

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des Sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

L'agressivité chez les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale

**Etude de quatre (4) cas réalisé au niveau de l'association pour le
soutien aux Infirmes Moteurs Cérébraux.**

Réalisé par :

Melle MAOUCHE Lynda

Melle TOUAG Meriem

Encadré par :

M. GHOUAS Yacine

Année universitaire 2017/2018

Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des annexes

Liste des abréviations

Introduction 12

Chapitre 1 : Le cadre général de la problématique

1- La problématique 15

2- L'hypothèse..... 18

3- Les raisons du choix de thème 18

4- L'objectif de la recherche 18

5- L'opérationnalisation des concepts..... 19

La partie théorique

Chapitre 2 : L'handicap et l'infirmité motrice cérébrale

Préambule 23

1 - Le handicap 23

A- Terminologie 23

B- Définition..... 24

C- Les types de handicap..... 24

- Le handicap mental 24

- Le handicap physique..... 24

2- L'infirmité motrice cérébrale	25
A- Définition de l'infirmité motrice cérébrale	25
B - Etiologie de l'infirmité motrice cérébrale	25
- Les causes anténatales (prénatales).....	26
- les causes néonatales (périnatales).....	26
- les causes postes natales.....	26
- autre facteurs de risque	26
C- Les types d'infirmité motrice cérébrale	26
- les formes spastiques.....	27
- les formes athétosiques ou dyskinétiques	27
- la forme ataxique.....	27
D- Les troubles associent	28
- L'épilepsie.....	28
- Troubles visuels	28
- Troubles auditives	29
- Troubles de langage	29
- Difficultés d'alimentation	30
- Les constipations.....	30
- Troubles de la sensibilité	30
E- La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale	30
Synthèse	31

Chapitre 3 : l'agressivité

Préambule	33
1- Définition des concepts suivant	33
- l'agressivité	33
- la violence	33
-l'agression	34
2- Les divers types de l'agression	34
3- Les causes de l'agressivité	36
4- Les fonctions de l'agressivité.....	37
5- Les modèles d'approche de l'agressivité	37
6- Les manifestations d'une personne atteint de l'agressivité	38
7- l'agressivité est t-il héréditaire.....	40
8- Distinguer l'agressivité normale des troubles du comportement	40
9- l'agressivité chez l'enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale.....	41
10- Les critères de différenciation entre la violence et l'agressivité	41
Synthèse	42

La partie pratique

Chapitre 4 : la méthodologie de la recherche

Préambule	45
1- La pré-enquête.....	45
2- présentation de lieu de stage	46
3- La méthode de recherche	46
4- Le choix de l'échantillon	47
5- les outils de la recherche.....	48
- l'entretien clinique	48
- Le test projectif PN	49
Synthèse	55

Chapitre 5 : Analyse des résultats et discussion de l'hypothèse

1- Présentation des cas et analyse des résultats du test Patte noire.....	57
2- Discussion de l'hypothèse.....	82
Conclusion générale	83
Liste bibliographique.....	85
Annexes	90

Liste des tableaux et des annexes

Liste des tableaux :

tableaux	Titre	Page
Tableau N°1	Classification des comportements agressifs selon Buss(19961).	35
Tableau N°2	Résumer les caractéristiques de notre recherche	48

Liste des annexes :

Annexes	Titre	Page
Annexe A	Guide d'entretien	90
Annexe B	Test projectif PN de L. Corman	93

CHAPITRE 1
LE CADRE GENERAL DE LA
PROBLIMATIQUE

LA PARTIE TEORIQUE

CHAPITRE 2
L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE
(IMC)

CHAPITRE 3
L'AGRESSIVITE

PARTIE
PRATIQUE

CHAPITRE 4
LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 5
ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION DE
L'HYPOTHESE

Annexes

Annexe A
Guide d'entretien

Annexe B
Le test Patte Noire

La liste bibliographique

Remerciements

Nous tenons à remercier tout d'abord le Dieu

Le tout puissant qui nous a procuré du courage et de la volonté

Pour mener ce modeste travail.

Nous tenons vivement à remercier notre encadreur

Mr GHOUAS Yacine, *pour ses encouragements et ses consignes*

Pendant tout notre travail et notre cursus universitaire.

Nos sincères remerciements et notre profonde

Reconnaissance sont adressés à tous les enseignants et personnels

Dedépartement des sciences sociales pour leur

Disponibilité et leur patience durant notre

Cursus universitaire.

Aussi on tien à remercier l'ensemble de personnel

De l'association de soutien aux Infirmes Moteurs Cérébrauxde la wilaya

*De Bejaia « ASIMC »en particulier la présidente Mme**MERABET. Sabah**,*

*La psychologue **Melle MAALEM. Kamiliaet Melle KACHB. Naima.***

Nous remercions les enfants et leurs parents qui ont

Contribué à la réalisation de ce travail.

Enfin nous souhaitons adresser nos remerciements

aux membres de jury de ce mémoire.

« MAUCHE Lynda »

« TOUAG Meriem »

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

à toutes les personnes qui me sont chères :

mes parents que j'aime beaucoup qui m'ont aider énormément durant

mon cursus scolaire, que dieu les protèges

et nous garde pour nous.

A mon frère que j'aime beaucoup : HAMID

A mes chères sœurs : SOUHILA et SAMIA

A tous mes oncles : tants, cousines

A tous ceux qui portent le nom MAOUCHE, et CHERTOUK

A ma grand-mère YKOUTE

Sans oublier ma chère amie : LYNDA

A mon futur mari : HALIM

A ma chère amie etbinôme MERIEM et toute sa famille

A mon encadreur : GHOUAS YACINE

A tout ceux qui m'aiment et que je me connais et oublier de cité

Merci à tous.

LYNDA

Dédicace :

Je dédie ce mémoire à :

Mes chères parents pour les sacrifices consentis et qui ont tant espérer me voir terminer mes études, je suis fière de vous avoir comme parent.

A mes chères frères : MASSINISSA, JUGURTA

A mes chères sœurs : KAHINA, LYNDA

Le mari de ma sœur : LYES

A mesgrands-mères

A mes grands pères

Un grand merci pour mon grand père

A tout la famille : MESSOUDI

Et la famille : AMIASSE, sur tout MOULOUD

A mon futur mari YAKHLEF et toute sa famille

A mon encadreur : GHOUAS YACINE

A ma chère binôme : LYNDA, et toute sa famille

A tout ceux qui m'aiment et que je me connais et oublié de cité

Merci à tous

MERIEM

La liste des abréviations

IMC : Infirmité motrice cérébrale

IMOC : Infirmité motrice d'origine cérébrale

OMS : Organisation mondiale de la santé

ASIMC : Association pour le soutien aux infirmes moteurs cérébraux

Introduction

Introduction :

La naissance est le moment du début de l'existence autonome (en dehors de l'organisme maternel ou d'un œuf) d'un être vivant. D'abord c'est la relation entre le nouveau-né et ses parents, et après c'est l'histoire de la relation de l'individu que le petit enfant deviendra avec lui-même, et aussi la naissance d'un enfant est un événement merveilleux et passionnant qui continue tout au long de la vie. (D. TERRAL, 2002).

L'enfance est une période spécifique qui a sa valeur en tant que telle. L'enfant n'est plus porteur du péché, mais un innocent que la société pervertit. Est décrit de manière ambivalente : il est à la fois doux et innocent, mais aussi rusé, coléreux et parfois insupportable.

Le milieu familial est d'une importance prépondérante pour l'enfant, il a plusieurs fonctions. La première fonction est le corollaire de l'état d'impéritie du nouveau-né humain, de sa dépendance et de sa faiblesse pendant ses premières années de vie. Le milieu familial doit donc lui fournir les soins nécessaires à sa survie tant physiologique. Il soutenir son premier développement, le protéger des agressions. (<https://www.cairn.info>).

