la prise en compte de la différence à tous les niveaux d'éducation, mais principalement au niveau de l'éducation de base est un impératif du système Camerounais.

Le CAF/CEBNF ESPOIR ont pour objectif, de relever les défis, en apportant des adaptations nécessaires pour rendre possible l'alphabétisation des personnes en situation des handicaps mentaux, et les autres, à besoins spécifiques. Au regard des résultats sur le terrain, les espoirs sont permis.

En effet, en ce jour, le CAF/CEBNF ESPOIR a pris en charge plus d'une cinquantaine des jeunes en situation des handicaps mentaux et a mené des actions éducatives visant l'autonomisation et la création des activités génératrices des revenus (AGR) auprès de plusieurs autres, notamment les Femmes. Le présent rapport fait état de toutes les activités des CAF et CEBNF ESPOIR en 2024. Nous pensons que, cette nouvelle année, les solutions pourront être trouvées pour lever les difficultés qui ont émaillées l'année passée, pour nous permettre de repousser d'avantage les limites de l'impossible.

4.2.1.1 Présentation du CAF/CEBNF ESPOIR

Le Centre d'Alphabétisation Fonctionnel ESPOIR et le Centre d'Education de Base Non Formelle ESPOIR (CAF et CEBNF ESPOIR) sont des structures éducatives chargées de la prise en charge éducative des personnes à besoins spécifiques, notamment celles en situation des handicaps mentaux, analphabètes et en décrochage scolaire.

Son siège est situé à Yaoundé 4, au quartier MIMBOMAN LIBERTE, non loin du Commissariat Central N°4.

Il vise l'autonomisation de la personne à besoins spécifiques à travers les objectifs spécifiques liés à chaque catégorie d'utilisateur et d'activité. Ces objectifs spécifiques sont, d'une part la valorisation de la personne en situation de handicap par l'alphabétisation (classique et

fonctionnel) et l'accompagnement à l'insertion socioprofessionnel, et de l'autre la sensibilisation du grand public quant aux handicaps mentaux et la responsabilisation de la société en général en ce qui concerne les personnes en situation des handicaps en général et des handicaps mentaux en particulier.

4.2.1.2 Population cible

Une diversité des populations faisant face soit à la discrimination ou aux autres difficultés d'intégration sociale intéresse Le CAF/CEBNF ESPOIR. En effet, la justice sociale, l'insertion sociale et le vivre ensemble pour tous est la préoccupation principale du CAF/CEBNF ESPOIR. Mais au regard des difficultés qu'éprouvent les sujets en situation des handicaps mentaux et autres à besoins spécifiques (femmes, jeunes en décrochage scolaire ou en abandon scolaire) issus des familles pauvres à pouvoir s'épanouir et à avoir une bonne qualité de vie et une pleine participation sociale, le CAF/CEBNF ESPOIR met un accent particulier sur la «prise en charge des personnes vulnérables issues des familles pauvres. »

Ils s'intéressent en particulier aux jeunes déficients intellectuels qu'ils prennent en charge dans les Complexe ESPOIR (CEBNF et CAF) sur le plan éducatif (Formation scolaire de base, formation professionnel, accompagnement à l'insertion socioprofessionnel et la rééducation), la sensibilisation et la prévention des handicaps en général et du handicap mental en particulier (éducation populaire pour le développement des comportements de santé et l'évitement des comportements à risques, l'accompagnement à la surveillance de la courbe de croissance, ...).

4.2.1.3 Activités

Le CAF/CEBNF ESPOIR mène principalement deux types d'activités et chacune d'entre elle a ses objectifs propres et mobilise un ensemble des ressources (humaines).

4.2.1.3.1. Education

L'éducation est l'une de nos activités principales aux côtés de la sensibilisation qui, en fait, est également un volet éducatif. Elle s'effectue principalement dans son complexe éducatif ESPOIR et dans d'autres cadres pour la décontextualisation des apprentissages et de l'accommodation à des environnements de travail.

Le complexe éducatif ESPOIR est constitué de deux entités éducatives avec des objectifs bien distincts compte tenue des populations ciblées respectivement par chacune d'entre elles.

Nous avons :

a) LE CEBNF ESPOIR

Le Centre d'Education de Base Non Formelle (CEBNF) ESPOIR est le centre éducatif qui s'occupe de la petite enfance.

Il a pour objectifs :

- L'amélioration de la courbe de croissance de l'enfant par les stimulations précoces.
- L'apprentissage des comportements adaptatifs primaires et la préparation à l'insertion scolaire.

Le CEBNF s'occupe aussi bien des enfants inscrits régulièrement dans le centre, que de ceux extérieurs dans les cadres du suivi à domicile ou du conseil et guidance parentale pour une croissance harmonieuse. En effet, nous estimons qu'il vaut mieux prévenir que guérir. En dehors des enfants qui sont la cible principale du CEBNF, il s'occupe également des parents qui constituent les relais éducatifs des enfants en situation des handicaps ou à risque de le devenir.

b) LE CAF ESPOIR

Le Centre d'Alphabétisation Fonctionnelle (CAF) espoir est la structure éducative qui s'occupe de l'adolescence et des adultes. Il est chargé des apprentissages classiques et fonctionnels auprès des personnes (ado et adultes en situation des déficiences instinctuelles, de ceux en inadaptation scolaire et en décrochage scolaire. Sa mission se résume autour de la transmission des savoirs, des savoir-faire et aussi à l'accompagnement à l'insertion socioprofessionnel (par l'élaboration des projets de vie, la création des AGR, ...)

Depuis la création du Complexe Espoir, il a déjà pris en charge plus d'une cinquantaine d'apprenants et les résultats sont très palpables.

La CAF/CEBNF ESPOIR organise aussi dans son complexe éducatif des enseignements pour les personnels de prise en charge (en institution ou au privé) des enfants et personnes en situation des handicaps mentaux. Il encadre aussi les étudiants chercheurs des structures universitaires (Yaoundé1, Yaoundé2, ...) et autres écoles (privés et publics) dans le cadre de leurs stages de diverses natures dans les différents domaines d'accompagnement des personnes à besoins spécifiques (master1, master2, doctorat, ...).

Nous reviendrons avec plus de détails sur les activités menées au CAF et CEBNF ESPOIR au point 2.

4.2.1.3.2. Sensibilisation

La sensibilisation est l'une des activités principales de l'CAF/CEBNF ESPOIR. Il permet de porter l'information sur le Handicap mental et sur l'inclusion en général à toute la population du Cameroun. C'est l'un des moyens par lesquels l'intégration sociale tant recherchée est possible.

Néanmoins, au regard du calendrier très chargé des acteurs de l'CAF/CEBNF ESPOIR ainsi que des difficultés liées au terrain, les activités de sensibilisation dans des écoles, centres de santé et autres, n'ont pas eu lieu en tant que tel cette année. La sensibilisation cette année était principalement faite au moyen des tracts et quelques passages aux médias.

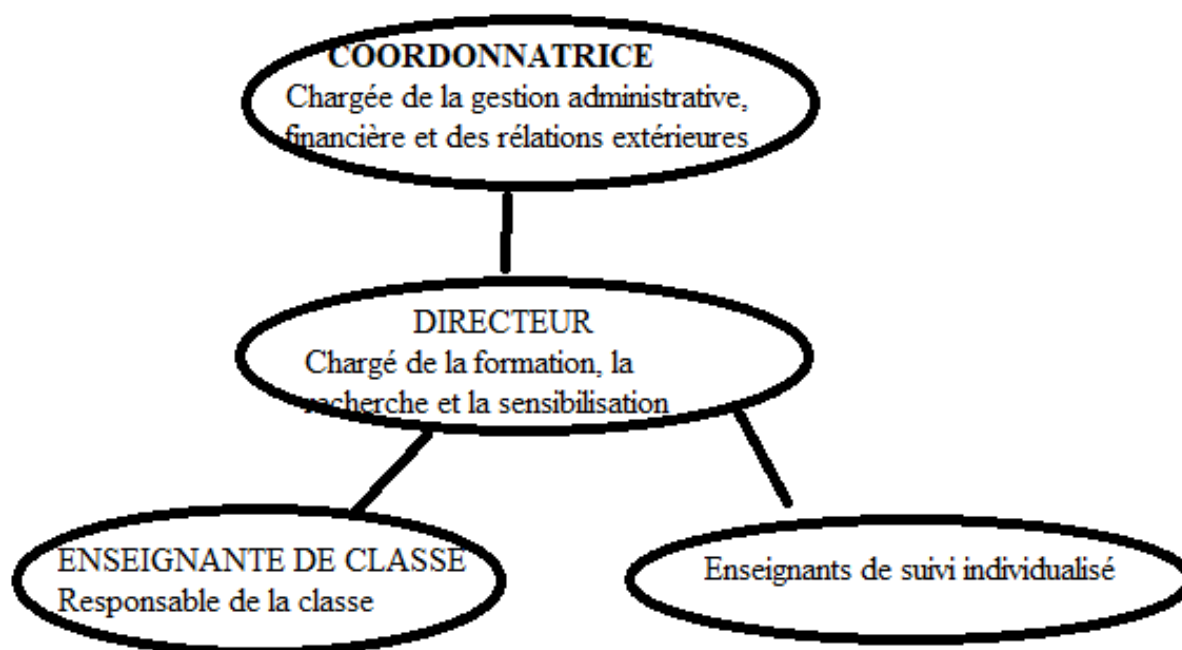
En effet, dans le cadre de la formation continue et renforcement des capacités des encadreurs du centre, la formation des encadreurs du CAF/CEBNF ESPOIR dans le domaine de l'agropastorale urbaine et écologique, enseignement à transmettre aux apprenants, ainsi que des séminaires internes sur les adaptations pédagogiques ont été privilégiés.

Nous reviendrons sur le volet sensibilisation avec plus de détails au point 3.

En somme, en dépit des difficultés rencontrées par le CAF/CEBNF ESPOIR pour son fonctionnement optimal, un effort considérable a été fait pour que les activités soient menées dans tous les domaines.

4.2.1.4 L'organisation administrative du CAF/CEBNF ESPOIR

Elle est récapitulée sur la figure ci-contre :



4.2.2 Population de l'étude

Dans chaque type de recherche, la sélection de participants doit obéir à un certain nombre de critères en fonction du type d'échantillonnage. Ces critères sont généralement regroupés en deux catégories à savoir les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. Il est question pour nous dans cette partie de présenter les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont régis la sélection des participantes de cette recherche. La population de notre étude est constituée des enfants *DI* du CAF/CEBNF ESPOIR.

4.2.2.1 Technique d'échantillonnage

Pour Deslauriers (1991), la technique d'échantillonnage en recherche qualitative se démarque des autres recherches à cause de sa vigueur. Il précise à cet effet que la méthode d'échantillonnage qui sied à la recherche qualitative est l'échantillonnage non probabiliste car elle cherche à « *reproduire le plus fidèlement possible la population globale en tenant compte des caractéristiques connues de cette dernière* ».

Dans le cadre de notre étude, Cependant, un autre type d'échantillonnage, plus spécifique et réfléchi, est l'échantillonnage par choix raisonné. Dans cette approche, les chercheurs sélectionnent délibérément les participants en fonction de critères précis liés à l'objectif de l'étude. Ce type d'échantillonnage est souvent utilisé lorsque l'on cherche à explorer des groupes spécifiques ayant des caractéristiques ou des expériences particulières qui sont considérées comme essentielles pour l'étude. Par exemple, on pourrait choisir un échantillon de personnes présentant un trouble spécifique, comme la déficience intellectuelle, en raison de leur pertinence pour le sujet de recherche.

Selon Marshall (1996), l'échantillonnage par choix raisonné « *implique une sélection délibérée de participants qui possèdent certaines caractéristiques particulières pertinentes pour l'étude, permettant d'accéder à une perspective plus approfondie et significative* » (p. 523). Ce type d'échantillonnage permet aux chercheurs de cibler des participants qui peuvent offrir des informations riches et contextuellement pertinentes, contribuant ainsi à une meilleure compréhension du phénomène étudié.

Ainsi, l'échantillonnage par choix raisonné est particulièrement adapté lorsque l'on cherche à comprendre des phénomènes complexes, à étudier des groupes spécifiques ou à explorer des situations particulières dans lesquelles les participants jouent un rôle crucial dans l'étude.

4.2.2.2 Critères de sélection

Ici, il est question pour nous de présenter les conditions à remplir pour être compté parmi les participants à cette étude. En ce qui concerne le développement de l'agressivité chez les enfants, Laffargue (2016) explique qu'il existerait deux grands pics du comportement agressif chez l'enfant séparé par un stade plus ou moins calme. Il s'agit du stade de la *prime enfance* (0-5 ans) au cours duquel on rencontre le plus grands pics de comportements agressifs chez l'enfant. Après la période oedipienne, survient le *stade de latence* (5-12 ans) qui va permettre à l'enfant d'orienter sa libido vers le groupe de pairs à travers la socialisation et un déclin de l'agressivité extériorisée pour celle *socialisée*. Enfin le dernier stade qui es celui de *l'adolescence*, aux alentours de 12 ans, avec les changements anatomiques et physiologiques, les pulsions sexuelles vont a nouveau donner libre cours à l'agressivité très direct extériorisée. Cette crise adolescente qui va s'accompagner d'une crise narcissique identitaire intense marqué par des comportements oppositionnels.

Nos critères d'inclusion sont les suivants :

- Être un enfant ou adolescent *DI* (trisomique 21) âgé entre 6 et 12 ans ;
- Avoir un QI entre 40 et 45
- Être régulièrement inscrit ;
- Être capable de participer aux activités artistiques du centre ;
- Avoir reçu le consentement de l'un de ses parents ;
- Avoir la disponibilité de son éducateur spécialisé pour un entretien.

Sont exclus de cette étude, les enfants *DI* qui ne respectent pas les critères sus-évoqués.

4.2.2.3 Participants de l'étude et caractéristiques

Ici, il s'agit de présenter les participants qui ont été retenues car respectant nos critères d'inclusions. Ainsi, nous avons sélectionnés 4 participants (dont nous avons codifiés les noms) par ayant des caractéristiques bien singulières. Les caractéristiques de ces participants ont été présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Résumé des caractéristiques de notre groupe de recherche

Participants Caractéristiques	Arthur	Mary	Lancelot	Jeanne
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Âge	9 ans	8 ans	12 ans	10 ans
Quotient Intellectuel	40	42	45	43
Origine ethnique	Eton	Bamiléké	Bamoun	Bassa
Classe	CP spécial	CP spécial	CE2 spécial	CE1 spécial

4.3 TYPE ET MÉTHODE DE RECHERCHE

D'après Aubin-Auger et ses collaborateurs (2008), le choix du type de recherche relève d'une démarche scientifique allant de l'élaboration de question de recherche, son hypothèse à une méthode adéquate pour y répondre.

4.3.1 Type de recherche

Dans cette étude, nous ferons usage d'une recherche de type qualitative dont le but premier n'est pas de quantifier ou de mesurer, mais de produire et d'analyser des données verbales telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observatoires des personnes. Elle est intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Aussi, ce type de recherche, soutien Aubin-Auger et ses collègues, permet d'explorer les émotions, les sentiments des participants, ainsi que leurs comportements et expériences personnelles.

Selon Fortin et al. (2006), les études qualitatives « *visent à décrire un phénomène encore mal connu et de le définir afin de l'explorer en profondeur* ». La recherche qualitative est holistique à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Pour N'Da (2015), « *elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux* » (p. 159).

4.3.2 Méthode de recherche : la méthode clinique

Fernandez et Pedinielli (2006) précisent que le type de recherche en psychologie clinique tient compte d'un champ qui est celui de la psychopathologie et d'une méthode qui est celle clinique. Dans cette étude, nous faisons usage de la méthode clinique qui s'inscrit dans la recherche qualitative.

Selon ces auteurs, le but de la méthode clinique serait de « (...) répondre à des situations concrètes des sujets souffrants (...) » tout en spécifiant la technique à utiliser, « (...) se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer ». Ainsi, la méthode clinique se caractérise d'abord par le souci de singulariser les faits psychologiques (individuels ou collectifs) qu'elle se propose d'étudier. Elle s'intéresse à l'étude, à l'évaluation, et au diagnostic, aussi bien des sujets sains que des sujets malades, à qui elle propose une aide, une écoute, et un support dans la connaissance de soi, et dans le traitement de la souffrance psychique. Son cadre, est plus large que celui de la psychopathologie et du traitement des troubles mentaux identifiés ; elle s'applique aussi bien au désordre de la conduite qu'aux conduites adaptées.

La méthode clinique s'intéresse à deux niveaux complémentaires dont le premier qui est celui de la technique, vise à fournir les informations empiriques sur le problème de recherche posé à travers les entretiens, les tests et les échelles (cf. section 4.4) ; et le second à travers l'étude de cas, vise à comprendre les participants via une analyse approfondie et exhaustive (Fernandez & Pedinielli, 2006).

4.3.2.1 L'étude de cas

C'est l'observation approfondie et prolongée d'un individu dans le but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leurs relations. Nous ferons usage de l'étude de cas *exploratoire* car il est question ici d'explorer l'agressivité chez les enfants *DI* et de découvrir de nouvelles causalités dans sa gestion à partir d'une approche théorique bien précise (Schauder, 2012). L'étude de cas vise à répondre à trois question type à savoir *quoi ? comment ? pourquoi ?* Ainsi, Schauder précise, en ce qui concerne l'étude de cas, que :

Contrairement à la recherche armée par les batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment plutôt en mots qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée (...) cherche à bâtir de bons exemples que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer.

Les avantages de l'étude de cas en psychologie clinique sont : d'être près de la réalité concrète ; d'être très souple, de laisser s'établir un contact affectif et émerger une foule de connexions entre faits, événements, passés et présents ; de permettre la description de phénomènes rares ; de fournir des hypothèses ; et de permettre d'en infirmer certaines (Bartalier, 2018).

Les inconvénients de l'étude de cas résident dans l'attention et la mémoire sélective du patient et du thérapeute, dans la difficulté, voire l'impossibilité, de répéter les observations faites (afin de les contrôler), et par là la difficulté de généraliser ce qui a été observé sur un cas à un autre. Sa faiblesse à confirmer des liens de causalité (suite à la difficulté d'isoler des causes et de contrôler des hypothèses alternatives) est un autre désavantage majeur. Il faudra donc avoir recours à d'autres méthodes pour confirmer les hypothèses conçues au niveau de l'étude de cas (Bartalier).

4.4 OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Comme précisé dans la section précédente, il est question ici du premier niveau de la méthode clinique, c'est-à-dire les techniques de collecte des données empiriques. Il est

important de souligner que Pelchat et ses collaborateurs (2008) mettent en exergue, dans l'étude chez les personnes déficientes, la justesse de collecter les données de l'enfant aussi bien chez ce dernier que chez ses parents et les professionnels de santé.

Dans le sillage de cette étude, nous utiliserons quatre outils de collecte des données à partir de deux techniques : l'entretien clinique armée (car accompagnée de deux échelles) et l'observation.

4.4.1 L'entretien clinique : entretien à main armée

L'entretien instrumental est une forme spécifique d'entretien clinique utilisé dans le champ de la psychologie, en particulier dans les dispositifs d'évaluation et de prise en charge psychologique. Contrairement à l'entretien dit « à main nue », qui repose essentiellement sur la parole libre et l'écoute flottante du clinicien, l'entretien instrumental fait appel à des outils ou des dispositifs spécifiques (tests psychométriques, grilles d'analyse, supports projectifs, etc.) pour soutenir la rencontre clinique (Chiland, 2015).

4.4.1.1 Entretien clinique

L'entretien clinique constitue une méthode privilégiée de recueil de données pour le psychologue clinicien. Il repose sur une communication asymétrique, à la fois verbale et non verbale, visant à accéder à la compréhension du fonctionnement psychique de la personne interrogée (Chiland, 2015). Cette technique permet d'obtenir des informations approfondies en vue d'envisager une prise en charge adaptée du patient.

Dans le cadre de la présente recherche, l'entretien clinique est utilisé à des fins scientifiques. Il s'agit en effet d'explorer le fonctionnement psychique des participants afin de contribuer à l'enrichissement des connaissances théoriques en psychopathologie, en particulier chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. Cette démarche vise également à étoffer les pratiques cliniques et à promouvoir une meilleure inclusion sociale des personnes en situation de handicap.

Selon l'objectif poursuivi, on distingue trois formes d'entretien clinique :

- L'entretien **directif**, orienté par un protocole structuré dans le but d'obtenir des données précises ;
- L'entretien **non-directif**, qui privilégie la construction d'un lien relationnel permettant d'aboutir à une alliance thérapeutique ;

- L'entretien **semi-directif**, qui combine rigueur méthodologique et souplesse relationnelle pour recueillir des données qualitatives pertinentes dans un cadre de recherche.

Pour ce travail, l'entretien semi-directif a été retenu. Ce choix permet de structurer la collecte de données en fonction de notre problématique tout en laissant aux participants la liberté d'exprimer leur vécu. Un guide d'entretien a été élaboré afin d'encadrer les échanges sans en restreindre la spontanéité.

Par ailleurs, la spécificité de l'entretien avec les enfants nécessite certaines précautions. Chiland (2015) ainsi que Chouvier et Attigui (2016) insistent sur la nécessité d'un travail préparatoire impliquant les professionnels en charge de l'enfant (enseignants, éducateurs, soignants). Cette étape permet de mieux cerner les manifestations symptomatiques ou les difficultés émergentes dans les contextes scolaires, l'enfant étant d'abord envisagé comme objet du discours avant d'être sujet de la parole.

Dans notre étude, notre guide d'entretien comporte trois thèmes et de nombreux sous-thèmes présenté de la manière suivante (cf. annexe 3) :

Préambule

Identification

Thème 1 : Agressivité

Thème 2 : Processus de mentalisation

Thème 3 : Régulation du processus de mentalisation (coping)

Nguimfack et Scelles (2017) mettent en lumière les limites de l'entretien clinique à main nue d'où la nécessité, en contexte de déficience intellectuelle, de faire appel à une clinique armée associée à l'observation directe afin de prêter plus attention aux non-dits en situation réelle. Ces limites sont :

- Mobilisation et renforcement des défenses du sujet, risquant de bloquer le processus évolutif ou d'être pathogène.
- Pression pour obtenir des résultats rapides, pouvant conduire à des interprétations inadaptées et autoritaires.
- Application rigide de la technique (non-directivité excessive), érigée en mur de non-communication.
- Absence d'instruments standardisés, repos exclusif sur la subjectivité et les biais du clinicien.

4.4.1.2 Les questionnaires

Afin de mesurer nos différentes variables, nous ferons usage de deux échelles dont une mesure l'agressivité chez l'enfant et un autre le processus de mentalisation via le coping.

4.4.1.2.1. *Overt Aggression Scale (OAS) ou échelle d'agression manifeste*

Cet outil a été développée en Yudofsky en 1986 pour mesurer les comportements agressifs de la population générale chez l'adulte et l'enfant par le personnel soignant ou les enseignants. L'agressivité est divisée en quatre catégories : agressivité verbale, physique contre les objets, physique contre soi, physique contre les autres. Son utilisation a été validée chez des patients adultes hospitalisés et atteints d'une maladie neuropsychiatrique chronique et d'agressivité notoire (Hellings et al., 2005).

Elle a ensuite été reprise, ajoutée et traduite par Gilles Côté et ses collaborateurs. Aux quatre éléments sus-cités, ils y ont ajouté l'agressivité non-verbale envers autrui. Cette nouvelle modification a été validé auprès des enfants et les adultes en 2003 à Montréal (Côté et al., 2003).

4.4.1.2.2. *Self-Report Coping Scale (SRCS-P) ou questionnaire sur les stratégies d'adaptation version Parent et/ou Professionnel*

Ce questionnaire a été développé en 1992 par Causey et Dubow, puis traduit en 2007 par Hébert et Daignault au Québec afin d'évaluer les stratégies d'adaptation chez les enfants de 7 à 12 ans passant par leurs parents ou professionnels (éducateurs ou responsables des soins) ; sa conceptualisation est basée sur les stratégies d'approche / d'évitement de Roth et Cohen et sur la distinction intériorisation / extériorisation d'Ebata et Moos. Il est constitué de 20 énoncés (dont la version longue est de 34 énoncés) de type Likert à 5 points (1 jamais, 2 presque jamais, 3 quelques fois, 4 la plupart du temps et 5 toujours) et réparti en 5 sous-échelles à savoir : *recherche du soutien social et résolution de problème (coping d'approche)* d'une part et d'autre part la distanciation, l'intériorisation et l'extériorisation (**coping évitant**) (Hébert & Daignault, 2007).

En ce qui concerne les degrés de consistance interne (Alpha de Cronbach) de ce questionnaire réalisé par les auteurs d'origine est satisfaisant car varient entre 0,68 et 0,84. Sa stabilité test-retest fournit une estimation variante entre 0,58 et 0,78. Pour la traduction de Hébert et Daignault, la consistance interne est acceptable car varie entre 0,72 et 0,86. En ce qui concerne la fidélité test-retest, elle est moyenne pour les sous-échelles recherche du soutien social, extériorisation et résolution de problème (entre 0,71 et 0,75) et faible pour celles d'intériorisation et de distanciation (entre 0,4 et 0,59).

4.4.2 L'observation

L'observation constitue un premier moyen d'accéder au réel, bien que ce que l'on perçoit par les sens ne soit qu'un fragment de la réalité globale (Cyrulnik, 2002). Elle consiste à inventorier le réel par l'intermédiaire de la perception. Cependant, comme le souligne Pedinielli (1994), la notion d'« observation » demeure ambivalente, car elle renvoie à la fois au processus perceptif et à celui de description. Observer implique non seulement une attention dirigée vers certains éléments du réel, mais également une activité cognitive qui interprète l'information perçue (Pedinielli & Fernandez, 2007). En ce sens, Legendre (2005) définit l'observation comme une démarche systématique d'attention portée sur un objet dans le but de repérer des faits spécifiques permettant une meilleure compréhension (p. 963).

Lorsqu'il s'agit d'étudier le comportement humain, l'observation cible notamment les mouvements, les comportements et les réactions en lien avec une situation précise (Benedetto, 2007). Pour Vayer, Roncin et Coelho (1990), « *l'observation est la considération des actions, des comportements, des productions de la personne ou d'un groupe de personnes. Elle n'a de valeur que pour autant qu'on observe les phénomènes tels qu'ils se produisent sans volonté de les modifier, du moins dans l'immédiat* » (p. 15).

4.4.2.1 Observation en psychologie : grille d'observation

Dans les sciences humaines, plusieurs types d'observation sont utilisés pour étudier le comportement : l'observation directe, l'observation participante, l'observation indirecte et l'observation systématique (Pronovost et al., 2013). Dans le cadre de cette recherche, l'observation directe sera privilégiée, car elle permet de suivre les enfants présentant une déficience intellectuelle dans leur environnement habituel (milieu scolaire), en lien avec leurs comportements agressifs et les stratégies qu'ils mobilisent pour y faire face. Ces situations sont propices à une meilleure élaboration de leurs capacités de mentalisation.

Charlebois (1989) précise que pour qu'une observation directe soit réellement utile, trois conditions doivent être réunies :

- *les comportements ciblés doivent être significatifs* : ayant un impact sur le développement ;
- *visibles* : reconnaissables par l'intervenant et l'enfant ;
- *transformables* : fréquents et susceptibles d'être modifiés par un accompagnement adapté.

Ainsi, les comportements inadaptés deviennent des indicateurs précieux du potentiel comportemental positif à renforcer. Étant donné les qualités requises pour une grille d'observation, notre étude va essentiellement se baser sur l'agressivité (qui est le comportement ciblé) et le coping (qui est l'élément qui va moduler la transformation). Cette grille d'analyse est présentée en annexe 6. En outre, un élément est indispensable à cette transformation : il s'agit de la situation d'amorçage ou activation.

4.4.2.2 Amorçage ou activation : le perlage

Le perlage, ou beadworking, est une technique artisanale qui consiste à assembler des perles pour créer des objets décoratifs ou symboliques. Traditionnellement pratiqué dans diverses cultures du monde, le perlage a gagné en reconnaissance dans le domaine de la santé mentale, notamment pour ses bienfaits psychologiques. Il est aujourd'hui largement utilisé en art-thérapie comme outil de soin, d'expression et de reconstruction identitaire.

Le perlage agit comme une forme de médiation thérapeutique mobilisant la concentration, la motricité, l'expression de soi et la créativité. Selon Išerić (2025), « *les activités comme le perlage peuvent créer un espace méditatif qui réduit les tensions mentales et favorise le calme intérieur* » (p. 45). Cette pratique réduit le stress, améliore l'estime de soi et aide à canaliser les émotions.

Gray (2017) note que « *le travail répétitif de sélection et d'assemblage des perles mobilise la motricité fine et l'attention soutenue, ce qui le rend particulièrement bénéfique pour les personnes âgées ou souffrant de troubles cognitifs* » (p. 112). Par ailleurs, la production d'un objet tangible renforce la confiance en soi, notamment chez des publics en situation de fragilité psychique (Tremblay & Ellington, 2022).

Le perlage est aujourd'hui largement intégré aux dispositifs d'art-thérapie en milieu hospitalier, en gérontologie, dans les structures de santé mentale et dans les communautés autochtones. Il offre un espace de création sécurisé et structuré qui favorise l'expression émotionnelle. Pour Gray (2017), « *dans les communautés autochtones, le perlage joue un rôle de guérison identitaire ; il relie l'individu à son histoire et à sa culture, tout en favorisant une cohésion sociale essentielle à la reconstruction après des traumatismes collectifs* » (p. 203).

Dans les ateliers d'art-thérapie, cette pratique permet de développer une narration personnelle au travers de l'objet créé. Elle devient un prolongement du corps, de la mémoire et des affects. Le perlage est donc bien plus qu'un loisir : il devient un langage symbolique, un vecteur de résilience et d'émancipation psychologique.

4.5 LA DÉMARCHE DE COLLECTE

La démarche relative à la collecte s'est déroulée en deux phases : une dite de pré-validation du questionnaire qui est la pré-enquête et l'autre la collecte des données proprement dites : c'est l'enquête. La première phase a été effectuée une fois que le questionnaire a été validé par le directeur de la recherche ; puis suivra immédiatement la phase de collecte proprement dite.

4.5.1 La pré-enquête

La pré-enquête a été effectuée du 18 au 22 Novembre 2024 auprès de 2 enseignants d'enfants *DI* au sein Cesam Crera d'Omnisport où nous avons passé nos outils aux éducateurs des enfants *DI*. Cette phase a suscité la reformulation de certaines questions de notre instrument afin de nous assurer de la cohérence de nos questions.

4.5.2 L'enquête

Elle a été réalisée à la CAF/CEBNF ESPOIR de Mimboman, entre le 25 Novembre 2024 et le 14 Mars 2025. Nous avons pris attache avec le directeur de la CAF/CEBNF ESPOIR. Durant chaque enquête, nous avons tenu à respecter le temps accordé à chaque éducateur des enfants *DI*. Les entrevues se sont déroulées dans le calme, dans un espace aménagé à cet effet. Nous avons procédé à l'observation de nos quatre participants durant trois (03) mois à l'aide de notre grille d'observation grâce aux activités artistiques et plus particulièrement l'activité de perlage (amorce). L'entretien avec les éducateurs a été fait avant la mise sur pied de l'amorce pour notre étude et les échelles (SRCS et OAS) ont été à notre arrivé et à la fin de la collecte de nos données.

L'enquête s'est déroulée en trois phases : tout d'abord nous avons effectué des entretiens les éducateurs spécialisés des enfants *DI* ; par la suite, nous avons passés les questionnaires SRCS-P et OAS aux mêmes éducateurs ; et enfin nous avons observé nos participants déficients intellectuels durant 3 mois à raison de 2 fois par semaine.

4.6 MÉTHODE D'ANALYSE

Dans le cadre de ce travail, nous aurons quatre outils de collecte de données : l'entretien, le Overt Aggression Scale (OAS), le Self-Coping Report Scale (SCRS) et l'observation. Ce qui implique l'utilisation de deux méthodes d'analyse, l'une analysant les données issues des entretiens et l'autre analysant les données des trois échelles suscitées.