Une seconde fonction du milieu familial consiste à ouvrir l'enfant à la vie humaine dans toute sa complexité, à accompagner son intégration dans le milieu social.

Une troisième fonction du milieu familial est celle d'acculturation, de transmission de représentations et de valeurs collectives.

Les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, vont avoir les mêmes soins et protection de celle d'un enfant normal, c'est-à-dire que cette handicap ne nous laisse pas de faire la différence entre eux.

Le développement d'un enfant IMC, commence par la mise en place d'un milieu familial favorable, mais quand l'enfant il se sent un manque dans sa vie, sa lui permettre de provoquer d'autre trouble. (www.imc.apf.asso.fr).

Dans notre travail on va essayer de définir l'agressivité chez les enfants infirmes moteurs cérébraux.

La première partie contient l'introduction, la problématique et les hypothèses de notre recherche, ainsi que le chapitre introduisant la théorie.

Introduction

-Le premier chapitre portera sur l'handicapé et l'infirmité motrice cérébrale, on introduira ses types, ses causes et sa prise en charge.

-Le deuxième chapitre parlera sur l'agressivité en générale et chez les IMC.

La deuxième partie comprend deux chapitres :

-Le premier chapitre est méthodologique, dans lequel nous allons expliquer la démarche adoptée dans notre recherche, la présentation du lieu et des outils de la recherche.

-Le deuxième chapitre inclut la présentation et l'analyse des cas étudiés, on suite viendra la discussion des hypothèses. Et enfin on aura une conclusion générale pour finir notre travail.

A la fin pour arriver a la discussion des hypothèses, et pour les confirmer ou les infirmer nous avons utilisé un entretien semi-directif avec les mères portant trois axes (les renseignements sur l'enfant, l'enfant et sa famille, l'agressivité), et on a utilisé le teste projectif PN L.Corman. Et nous avons terminé notre recherche avec une conclusion générale, la liste bibliographique et les annexes.

1- La Problématique

La naissance d'un petit enfant est un événement merveilleux et passionnant, un enfant est le plus grand cadeau. Devenir un parent est la plus belle chose au monde qui puisse nous arriver, à partir du moment où ce nouvel être ouvre ces yeux, tous nos problèmes du quotidien sont oubliés, le monde qui nous entoure prend une tout autre tournure, les problèmes changent, des choses qui nous paraissaient très importantes deviennent tout d'un coup de simples choses futiles, c'est cela la magie de la naissance, mais il arrive que cet enfant soit différent des autres enfants. (D. TERRAL, 2002).

La naissance d'un enfant handicapé est toujours une expérience extrême difficile qui révolutionne et souvent désorganise la vie de toute la famille. En attendant la naissance leur bébé, les parents ne s'attendent pas à la maladie : en l'apprenant, ils subissent un choc et ne savent pas quoi faire.... (<http://www.opf.ass.fr>).

« La vie est une succession ininterrompue de contraires qui se mettent l'un l'autre en valeur. La maladie fait apprécier la santé, la guerre fait apprécier la paix, la stupidité des uns fait apprécier la sagesse des autres. » C'est l'ombre. Suggère Héraclite, qui fait apparaître plus vive la lumière. Mais il est bien difficile d'habiter la zone de nuit, d'apprendre, comme le font les parents d'enfant handicapé, à s'y mouvoir et à y vivre sans désespérer de la clarté. (Charles Gardon, 2015, p11).

Le propre de la douleur parentale liée au handicap d'un enfant est d'apparaître absurde. Elle brise l'humain. Elle déstructure. Elle cadenasse sur soi. Elle range les caractères les plus affirmés. (Charles Gardon, 2015, p20).

« On dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leurs état physique, mental, caractériel ou de leurs situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des "handicaps", c'est-a-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport a la normale, celle-ci étant définie comme étant la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans notre société » (Rapport Bloch-Lainé, 1968).

« Est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségrégée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité » (René Lenoir).

Le terme handicapé, en son sens le plus général se définit comme un désavantage, une infériorité. Il n'est pas spécifique mais dépend de l'environnement.

«Sera désormais considérée comme handicapé toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales » (Simone Veil, 3 avril 1975).

Et aussi le handicapé représente les conséquences sociales de la conjonction des deux plants : La déficience et l'incapacité. Celui-ci n'est pas quantifiable mais analysable en termes de situation (Hobbs).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise.

D'après ces explications, on peut dire que le handicap se définit par un degré d'impossibilité, conséquence d'un trouble et donc à l'absence de certains apprentissages (de quelques origines qu'ils soient), ce degré d'impossibilité s'évalue en rapport à un environnement et donc à une norme sociale et permet de juger de l'autonomie d'une personne. (Romain Liberman, 2013).

D'après les informations, le nombre de personnes handicapées est en augmentation dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent aujourd'hui avec un handicap, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), autrement dit, 15% de la population mondiale est concernée, parmi les personnes touchées, environ 150 million ont un handicap sévère, qui provoque notamment d'importantes difficultés de mouvement ou d'accès à l'autonomie. (<https://www.handirect.fr>).

La classification des handicaps, permet un classement et une vision générale des différents types de handicap, selon la cause ou la déficience concernée, il existe plusieurs : il y'a le handicap moteur, le handicap sensoriel, le handicap psychique, et le handicap mental. Dont le handicap moteur appelé parfois déficience motrice, désigne un ensemble de troubles qui entraînent une perte totale ou partielle de la motricité.

En Algérie, avec plus de 2 millions de personnes handicapées, dont 40% de ces handicaps sont moteurs, alors que l'handicap lié à la compréhension et à la communication, arrive en deuxième position, avec une prévalence de 32% de l'ensemble des handicaps, suivi de l'handicap visuel 24%.

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale. Elle constitue un trouble moteur non progressif secondaire à un défaut ou une lésion sur un cerveau en maturation.

Comme l'IMC touche les individus plus au moins sévèrement, les degrés d'incapacité sont très variables. Ils peuvent aller d'une petite difficulté à effectuer un geste simple jusqu'à l'impossibilité d'effectuer un mouvement ou de marcher. Ces troubles moteurs peuvent s'accompagner d'atteintes sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelles.

L'infirmité Motrice Cérébrale (IMC) ou paralysie cérébrale résulte de lésions cérébrales précoces, survenues lors de la grossesse ou des toutes premières années de vie. Elle se manifeste essentiellement par des déficiences motrices non évolutives qui vont se révéler ou être découvertes au fur et à mesure du développement de l'enfant. (IMC, le guide pratique, François Poullain, 2011).

L'être humain possède au cours de sa vie des divers comportements qui peut être normale ou pathologique, qui sont considérés comme des réactions à son environnements tel que l'agressivité qui est un comportement normale pour le développement de l'enfant, et c'est une pulsion de vie adaptée à certains contextes. L'agressivité donc se présente dès les premières années de vie, mais elle se désapprend au fur et à mesure que l'enfant découvre comment exprimer ses besoins et ses frustration dans le respect du soi et des autres. (Sylvie Bourcier, 2008, p11).

Pour Yvane Wiart « l'agressivité consiste à s'en prendre à la personne de l'autre, ou à ce qui est important pour lui (parents, amis, animaux, réalisation, objet). Elle peut se manifester de manière physique ou psychique.

L'agressivité fait partie du développement normal des enfants, elle est d'ailleurs relativement fréquent chez les tout –petits. Pour arriver à contrôler leur agressivité, ils ont besoin de l'aide active de leurs parents.

«Winnicott » évoque une inhibition des pulsions agressives visant à protéger les objets d'amour. En effet, l'enfant maîtrise ses tendances agressives pour se conformer à un certain idéal, transmis par les interdits et les valeurs parentales.