4.6.1 Méthode d'analyse des entretiens : analyse de contenu thématique

La méthode d'analyse utilisée pour les données est l'analyse de contenu. C'est un instrument d'investigation et d'analyse, pour la description objective, systématique, quantitative et/ou qualitative du contenu manifeste et latent des communications, dans le but de les interpréter. Quantitative, elle s'étend sur un grand nombre d'informations et se donne pour tâche de repérer la fréquence d'apparition de certains items cibles du discours. Qualitative, elle analyse peu de texte, mais de façon détaillée, et s'appesantit aussi bien sur les éléments du discours que sur les articulations qui les relient. Les deux modalités du discours qui sont prises en compte sont : le contenu latent ou l'énoncé, ce qui est dit en fond, le message même que transmet ou veut transmettre celui qui parle ; et le contenu manifeste, l'énonciation, la forme que prend le discours, la façon dont le message est formulé et dit (Leray, 2008).

L'analyse de contenu thématique découpe ce qui d'un entretien à l'autre se réfère au même thème. Autrement dit, 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 (contenu). On tient compte du contenu des messages afin de pouvoir les comparer avec d'autres entretiens. Elle permet de dégager la structure, les processus et les thématiques propres à chacun des sous-groupes qui composent la population. Elle doit s'appuyer sur ce que le sujet a dit, pour être objective. Le texte est découpé en unités d'enregistrement renvoyant parfois à des unités supérieures qualifiées généralement de thèmes. Cela permet de ramener le texte à des proportions raisonnables tout en conservant son sens. Cela permet aussi de comparer le texte avec d'autres textes (Deslauriers, 1991).

Pour procéder à l'analyse, nous avons construit une grille d'analyse identique pour tous les sujets. Nous avons recherché les éléments du discours du sujet permettant d'évaluer l'aptitude à la représentation et à la liaison. Pour ce faire nous avons analysé les différentes dimensions du fonctionnement psychique des sujets, il s'agit notamment du rapport à soi, à l'autre, au corps et à la maladie.

Tableau 9 : grille d'analyse des entretiens

Thème	Code	Indicateurs	Code	Observation	
				-	+
Régulation du processus de mentalisation via le coping par approche (E)	E1	Self-control	E1a		
		Accepter ses responsabilités	E1b		
		Réappréciation positive	E1c		
		Planification de solutions et résolutions	E1d		
		Entreprendre des actions pour corriger le problème (prier, s'excuser ou dire la vérité, ...)	E1e		
	E2	Demander conseil ou de l'aide	E2a		
		Raconter la situation stressante	E2b		
		Parler de la situation à une grande personne	E2c		
Processus de mentalisation via le coping évitement (F)	F1	Le déni	F1a		
		La distanciation (regarder la télévision, faire un jeu, écouter la musique)	F1b		
		Échappement (s'isoler, partir, ...)	F1c		
	F2	Se replier	F2a		
		Pleurer	F2b		
		Être inquiet	F2c		
	F3	Crier	F3a		
		Colère	F3b		
		S'en prendre aux autres	F3c		

Processus de mentalisation	G1	le signifiant, l'objet	G1a		
		le signifié, le sens en mouvement de l'objet	G1b		
	G2	Registre des images, illusions	G2a		
		Reconnaissance de soi dans l'image de l'autre	G2b		
	G3	déplacement de sens dans une chaîne par glissement d'un signifiant à un autre	G3a		
		le signifiant, l'objet	G3b		
Agressivité (H)	H1	Faire trébucher, bousculer	H1a		
		Frapper, contraindre	H1b		
		Cracher sur les autres, mordre ou tirer les cheveux des autres	H1c		
		Se mordre, se frapper, se griffer	H1d		
		Crier ou hurler	H1e		
		Insulter, se moquer méchamment	H1f		
		Menacer (verbalement, du regard)	H1g		
	H2	Voler	H2a		
		Briser des objets personnels	H2b		
		Déchirer les livres, cahiers, ...	H2c		
		Propager des rumeurs	H2d		
		Dénigrer une personne en son absence	H2e		
		Être désobéissant	H2f		

4.6.2 Méthode d'analyse des questionnaires

La méthode d'analyse des échelles diffère d'une échelle à une autre à cause de la spécificité de chacune.

4.6.2.1 Over Agression Scale

Les données de cette échelle sont cotées en fonction la gravité et de l'intensité de chacun des sous-échelles. Ainsi, pour l'agression verbale et celle non-verbale envers autrui se cote de 1 à 4 ; l'agression physique contre soi et contre autrui se cote de 3 à 6 et enfin l'agression contre les objets se cote de 2 à 5. Le score total se trouve par sommation de tous les scores des catégories. Si le score total d'un participant varie entre 15 et 25, il est considéré comme agressif. Par contre, si son score total est inférieur 15 il n'est pas considéré comme étant agressif.

4.6.2.2 Self-Report Coping Scale

En ce qui concerne l'analyse de cet instrument, Causey et Dubow (1992) soulignent qu'elle se fait à travers les deux grands groupes de coping à savoir celui par approche et celui par évitement. Pour un participant ayant obtenu un score total supérieur ou égal 22 pour le coping par approche et 28 pour celui par évitement utilise efficacement ces mécanismes. Par contre, celui ayant un score inférieur à ces derniers ne fait pas efficacement l'usage de ces mécanismes face à des situations stressantes.

4.7 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Toute recherche scientifique sur le terrain présente des difficultés qu'il faut surmonter pour pouvoir continuer. Nous n'entrons pas dans les détails. Mais les difficultés majeures qui méritent d'être soulignées sont celles de la collecte des données (car les parents des enfants étaient réticents pour marquer leur accord pour la participation de leurs enfants), traitement et l'analyse des données et des moyens financiers et matériels y afférents.

4.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les recherches en sciences humaines et sociales portent sur des sujets humains. Il peut arriver que ces recherches aient des incidences sur la vie, les droits et la dignité des participants. Pour nous assurer de la préservation de cette dignité humaine dans cette étude, nous avons respectés les règles d'éthiques.

Concrètement, nous avons informé les participantes en ce qui concerne la nature, les buts poursuivis et l'utilisation des résultats de la recherche par le canal d'une notice d'information. La participation à cette étude était entièrement libre. Les participants étaient entièrement libres de participer ou non à la recherche et ce, sans aucune conséquence quelconque. Pour nous assurer que la participation soit libre et volontaire, une fiche de consentement libre et éclairé à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens a été signée par chaque participant. L'anonymat a été respecté à travers le caractère anonyme et confidentiel du contenu des entretiens. Il est également important pour nous de mentionner que chaque participant était libre de se retirer de la recherche à tout moment.

CHAPITRE 5: PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Dans ce chapitre, il est question pour nous de présenter les données recueillies sur le terrain et de les analyser. Tout d'abord, nous allons présenter les participants et utiliser pseudonymes Arthur, Mary, Lancelot et Jeanne pour les identifier. Comme précisé au chapitre précédent, les données qui seront analysées dans la suite de ce travail ont été collectées auprès de 04 sujets à l'aide de quatre (04) outils : l'entretien clinique, la grille d'observation le OAS et le SRCS. L'outil d'analyse qui sera utilisé est l'analyse de contenu.

5.1 ANALYSE LONGITUDINALE OU CAS PAR CAS

Il est question pour nous d'analyser les données des entretiens au cas par cas afin de faire ressortir la spécificité de chaque participant à notre étude.

5.1.1 Participant Arthur, 9 ans, CP spécial

Arthur est un petit garçon atteint de trisomie 21, accueilli au centre ESPOIR depuis deux ans. Il vit avec sa mère célibataire, vendeuse ambulante. Son père, absent, n'a jamais participé à sa prise en charge. Arthur a connu des troubles du comportement très précoces, notamment des réactions agressives incontrôlées. Il ne supporte pas la frustration, réagit violemment à la contrainte et peine à rester concentré.

À l'école, il a du mal à nouer des relations avec les autres enfants. Il frappe, crie, et parfois se blesse lui-même. Le personnel éducatif a mis en place un accompagnement individualisé, mais Arthur reste très dépendant d'une présence adulte constante. La parole est peu investie chez lui : il exprime peu ses émotions autrement que par le corps. L'équipe du centre travaille progressivement à la construction d'un cadre sécurisant et à l'émergence d'un langage émotionnel.

➤ **Synthèse des thèmes issus des entretiens**

Agressivité non-verbale, agressivité directe physique, intériorisation, extériorisation.

5.1.2 Participante Mary, 8 ans CP Spécial

Mary est une élève vive et sensible, diagnostiquée avec une trisomie 21 modérée. Elle est scolarisée au centre ESPOIR depuis 3 ans. Elle vit avec sa grand-mère, qui en a la garde, ses parents étant décédés dans un accident de moto. Mary manifeste de forts épisodes d'agressivité verbale et physique, notamment lorsqu'elle est en difficulté ou contredite. Elle est souvent dans l'excès émotionnel, et refuse les consignes ou les tentatives d'apaisement.

Sur le plan scolaire, Mary a un bon potentiel d'apprentissage mais son instabilité émotionnelle entrave sa progression. Elle a du mal à expliquer ce qu'elle ressent, se replie ou explose. Elle rejette les outils proposés pour verbaliser, et préfère fuir ou s'isoler. Le travail éducatif actuel est centré sur la reconnaissance de ses émotions, l'acceptation du cadre et la construction d'un espace symbolique (jeu, dessin) qui puisse l'aider à élaborer autrement que par la violence.

➤ Synthèse des thèmes issus des entretiens

Agressivité directe verbale, agressivité non-verbale, agressivité directe physique, distanciation, intériorisation, extériorisation.

5.1.3 Participant Lancelot, 12 ans, CE2 Spécial

Lancelot est un enfant accueilli au centre ESPOIR depuis quatre ans. Il est le dernier d'une fratrie de cinq, dans une famille aux ressources très limitées. Lancelot est atteint d'une trisomie sévère, avec une déficience intellectuelle légère. Peu verbal, il présente des comportements autoagressifs en cas de frustration ou de changement imprévu. Il se cogne, se roule par terre, ou reste prostré dans un coin.

Son contact avec les autres reste difficile. Il ne semble pas comprendre les règles sociales ni les émotions des autres enfants. Il est totalement dans l'agir, sans recours aux mots ou à l'imaginaire. L'équipe éducative travaille sur la structuration de ses journées avec des routines visuelles et des pictogrammes. L'objectif est d'établir une forme de communication non verbale et de l'aider à reconnaître les états émotionnels élémentaires pour favoriser une forme de régulation.

➤ Synthèse des thèmes issus des entretiens

Agressivité physique directe, agressivité indirecte, extériorisation.

5.1.4 Participant Jeanne, 11 ans, CE1 Spécial

Jeanne est une enfant très attachante, accueillie au centre ESPOIR depuis l'âge de 6 ans. Elle vit avec sa mère et son beau-père, dans une famille relativement stable. Diagnostiquée avec une trisomie 21 légère, Jeanne a pu bénéficier d'un suivi éducatif régulier. Elle a développé une belle sensibilité et utilise des moyens variés pour exprimer ses émotions : le dessin, l'écriture, la parole.

Quand elle se sent en détresse, elle sait chercher du soutien auprès des adultes. Elle a même développé un petit carnet où elle dessine des personnages symboliques. Toutefois, ses enseignants soulignent une agressivité verbale prononcée lorsque ses mécanismes d'apaisement conventionnels sont inefficaces. Le travail éducatif avec elle s'oriente vers un développement de l'autonomie émotionnelle et sociale, avec l'espoir d'une future inclusion partielle en classe ordinaire.

➤ Synthèse des thèmes issus des entretiens

Agressivité verbale directe, recherche du soutien social, résolution de problème.

5.2 RÉSULTATS DES DIFFÉRENTES ÉCHELLES ET À LA GRILLE D'ANALYSE

Dans cette articulation, nous avons opté pour une présentation des résultats au cas par cas avant de nous appesantir sur leur résumé synthétique en lien direct avec nos variables chez les différents participants. Les données des échelles et grilles d'analyse, ici, sont les résultats de l'observation de nos participants avant l'introduction et l'implémentation de l'activité de perlage comme activité d'art-thérapie. Ainsi les échelles ont été administré avant et après l'activité de perlage. En ce qui concerne la grille d'observation, elle a été utilisée au cours des activités de perlage.

5.2.1 Chez Arthur

L'analyse de données recueillies aux différentes échelles d'Arthur est présentée dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 10 : résultats aux subtests au OAS d'Arthur

Subtests	Score	
	Avant	Après
<i>Agressivité verbale</i>	3	1
<i>Agressivité non-verbale envers autrui</i>	4	1
<i>Agressivité physique contre soi</i>	1	0
<i>Agressivité physique contre autrui</i>	4	1
<i>Agressivité contre les objets</i>	3	1
<i>Total</i>	15	04
Résultats	Agressivité avérée	Agressivité absente

Les éducateurs interrogés ont mis en exergue une agressivité notoire chez Arthur marquée par un degré élevé d'agressivité verbale et non-verbale envers autrui, et une agressivité physique contre autrui et contre les objets. Toutefois, on note une diminution significative de ces comportements agressifs trois mois après l'introduction et l'usage du perlage comme outil art-thérapeutique.

Tableau 11 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS chez Arthur

Catégorie de coping	Subtests	Score			
		Avant		Après	
<i>Coping par approche</i>	<i>Recherche du soutien social</i>	08	13	13	22
	<i>Résolution de problème</i>	05		09	
<i>Coping par évitement</i>	<i>Distanciation</i>	03	21	03	21
	<i>Intériorisation</i>	08		10	
	<i>Extériorisation</i>	10		08	
<i>Total</i>		34		43	

Il ressort de cette échelle que face à des situations stressantes avec des amis, le participant Arthur fait plus appel au coping par évitement justifié par des mécanismes de forte extériorisation avant l'administration du perlage. Après son administration, on note un usage

plus prononcé du coping par approche à travers une forte recherche d'un soutien social. Le coping évitant, n'est pas du reste avec une utilisation moyenne de l'intériorisation contre une baisse de l'extériorisation.

Tableau 12 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Arthur

Catégories	Indices observable	M1	M2	M3	Σ	M
Agressivité	Bousculer, contraindre, se griffer,	2	2	1	5	1,67
	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement	5	3	1	9	3
	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...	5	3	2	10	3,33
	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...	3	2	1	6	2
	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...	3	2	1	6	2
Régulation du processus de mentalisation	Self-control, acceptation des responsabilités	1	1	2	4	1,33
	Demander conseil ou de l'aide	1	2	4	7	2,33
	Le déni, l'échappement, la distanciation	1	1	1	3	1
	Se replier, pleurer, être inquiet	3	2	3	8	2,67
	Crier, colère, s'en prendre aux autres	5	4	1	10	3,33

Les données observées de la grille d'analyse chez Arthur lors des activités de perlage au cours de trois mois montrent une diminution significative des comportements agressifs (surtout lors du troisième mois) malgré une résistance de l'agressivité non-verbale contre autrui (3,33/5 de moyenne pour les trois mois). Par ailleurs, on dénote une augmentation, des mécanismes de coping plus adaptés (coping par approche) contre une baisse de ceux moins adaptés (évitant), marquée par un coping basé sur la recherche du soutien social (2,33/5) et une forte diminution de coping d'extériorisation (3,33/5)

5.2.2 Chez Mary

Chez Mary, les résultats suivants ont été recueillis aux différentes échelles.

Tableau 13 : résultats aux subtests au OAS de Mary

Subtests	Score	
	Avant	Après
<i>Agressivité verbale</i>	3	2
<i>Agressivité non-verbale envers autrui</i>	4	2
<i>Agressivité physique contre soi</i>	1	0
<i>Agressivité physique contre autrui</i>	3	1
<i>Agressivité contre les objets</i>	1	1
<i>Total</i>	12	06
Résultats	Agressivité douteuse	Agressivité faible

L'éducateur interrogé rapporte à cette échelle que Mary présente une agressivité douteuse. Toutefois, ils relèvent des cas alarmant d'agressivité non-verbale et physique envers autrui et verbale. Ces comportements agressifs vont baisser après trois mois pour un score total de 12 (avant) et de 06 après et un niveau général d'agressivité faible.

Tableau 14 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS de Mary

Catégorie de coping	Subtests	Score			
		Avant		Après	
Coping par approche	Recherche du soutien social	02	04	12	22
	Résolution de problème	02		10	
Coping par évitement	Distanciation	08	30	02	11
	Intériorisation	10		05	
	Extériorisation	12		04	
Total		34		33	

De ce tableau, il ressort que Mary, au départ, fait très difficilement face à des situations stressantes avec les amis (34 par rapport à 50 qui est la norme) ce qui justifie un faible coping par approche et un coping par évitement élevé marqué par l'intériorisation et surtout l'extériorisation. Après le perlage, il faut noter l'usage de moyen à élevé des mécanismes de résolution de problème et recherche de soutien social chez cette participante. Pour ce qui est

des mécanismes de coping évitant, une diminution substantielle de l'intériorisation et de l'extériorisation sont à noter.

Tableau 15 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Mary

Catégories	Indices observable	M1	M2	M3	Σ	M
Agressivité	Bousculer, contraindre, se griffer,	4	3	1	8	2,67
	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement	5	3	1	9	3
	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...	3	2	1	6	3
	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...	1	1	1	3	1
	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...	2	2	1	7	2
Régulation du processus de mentalisation	Self-control, acceptation des responsabilités	1	2	4	7	2,33
	Demander conseil ou de l'aide	1	2	4	7	2,33
	Le déni, l'échappement, la distanciation	3	1	1	5	1,67
	Se replier, pleurer, être inquiet	3	2	2	8	2,67
	Crier, colère, s'en prendre aux autres	5	4	2	11	3,67

Chez Mary, les données observées de la grille d'analyse lors des activités de perlage (trois mois) rendent compte d'une diminution notoire des comportements agressifs (agressivité verbale, physique). D'autre part, on remarque une croissance, des mécanismes de coping par approche (résolution de problème et recherche de soutien social) contre une baisse de ceux évitants (extériorisation, intériorisation et distanciation).

5.2.3 Chez Lancelot

Les tableaux ci-après présentent les résultats des échelles de Lancelot suivit de quelques analyses de ceux-ci.

Tableau 16 : résultats aux subtests au OAS de Lancelot

Subtests	Score	
	Avant	Après
<i>Agressivité verbale</i>	1	1
<i>Agressivité non-verbale envers autrui</i>	4	2
<i>Agressivité physique contre soi</i>	4	1
<i>Agressivité physique contre autrui</i>	4	2
<i>Agressivité contre les objets</i>	3	1
<i>Total</i>	16	07
Résultats	Agressivité avérée	Agressivité faible

Chez ce Lancelot, son éducateur reconnaît qu'il présente une agressivité avérée tant non verbale que physique, aussi bien envers autrui que soi-même. Après les activités de perlage, on dénote une diminution de l'agressivité à tous les niveaux sus-cités voir une agressivité générale faible.

Tableau 17 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS de Lancelot

Catégorie de coping	Subtests	Score			
		Avant		Après	
Coping par approche	Recherche du soutien social	02	03	12	20
	Résolution de problème	01		08	
Coping par évitement	Distanciation	04	18	02	12
	Intériorisation	04		04	
	Extériorisation	14		06	
Total		21		32	

Ce tableau témoigne d'un faible usage des catégories de coping par ce participant (21/80). Il ressort tout de même chez ce dernier que, à cause d'une extériorisation forte (14/16), il peine à rechercher un soutien social (2/16) face à des situations aversives avec des amis. L'utilisation des mécanismes de résolution de problème, d'intériorisation et de distanciation s'exerce, mais faiblement par Lancelot. Après les activités de perlage, il y a une augmentation des mécanismes de coping chez Lancelot (21 contre 32) se justifiant par une forte diminution du coping évitant (extériorisation et distanciation) contre une croissance du coping d'approche (recherche du soutien sociale et résolution de problème).

Tableau 18 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Lancelot

Catégories	Indices observable	M1	M2	M3	Σ	M
Agressivité	Bousculer, contraindre, se griffer,	5	4	1	10	3,33
	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement	5	4	2	9	3
	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...	3	3	1	7	2,33
	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...	3	2	2	7	2,33
	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...	3	3	1	7	2,33
Régulation du processus de mentalisation	Self-control, acceptation des responsabilités	1	2	3	6	3
	Demander conseil ou de l'aide	1	3	4	8	2,67
	Le déni, l'échappement, la distanciation	1	2	2	5	1,67
	Se replier, pleurer, être inquiet	1	1	2	4	1,33
	Crier, colère, s'en prendre aux autres	5	2	2	9	3

Les données observées de la grille d'analyse chez Lancelot lors des activités de perlage au cours de trois mois montrent une diminution significative des comportements agressifs (surtout lors du troisième mois) malgré une résistance de l'agressivité verbale (2,33/5 de moyenne pour les trois mois) et une nette diminution de l'agressivité physique. Par ailleurs, on dénote une augmentation, des mécanismes de coping plus adaptés (coping par approche : recherche soutien social et résolution de problèmes) contre une baisse de ceux moins adaptés (évitant : extériorisation).

5.2.4 Chez Jeanne

Les tableaux ci-après présentent les résultats des échelles de Jeanne suivit de quelques analyses de ceux-ci.

Tableau 19 : résultats aux subtests au OAS de Jeanne

Subtests	Score	
	Avant	Après
<i>Agressivité verbale</i>	3	1
<i>Agressivité non-verbale envers autrui</i>	2	1
<i>Agressivité physique contre soi</i>	0	0
<i>Agressivité physique contre autrui</i>	1	0
<i>Agressivité contre les objets</i>	1	0
<i>Total</i>	07	02
Résultats	Agressivité faible	Agressivité absente

L'éducateur interrogé rapporte à cette échelle que Mary présente une agressivité faible. Toutefois, ils relèvent des cas alarmant d'agressivité verbale et non-verbale. Ces comportements agressifs vont baisser après trois mois pour un score total de 07 (avant) et de 02 (après) associée à un niveau général d'agressivité absent.

Tableau 20 : résultats aux subtests et aux catégories de coping au SRCS de Jeanne

Catégorie de coping	Subtests	Score			
		Avant		Après	
<i>Coping par approche</i>	<i>Recherche du soutien social</i>	09	17	12	23
	<i>Résolution de problème</i>	08		11	
<i>Coping par évitement</i>	<i>Distanciation</i>	02	14	02	08
	<i>Intériorisation</i>	03		02	
	<i>Extériorisation</i>	09		04	
<i>Total</i>		31		31	

Ce tableau ressort que Mary, au départ, fait moyennement face à des situations stressantes avec les amis (31 par rapport à 50 qui est la norme) ce qui justifie un moyen coping par approche (17/32 avec des scores moyens aussi bien pour la recherche du soutien que pour la résolution de problème) et un coping par évitement faible marqué par l'extériorisation. Après le perlage, on remarque un usage de élevé des mécanismes de résolution de problème et recherche de soutien social chez cette participante. Pour ce qui est des mécanismes de coping évitant, une diminution très notable de l'extériorisation (de 9 à 4) pour une diminution totale de coping évitant de 6 points.

Tableau 21 : résumé des données de la grille d'observation par mois pour Jeanne

Catégories	Indices observable	M1	M2	M3	Σ	M
Agressivité	Bousculer, contraindre, se griffer,	2	1	1	4	1,33
	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement	4	3	1	8	2,67
	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...	2	1	1	4	1,33
	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...	3	1	1	5	1,67
	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...	1	1	1	3	1
Régulation du processus de mentalisation	Self-control, acceptation des responsabilités	3	4	4	11	3,67
	Demander conseil ou de l'aide	3	4	5	12	4
	Le déni, l'échappement, la distanciation	1	1	1	3	1
	Se replier, pleurer, être inquiet	2	1	1	4	1,33
	Crier, colère, s'en prendre aux autres	3	2	1	6	3

Le tableau de Jeanne présente une diminution accrue de tout les comportements agressifs (agressivité verbale directe et indirecte, et non-verbale). Pour ce qui est des mécanismes de coping, on remarque une croissance de celui par approche (résolution de problème et recherche de soutien social) contre une baisse de celui évitant (extériorisation et intériorisation).

5.2.5 Synthèse des résultats

Le tableau ci-après présente un aperçu général (des différents participants) et ciblé (des comportements clairement étudiés) des différents participants de notre étude.

Tableau 22 : synthèse des résultats aux échelles et questionnaires (augmentation, diminution ou stagnation par rapport à l'échelle de référence)

Participants		Arthur	Mary	Lancelot	Jeanne
Échelles					
OAS	Agressivité verbale	-	-	=	-
	Agressivité non-verbale	-	-	-	-
	Agressivité physique contre autrui	-	-	-	-
	Agressivité contre les objets	-	-	-	-
SCRS	Coping d'approche	+	+	+	+
	Coping évitant	=	-	-	-

On note chez tous nos participants l'existence de comportements agressifs, peu importe la forme (directe ou indirecte) et l'intensité (faible, moyen ou élevé). Ce comportement agressif va baisser avec l'introduction des activités de perlage ce qui va favoriser l'usage des mécanismes de coping plus adaptés (coping d'approche).

Tableau 23 : Synthèse de la grille d'observation de tous les participants

Catégories	Indices observable	Arthur	Mary	Lancelot	Jeanne
Agressivité	Bousculer, contraindre, se griffer,	1,67	2,67	3,33	1,33
	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement	3	3	3	2,67
	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...	3,33	3	2,33	1,33
	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...	2	1	2,33	1,67
	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...	2	2	2,33	1
Régulation du processus de mentalisation	Self-control, acceptation des responsabilités	1,33	2,33	3	3,67
	Demander conseil ou de l'aide	2,33	2,33	2,67	4
	Le déni, l'échappement, la distanciation	1	1,67	1,67	1
	Se replier, pleurer, être inquiet	2,67	2,67	1,33	1,33
	Crier, colère, s'en prendre aux autres	3,33	3,67	3	3

5.3 ANALYSE THÉMATIQUE/TRANSVERSALE

Pour chaque cas, le dépouillement des données collectées des entretiens nous a permis de mettre en relief plusieurs thèmes qui rendent compte du fonctionnement cognitif, affectif, comportemental et émotionnelle d'un enfant *DI*. Ici, nous allons faire une analyse thématique, c'est dire que nous allons découper nos données issues des différents cas dans les thèmes qu'ils correspondent.

5.3.1 Agressivité chez les enfants

Les données des entretiens nous permettent de constater chez nos participants. Elle est marquée par une agressivité directe accentuée et une légère agressivité indirecte. Ce qui met en lumière le fait que nos participants ne cherchent pas à porter atteinte aux possessions de l'individu, mais à l'individu lui-même.

Chez Arthur, l'agressivité prend la forme de comportements impulsifs et hétéro-agressifs. L'éducateur précise : « *Il crie à plein poumons, tape les autres sans prévenir, et une fois, il a même mordu un camarade au bras* ». Ces gestes semblent résulter d'un débordement émotionnel incontrôlé, sans anticipation ni stratégie compensatoire. Il n'y a aucune verbalisation du conflit, même a posteriori.

Mary exprime une agressivité explosive, verbale et physique. Elle insulte, hurle et jette violemment ses affaires. L'éducatrice note : « *Une fois, elle a claqué la porte en hurlant et a frappé un adulte avec un cahier.* » Des signes précurseurs sont parfois observables (hausse du ton, froncements de sourcils), mais la montée en tension reste très rapide.

Lancelot présente une auto-agressivité importante : « *Il se frappe la tête contre les murs ou se cogne avec ses poings.* » Il détruit aussi des objets. Cette forme d'agression semble moins tournée vers autrui que vers lui-même, peut-être comme une tentative sensorielle de régulation, sans intention communicative claire.

Jeanne, quant à elle, n'extériorise pas son agressivité physiquement. Elle pleure, parle vite, s'agite, mais ne frappe ni n'insulte. « *Elle canalise sa tension de manière plus contenue.* » Elle préfère s'isoler et verbaliser sa frustration de façon contrôlée.

Tableau 24 : Récapitulatif du thème l'agressivité chez nos participants

Élève	Type d'agressivité	Manifestations principales	Fonction perçue
Arthur	Impulsive, hétéro-agressive	Crie, tape, mord sans cible spécifique	Débordement émotionnel incontrôlé
Mary	Explosive, verbale et physique	Hurle, insulte, jette objets, frappe	Réaction émotionnelle intense
Lancelot	Auto-agressive	Se frappe, détruit objets	Gestion sensorielle, non communicative
Jeanne	Intériorisée	Pleure, parle vite, s'agite, pas de violence	Régulation contenue, verbale

5.3.2 Mentalisation

La mentalisation désigne la capacité d'un individu à comprendre et représenter les états mentaux (émotions, intentions, pensées) chez soi et chez autrui. Elle permet de donner du sens aux comportements en les reliant à des états internes.

Dans le cadre du développement psycho-affectif, et plus encore dans l'accompagnement d'enfants présentant une déficience intellectuelle, cette capacité se manifeste à travers trois dimensions essentielles : Une émotion parlée plutôt qu'agie, une compréhension réflexive de ses propres réactions et une capacité à symboliser l'expérience émotionnelle par des moyens divers.

Chez Arthur, la capacité à mettre des mots sur ses émotions est extrêmement limitée : « *Il dit juste "je suis fâché" ou "je veux tout casser", sans expliquer pourquoi.* » Il rejette les activités symboliques comme le dessin, et ne s'engage dans aucun jeu d'imitation ou d'imaginaire.

Mary utilise des expressions globales et peu nuancées : « *Elle dit "je déteste tout le monde", mais elle ne sait pas dire pourquoi.* » Elle n'a pas de monde imaginaire, rejette les supports symboliques, et reste dans l'action plutôt que dans la représentation.

Lancelot est dans une forme de déconnexion émotionnelle. « *Il ne sait pas dire pourquoi il est fâché.* » Il ne joue pas, détruit les objets symboliques, et n'exprime rien par le biais du dessin ou du jeu.

Jeanne, au contraire, verbalise très bien ses états internes : « *Elle parle de tristesse, de frustration, elle dit qu'elle se sent incomprise.* » Elle utilise le dessin, les histoires, et les objets pour représenter son humeur et ses tensions : « *Elle prend sa peluche ou écrit des mots pour représenter son humeur.* »

Tableau 25 : Récapitulatif du thème de la mentalisation chez nos participants

Élève	Verbalisation émotionnelle	Accès au symbolique	Représentation émotionnelle
Arthur	Très faible (« je suis fâché »)	Aucun usage symbolique	Pas de lien émotion-événement
Mary	Globale et non nuancée	Rejet du jeu symbolique	Discours émotionnel généralisé
Lancelot	Nulle	Rejet total du symbolique	Déconnexion émotionnelle
Jeanne	Nuancée et introspective	Usage riche (dessin, journal, objets)	Lien clair entre ressenti et situation

5.3.3 Mécanismes de coping

Ici, les participants faute d'affronter la situation stressante ou dans l'impossibilité de le faire, font usage des mécanismes de fuite ou expriment directement leur frustration par des comportements ne nécessitant pas l'intervention d'autrui. Ces stratégies visent à mobiliser les moyens physiques et psychologiques pour se dégager de la situation stressante (Chabrol & Callahan, 2018).

Arthur adopte un coping évitant : « *Il se ferme complètement, ne regarde plus personne et n'écoute pas ce qu'on lui dit.* » tout en combinant :

- Intériorisation : il se coupe du lien social, rejette tout contact et se renferme.
- Extériorisation : il exprime son mal-être par des comportements impulsifs et agressifs, sans canalisation symbolique.

Il n'utilise aucune stratégie d'approche (ni demande d'aide, ni recours à des objets de médiation). Son profil reflète une absence de médiation interne ou externe de l'émotion.

Mary présente également un coping évitant (« *Elle refuse tous les supports, même les objets sensoriels ou les pictogrammes.* »), principalement par :

- Extériorisation : cris, insultes, gestes violents.
- Refus du soutien : elle rejette systématiquement les aides proposées.
- Distanciation sporadique : l'épisode d'isolement dans les toilettes pourrait relever d'un mécanisme ponctuel de prise de distance émotionnelle, mais ce comportement reste très marginal.