L'agressivité chez les enfants atteint d'infirmité motrice cérébrale, est considéré comme un moyen pour réagir à un certains comportements soi avec leurs parents, leurs frères et sœurs, ou bien son entourage qui peuvent être favorable ou défavorable.

A la fin pour savoir la relation qui existe entre les enfants atteint d'infirmité motrice cérébrale (IMC) et l'agressivité et pour comprendre cette dernière, on a posée la question suivante :

- Est-ce que les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale sont agressifs ?

2- Hypothèse de la recherche :

- Les enfants atteint de cette handicap moteur sont agressifs.

3- Les raisons de choix de thème :

Comme on est des étudiantes en psychologie clinique, on à remarqué que le problème des enfants qui naissent handicap er de différent type, prends de l'ampleur dans notre société, surtout des familles qui réclament auprès des pouvoir pour prendre en charge leurs enfants.

A partir de là on à choisir notre sujet sur les IMC et l'agressivité.

4- L'objectif de la recherche :

Notre objectif dans cette recherche est :

-faire une description sur les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale.

-décrire leurs souffrances surtout sur le plan comportemental (l'agressivité).

-décrire la relation entre l'IMC et l'agressivité.

-aidé les familles pour mieux connaitre de prendre en charge leurs enfants.

5- L'opérationnalisation des concepts :**L'infirmité motrice cérébrale (IMC) :**

- « l'infirmité motrice cérébrale est le résultat de lésions cérébrales précoces survenues au cours de la grossesse, autour de la naissance ou pendant la petite enfance, avant l'âge de deux ans, c'est-à-dire pendant le plein développement du cerveau ». (François Poullain, le guide pratique, 2011, p7).

-Définition universelle de l'infirmité motrice cérébrale est la suivante : «l'IMC n'est pas une maladie mais un syndrome qui associe un trouble de la posture et un trouble du mouvement, résultat d'une lésion cérébrale non progressive et définitive survenue sur un cerveau en voie de développement ». (Elkholti. Y, 2008, p8).

- L'infirmité motrice cérébrale où paralysie cérébrale, c'est une handicapé qui touche l'enfant a cause d'une accèdent ou maladie maternelles et maladies chroniques, ou cours de l'grossesse, pendant ou après l'grossesse.

L'handicape :

-Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « l'handicap est définit comme une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à autres personne ». (Bloch et al, 2013, p421).

-Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : « pour qui est handicapé, un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquentée l'école ou à occupes un emploi s'en trouvent compromises ». (Guidetti. M et Tourrette, C, 1999, p7).

-Désavantage social pour un individu donné. Il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal.

L'enfant :

-« Un ou une enfant est un jeune être humain, garçon, ou fille, en cours de développement et dépendant de ses parents ou d'autre adulte ». (<http://www.cairn.info>).

- « Un enfant est un être humain dont le développement se situe entre la naissance et la puberté. L'étymologie de ce mot est latin : infans signifiait

- celui qui ne parle pas durant les premières années de la vie de l'enfant » (Wallon. H, p209).

- L'enfant : garçon où fille qui n'a pas encore atteint de l'adolescence.

L'agressivité :

-« Est une modalité du comportement des êtres vivants et particulièrement de l'être humain, qui se reconnaît à des actions où la violence ». (<http://www.cairn.info>).

- « L'agressivité est liée à une désinhibition comportementale et cognitive, il y'a plusieurs formes d'agressivité selon Crick et Dodge (1994), la première forme d'agressivité est définie comme une réaction hostile en réponse à une forte charge émotionnelle (comme une gifle donnée sous l'emprise de la colère), la seconde forme d'agressivité correspond à un comportement intentionnel et prémédité, contrôlé par des renforcements externes (comme la diffusion d'une fausse rumeur ou l'exclusion d'un groupe) ». (Erwan DIEU. 2013, p84).

- D'après ce que nous avons vu dans le lieu de stage sur l'agressivité chez les enfants (IMC), on dit que ces enfants là sont timides, gentilles, intelligents, s'entêtes.

- L'agressivité est un comportement de l'être humain, qui se développe face a un événement que l'être humain ne le supporte pas dans ce cas la violence est dominante.

Préambule :

L'unité corporelle dynamique est un ensemble anatomo-physiologique périphérique, qui conditionne la fonction articulaire, mais lorsque la relation harmonieuse de ses composants est perturbée ou que l'une de ses structures est lésée, la disjonction ou la perte de la fonction apparaît en donnant un handicap.

Les classifications des divers handicaps distinguent habituellement les handicaps physiques qui occupent une place spécifique dans la pathologie médicale, et qui marquent un usage concret et excessif, dans nos jours. Parmi les handicaps physiques on distingue l'infirmité motrice cérébrale.

1-Le handicap :

A- Terminologie :

Le terme handicap en anglais « *HAN IN CAP* » signifie (la main dans le chapeau) apparaitrait pour la première fois au XVI^e siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise est placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicapé un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le faisant partir au départ d'un poids supplémentaire, ou en obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les participants.

Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur les morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom du vainqueur.

La notion de handicap fait en tout cas l'objet de controverses non encore éteintes depuis plus d'une vingtaine d'années entre les partisans d'une approche médicale pour qui le handicap est envisagé comme la conséquence d'une atteinte de l'intégrité corporelle et ceux d'une approche socio-environnementale pour lesquels le handicap résulte de la confrontation d'un individu particulier avec les exigences de son environnement. (*GUIDENTTE M. TOURETTE C, 2014, p 17-18*).

B- Définition :

Le grand dictionnaire de la psychologie définit l'handicape comme : « La situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à l'autre personne » (HETALL B, 2005, P421).

L'une des principales innovations de la loi handicap du 11 /2005 pour l'égalité des droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapés propose la définition suivante : « le handicap est toute limitation de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielles, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant ». (Romano H, 2011, p 43).

C- Les types de handicap :

Les origines et les manifestations d'un handicap peuvent être multiples.

Ses types peuvent être envisagés selon leur nature, on distingue classiquement deux catégories :

Le handicap mental :

L'handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelles (altération des fonctions cognitives et troubles de l'apprentissage du langage, de l'écriture) ou affective (répercussion sur la vie relationnelle, le comportement, la communication) entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérée comme normale, pour un être humain déterminé exclusivement par un médecin spécialiste dans l'handicap mental ou psychiatrique. (Romano H, 2011, p 49).

Le handicap physique :

Déficience motrice (expression et évolution très variable), déficience viscérale et générale (par exemple, les conséquences physiques liées à des insuffisances rénales, cardiaques ou respiratoire) et déficiences sensorielles (auditive, visuelle, langagière). (Romano H, 2001, p 50).

2- L'infirmité motrice cérébrale :

A-Définition :

Le terme d'infirmité motrice cérébrale a été proposé par Guy Tardieu en 1954. Pour distinguer les sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles de sujet encéphalopathies atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés. (*Guidetti M. et Tourette C, 1999, p29*).

Comme son nom l'indique, les enfants IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de vie quotidienne, ou la parole. Ce trouble est du a des paralysies, des faiblesses musculaires, ou encore des raideurs musculaires. Il est décrit soit en fonction de la nature du trouble dominant soit en fonction de la localisation de l'atteint.

Le docteur « Véronique L » estime que l'atteinte cérébrale a cependant suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une lpermettent la conversation de l'intelligence. Cette définition exclus donc les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale, regroupé sous le terme d'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) et les enfants polyhandicapés. (*Véronique L, 2002, p 153*).

L'infirmité motrice cérébrale entraine des perturbations de tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. Les atteintes qui en résulte sont diverses sur le plant topographique : localisation quadriplégique (atteinte d'une moitié du corps).

B-Etiologie :

L'infirmité motrice cérébrale n'à pas une cause unique, deux étiologie principale sont a l'origine : la prématurité (naissance avant 37 semaine de gestation : les nourrissons prématuré sont particulièrement vulnérable, probablement en raison de l'immaturité de vaisseaux cérébraux qui ont tendance à saigner aisément) et la souffrance fœtale aigue périnatale. En effet, ces deux phénomènes sont souvent combinés.