Elle ne met en œuvre ni stratégie active, ni résolution du problème, ni recherche de soutien social.

Lancelot ne met en œuvre aucune stratégie active (« *Il reste parfois dans cet état toute la journée.* »). Il adopte un coping évitant, caractérisé par :

- Retrait émotionnel profond, jusqu'à une forme de dissociation après crise (il sourit sans cohérence affective).
- Absence de recours à l'adulte ou aux objets.
- Auto-agressivité comme décharge corporelle sans visée communicative.

Son absence de réaction de régulation évoque une forme extrême de coping passif, possiblement associé à un déficit d'intégration émotionnelle.

Jeanne est la seule à mobiliser un coping d'approche (« *Elle s'assoit dans un coin tranquille avec son carnet ou sa peluche. [...] Elle demande de l'aide.* »), combinant :

- Résolution du problème : elle utilise des objets, respire, s'isole volontairement.
- Recherche de soutien social : elle demande l'aide de l'adulte.
- Accès au symbolique : ses supports (peluche, journal) traduisent une élaboration mentale des émotions.

Elle représente un profil **élaboré de régulation émotionnelle**, où l'émotion est canalisée, nommée et représentée.

Tableau 26 : Récapitulatif du thème des mécanismes de coping chez nos participants

Élève	Type de coping dominant	Détails
Arthur	Évitant (intérieurisation + extériorisation)	Isolement + agressivité ; aucun soutien recherché
Mary	Évitant (extériorisation, rare distanciation)	Refus global des aides ; isolement exceptionnel
Lancelot	Évitant (dissociation)	Absence totale de stratégie, retrait affectif marqué
Jeanne	Approche (résolution + soutien)	Stratégies autonomes + recours à l'adulte ; usage symbolique fonctionnel

5.3.4 Synthèse de l'analyse transversale

Cette synthèse est présentée dans le tableau ci-contre.

Tableau 27 : Synthèse des résultats de l'analyse transversale.

Élève	Agressivité	Stratégies de coping	Niveau de mentalisation	Profil global dominant
Arthur	Hétéro-agressive, impulsive	Aucune, isolement, rejet de contact	Très faible – pas de symbolisation	Crise brutale, non élaborée, sans retour réflexif
Mary	Explosive, verbale et physique	Isolement rare, refus d'aide	Faible – généralisations, rejet symbolique	Réactivité émotionnelle intense, peu régulée
Lancelot	Auto-agressif, destructif	Aucune – dissociation possible	Inexistante – rejet complet du symbolique	Perte de contrôle émotionnel et rupture affective
Jeanne	Intériorisée, verbalisée	Stratégies multiples, recherche d'aide	Élevée – expression verbale et symbolique riche	Profil élaboré, capacité de régulation et d'introspection

CHAPITRE 6: INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Selon Fortin (2006), ce chapitre doit faire ressortir la signification des résultats, les conclusions tirées, évaluer les implications et formuler les recommandations pour les recherches futures. Il sera question pour nous, tout d'abord, d'interpréter nos résultats, ensuite de les discuter et enfin d'en ressortir les différentes implications.

6.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Cette partie interprétative de nos résultats à partir des différentes hypothèses se fera à travers l'approche de la mentalisation de Mayi inspiré de Lacan. Pour ce faire, nous allons rappeler l'apport de cette théorie à notre étude avant de passer à l'interprétation proprement dite.

6.1.1 Rappel de la théorie

Selon Mayi (2017), la mentalisation repose sur deux piliers fondamentaux : les représentations psychiques et les opérations de pensée. Inspirée à la fois de la tradition psychanalytique freudienne et des apports lacaniens, cette conception donne une place centrale au corps comme socle initial de tout processus de mentalisation.

Les représentations psychiques regroupent la capacité à se former une image d'un phénomène psychique. Mayi distingue, à l'instar de Freud (Laplanche & Pontalis, 2002), la représentation des choses (visuelle, inconsciente) et la représentation des mots (consciente, verbale). Cette dernière est essentielle dans le processus de symbolisation puisqu'elle permet à l'image mnésique de devenir consciente par association à un mot. Le refoulement agit ici comme un mécanisme de régulation, neutralisant les représentations jugées intolérables par la séparation du mot et de la chose.

Les opérations de pensée relèvent d'un double rôle : elles régulent l'appareil psychique et permettent l'adaptation au réel. Elles mobilisent des processus de symbolisation et d'imaginaire, rendant possible la transformation des expériences émotionnelles en structures mentales élaborées (Lecours & Bouchard, cités par Mayi, 2017). La pensée, en ce sens, est animée par une libido sublimée et porte un « plaisir de fonctionnement » (Freud, 1905).

Mayi accorde une place essentielle à l'imaginaire, conceptualisé à partir des apports de Lacan (1949, 1966, 1970). L'imaginaire se manifeste dans la formation du Moi, la projection, et la relation duelle. C'est un registre structurant mais aussi source de leurres et de méconnaissance de soi. Par opposition, le symbolique chez Lacan (1956-57) désigne le champ du langage, structuré comme un système signifiant autonome (Laplanche & Pontalis, 1967). Le symbolique permet la nomination, la loi, et l'inscription de l'altérité. Il est l'espace dans lequel le sujet peut symboliser ses affects et structurer son rapport à soi et aux autres.

La mentalisation, ainsi définie, est une opération qui permet de transformer l'émotion brute en une représentation psychique pensable. Lorsque ce processus échoue, notamment en contexte d'agressivité, le sujet n'a d'autre option que l'agir. Domon-Archambault (2014) interprète l'agressivité comme un échec de mentalisation : en l'absence de verbalisation ou de symbolisation, l'émotion déborde et se traduit par des conduites d'opposition, de violence ou de retrait.

Ce défaut de mentalisation est étroitement lié aux styles de coping. Les sujets incapables de mentaliser tendent à recourir à des stratégies de coping évitant : distanciation, intériorisation (isolement, mutisme), ou extériorisation (crise, décharge pulsionnelle). À l'inverse, une mentalisation fonctionnelle favorise des stratégies d'approche comme la résolution de problème ou la recherche de soutien social (Delelis et al., 2011 ; Domon-Archambault, 2014).

La mentalisation permet donc une régulation émotionnelle plus fine. Elle agit comme un filtre permettant de contenir l'émotion, d'en identifier la source, et de différencier le soi de l'autre. Cette capacité soutient des stratégies de coping adaptatives et réduit la probabilité de comportements agressifs, surtout en contexte relationnel (Maheux et al., 2022). Ainsi, promouvoir la mentalisation chez les enfants et les professionnels de l'éducation spécialisée constitue une voie essentielle pour prévenir les agirs impulsifs et favoriser l'élaboration psychique.

En somme, la théorie de Mayi (2017), articulée aux apports de Freud, Lacan, Fonagy, et Domon-Archambault, offre un cadre riche pour comprendre les liens entre mentalisation, agressivité et coping. Elle met en évidence la nécessité d'un travail clinique et éducatif centré sur la restauration des capacités de symbolisation et d'imaginaire comme piliers de la régulation émotionnelle.

6.1.2 Interprétation des résultats proprement dit

L'analyse des résultats issus de cette étude montre que la gestion de l'agressivité des enfants *DI* par le processus de mentalisation. Il est donc question ici de procéder à une lecture du rôle de la régulation l'agressivité chez les enfants *DI* à partir du processus de mentalisation. Cette lecture s'appuie sur l'approche de la mentalisation de Mayi (2017). L'interprétation des résultats de cette étude arbore la démarche de nos hypothèses de recherches formulées comme suit :

HR₁ : La régulation de la mentalisation de l'enfant DI par son coping d'approche impacte sur son agressivité.

HR₂ : La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant impacte sur son agressivité.

6.1.2.1 HR₁ : La régulation de la mentalisation de l'enfant DI par son coping d'approche impacte sur son agressivité.

L'hypothèse HR₁ postule que la régulation de la mentalisation chez l'enfant présentant une déficience intellectuelle (DI) par le biais du coping d'approche a un effet réducteur sur l'agressivité. Les résultats empiriques obtenus dans cette étude confirment cette hypothèse. Chez les participants, une nette amélioration des stratégies de coping adaptatif est observée suite à l'introduction de l'activité de perlage, activité d'expression symbolique et artistique. Plus précisément, Arthur et Mary montrent une augmentation significative des comportements de recherche de soutien social et de résolution de problèmes.

Selon la théorie de la mentalisation de Mayi (2017), la capacité à faire appel à des représentations psychiques et à des opérations de pensée permet à l'enfant de transformer des émotions brutes en contenus symbolisables, verbalisables ou au moins mentalement représentables. Cela suppose une maturation de l'imaginaire, du symbolique et de la verbalisation, éléments clés d'une bonne mentalisation. Le coping d'approche, en particulier la recherche de soutien social, traduit une tentative consciente de comprendre et de nommer ce qui se passe en soi et chez l'autre.

L'analyse qualitative des données, croisée avec les résultats quantitatifs présentés dans les tableaux d'échelles (OAS et SRCS), suggère que le coping d'approche constitue un levier significatif dans la réduction des comportements agressifs. Chez Arthur, les indicateurs pré-

intervention (score OAS total de 15) dénotent une agressivité marquée et multiforme (verbale, physique, contre les objets), corrélée à un coping dominé par l'évitement (extériorisation à 10, intériorisation à 8). Après trois mois de perlage, on note une chute spectaculaire des scores d'agressivité (total de 4), accompagnée d'une augmentation notable du coping d'approche (recherche de soutien social de 13 à 22 ; résolution de problèmes de 5 à 9).

Jeanne présente un profil évolué. L'usage de son carnet de dessins symboliques, le recours aux adultes et son aptitude à exprimer ses émotions verbales sont les signes d'une mentalisation déjà en place. Après l'intervention, on observe un renforcement du coping d'approche (recherche de soutien social : 17 à 23 ; résolution de problèmes : 8 à 11) et une diminution d'agressivité verbale (score de 3 à 1). Ces améliorations montrent que la capacitation à penser ses émotions renforce l'autocontrôle.

Cette relation décrit fidèlement ce que les modèles de Lazarus et Folkman (1984) désignent comme une dynamique adaptative où l'évaluation cognitive d'une situation stressante débouche sur des stratégies orientées vers la résolution du problème ou la recherche de soutien social. Sur le plan clinique, cette capacité à faire appel à des stratégies de coping actives témoigne d'une émergence de la symbolisation. En ce sens, la théorie de la mentalisation de Mayi (2017) est d'une aide majeure : les enfants accédant au registre symbolique peuvent donner sens à leurs tensions internes et ainsi réguler leur agressivité via des figures de soutien (enseignants, médiateurs, objets symboliques).

En somme, les enfants qui ont montré une progression dans le coping d'approche ont parallèlement vu leur agressivité diminuer. Cela corrobore l'HR1 et valide l'idée que l'accroissement de la capacité de mentalisation, en lien avec l'adoption de stratégies actives, est une voie de régulation émotionnelle chez l'enfant DI.

6.1.2.2 HR2 : La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant impacte sur son agressivité.

L'hypothèse HR2 suggère que la manière dont l'enfant régule sa mentalisation à travers des mécanismes de coping évitants influence l'expression de son agressivité. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que les enfants qui adoptent principalement des stratégies

évitantes, telles que la distanciation, l'intériorisation ou l'extériorisation impulsive, manifestent plus d'actes agressifs, souvent non verbalement élaborés.

Chez Lancelot, le coping évitant se manifeste par un fort repli, des comportements d'auto-agression et une extériorisation très marquée (14/16). Son profil renvoie au type 4 de la typologie de Crocker et al. (2007) : l'agressivité auto-dirigée. Ce profil est fréquent dans les DI lourdes et traduit un niveau de désorganisation psychique profond. Les comportements corporels violents sont interprétés, selon Mayi (2017), comme des formes d'agir traduisant un défaut de mentalisation. L'affect, non contenable psychiquement, déborde en acte.

Mary présente une agressivité verbale et physique intense, avec une forte extériorisation (score 12), de l'intériorisation (10) et de la distanciation (8). Son éducatrice signale qu'elle crie, frappe et rejette toute forme de contenance verbale. La théorie psychanalytique et la modélisation de Mayi (2017) interprètent ces signes comme les résultats d'un manque de symbolisation, où le corps devient l'unique mode d'expression de l'affect.

Après l'intervention, bien que le coping évitant de Lancelot diminue (extériorisation de 14 à 6), la présence de résidus agressifs montre que l'amélioration de la mentalisation reste incomplète. Cela suggère que les enfants fortement dépendants de ce type de coping nécessitent un accompagnement prolongé pour développer une représentation plus structurée de leurs états mentaux.

Cette dynamique confirme HR2. Le coping évitant, symptôme d'un défaut de mentalisation, entretient les manifestations d'agressivité. La théorie de la mentalisation permet de comprendre que ce coping, loin d'être neutre, trahit un niveau d'organisation psychique insuffisant. Il s'agit alors de transformer ces mécanismes évitants en stratégies d'approche par des activités médiatrices permettant le déploiement de représentations symboliques.

6.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats de cette étude révèlent une évolution positive dans la régulation émotionnelle des enfants déficients intellectuels (DI) ayant participé à l'activité de perlage, particulièrement à travers le développement du coping d'approche. Cette évolution s'accompagne d'une réduction significative des comportements agressifs.

6.2.1 Évolution du coping d'approche et régulation émotionnelle

Les résultats de cette étude indiquent une évolution notable dans la régulation émotionnelle chez les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) ayant participé à l'activité de perlage. Plus précisément, on observe une augmentation du recours aux stratégies de coping d'approche, qui visent à affronter activement les situations stressantes en mobilisant la recherche de solutions, le soutien social et la restructuration cognitive. Cette dynamique d'adaptation s'accompagne d'une réduction significative des comportements agressifs observés initialement, ce qui confirme l'efficacité de cette approche sur le plan comportemental et émotionnel.

Les travaux de Lazarus et Folkman (1984) fournissent un cadre de référence pour comprendre ces résultats. Ces auteurs définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer les exigences interne et externe perçues comme dépassant les ressources de l'individu. Le coping d'approche, en s'opposant au coping évitant, permet une meilleure gestion des émotions à long terme. Il a été démontré que ce style adaptatif est lié à une meilleure santé psychologique, à une diminution de la détresse et à une plus grande efficacité interpersonnelle.

Dans cette étude, le perlage agit comme un catalyseur favorisant ces processus d'adaptation. Cette activité artistique stimule la concentration, la planification et l'expression créative, ce qui contribue à renforcer le sentiment de compétence et à améliorer la capacité à faire face aux frustrations. Elle représente aussi un espace de médiation contenant, sécurisant et structurant, propice à la mise en œuvre de stratégies actives face au stress. Ainsi, le développement du coping d'approche dans ce contexte témoigne de la potentialité des médiations à soutenir les processus de régulation émotionnelle chez des enfants souvent perçus comme limités dans leurs capacités d'adaptation.

6.2.2 La symbolisation comme médiateur psychique

La symbolisation joue un rôle central dans le traitement psychique des émotions, en particulier lorsqu'il s'agit de transformer une tension interne en représentation partageable et élaborable. Cette capacité permet à l'individu de passer de l'action brute à la pensée, d'éviter le passage à l'acte, et de donner sens à son expérience subjective. Dans cette étude, les médiations proposées, notamment le perlage, favorisent l'accès à la symbolisation, ce qui se traduit par une meilleure mentalisation et une diminution des conduites agressives.

Branchard et Pirlot (2011) insistent sur le fait que l'agressivité peut être contenue et transformée si elle trouve un espace de symbolisation. La médiation artistique constitue précisément ce tiers symbolique permettant aux enfants de projeter, de figurer et de maîtriser leurs émotions autrement que par l'agir. Par l'acte créatif, l'enfant s'autorise à exprimer ses états internes sans se sentir envahi ni débordé, tout en rencontrant un cadre contenant qui l'aide à organiser son monde interne.