Un certain nombre de facteur étiologiques intervenant, avant, pendant, ou après la naissance accroissent les risques d'infirmité motrice cérébrale :

Les causes anténatales (prénatales) :

- Un accident vasculaire cérébral : les données actuelles tendent à montrer qu'il s'agit plus souvent d'une série de conditions anténatales sous optimales que d'un seul accident.
- Une infection du fœtus ou fœtopathie (toxoplasmose.....).
- Une mauvaise formation cérébrale.

Les causes néonatales (périnatales) :

- Une prématurité : naissance avant 37 semaines d'aménorrhée.
- Un ictère nucléaire : la lésion cérébrale peut être provoquée par un traumatisme obstétrical (accouchement difficile) ou par une hypoxie (diminution de l'apport d'oxygène).

Les causes post-natales :

- Une infection : séquelle de méningite, encéphalopathie liée aux virus sida.
- Un traumatisme : accident de la voie publique, syndrome de *silver man*.
- Un traitement de tumeur : lésion secondaire à l'intervention chirurgicale ou à la chimiothérapie (une maladie métabolique).

Autre facteurs de risque :

Certaines maladies maternelles ou accidents au cours de la grossesse peuvent compromettre la perfusion sanguine de cerveau fœtale et occasionnellement favoriser ou provoquer des accidents ischémiques, c'est le cas de diabète, de l'hypertension artérielle chronique, de l'éclampsie, d'une cardiopathie grave ou des difficultés obstétricales majeures. (Lyon G et Evrard P, 2010, P58).

C- Les types d'infirmité motrice cérébrale :

Selon la localisation de trouble moteur, on distingue : **la diplopie spastique** (atteinte des membres inférieurs, différent de la paraplégie médullaire par son origine centrale), **la triplégie** (atteinte des deux membres inférieurs et d'un membre supérieur), **la tétraplégie** ou **quadriplégie** (les quatre membres sont

atteints) et l'**hémiplégie** (un côté du corps est touché, l'atteinte est prédominante au niveau du membre supérieur).

On distingue trois formes (types) de l'IMC :

Les formes spastiques :

La spasticité est le principal symptôme neurologique observé chez 75% environ des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale. Il s'agit d'une atteinte prédominante du système nerveux pyramidal avec une hypercontractilité musculaire qui empêche la motricité volontaire, les symptômes neurologiques les plus marquants sont la rigidité du mouvement et l'incapacité de relâcher les muscles.

Les formes athétosiques ou dyskinétiques :

Il résulte d'une atteinte des noyaux gris centraux et se caractérise par l'existence de mouvements involontaires, lents, arithmétiques, irréguliers et de petite amplitude. On observe des mouvements incontrôlés qui parasitent l'action volontaire. Cette agitation est manifeste au niveau des membres et de la tête, elle peut s'accompagner d'une incontinence salivaire et de mouvements de reptation de la langue.

Ces patients ont la peine de se tenir dans une position régulière pour se reposer ou marcher, et affichent souvent des mouvements. Pour ces patients il est difficile de réunir leurs mains ou membres pour n'importe quelle forme de travail concentré. (Henning R. Miriam D, 1989, p213).

Les formes ataxiques :

Cette forme d'infirmité est beaucoup plus rare et due à une lésion du cervelet, elle se caractérise par des troubles de l'équilibre de la tête et de la marche, ainsi que des troubles de la coordination des mouvements (l'ataxie cérébelleuse) et la démarche. Ces symptômes sont présentés chez environ 5% des enfants d'infirmité motrice cérébrale. Ces enfants ont des problèmes avec d'autres habiletés motrices comme l'écriture, taper, utiliser leurs doigts de façon précise ainsi qu'ils ont des problèmes de stabilité tout en marchant. Ils peuvent également avoir des ennuis avec le traitement visuel ou auditif.

D-Les troubles associés :

Le terme d'infirmité motrice cérébrale est associé à des anomalies du mouvement, mais la présence d'autres types de troubles doit faire l'objet d'une investigation approfondie, le succès du traitement dépendant d'une approche correcte de tous les problèmes associés.

L'épilepsie :

Les neurones (cellules nerveuses) émettent en permanence des impulsions électriques. Cette activité électrique se produit, normalement, de manière organisée. Lorsque certains groupes de neurones entrent en activité électrique simultanément, le système nerveux central est perturbé. Ces «épisodes de décharges électriques anormales sont appelés crises épileptiques. Ces crises peuvent évoluer, provoquant hyper extension et contraction musculaires (convulsions), perte ou trouble temporaire de la conscience et trouble temporaire du comportement, suivant la nature des atteintes entre 20 et 60% des cas d'infirmité motrice cérébrale. Le traitement de l'épilepsie doit être institué dès que le diagnostic est établi.

L'épilepsie est fréquent chez les spastiques que chez les athétosiques ou elle est rare, et plus fréquent dans les hémiplésies (37 à 44% des cas) que dans les diplégies.

Troubles visuels :

De même que le développement moteur, le développement de la vision est constitué de phase. A la naissance, le système visuel de l'enfant n'est pas encore mature. La fovéa, partie de la rétine responsable de l'acuité visuelle n'est pas entièrement développée. Les cellules de cette région suivent un processus de croissance et d'organisation et n'atteignent la maturité que vers l'âge de quatre ans. Normalement vers l'âge de trois mois, l'enfant est déjà capable de fixer et de suivre un objet en mouvement.

Les déficiences visuelles chez les sujets atteints de l'infirmité motrice cérébrale sont fréquentes, 69% de ces enfants sont atteint de strabisme, en particulier les enfants diplégiques, ceci permet de comprendre que 20% des IMC sont atteint d'amblyopie unilatérale, 11% d'amblyopie bilatérale.

Troubles auditives :

Tous les enfants à risque doivent être soumis, avant l'âge de six mois, à une audiométrie du tronc cérébral. Cette technique consiste à stimuler les voies acoustiques et à capter les potentiels bioélectriques générés dans le conduit cochléaire à l'intérieur du tronc encéphalique.

Il s'agit d'une surdité ou d'une hypoacousie sélective qui ne touche que certaines fréquences du champ auditif en amputant préférentiellement les aigus, ce qui permet une réaction à peu près normale à la voix et retarde d'autant le diagnostic. Selon certains auteurs 25% des enfants IMC seraient atteints de surdité ou d'hypoacousie, essentiellement 74% chez les athétosiques, en petit nombre chez les enfants spastiques 19%.

Un diagnostic précoce permet une intervention précoce, favorisant le processus d'apprentissage. L'enfant doit être suivi dès ses premiers mois par une équipe spécialisée.

Troubles du langage :

Les troubles du langage chez les enfants IMC fréquents et variés. Comme pour les troubles moteurs, le degré de sévérité du trouble est variable, allant d'un simple trouble de l'articulation à l'absence totale de langage oral. Les possibilités langagières sont fonctions des capacités intellectuelles de l'enfant, mais également de la gravité et de la forme clinique des infirmités motrices cérébrale. Par exemple, les enfants athétosiques ont des troubles du langage différents de ceux des enfants spastiques : quand l'athétose est présente au niveau du visage, les mouvements involontaires de la langue et de tous les muscles de la face rendront la parole très difficile.

Lorsque l'enfant IMC développe un langage oral, on remarque que cette acquisition se fait de manière retardée par rapport au développement normal (parfois de nombreuses années). Leur parole peut être dysarthrique, c'est-à-dire mal articulée.

Difficultés d'alimentation :

Les troubles de la succion, de la mastication et de la déglutition sont courants chez les enfants handicapés à cent pour cent. Tous ces facteurs entraînent une ingestion alimentaire inférieure aux besoins.