Cette capacité symbolique est aussi à la base du processus de mentalisation décrit par Fonagy et al. (2002), qui repose sur la reconnaissance des états mentaux en soi et en autrui. L'enfant apprend à différencier ses pensées de ses émotions, et à comprendre que celles-ci ne sont pas des réalités absolues, mais des représentations subjectives. Le perlage agit comme support de cette transition psychique : en construisant une œuvre, l'enfant construit également un récit de soi, favorisant une distance réflexive face aux tensions vécues. Cela montre combien la symbolisation est essentielle dans la régulation émotionnelle, surtout chez des enfants vulnérables sur le plan cognitif et affectif.

6.2.3 Mentalisation, coping et attachement

Le lien entre les capacités de mentalisation, les styles de coping et les modèles d'attachement constitue un axe fondamental de compréhension du fonctionnement psychique, notamment chez les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI). Dans cette étude, les enfants manifestant un style de coping évitant et des comportements agressifs renvoient à une organisation psychique marquée par une faible capacité de mentalisation. Cette faiblesse semble étroitement corrélée à des expériences développementales marquées par un attachement insécuré, en particulier de type évitant.

L'attachement insécuré-évitant, tel que défini par Bowlby (1982) et exploré plus récemment par Tereno et al. (2007), se caractérise par une inhibition systématique des affects négatifs et une tendance à minimiser les besoins émotionnels dans la relation à l'autre. Les enfants avec ce profil évitent de chercher du réconfort auprès des figures d'attachement, ce qui les empêche de développer des compétences essentielles telles que la reconnaissance, la nomination et la régulation des émotions. Or, ces compétences sont les bases mêmes du processus de mentalisation. Comme le précisent Luyten, Mayes et Fonagy (2009), la mentalisation se construit au sein d'un environnement interactif et empathique, dans lequel l'enfant apprend à penser ses états internes à travers le regard mentalisant de l'adulte.

Mikulincer et Shaver (2007) montrent que les adultes avec un attachement évitant manifestent un style de coping défensif, caractérisé par une suppression active des émotions, un évitement des situations anxiogènes et un recours limité aux autres pour faire face aux difficultés. Transposés à l'enfance, ces mécanismes défensifs peuvent se manifester sous forme de comportements d'évitement, de repli ou, à l'inverse, d'agressivité. En effet, l'impossibilité d'élaborer psychiquement des tensions internes crée un débordement affectif, souvent exprimé de manière comportementale. Dans ce contexte, l'agression n'est pas tant un choix délibéré qu'un mode d'expression de l'indicible, un cri du corps lorsque les mots manquent.

Ces résultats renforcent donc l'hypothèse selon laquelle une faible capacité de mentalisation, ancrée dans un attachement insécure, est associée à une prévalence accrue du coping évitant et de comportements dysfonctionnels. Le travail de mentalisation, dans une perspective psychodynamique, doit alors être pensé comme un processus développemental qui peut être relancé ou soutenu à travers des médiations adaptées, des interactions réparatrices et des environnements éducatifs contenant. Dans ce sens, la qualité du lien avec l'intervenant, la stabilité du cadre, et la valorisation de l'expression émotionnelle deviennent des leviers essentiels pour transformer les mécanismes d'évitement en capacités d'introspection et de régulation.

6.2.4 Vers une compréhension intégrative

Les résultats de cette étude appellent à dépasser les lectures unidimensionnelles des comportements agressifs chez les enfants présentant une déficience intellectuelle. Plutôt que de considérer ces comportements comme des troubles isolés, relevant uniquement de la gestion comportementale ou d'un déficit de contrôle, une lecture intégrative permet de resituer ces manifestations dans une dynamique psychique, affective et relationnelle plus large. Cette perspective offre une compréhension plus fine, nuancée et respectueuse de la complexité du développement psychologique.

Dans cette optique, plusieurs niveaux d'analyse doivent être articulés. Le premier niveau est affectif : il s'agit de reconnaître que l'enfant, même porteur d'une DI, est traversé par des émotions intenses qu'il ne parvient pas toujours à exprimer ou à réguler. Ces émotions, si elles ne trouvent pas d'espace d'élaboration, peuvent se traduire en comportements agressifs ou de retrait. Le second niveau est cognitif : les limitations intellectuelles peuvent rendre plus difficile la compréhension des situations sociales, la mise en perspective des intentions d'autrui et

l'anticipation des conséquences. Ces difficultés cognitives interagissent avec le registre émotionnel et contribuent à des réactions inadaptées.

Le troisième niveau est relationnel : les interactions avec les adultes, les expériences d'attachement et la qualité du lien éducatif jouent un rôle crucial dans la capacité de l'enfant à développer des outils internes de régulation. Enfin, le quatrième niveau est symbolique : il s'agit de la capacité à mettre en mots, en images ou en actes symbolisés ses états internes. C'est là que les médiations prennent tout leur sens. Le perlage, dans cette étude, n'est pas une activité anodine mais un espace tiers où se rejouent, de manière métaphorique, les tensions internes. L'enfant y apprend à composer, à structurer, à faire des choix, à réparer. C'est dans cet espace de création que peuvent émerger les prémices d'une pensée symbolique.

Une compréhension intégrative suppose donc que les interventions ne se limitent pas à des réponses immédiates aux comportements-problèmes, mais qu'elles visent à restaurer les capacités de penser, de ressentir et de se représenter. Cela implique un changement de paradigme dans les pratiques éducatives et cliniques : passer d'un modèle normatif, centré sur la conformité comportementale, à un modèle subjectivant, centré sur le développement de la pensée et des capacités relationnelles.

En somme, cette approche intégrative encourage à croiser les apports de la psychologie clinique, de l'éducation spécialisée, de la psychanalyse développementale et des pratiques médiatisées pour accompagner au mieux des enfants en grande vulnérabilité psychique. Elle appelle également à former les professionnels à une lecture plurielle du comportement, à privilégier les contextes sécurisants, et à valoriser la créativité comme outil thérapeutique et éducatif. Ainsi, le travail autour de la mentalisation devient un enjeu central non seulement pour réduire les comportements agressifs, mais pour soutenir une croissance psychique plus harmonieuse et plus résiliente.

6.3 IMPLICATIONS DE L'ÉTUDE

Les implications de cette étude sont nombreuses et se situent tant sur le plan théorique que pratique.

6.3.1 Implications théoriques

Les résultats de cette étude viennent approfondir et confirmer plusieurs axes de la théorie de la mentalisation, notamment telle que formulée par Mayi (2017), en l'articulant avec les mécanismes de régulation émotionnelle et les styles de coping. La mentalisation, définie comme la capacité à comprendre et à interpréter les comportements en fonction d'états mentaux sous-

jacents (pensées, émotions, intentions), se révèle être un facteur clé dans le processus d'autorégulation affective. En effet, chez les enfants présentant une déficience intellectuelle (DI), la transformation de l'agressivité en pensée suppose un travail de représentation qui passe par la reconnaissance des émotions internes, leur différenciation par rapport à celles d'autrui, et leur verbalisation ou symbolisation.

La mise en mot ou en forme symbolique de l'expérience affective permet d'éviter le passage à l'acte en fournissant un canal de traitement psychique alternatif. Ce constat rejoint les propositions de Fonagy et al. (2002), selon lesquelles la mentalisation agit comme une fonction de contenance psychique, limitant les débordements émotionnels. Les résultats de cette étude viennent ainsi étayer la distinction entre coping d'approche et coping évitant, en montrant que les enfants ayant un meilleur accès à la mentalisation mobilisent davantage de stratégies d'ajustement actives et orientées vers la résolution de problème, contrairement à ceux dont les capacités de symbolisation sont plus fragiles, qui ont tendance à adopter des stratégies d'évitement ou de retrait émotionnel.

Par ailleurs, ces résultats apportent une contribution originale à la compréhension développementale de la mentalisation chez les enfants DI. Ils montrent que le développement de cette capacité n'est pas uniquement dépendant du niveau cognitif, mais aussi, et surtout, de l'existence de dispositifs médiateurs, c'est-à-dire de supports extérieurs qui permettent la mise en forme progressive des représentations internes. Ainsi, la médiation artistique (comme le perlage), verbale (par la narration ou les carnets de vie), ou corporelle (via le jeu symbolique ou la psychomotricité) apparaît comme un vecteur essentiel de construction du tiers symbolique. Ce tiers, au sens psychanalytique, permet à l'enfant de mettre à distance ses émotions, de les représenter, et donc de les intégrer sur le plan psychique.

Ces données renforcent également la perspective selon laquelle la mentalisation est une compétence relationnelle et contextuelle (Luyten et al., 2012). Autrement dit, elle ne se développe que dans un environnement contenant, où la relation à l'autre, en particulier au professionnel éducatif ou thérapeutique, est sécurisante et empathique. La dimension intersubjective du développement émotionnel devient alors un élément central de toute approche éducative ou psychothérapeutique visant à soutenir l'enfant dans sa capacité à symboliser ses états internes.

6.3.2 Implications pratiques

Sur le plan pratique, ces résultats offrent des pistes concrètes pour les professionnels de l'éducation spécialisée et de la psychologie intervenant auprès d'enfants présentant une DI. En premier lieu, ils mettent en lumière l'intérêt de recourir à des activités médiatisées, comme le perlage, non pas comme simples occupations manuelles, mais comme espaces transitionnels symboliques (Winnicott, 1971), favorisant la régulation émotionnelle. En engageant l'enfant dans une tâche créative, contenant, rythmée et sensoriellement riche, ces activités permettent une élaboration indirecte des tensions affectives, tout en sollicitant des fonctions exécutives comme la planification, l'attention soutenue et la flexibilité cognitive.

Le perlage, en tant que médiation artistique, constitue ainsi un outil pertinent pour développer des compétences en coping d'approche (problématisation, demande de soutien, expression émotionnelle). Ces compétences, une fois intériorisées, peuvent remplacer des modes d'expression agressifs ou désorganisés, en particulier chez des enfants peu verbaux. Les éducateurs spécialisés doivent donc être formés non seulement à ces médiations, mais aussi à leur usage comme support de développement émotionnel et relationnel.

De manière plus générale, ces résultats soulignent la nécessité pour les professionnels de développer une lecture fine des comportements problématiques : une évaluation fonctionnelle qui ne se limite pas à une analyse comportementale mais intègre les dimensions affectives, cognitives, relationnelles et développementales. Par exemple, un comportement agressif peut être interprété non comme une opposition volontaire, mais comme l'indice d'un déficit de mentalisation, d'une surcharge émotionnelle, ou d'un trouble de la symbolisation. Cela suppose une réflexivité accrue de la part des équipes éducatives, capables de relier les manifestations comportementales à des enjeux psychiques sous-jacents.

Le rôle du climat relationnel est également fondamental. Un cadre structuré, sécurisant, mais suffisamment souple pour autoriser l'expression émotionnelle, est nécessaire pour soutenir le développement de la mentalisation. Le recours à des supports visuels, comme le carnet de Jeanne, permet d'ancrer les émotions dans des formes visibles, partageables, et ainsi de favoriser leur traitement cognitif et affectif. Ce type de support devient un outil d'objectivation des états internes, facilitant le dialogue, la remémoration et la régulation.

Enfin, sur le plan institutionnel, ces résultats appellent à une formation spécifique des professionnels à la théorie de la mentalisation, au fonctionnement affectif des enfants avec DI, et à l'usage des médiations thérapeutiques. Ils plaident également pour une approche pluridisciplinaire et intégrative, réunissant psychologues, enseignants spécialisés, éducateurs,

et psychomotriciens autour de projets individualisés visant le développement de la pensée, la gestion de l'agressivité, et l'inclusion sociale.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail a permis de mettre en évidence l'importance des capacités de mentalisation dans la compréhension des comportements agressifs chez les enfants présentant une déficience intellectuelle. L'agressivité, loin de n'être qu'un symptôme comportemental, apparaît comme le reflet d'une souffrance psychique non élaborée, d'une difficulté à symboliser l'expérience émotionnelle, ou encore d'un déficit dans la reconnaissance des états mentaux d'autrui. Le problème posé a été celui de *la place de la mentalisation chez l'enfant présentant une déficience intellectuelle sur l'efficacité des stratégies de coping contre à l'émergence de comportements agressifs*. Dans cette optique, nous nous sommes posés la question de savoir *en quoi le processus de mentalisation chez l'enfant DI impacte-t-elle sur son agressivité ?* En guise de réponse provisoire à cette question posée, nous avons formulé une hypothèse selon laquelle *le processus de mentalisation impacte sur l'agressivité de l'enfant DI*. L'objectif poursuivi dans cette étude était celui de *comprendre en quoi la processus de mentalisation atténue l'agressivité de l'enfant DI*.

La méthode clinique utilisée dans cette étude repose sur l'observation approfondie des participants et l'évaluation de leur condition via des entretiens et des tests. L'étude porte sur un échantillon de 4 enfants atteints de déficience intellectuelle (DI), sélectionnés par un échantillonnage raisonné. Les participants sont deux garçons (Arthur et Lancelot) et deux filles (Mary et Jeanne), âgés de 8 à 12 ans, avec un quotient intellectuel variant entre 40 et 45. Ils sont inscrits au CAF/CEBNF ESPOIR, un centre éducatif dédié aux personnes en situation de handicap mental et aux jeunes en décrochage scolaire, situé à Yaoundé. Les données sont collectées par des entretiens cliniques semi-directifs, permettant de recueillir des informations approfondies sur les participants. Ces entretiens sont accompagnés de tests psychométriques et d'échelles d'évaluation. En complément, des observations directes sont réalisées pour saisir les aspects non verbaux et comportementaux des enfants, souvent essentiels dans le cadre de la déficience intellectuelle. L'analyse des données se fait à travers une étude de cas, qui permet d'explorer les caractéristiques individuelles des participants et d'analyser leurs comportements dans un cadre spécifique. Cette approche est complétée par des outils diagnostiques et des entretiens structurés avec les parents et les professionnels de santé qui suivent les enfants.

L'étude a révélé que la mentalisation agit comme un facteur protecteur : plus l'enfant est en mesure d'élaborer une représentation de ses propres affects et de ceux d'autrui, moins il est

enclin à adopter des comportements impulsifs. En parallèle, les stratégies de coping jouent un rôle modulateur : lorsque l'enfant dispose de stratégies adaptatives, il est davantage en mesure de faire face au stress et à la frustration.

Ces résultats ont des implications directes pour les pratiques éducatives et thérapeutiques. Ils plaident pour une éducation émotionnelle précoce, un accompagnement psychologique centré sur la mise en mots des ressentis, et des programmes visant à renforcer la capacité de mentalisation. Ils suggèrent également l'importance de former les professionnels à repérer les signes de déficit de mentalisation et à intervenir de manière ajustée.

Néanmoins, cette recherche comporte certaines limites : taille restreinte de l'échantillon, subjectivité inhérente à l'analyse clinique, difficulté d'accès à une verbalisation claire chez certains enfants. Ces éléments invitent à poursuivre l'investigation avec des approches mixtes et des outils standardisés.

En définitive, comprendre l'enfant DI dans sa complexité psychique et relationnelle, c'est lui offrir les moyens de se penser, de penser l'autre, et d'investir le lien social autrement que dans l'agir. C'est un enjeu éthique, éducatif et clinique fondamental.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anzieu, D. (1974). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Assoun, P.-L. (2023). *Lacan* (6e éd.). Presses Universitaires de France
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L., & GROUM-F. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue française de médecine générale*, 19(84), pp. 142-145.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. PUF.
- Bègue, L. (2015). *L'agression Humaine*. Dunod.
- Bouchoux, J.-C. (2009). *La pulsion*. Eyrolles.
- Boulanger, J. (2016). Les troubles associés à la déficience intellectuelle. *Empan*, 104(4), 31-37.
- Bourcier, S. (2018). *L'agressivité chez l'enfant de 0 à 5 ans*. Québec: CHU Sainte-Justine .
- Bouyap, R. F. (2014). *Perception de la situation de maladie et coping de l'angoisse chez les personnes atteintes d'hypertension artérielle*. (Mémoire de Master) Université de Yaoundé 1.
- Bowen, F., Levasseur, C., Beaumont, C., Morissette, E., & St-Arnaud, P. (2018). La violence en milieu scolaire et les défis de l'éducation à la socialisation. Dans J. Laforest, P. Maurice, & L. M. Bouchard, *Rapport québécois sur la VIOLENCE et la santé* (pp. 200-228). Institut National de la Santé Publique.
- Branchard, L., & Pirlot, G. (2011). De la violence à l'agressivité, du passage à l'acte à la mise en acte, du groupe au sujet. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (56), 201–214.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210–232.
- Bruchon-Schweiter, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, Stress, Coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, pp. 68-83.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies : Stress, coping et ajustement*. Dunod.
- Cabassut, J. (2005). *Le déficient mental et la psychanalyse : Clinique du sujet non-supposé savoir*. Éditions Champ social.

- Cabeza, R., & Moscovitch, M. (2013). Memory systems, processing modes, and components: Functional neuroimaging evidence. *Perspectives on Psychological Science*, 8(1), 49–55.
- Calin, D. (2014). Psychogénèse de l'agressivité. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 3(67), pp. 43-61. doi:10.3917/nras.067.0043
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod.
- Chanez, P.-O. (2002). *Agressif!? Moi!? Psychologie de l'agressivité et de la violence*. Le Manuscrit.
- Chevalier, C. (2007). *Faire face aux émotions. Pour gérer au quotidien larmes, conflits, stress, agressivité*. Inter-Editions-Dunod.
- Chronister, J., & Chan, F. (2007). Hierarchical coping: a conceptual framework for understanding coping within a context of chronic illness and disability. Dans E. Martz, & H. Livneh (Éds.), *Coping with chronic illness and disability. Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 49-72).
- Claes, G., Trumont, A., Nisolle, D., Henderickx, G., & De Ceulaer, S. (2013). *Gérer l'agressivité*. Service Public Fédéral .
- Conway, M. A. (2009). Episodic memories. *Neuropsychologia*, 47(11), 2305–2313.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261–288.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Allaire, J.-F., & Roy, M.-E. (2007). Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(10), 786–801.
- Delègue, A. (2020). Les troubles neurodéveloppementaux : analyse critique. *Sud/Nord*, 29(1), 105-133.
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Le Bulletin de Psychologie*, 64(5), 471–485.
- Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Gallimard.
- Domon-Archambault, V. (2014). *Élaboration et étude préliminaire d'efficacité d'un guide d'interventions axées sur la mentalisation pour les jeunes hébergés en centre jeunesse (Doctoral dissertation)*. Université de Sherbrooke.
- Dot, O. (1984). *Agressivité et violence chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Marabout service.
- Dugravier, R. (2012). Violence à l'école. La théorie de l'attachement : un outil pour mieux comprendre. *Eres*, 54(1), pp. 35-47.

- Dumont, M., & Plancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Presses de l'Université du Québec.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Lancelot, G., & Karbo, N. M. (1992). Emotional responsivity to others : Behavioral correlates and socialization antecedents. Dans N. Eisenberg, & R. A. Fabes, *Emotion and its regulation in early development : New directions in child development* (pp. 57-73). Jossey-Bass.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard.
- Gabbard, G. O., & Horowitz, M. J. (2009). Insight, transference interpretation, and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 517–521.
- Gaudreau, N. (2020). *Les conduites agressives à l'école*. Presses de l'Université du Québec.
- Gershuny, B. S., Cloitre, M., & Otto, M. W. (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 157–166.
- Golse, B. (2015). *Développement affectif et cognitif de l'enfant*. Elsevier Masson.
- Gray, M. J. (2017). *Beads: Symbols of Indigenous cultural resilience and value*. University of Toronto (Canada).
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Hartmann, A. (2008, Janvier 1er). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*, 14, pp. 285-299. doi:10.1016/j.prps.2008.01.002
- Hébert, M., & Daignault, I. V. (2007). The French-Canadian version of the Self-Report Coping Scale: Estimates of the reliability, validity, and development of the short form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, pp. 2-15.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (2020). *Les mécanismes de défense*. Dunod.
- Išerić, H. (2025). *Crafting for well-being: Understanding the connection between mental health and handmade products* (Doctoral dissertation). University of Sarajevo.
- Juignet, P. (2003). Lacan, le symbolique et le signifiant. *Cliniques méditerranéennes*, 68(2), 131-144.
- Kendall, K., & Owen, M. J. (2015). Intellectual disability and psychiatric comorbidity: challenges and clinical issues. *Psychiatric Times*, 32(5), 60-63.
- Klein, M. (1961). *Psychanalyse d'un enfant*. Tchou.

- La Réponse du Psy. (Janvier 2024). *Troubles du comportement*. La Réponse du Psy.
<https://www.lareponsesdupsy.info/TroubleComportement>
- Lacan, J. (1953). *Fonction et champ de la parole et du langage*. Écrits.
- Lacan, J. (1975). La troisième. *Lettres de l'École freudienne*, 16, 177-203.
- Lacan, J. (1975). *Le séminaire I*. Seuil.
- Lacan, J., & Miller, J. A. (1975). *Le séminaire* (Vol. 1). Seuil.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. *Perspectives in Interactional Psychology*, pp. 287-327.
- Lecours, S., & Bouchard, M. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855–875.
- Lekes, N., Guilbault, V., Philippe, F. L., & Houle, I. (2014). Remembering events related to close relationships, self-growth, and helping others: Intrinsic autobiographical memories, need satisfaction, and well-being. *Journal of Research in Personality*, 53, 103–111.
- Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu : de la théorie à la pratique. La méthode Morin-Chartier*. Presses de l'Université du Québec.
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 223–226.
- Li, J., Schiller, D., Schoenbaum, G., Phelps, E. A., & Daw, N. D. (2011). Differential roles of human striatum and amygdala in associative learning. *Nature Neuroscience*, 14(10), 1250–1252.
- Lorenz, K. (1969). *L'agression, une histoire naturelle du mal*. Flammarion.
- Luquet, P. (1987). Penser - parler : Un apport psychanalytique à la théorie du langage. In R. Christie et al. (Éds), *La parole trouble* (pp. 161–300). Paris : PUF.
- Maheux, J., Ethier, C., & Trépanier, E. (2022). La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide : compétences émotionnelles et interpersonnelles au cœur de la pratique. *Service social*, 68(1), 67–85.
- Makdessi, G. (2013). *Enfants DI suivis en SESSAD et PPS*. MSS 2014.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson.
- Mayi, M., B. (2017). *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Dianoia.

- McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. Dans Goldberger, & S. Breznitz, *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). Free Press.
- Moss, S., et al. (2013). *Problem behaviour and psychiatric comorbidity in adults with intellectual disability*. Psychiatric Times.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. L'Harmattan.
- Nguimfack, L., & Scelles, R. (2017). Méta-analyse des recherches sur l'entretien clinique de recherche avec les personnes présentant une déficience intellectuelle: synthèse des travaux. *Psychologie française*, 62(2), 163-176.
- Pagès, V. (2017). *Handicaps et psychopathologies*. Dunod.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Presses Universitaires de France.
- Phelps, E. A., & LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. *Neuron*, 48(2), 175–187.
- Philippe, F. L. (2016). Au cœur de la mentalisation: la mémoire épisodique et autobiographique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 69-92.
- Philippe, F. L., Koestner, R., Beaulieu-Pelletier, G., & Lecours, S. (2011a). The role of need satisfaction as a distinct and basic psychological component of autobiographical memories: A look at well-being. *Journal of Personality*, 79(5), 905–938.
- Philippe, F. L., Koestner, R., Beaulieu-Pelletier, G., & Lecours, S. (2011b). The role of episodic memories in current and future well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(4), 505–519.
- Philippe, F. L., Koestner, R., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., & Bois, K. (2011c). The role of autobiographical memory networks in the experience of negative emotions: How our remembered past elicits our current feelings. *Emotion*, 11(6), 1279–1290.
- Poulin, J. R. (2023). *La déficience intellectuelle: de la définition à l'intervention pédagogique*. Letra Capital Editora LTDA.
- Ruffiot, A. (1996). *Handicap et psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

- Schneider, B. H., Normand, S., Allès-Jardel, M., Provost, M. A., & Tarabulsy, G. M. (2009). *Conduites agressives chez l'enfant. Perspectives développementales et psychosociales*. Presses de l'Université du Québec.
- Tisseron, S. (2012). Violence et agressivité, une distinction essentielle. *Santé mentale*(165), 6-7.
- Tremblay, C., & Ellington, L. (2022). Guérison autochtone et rétablissement en santé mentale: rapprochement conceptuel et implications pour l'intervention psychosociale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 41(4), 36-53.
- UN Department of Economic and Social Affairs. (2019). *UN Disability Inclusion Strategy*. https://www.un.org/disability/documents/strategies/UN_Disability_Inclusion_Strategy.pdf
- UNESCO. (2021). *Welcoming learners with disabilities in quality learning environments: A tool to support inclusive education*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>
- UNICEF USA. (2024). *How to help children with disabilities*. <https://www.unicefusa.org/what-we-do/respect-children/children-disabilities>
- UNICEF. (2024). *Children with disabilities*. <https://www.unicef.org/disabilitiesclubrunner.blob.core.windows.net>
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- World Health Organization & World Bank. (2014). *WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>
- Zazzo, R. (1979). *Les débiles mentaux*. PUF.

ANNEXES

Annexe 1 : autorisation de recherche UY1

Annexe 2 : autorisation de recherche CAF/CEBNF ESPOIR

Annexe 3 : Guide d'entretien

Préambule

Bonjour. Je suis étudiant en Psychologie à l'Université de Yaoundé 1. Je mène une étude sur l'agressivité chez l'enfant. Je m'intéresse surtout aux enfants déficients intellectuels et plus particulièrement aux enfants T21. Avant d'y arriver, j'aimerais que vous me permettiez de prendre des notes pendant nos entretiens concernant vos élèves. Je vous garantis la confidentialité de ces entretiens.

Identification

Identifiant :	Fratrie :
Age :	Niveau d'étude :
Sexe :	Quotient Intellectuel :
Ethnie :	

Thème 1 : Agressivité

- Qu'est-ce qu'il/elle fait quand il/elle est très énervée ?
- A-t-il/elle des moyens à lui/elle pour calmer sa colère ? [relance]

Thème 2 : Processus de mentalisation

- décrivez ce qu'il/elle ressent, avec des mots, quand il/elle se dispute ou se sent en colère.
- Est-ce qu'il/elle arrive parfois à inventer des histoires dans sa tête pour mieux supporter ce qu'il/elle vit ?
- Est-ce que certaines choses (dessins, objets, mots) l'aident à exprimer ce qu'il/elle ressent ?

Thème 3 : Régulation du processus de mentalisation (coping)

- Quand quelque chose ne va pas, est-ce qu'il/elle essaie de trouver une solution ? De demander de l'aide ?
- Qu'est-ce qu'il/elle fait pour aller mieux quand il/elle se sent très mal (pleurer, parler, dessiner, courir) ? [relance]
- Est-ce qu'il/elle préfère parfois oublier ou faire comme si le problème n'existait pas ? [relance]

Annexe 4 : QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION - VERSION BRÈVE / PARENT-PROFESSIONNEL

Causey, D.L. & Dubow, E.F. (1992)

Traduction et adaptation: Hébert, M., Parent, N., & Daignault, I.V. (2007)

Veillez encercler la fréquence à laquelle l'enfant adopte chacun de ces comportements face à une difficulté ou un problème.

1 = Jamais 2 = Presque toujours 3 = Quelques fois 4 = La plupart du temps 5 = Toujours
--

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 1 Il/elle essaie de penser aux différentes façons de régler la situation. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 2 Il/elle fait comme si rien ne n'était arrivé. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 3 Il/elle s'en prend aux autres parce qu'il/elle est triste ou en colère. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 4 Il/elle choisit une façon de régler la situation et l'applique. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 5 Il/elle s'inquiète trop à ce sujet. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 6 Il/elle demande conseil à un ami. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 7 Il/elle fait quelque chose pour se rattraper. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 8 Il/elle se dit que ce n'est pas grave. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 9 Il/elle pleure à cause de ça. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 10 Il/elle demande conseil à un membre de sa famille ou à l'enseignant. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 11 Il/elle sait qu'il y a des choses qu'il/elle peut faire pour améliorer la situation. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 12 Il/elle refuse d'y penser. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 13 Il/elle crie pour se défouler. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 14 Il/elle demande à quelqu'un qui a déjà eu ce problème. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 15 Il/elle s'inquiète de ce que les autres vont penser de lui/d'elle. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 16 Il/elle dit des gros mots à voix haute. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 17 Il/elle dit qu'il/elle s'en fiche. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 18 Il/elle se met en colère et jette ou frappe quelque chose. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 19 Il/elle demande de l'aide à un membre de la famille ou à l'enseignant. |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | | 20 Il/elle se met en colère contre lui/elle-même. |

9

Annexe 6 : grille d'observation

Catégories	Indices observable	Arthur	Mary	Lancelot	Jeanne
Agressivité	Bousculer, contraindre, se griffer,				
	Crier ou hurler, insulter, menacer verbalement				
	Comportement de provocation, menacer du regard, cracher ou lancer des objets, ...				
	Dénigrer une personne en son absence, propager des rumeurs, désobéir, ...				
	Voler, briser les objets personnels, déchirer les livres, cahiers, ...				
Régulation du processus de mentalisation	Self-control, acceptation des responsabilités				
	Demander conseil ou de l'aide				
	Le déni, l'échappement, la distanciation				
	Se replier, pleurer, être inquiet				
	Crier, colère, s'en prendre aux autres				

Annexe 7 : Relevé des entretiens

Élève Arthur – Garçon (9 ans, CP Spécial)

Thème 1 : Agressivité

Psychologue : Que fait Arthur lorsqu'il est très en colère ?

Éducateur : Il devient subitement très bruyant, il crie à plein poumons, tape les autres sans prévenir, et une fois, il a même mordu un camarade au bras. Ce sont des gestes très impulsifs, sans aucune anticipation. Il semble agir dans une urgence émotionnelle qu'il ne peut pas contenir.

Psychologue : Est-ce qu'il vise quelqu'un en particulier ?

Éducateur : Pas forcément. Cela peut être le premier enfant à portée de main. Parfois même, il tape un objet ou une table. Ce n'est pas une agressivité instrumentale, c'est plutôt un débordement total.

Psychologue : Est-ce qu'il semble regretter ses gestes après coup ?

Éducateur : Pas vraiment. Il ne parle pas de ce qui s'est passé. Soit il reste agité, soit il s'effondre de fatigue.

Thème 2 : Coping

Psychologue : Quand il est en difficulté émotionnelle, demande-t-il de l'aide ?

Éducateur : Non, jamais. Il se ferme complètement, ne regarde plus personne et n'écoute pas ce qu'on lui dit. Il semble prisonnier de sa crise.

Psychologue : A-t-il déjà tenté de s'isoler ou d'aller dans un coin calme ?

Éducateur : Non plus. Il faut que ce soit un adulte qui l'en sorte, sinon il peut continuer à crier ou frapper pendant longtemps.

Psychologue : Est-ce qu'il accepte des gestes de réassurance physique ou verbale ?

Éducateur : Pas sur le moment. Il rejette tout contact verbal, et parfois il se débat s'il sent qu'on veut le contenir. Il ne sait pas utiliser l'adulte comme ressource.

Thème 3 : Mentalisation

Psychologue : Est-ce qu'il est capable de mettre des mots sur ce qu'il ressent ?

Éducateur : Très difficilement. Il dit juste "je suis fâché" ou "je veux tout casser", sans expliquer pourquoi. Il ne fait pas de lien entre ce qu'il vit et ce qu'il exprime.

Psychologue : Est-ce qu'il montre des signes d'imaginaire, par exemple dans le jeu ?

Éducateur : Non, il n'invente pas d'histoires, ne joue pas à des jeux symboliques. Tout est très concret chez lui. Il agit, il ne représente pas.

Psychologue : Et dans le dessin ou les objets ?

Éducateur : Il rejette tout. Il déchire les feuilles, casse les crayons. Il ne supporte aucune activité quand il est contrarié. Il y a une vraie difficulté d'accès au registre symbolique.

Élève Mary – Fille (8 ans, CP Spécial)

Thème 1 : Agressivité

Psychologue : Que fait-elle quand elle est énervée ?

Éducatrice : Elle hurle, insulte les adultes comme les enfants, jette violemment ses affaires. Une fois, elle a claqué la porte en hurlant et a frappé un adulte avec un cahier. Son agressivité est très verbale mais aussi physique. Elle est explosive.