La constipation :

Plus les selles séjournent longtemps dans le côlon, plus grande est l'absorption d'eau et plus elles sont dures, provoquant la constipation. La constipation chronique résulte de plusieurs facteurs tels que : alimentation pauvre en fibres et en liquides, activité physique réduite et usage de médicaments antiacides et de certains antiépileptiques.

En cas de constipation grave et lorsque l'organisme ne réagit pas aux mesures préconisées, les aliments riches en fibres doivent être immédiatement proscrits et une investigation de mégacôlon réalisée.

Les troubles de la sensibilité :

Les troubles de la sensibilité ne sont pas rares chez les hémiplésiques, il s'agit en général de trouble du transfert intermodal ou stéréognosique, les sujets IMC ne peuvent reconnaître l'objet avec leurs mains sans le contrôle de vue.

E- La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale :

La prise en charge diffère selon les troubles observés chez l'enfant IMC, il est cependant important de comprendre que les choix thérapeutiques sont définis d'une analyse systématique de la personne handicapée dans son contexte socio-familial.

Le traitement de l'infirmité motrice cérébrale nécessite une prise en charge pluridisciplinaire :

- 1) la kinésithérapie soulage les contractions et prévient les raideurs. il est très important qu'elle soit appliquée dès que le diagnostic d'IMC est posé.
- 2) l'ergothérapie améliore la motricité fine de la personne afin de l'aider à devenir autonome.

3) la psychomotricité permet de travailler la prise de conscience du corps, de l'espace, et du temps. Elle a pour but de corriger le déficit sensori-moteur de l'enfant IMC en lui redonnant le plaisir du fonctionnement moteur par des jeux de mouvement, des manipulations ludiques d'objets.....

4) l'orthophonie permet de travailler l'élocution, elle pourra aider l'enfant dans tous les aspects cognitifs. L'orthophoniste développe le langage intérieur, oral, et le langage écrit de l'enfant.

5) les interventions chirurgicales peuvent se révéler indispensables en cas de contractures majeures, leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles.

Synthèse :

L'infirmité motrice cérébrale, appelée également Cerebral Palsy, est un trouble de la posture et du mouvement. Elle résulte de lésions cérébrales précoces non héréditaires, non évolutives. Mais ses conséquences sont évolutives, notamment les troubles orthopédiques. Il existe une motricité innée et globale, pré-organisée, dont le câblage peut être rompu en partie ou largement par un dégât cérébral congénital. Cette motricité ne nécessite aucun apprentissage, elle est préprogrammée chez le nouveau-né et lui demandera quelques mois pour s'installer pour arriver à la marche.

Préambule :

Depuis plus d'un demi-siècle, de nombreuses recherches ont été entreprises et dont les objectifs étaient d'identifier les conditions favorisantes ou freinant l'apparition de conduites agressives, de préciser quels étaient les processus qui médiatisaient ce comportement et de tenter de l'expliquer au moyen de modèles. L'ensemble des développements qui vont être présentés dans les chapitres suivants sont destinés à comprendre la nature et la forme de cette interaction particulière qu'est l'agression.

1-Définition des concepts suivants : « l'agressivité », « violence », « l'agression » :**L'agressivité :**

Le grand dictionnaire de psychologie définit l'agressivité par rapport à des manifestations du dedans vers le dehors. « Une tentative plus ou moins réussie d'adaptation à l'environnement ». Ici est sous-entendu que l'environnement est une (bagarre) dans laquelle l'agressivité aura une importance.

Est dans le vocabulaire de psychanalyse, « l'agressivité est présentée comme une tendance ou un ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatique visent autrui »

Ces deux définitions ne sont pas opposées mais se complètent. Ce qui pose problèmes, c'est que l'agressivité vise autrui (donc il faut qu'il n'existe pas seulement comme environnement nécessaire pour la survie mais qu'il vise autrui pour lui nuire, le détruire, le contraindre, l'humilier.....

Et aussi dans ces deux définitions, les conduites agressives sont généralement assorties de fantasmes d'agression ; elles doivent être comprises comme l'expression de tendances internes qui seront définies chez Freud en termes de pulsion.

La violence :

-Les faits de la violence renvoient à l'ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, ou par des relations d'une extrême agressivité menaçant directement l'intégrité physique ou psychologique des personnes, « la

violence vient de latin *violencia* et du grec *bia* (via) et correspond à la force vitale, la force physique et l'emploi de cette force ». (Rey c, 2000, p38).

-Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « force brutale qu'un être impose à d'autre, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercé par l'intimidation ou la terreur ». Elle est aussi représentée par : « toute les conduites agressives qu'un sujet plus fors physiquement ou moralement fait subir à un plus faible ».

(J, Christophe Tamisier, 1999, p.151).

L'agression :

Le terme dérive du latin «AD GRADI » qui signifie marcher vers ou contre.

-Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « comportement adapté avec l'attention de faire mal à l'autrui, physiquement ou psychologiquement ». (J, Christophe Tamisier, 1999, p151).

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

2-Les divers types de l'agression :

Arnold Buss (1961) a définie trois dimensions caractérisant l'agression :

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

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

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

La combinaison de ces trois dimensions permet de définir 8 types d'agression différents. L'intérêt de cette classification est essentiellement d'illustrer la diversité des comportements susceptibles d'être identifiés comme agressifs.

Tableau N°1 :

Classification des comportements agressifs selon Buss (1961) :

Active	Physique	Directe	Attaque quelqu'un en utilisant une partie du corps (pied, dent).
		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.
Passive	Physique	Directe	Empêcher quelqu'un d'atteindre son but.
		Indirecte	Refuser de s'engager dans une activité, d'exécution une tâche.
	Verbale	Directe	Refuser de parler à quelqu'un, de répondre aux questions.
		Indirecte	Refuser d'acquiescer, de défendre quelqu'un lorsqu'il injustement mise en cause.

(Taxonomie des comportements violents et agressifs de Buss 1961, psychologie et violence, P156).

3-Les causes de l'agressivité :

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

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

-Besoin de communiquer : façon de parler, ton de la voix, attitudes.....peuvent provoquer des tensions et des réactions agressives.

-Besoin de dignité/d'estime de soi : besoin d'être respecté par les autres.

-Besoin de sécurité : besoin de sentir protégée et de protéger ceux qu'on aime.

-Besoin d'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions et d'avoir le contrôle sur sa vie.

-Besoin d'avoir le temps nécessaire : besoin d'évoluer à son propre rythme, sans être bousculé ni pressé par les autres.

-Besoin d'identité : besoin de conserver ses liens (on ne le compare pas à quelqu'un d'autre).

-Besoin de confort : besoin d'être libre de douleur physique ou émotionnelle.

-Besoin de compréhension : besoin d'être informé de façon adéquate.

-Besoin de propriété : besoin de conserver ses biens.

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

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

4 – Les fonctions de l'agressivité :

On distingue classiquement deux fonctions du comportement d'agression :

-L'agression hostile (ou réactive) : elle vise essentiellement à infliger une souffrance ou à causer du tort à autrui. Elle est généralement associée à des émotions hostiles comme la colère et à des sentiments d'animosité.

-L'agressivité instrumentale (ou proactive) : représente en revanche un comportement par lequel l'attaque d'autrui est perpétrée dans un but qui n'est pas prioritairement agressif, par exemple à dessein d'acquérir un bien matériel. Il peut donc s'agir d'un comportement planifié, prémédité.

5- les modèles d'approche de l'agressivité :

L'agressivité est une modalité du comportement des êtres vivants et particulièrement de l'être humain, qui se reconnaît à des actions où la violence est dominante, elle est aussi un phénomène complexe qu'on ne peut essayer de comprendre que si on l'aborde de façon pluridisciplinaire.