Psychologue : Y a-t-il des signes avant-coureurs ?

Éducatrice : Oui, elle commence à froncer les sourcils, parle fort, et tout d'un coup ça explose. Mais c'est très rapide.

Psychologue : Après la crise, comment se comporte-t-elle ?

Éducatrice : Elle reste très agitée. Elle peut continuer à marmonner ou crier, parfois en boucle. Ce n'est pas un apaisement rapide.

Thème 2 : Coping

Psychologue : Est-ce qu'elle tente quelque chose pour aller mieux ?

Éducatrice : Non. Elle attend que ça passe. Elle ne cherche pas de solution. C'est souvent un adulte qui doit prendre en charge la situation.

Psychologue : S'est-elle déjà cachée ou isolée volontairement ?

Éducatrice : Oui, une fois on l'a retrouvée dans les toilettes, en train de pleurer. Mais ce n'est pas une stratégie systématique.

Psychologue : Accepte-t-elle des propositions de médiation ?

Éducatrice : Non. Elle refuse tous les supports, même les objets sensoriels ou les pictogrammes. Elle rejette l'aide en bloc.

Thème 3 : Mentalisation

Psychologue : Sait-elle expliquer ce qu'elle ressent ?

Éducatrice : Elle utilise des formules générales comme "je déteste tout le monde", mais elle ne sait pas dire pourquoi. Il n'y a pas de nuances dans son discours émotionnel.

Psychologue : Invente-t-elle des histoires ou utilise-t-elle le jeu symbolique ?

Éducatrice : Jamais. Elle n'a pas de monde imaginaire dans lequel elle se réfugie. Elle est très réactive, très dans le moment.

Psychologue : Peut-elle exprimer ses émotions autrement, par des objets, du dessin ?

Éducatrice : Non, elle rejette tous les supports. Elle n'a pas de canal alternatif d'expression.

Élève Lancelot – Garçon (12 ans, CE2 Spécial)

Thème 1 : Agressivité

Psychologue : Comment manifeste-t-il sa colère ?

Éducateur : Il se frappe la tête contre les murs ou se cogne avec ses poings. Il détruit aussi des objets. C'est une agressivité dirigée contre lui-même, mais parfois aussi contre l'environnement.

Psychologue : Est-ce que ces gestes ont une fonction communicative selon vous ?

Éducateur : Difficile à dire. Ça ressemble plus à une tentative de gestion sensorielle extrême qu'à un appel à l'aide. Il semble submergé.

Psychologue : Est-ce qu'il comprend ce qu'il fait ?

Éducateur : Pas vraiment. Après coup, il passe à autre chose, sans revenir sur ce qui s'est passé.

Thème 2 : Coping

Psychologue : Est-ce qu'il met en place des stratégies pour se calmer ?

Éducateur : Non. Il ne fait rien pour aller mieux. Il reste parfois dans cet état toute la journée.

Psychologue : Est-ce qu'il accepte le contact physique ou verbal pour l'apaiser ?

Éducateur : Il faut souvent intervenir à deux pour le contenir physiquement. Il n'est pas réceptif à la parole dans ces moments-là.

Psychologue : Est-ce qu'il semble se détacher émotionnellement après coup ?

Éducateur : Oui, parfois il sourit ou fait comme si rien ne s'était passé. Mais ce n'est pas de l'apaisement, c'est un masque.

Thème 3 : Mentalisation

Psychologue : Parle-t-il de ce qu'il ressent ?

Éducateur : Non. Il ne sait pas dire pourquoi il est fâché. Il est dans une sorte de déconnexion émotionnelle.

Psychologue : A-t-il un monde imaginaire, ou des jeux d'invention ?

Éducateur : Aucun. Il est très concret, dans l'action immédiate. Il ne joue pas.

Psychologue : Dessine-t-il ou utilise-t-il des objets pour exprimer ses états ?

Éducateur : Non, il détruit. Il casse les crayons, déchire les feuilles. C'est plus un rejet qu'un usage symbolique.

Élève Jeanne – Fille (11 ans, CE1 Spécial)

Thème 1 : Agressivité

Psychologue : Que fait-elle quand elle est en colère ?

Éducatrice : Elle pleure, parle très vite, s'agite, mais ne frappe pas. Elle canalise sa tension de manière plus contenue. C'est une agressivité intériorisée.

Psychologue : Est-ce qu'elle se coupe du groupe ?

Éducatrice : Oui, elle préfère s'isoler, souvent de manière autonome, pour retrouver son calme.

Psychologue : A-t-elle déjà fait preuve d'agressivité physique ?

Éducatrice : Non. Elle n'a jamais frappé, ni insulté. Elle verbalise plutôt qu'elle n'agit.

Thème 2 : Coping

Psychologue : Que fait-elle concrètement pour se réguler ?

Éducatrice : Elle s'assoit dans un coin tranquille avec son carnet ou sa peluche. Elle respire, boit de l'eau. Elle utilise plusieurs stratégies efficaces.

Psychologue : Demande-t-elle de l'aide ?

Éducatrice : Oui, elle vient me voir directement ou va à l'infirmerie. Elle sait se tourner vers les adultes.

Psychologue : Accepte-t-elle les outils de régulation qu'on lui propose ?

Éducatrice : Oui, elle utilise les pictogrammes, son journal, ou un coin sensoriel.

Thème 3 : Mentalisation

Psychologue : Est-elle capable d'exprimer ce qu'elle ressent ?

Éducatrice : Très bien. Elle parle de tristesse, de frustration, elle dit qu'elle se sent incomprise. Elle fait le lien entre ce qu'elle ressent et les événements.

Psychologue : Invente-t-elle des histoires ou des jeux symboliques ?

Éducatrice : Oui, elle crée des personnages dans ses dessins, écrit dans un journal, parfois elle invente des histoires pour exprimer des tensions internes.

Psychologue : Utilise-t-elle des objets de manière symbolique ?

Éducatrice : Oui, elle prend sa peluche ou écrit des mots pour représenter son humeur. Elle a accès à un registre symbolique riche.

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE	I
DÉDICACE.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VI
RÉSUMÉ.....	VII
ABSTRACT	VIII
 INTRODUCTION GÉNÉRALE	 1
 PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	 3
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	4
1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	4
1.2 FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME.....	7
1.3 QUESTION DE RECHERCHE.....	10
1.4 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	10
1.5 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	11
1.6 INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE.....	11
<i>1.6.1 Sur le plan scientifique</i>	<i>11</i>
<i>1.6.2 Sur le plan économique</i>	<i>11</i>
<i>1.6.3 Sur le plan social.....</i>	<i>12</i>
1.7 DÉFINITIONS ET CLARIFICATIONS DES CONCEPTS.....	12
<i>1.7.1 Agressivité.....</i>	<i>12</i>
<i>1.7.2 Déficience intellectuelle</i>	<i>13</i>
<i>1.7.3 Mentalisation.....</i>	<i>14</i>
<i>1.7.4 Coping.....</i>	<i>15</i>
 CHAPITRE 2: PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	 16
2.1 APPROCHE NEURODÉVELOPPEMENTALE.....	16
2.2 APPROCHE COGNITIVE : LA MÉMOIRE ÉPISODIQUE	18
<i>2.2.1 Généralités.....</i>	<i>18</i>

2.2.1.1 Définition.....	18
2.2.1.2 Zones cérébrales et fonctions	19
2.2.1.3 Mentalisation et besoins psychologiques	20
2.2.1.4 Mentalisation, de la représentation à la symbolisation.....	21
2.2.2 Mentalisation réussie	22
2.2.3 Échec de mentalisation	23
2.2.4 Mémoire épisodique et déficience intellectuelle.....	24
2.3 PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE.....	25
2.3.1 Approche de Freud et des Postfreudiens de la DI	25
2.3.1.1 Freud et le moi corporel.....	25
2.3.1.2 Bion et les protopensées	26
2.3.1.3 Winnicott et le faux self	26
2.3.1.4 Jeammet, Marty et le défaut de sublimation intellectuelle.....	27
2.3.2 Approche de Lacan : du stade miroir à la mentalisation	27
2.3.2.1 Du Stade miroir à l'imaginaire	28
2.3.2.2 De l'imaginaire au symbolique.....	29
2.3.2.3 Le réel, le symbolique, l'imaginaire et la déficience intellectuelle	31
2.3.3 Approche de Mayi	32
2.3.3.1 Les représentations psychiques.....	32
2.3.3.2 Les opérations de pensée.....	33
2.4 MENTALISATION, COPING ET AGRESSIVITÉ	36
2.4.1 Agressivité comme échec de mentalisation	37
2.4.2 Régulation par la pensée : mentalisation et coping	37
2.4.3 Mentalisation et régulation émotionnelle	38
CHAPITRE 3: AGRESSIVITÉ ET COPING.....	40
3.1 AGRESSIVITÉ CHEZ L'ENFANT	40
3.1.1 Fonctions de l'agressivité	40
3.1.1.1 Agression réactive ou hostile ou relationnelle.....	40
3.1.1.2 Agression instrumentale ou proactive ou offensive.....	40
3.1.2 Différents types d'agression.....	41
3.1.2.1 Agression directe	42
3.1.2.2 Agression indirecte	43
3.1.3 Causes et manifestations de l'agressivité chez l'enfant.....	44
3.1.3.1 Causes de l'agressivité chez l'enfant.....	44

3.1.3.2 Manifestations de l'agressivité chez l'enfant	45
3.1.4 Développement de l'agressivité chez l'enfant	45
3.1.4.1 Les premiers cris (0 à 1 an)	45
3.1.4.2 L'explorateur (1 à 2 ans)	46
3.1.4.3 Les grandes colères (2 à 3 ans)	46
3.1.4.4 Les gros mots (3 à 5 ans)	46
3.1.4.5 La négociation (4 à 5 ans)	47
3.1.5 Approches de l'agressivité.....	47
3.1.5.1 Modèle éthologique	47
3.1.5.2 Modèle de la psychologie sociale : théorie de la frustration-agression.....	48
3.1.5.3 Modèle psychanalytique	48
3.1.6 Agressivité et DI	52
3.1.6.1 Approche nosologique de l'agressivité chez les sujets DI	53
3.1.6.2 Approche psychodynamique de l'agressivité chez les sujets DI	54
3.2 COPING OU STRATÉGIES DE FAIRE FACE.....	55
3.2.1 Fonction du coping	55
3.2.1.1 Selon Lazarus.....	56
3.2.1.2 Selon Kramer.....	56
3.2.2 Modèles du coping	56
3.2.2.1 Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman	56
3.2.2.2 Modèle comportementaliste de Roth et Cohen.....	59
3.2.2.3 Modèle intégratif de Moos et Schaefer	60
3.2.3 Fonction parentale et style de coping chez l'enfant	62
3.2.3.1 Fonction maternelle et style de coping de l'enfant	62
3.2.3.2 Fonction paternelle et style de coping chez l'enfant.....	63
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....	64
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	65
4.1 BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	65
4.1.1 Rappel du problème de recherche	65
4.1.2 Rappel de la question de recherche	66
4.1.3 Rappel des hypothèses.....	67
4.1.3.1 Hypothèse générale	67
4.1.3.2 Hypothèses de recherche	68
4.2 CADRE DE LA RECHERCHE	71

4.2.1 Site de l'étude	71
4.2.1.1 Présentation du CAF/CEBNF ESPOIR	71
4.2.1.2 Population cible	72
4.2.1.3 Activités	72
4.2.1.3.1. <i>Education</i>	72
4.2.1.3.2. <i>Sensibilisation</i>	74
4.2.1.4 L'organisation administrative du CAF/CEBNF ESPOIR	74
4.2.2 Population de l'étude	75
4.2.2.1 Technique d'échantillonnage	75
4.2.2.2 Critères de sélection	76
4.2.2.3 Participants de l'étude et caractéristiques	76
4.3 TYPE ET MÉTHODE DE RECHERCHE	77
4.3.1 Type de recherche	77
4.3.2 Méthode de recherche : la méthode clinique	77
4.3.2.1 L'étude de cas	78
4.4 OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	78
4.4.1 L'entretien clinique : entretien à main armée	79
4.4.1.1 Entretien clinique	79
4.4.1.2 Les questionnaires	81
4.4.1.2.1. <i>Overt Aggression Scale (OAS) ou échelle d'agression manifeste</i>	81
4.4.1.2.2. <i>Self-Report Coping Scale (SRCS-P) ou questionnaire sur les stratégies d'adaptation version Parent et/ou Professionnel</i>	81
4.4.2 L'observation	82
4.4.2.1 Observation en psychologie : grille d'observation	82
4.4.2.2 Amorçage ou activation : le perlage	83
4.5 LA DÉMARCHE DE COLLECTE	84
4.5.1 La pré-enquête	84
4.5.2 L'enquête	84
4.6 MÉTHODE D'ANALYSE	84
4.6.1 Méthode d'analyse des entretiens : analyse de contenu thématique	85
4.6.2 Méthode d'analyse des questionnaires	88
4.6.2.1 Over Aggression Scale	88
4.6.2.2 Self-Report Coping Scale	88
4.7 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	88
4.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	88

CHAPITRE 5: PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES	90
5.1 ANALYSE LONGITUDINALE OU CAS PAR CAS	90
<i>5.1.1 Participant Arthur, 9 ans, CP spécial.....</i>	<i>90</i>
<i>5.1.2 Participante Mary, 8 ans CP Spécial.....</i>	<i>91</i>
<i>5.1.3 Participant Lancelot, 12 ans, CE2 Spécial.....</i>	<i>91</i>
<i>5.1.4 Participant Jeanne, 11 ans, CE1 Spécial</i>	<i>92</i>
5.2 RÉSULTATS DES DIFFÉRENTES ÉCHELLES ET À LA GRILLE D'ANALYSE	92
<i>5.2.1 Chez Arthur</i>	<i>93</i>
<i>5.2.2 Chez Mary</i>	<i>95</i>
<i>5.2.3 Chez Lancelot</i>	<i>96</i>
<i>5.2.4 Chez Jeanne</i>	<i>98</i>
<i>5.2.5 Synthèse des résultats.....</i>	<i>101</i>
5.3 ANALYSE THÉMATIQUE/TRANSVERSALE.....	102
<i>5.3.1 Agressivité chez les enfants.....</i>	<i>102</i>
<i>5.3.2 Mentalisation.....</i>	<i>103</i>
<i>5.3.3 Mécanismes de coping</i>	<i>104</i>
<i>5.3.4 Synthèse de l'analyse transversale</i>	<i>106</i>
CHAPITRE 6: INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	107
6.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	107
<i>6.1.1 Rappel de la théorie.....</i>	<i>107</i>
<i>6.1.2 Interprétation des résultats proprement dit.....</i>	<i>109</i>
6.1.2.1 HR1 : La régulation de la mentalisation de l'enfant DI par son coping d'approche impacte sur son agressivité.	109
6.1.2.2 HR2 : La régulation de la mentalisation de l'enfant DI via le coping évitant impacte sur son agressivité.	110
6.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS	111
<i>6.2.1 Évolution du coping d'approche et régulation émotionnelle</i>	<i>112</i>
<i>6.2.2 La symbolisation comme médiateur psychique.....</i>	<i>112</i>
<i>6.2.3 Mentalisation, coping et attachement</i>	<i>113</i>
<i>6.2.4 Vers une compréhension intégrative</i>	<i>114</i>
6.3 IMPLICATIONS DE L'ÉTUDE.....	115
<i>6.3.1 Implications théoriques.....</i>	<i>115</i>
<i>6.3.2 Implications pratiques.....</i>	<i>117</i>

CONCLUSION GÉNÉRALE	119
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	121
ANNEXES.....	127
Annexe 1 : autorisation de recherche UY1	128
Annexe 2 : autorisation de recherche CAF/CEBNF ESPOIR.....	129
Annexe 3 : Guide d’entretien.....	130
Annexe 4 : QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION - VERSION BRÈVE / PARENT-PROFESSIONNEL.....	131
Annexe 5 : ÉCHELLE D’AGRESSION MANIFESTE (OAS)	132
Annexe 6 : grille d’observation.....	133
Annexe 7 : Relevé des entretiens	134