Le modèle psychanalytique :

Freud a proposé deux modèles successifs de l'agression : le premier, en 1905, la considérait comme une réaction aux frustrations empêchant la satisfaction libidinale. Ultérieurement, notamment dans *Malaise dans la civilisation* (1929), il a mis en avant ce qu'il désignait comme un instinct de mort (Thanatos) complémentaire d'Eros et dont le ressort ultime était l'autodestruction de l'individu.

Selon Freud, confrontée à l'énergie libidinale, l'énergie propre à l'instinct de mort serait dirigée vers l'autrui sous forme d'agression, et permettrait ainsi à l'individu sa propre survie par l'intermédiaire de l'agression d'autrui. (Idem. P40).

Sigmund Freud introduit la notion d'union-d'ésunion des pulsions de vie et de mort. Globalement, cette notion correspondant au dualisme agressivité-

sexualité : de la désunion triomphe la pulsion destructrice et naît le comportement agressif.

Pour Mélanie Klein, l'agressivité, très importante dans la première enfance, apparaît dès les premiers mois (notamment avec les fantasmes de destructions et de dévoration). Aussi, elle joue un rôle fondamental dans la maturation de la personnalité, en particulier par la structuration progressive de l'individu par rapport à l'objet.

Pour Daniel Lagache, aucun comportement humain n'est sans rapport avec l'agressivité. Par ailleurs, en ce qui concerne les comportements agressifs pathologique, la clinique psychanalytique insiste sur le rôle des carences affectives précoces et des violences exercées très tôt par le père. Celles-ci aboutissent à un trouble de l'identification et à un défaut d'élaboration symbolique : l'agressivité ne peut trouver son sens positif. Selon René Spitz, « enfant privés d'amour, ils deviendront des adultes pleins de haine ».

Le modèle éthologique :

Konrad Lorenz (1969), a mise en avant l'agressivité chez toute espèce animale comme facteur positif de sa conservation : il a compris donc plus comme un élément vital que comme un instinct de mort. Cette agressivité ne doit cependant pas être comprise comme une priorité donnée à la violence ni même aux tensions

Latentes des rapports de force. Il s'agit davantage d'une énergie dont les diverses cultures optimisent les formes d'expression. Ces formes ne sont autre chose que les rites : manifestations codifiées se substituant à des actions d'agressivité. Selon Lorenz, des schémas de comportement seraient associés à un potentiel énergétique spécifique et interne généré spontanément par l'organisme. Cette énergie s'accumulerait régulièrement, et l'agressivité chez l'homme comme chez l'animal serait fonction de la qualité d'énergie accumulée et de la présence et de l'importance de stimuli déclencheurs dans l'environnement immédiat de l'organisme. Plus la quantité d'énergie accumulée n'augmenterait augmenterait. Selon Lorenz deux facteurs contribueraient à ce que l'agression soit particulièrement fréquente chez l'humain. L'homme en tant qu'agresseur développe des armes sophistiquées dont il peut ne pas voir les effets sur la victime, et deuxièmement, en tant que victime, ne s'engage dans les actes

d'apaisement régulateurs chez l'animal. Ces points sont évidemment importants, les chercheurs expérimentaux démontrent qu'une forte distance physique entre agresseur et une victime constitue un important facteur de facilitation pour l'agresseur. (Idem. P40-41).

Le modèle biologique :

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

La conception biologique de comportement agressif cherche à l'interpréter comme le résultat de l'activation de centre de contrôle ou substrats nerveux particuliers, censés sous-tendre de façon

Spécifique les différents types de comportements agressifs, les théories s'inspirant d'une conception biologique empruntent deux orientations fondamentalement différentes. La première propose de considérer l'agression comme étant d'origine interne spontanée, résultant d'une pulsion interne, souvent tenus pour innée, et qui se manifeste par la réaction agressive. La deuxième soutient l'hypothèse selon laquelle l'agression est essentiellement la réponse à la réception d'un stimulus externe. (Farzanech Pahlavan.2002.p104).

6-Les manifestations d'une personne atteint de l'agressivité :

- Objets lancés ou jetés par terre.
- Dilatation des pupilles.
- Utilisation d'insultes, de menaces, de sarcasmes.
- Ton de voix saccadé.
- Agitation, mouvement saccadé, apparition de tics.
- Tendance à s'approcher.
- Consommation d'alcool ou de drogue.
- Soupirs, modification de la respiration.
- Regard fixe, menaçant (battement de paupières) ou regard fuyant.
- Pâleur ou augmentation de la coloration de visage.

-Postures menaçantes (pointe du doigt, montre les poings).

7- L'agressivité est t'il héréditaire ?

Le comportement agressif renvoie à des actions qui suscitent délabrement l'inconfort physique ou moral et l'aversion de ceux ou celles qui sont les objets on distingue deux types :

(Lors qu'ils sont observables par ceux qu'ils visent, dites manifestes ; et lors qu'ils sont cachés dites dissimuler). Comme ils peuvent il peut être directes ou indirectes.

L'agression directe était des attaques physiques et verbales contre la victime. et l'agression indirecte impliquait la participation d'autres individus.

Des facteurs génétiques ont été évoqués pour expliquer les comportements agressifs et dangereux chez certains individus. Masson et Fric (1994) résument une analyse portant sur douze recherches avec des jumeaux et trois avec des enfants adoptés en affirmant qu'il existe un facteur héréditaire « modéré » dans l'apparition des comportements antisociaux. Cette conclusion est confirmée par d'autres travaux. Dans les recherches analysées par Masson et Fric 1994 ; l'influence de l'hérédité est inférée à partir de tendance statistiques. Le problème apparaît beaucoup plus complexe quand il s'agit de déterminer le support biologique. Dans les années 1960, certains chercheurs américains avaient affirmé que les comportements criminels étaient de génération en génération sous forme de traits de personnalité selon les lois de la génétique. (Roger Fontaine, 2003, p. 22).

8-Distinguer l'agressivité normale des troubles du comportement :

L'agressivité dite normale est celle qui se manifeste chez les petits d'âge préscolaire parce qu'ils n'ont pas encore appris à utiliser des stratégies pacifiques pour résoudre leurs conflits, à réguler leurs émotions ou à se servir de comportements adaptatifs de recharge à l'agressivité. Ils n'ont pas encore développé les habiletés sociales qui leur permettront d'interagir de façon positive avec leur entourage. On explique leurs gestes agressifs par leur maladresse sociale, leur immaturité neurologique, leurs habiletés langagières à peine émergentes et leur capacité naissante à intégrer les interdits. Les chercheurs s'entendent pour dire qu'au cours du développement, ce qui distingue les manifestations agressives normales des conduites agressives dites

« normales » ou « atypiques », c'est la fréquence et la gravité des symptômes. On parle donc de conduites agressives atypiques chez les enfants d'âge préscolaire qui déclenchent des bagarres, intimident, utilisent des objets pour blesser les autres. Ces agissements nuisent à leur développement. Ils se montrent incapables de vivre des relations positives avec leurs compagnons, ils agressent leurs parents. On peut également s'inquiéter de la violence exercée sur des animaux et de certains gestes destructeurs, comme mettre le feu. (Idem, p 13-14).

9-L'agressivité chez l'enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale:

Consternant l'agressivité chez les enfants en besoins spécifiques est considérée comme une manière pour réagir à l'atmosphère qu'il entoure vis-vis soi de comportements de ses parents, ses frères et sœurs et même son entourage qui peuvent lui aidé à dépasser ses difficultés ou bien ou contraire psychique de choses et provoquer de véritable blocage dans le développent psychique de l'enfant (fixation à un stade de développement, régression dans une dépendance passive).(Christine Champonnois, 2002, p84).

10- Les critères de différenciation entre la violence et l'agressivité:

Pour différencier violence et agressivité, nous avons trouvé trois critères :

-Le premier est l'existence de d'un sentiment de puissance, d'impuissance, ou de toute puissance :

L'impuissance et la toute-puissance sont du coté de la violence, alors que la puissance est du coté de l'agressivité.

Certaines violences, peuvent être associées à un vécu de sur- puissance ou de toute-puissance, qui se résumerait par la phrase : « si je veux, je fais, que l'autre soit d'accord ou non.

D'autres violences s'expriment lorsque la personne vit l'impuissance : elle risque de frapper, de détruire car elle ne parvient pas à obtenir ce qu'elle veut, ou parce qu'elle est niée et qu'elle n'a plus rien à perdre. Dans ce cas, la motivation de l'acte violent est moins d'obtenir quelque chose que d'exprimer son dépit, son impuissance, voire sa rage.

Par contre, sentir sa puissance, c'est-à-dire ses capacités, permet d'aller vers l'autre, non pour le détruire, mais pour le rencontrer et pour exister en face de lui.

- La deuxième critère de différence entre violence et agressivité concerne le comportement avec le cadre :

A savoir l'ensemble des lois sociales ou les règles qui régissent les relations interpersonnelles. La violence s'accompagne toujours d'une sortie du cadre alors que l'agressivité peut s'exprimer dans le respect du cadre.

-Le dernier critère porte sur la notion de contact :

Alors que dans l'agressivité il y a conscience de l'existence de l'autre et rencontre de cet autre, la violence s'accompagne d'une rupture de la relation, l'autre devenant l'objet à détruire. Agressivité et violence sont donc deux forces opposées, la première menant vers le plein contact, la deuxième vers la rupture du contact.

Synthèse :

L'agressivité est une modalité du comportement des êtres vivants et particulièrement de l'être humain, qui se reconnaît à des actions où la violence est dominante. L'agressivité peut s'exprimer à l'égard des congénères ou à l'égard des autres animaux.

Préambule :

La méthodologie est un ensemble de méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et qui guide la démarche scientifique, et cette dernière exige l'utilisation d'une ou de plusieurs méthode.

Toute recherche scientifique est subdivisée en partie théorique vise a mieux comprendre notre thème de recherche, et une partie pratique qui vise confirmé les données recueillies et vérifier.

Dans cette partie on va présenter notre pré-enquête et le lieu de stage où on a mené notre recherche, et la méthode de recherche et les outils utilisée.

1- la pré-enquête :

La pré-enquête elle permet de faire le lien entre les constructions théorique et les faits observables, elle est constituée d'observation sur le terrain d'entretien, et fournit des informations pour améliorer la forme et le fond du questionnaire final.

La prés-enquête permet parfois une reformulation des hypothèses, elle se termine par l'élaboration, passation, analyse, d'un pré-questionnaire. Ce questionnaire peut encore être modifié si des items ne correspondent pas à l'enquête.

Notre pré-enquête a commencé par plusieurs visites à l'hôpital de la rééducation d'Ilmathen dans une période de 01 mois, spécialement l'unité d'enfants dans le but de voir les cas qui existe pour pouvoir choisi notre échantillon. Au premier temps ils nous accordé de faire le stage, après il y'a un blocage des stages dans les hôpitaux au niveau national, dés cette nouvelle on a commencé de chercher d'autre lieux de stages, et qui nous laissé perdre beaucoup de temps, jusqu'on a trouvé une association à *EL-KSEUR* qui s'appelle (association de soutien aux Infirmes Motrices Cérébraux).

La pré-enquête elle nous a permis d'avoir un premier contacte avec notre terrain d'enquête. Nous avons également eu des entretiens avec la présidente de l'association « *ASIMC/BEJAIA* », elle est très gentille avec nous et elle n'hésité pas de nous accepté, nous avons eu aussi des entretiens avec la psychologue qui été aussi bien avec nous, et elle nous a parlé sur notre sujet d'étude, et elle nous

a faire des rencontres avec les handicapés atteints d'infirmité motrice cérébrale avec leur parents, et en a demandé leur accord de travaillé avec eux.

Nous avons appliqué les techniques de recherche : l'entretien clinique semi-directif avec un guide d'entretien, l'observation et le test projectif « *PATTE NOIR* » de Louis Corman.

2- présentation du lieu de stage :

ASSOCIATION POUR LE SOUTIEN AUX INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX DE LA WILAYA DE BEJAIA

L'ASIMC/BEJAIA (association de soutien aux Infirmes Motrices Cérébraux de la Wilaya de Bejaia) est une association à caractère humanitaire, qui permet d'orienter et d'accompagner les handicapés IMC avant et après le diagnostic de leurs handicapé vis-à-vis des structures sanitaires et sociales pour faire valoir leurs droits.

Sa mission est de lutter contre l'exclusion et la marginalisation des personnes souffrant d'Infirmité Motrice Cérébrale. Et contribuer à leur insertion et réinsertion social (familiale et professionnelle). Aussi apporter le soutien moral-psychologique et favoriser l'autonomisation.

L'A.S.I.M.C/BEJAIA est une association à caractère humanitaire qui a pour mission :

3-La méthode de recherche :

La visée de la psychologie clinique est de faire accéder le patient à la cessation de ses souffrances psychiques. Dans cette optique, le clinicien tente d'isoler et de comprendre les signes cliniques et symptômes qui touchent l'individu, et de quelles angoisses elles tentent de protéger la psyché. (LES COURS DES ANNEES PASSE).

La méthode descriptive, est définit comme une méthode qui consiste à analyser un phénomène, et à présenter convenablement tous les éléments qui le compose. (FRANCOISE MARTEL, 1988).

Cette méthode nous a permis de décrire le phénomène étudié dans son ensemble et dans ses aspects particuliers. La description demande que l'on suive

un plan relié à des propositions élaborées que l'on vérifiera et contrôler, telle que l'observation et l'entretien mais toujours avec attention. (Louis NOT, 1984).

On a utilisé la méthode descriptive, pour décrire la relation entre les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, et l'agressivité.

4- Le choix de l'échantillon :

Le groupe de notre recherche est bien des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, est composé de trois (03) enfants âgés de (10 à 11 ans) de même sexe (garçon) et sont scolarisés et une fille âgée de (6 ans).

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre groupe de recherche :

Les caractéristiques de notre groupe de recherche qui compose de 4 cas :

-Ils ont un type d'handicape et un âge différent.

-Ils sont tous scolarisés, ils vie dans milieu familial favorable, et ils ont commencé la prise en charge dès la naissance.

Tableau N°2 : Résumer les caractéristiques de notre groupe de recherche :

Caractéristiques Cas	Age	Type de handicap	Période d'atteinte
Nacer	11 ans	Quadriplégie spastique	Néonatal (accouchement difficile)
Fayez	10 ans	Hémiplégie athétosique	Poste natale (fièvre)
Sayf-adis	10 ans	Quadriplégie ataxique	Néonatale (prématurité)
Anaisse	6 ans	Quadriplégie Spastique	Poste natale (fièvre)

5- Les utiles de la recherche :

La méthode descriptive consiste à l'adoption d'une certaine technique, pour répondre aux besoins spécifiques de la recherche, pour arriver à des objectifs visés par le chercheur, et dans notre recherche on a utilisé les techniques suivantes :

-L'entretien clinique semi directif.

-Le test Patte Noire de Louis Corman.

L'entretien clinique :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose Le Petit Robert, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. (H. BENONY. K.CHAHRAOUI, 2013, P11).

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Elle fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociale, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blanchet, 1997).

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés (H. BENONY ; K. CHAHRAOUI, 2013, P11).

Présentation de guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien qui est structuré. Notre guide d'entretien est composé de trois (03) principaux axes :

Axe 01 : Renseignement personnelles de la mère et de l'enfant.

Axe 02 : Renseignement sur l'enfant et sa famille.

Axe 03 : l'agressivité.

Le teste projectif PN :

Fondement théorique :

Le test de patte noire appartient au domaine des épreuves de personnalité dites projectives car mobilisant le mécanisme psychique de la projection, comme le test de Rorschach ou le TAT. Il a été élaboré par Louis Corman, psychiatre français inventeur de la morphopsychologie, en collaboration avec le dessinateur Paul Dauce.

Le test est composé de 19 planches, en noir et blanc, représentant les aventures de patte noire. Un petit animal nommé ainsi à cause de la tâche qu'il a sur la patte et qui le différencie des autres. Une version initiale représentent des couchons, une autre version, dite parallèle est disponible où les moutons remplacent les couchons. Ce test s'adresse aux enfants de 5 à 10 ans, le but est de proposer un matériel permettant à l'enfant de s'identifier et de projeter sa problématique interne.

L. Corman préconise la technique de libre choix des planches afin de rendre compte de la complexité non linéaire des rythmes individuelles. Il accorde en outre une importance très particulière à la dimension économique en soulignant le rôle déterminant des investissements objectaux, qui permet de comparer le héros central d'une histoire auquel l'enfant censé d'identifier. (Boekhlot. M, 1998, P118).

La situation PN :

Le PN engage un processus narratif à partir d'image statiques, mais la spécificité ici, tient aux modalités de la passation, l'ordre des planches n'est pas imposé pour l'enfant, c'est à lui de choisir.

Analyse de chaque planche comportera :

- Le contenu manifeste décrit par C. Chabert, choisir pour sa neutralité, en précisant les détails fréquents (D) et secondaires (Dd).

- Le contenu latent, en rappelant les « thèmes » explorés par L. Corman(LC) et la formulation de C. Chabert(CC), avant d'ouvrir la discussion sur les différents registres de conflictualisations réactivés eu égard, respectivement :

A- au fondement de l'identité

B- à l'élaboration de la position dépressive

C- à la mise en place de l'axe œdipien

Comme dans toutes épreuves thématiques, chaque planche est à même de réactiver plusieurs registres conflictuels chez les mêmes enfants. (BOEKHOLT. M, 1998, p123).

Présentation des planches :

1- Auge :

Contenu manifeste : « la scène se passe à l'intérieur. Au premier plan, PN urine dans la plus grande des deux gros cochons et les deux petits cochons sont couchés, de part et d'autre d'une barrière (CC) ».

D : palissade de planche à l'arrière plan barrière entre les gros et les petits moutons.

Dd : litière des cochons couchés-ouverture de a palissade, a gauche.

Contenu latent : « Thème de sadisme urétral (LC) », la planche peut renvoyer à l'expression de l'agressivité envers les images parentales (CC).

2- Baiser :

Contenu manifeste : Au premier plan, rapproché des deux gros cochons. Au deuxième plan, un des petits cochons derrière une murette(CC)

D : mamelles du gros mouton à patte noire.

Dd : paysage, herbe, fleurs au premier plan

Contenu latent : Thème œdipien (LC), peut renvoyer à une problématique de type œdipien (CC). (BOEKHOLT. M, 1996, p124).

3- Bataille :

Contenu manifeste : PN et un des petits blanc se mordent. Le troisième cochon s'écarte au deuxième plan le couple des gros cochons (CC).

D : arrière plan.

Contenu latent : Thème sadique oral de rivalité fraternelle (LC). Peut renvoyer à l'agressivité au sentiment de culpabilité qui y sont liés (LC).

4- Charrette :

Contenu manifeste : PN allonger dans la paille. Dans la bulle, un homme place un cochon dans la charrette, deux gros cochons et deux petits cochons regardent la scène.

D : autres cochons dans la charrette.

Dd : les contrastes noir et blanc, couleur noir sous PN, petit cercle dans la bulle.

Contenu latent : « Thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi » (LC) peut renvoyer à l'agressivité de séparation et l'agressivité dans les relations familiales (CC).

6- Chèvre :

Contenu manifeste : «PN tête une chèvre »(CC).

Dd : regard de la chèvre, coloration noire et blanche de sa robe.

Contenu latent : « thème de la mère d'adoption ou de remplacement »(LC).

6- Départ :

Contenu manifeste : « un petit cochon sur une route dans la campagne » (CC).

D : arbre, montagne au loin.

Dd : fleurs, caillons au bord de la route, dominante blanche, neige sur le sommet.

Contenu latent : « thème de départ » (LC). Peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation. (CC), peut renvoyer à la relation à un substitut maternel (CC). (BOEKHOLT. M, 1998, p129)

7- Hésitation :

Contenu manifeste : « a gauche le gros cochon a tache noire allaite un des blancs, a droite le gros blanc et un petit blanc boivent dans l'auge, PN est milieu ».

D : les corps de PN est tourné vers le gros cochon a patte noire tandis que sa tête tourné vers le gros cochon blanc.

Contenu latent : « thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion »(LC) peut renvoyer aux conflits entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié ».

8- Le jars :

Contenu manifeste : « a gauche, un jars attrape la queue d'un petit cochon, a la droite un autre petit cochon, a demi caché derrière une murette »(CC).

D : ailes déployé du jars, larme du cochon attrapé.

Dd : barrière a l'arrière-plan, fleurs.

Contenu latent : « thème sadique avec retournement punitif contre soi, ou de castration » (LC) peut renvoyer à une relation d'agressivité versus castration (CC) (BOEKHOLT. M, 1998, p130).

9- Jeux sales :

Contenu manifeste : « prés d'un tas de fumier, deux petits cochons s'ébattent dans l'eau sale. Un d'eux projette sur la figure d'un gros cochon, le troisième petit cochon est en dehors » (CC).

D : une petite cochonne patte en l'air.

Dd : la couleur noire.

La réparation de la couleur noire sur la planche rend très indistinct le repérage de PN et des autres cochons.

Contenu latent : « thème sadique anal »(LC) peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité (CC).

9- Nuit :

Contenu manifeste : « scène a l'intérieur : une étable éclairée par la lune, divisée en deux par une cloison de planche, d'un coté, deux gros cochons l'un près de l'autre, de l'autre coté, deux petits cochons couchés et un troisième debout contre la cloison »(CC).

D : dessin blanc sur fond noire (seule la silhouette du petit cochon debout est entièrement distincte, on ne voit pas que le haut de corps des deux gros cochons).

Dd : cadre autour de la lune, cloison ouverte a gauche et a droite.

Contenu latent : « thème œdipien, avec voyeurisme de la chambre des parents »peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive » (BOEKHOLT. M, 1998, p132).

10_Portée : contenu manifeste : « trois nouveau-nés têtent la truie qui elle-même lape le contenu de l'auge remplie par un fermiers. Au fond, un autre fermier tenant de la paille. Au premier plan, derrière une barrière, trois petits cochons, PN au milieu » (CC).

Dd : en noir, barrière discontinue, muet.

Contenu latent : « thème de rivalité fraternelle » (LC) –peut renvoyer a la naissance et aux relation précoces a l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle » (CC).

12 ET 13 Rêve père mère : contenu manifeste : il s'agit de deux dessins symétriques : « PN est couché, dans le bulle (de « rêve mère ») le gras cochon a tache noir. « Dans le bulle (de « rêve père ») le gros cochon blanc. (CC).

D : grand cochon tourné vers le PN.

Dd : petits cercles de la bulle.

Contenu latent : « thème d'idéal Du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre sexe) » (LC)- « renvoie a la relation a la l'image maternelle » dans l'un, a « l'image paternelle » dans l'autre. (CC).

14 ET 15. Tétée 1 (et) Tétée 2 : contenu manifeste : « PN tête le gros cochon a patte noir » dans l'un des dessins. Dans l'autre : même scène et « deux autre petits cochons au deuxième plan » (CC).

D : tête de gros cochon tourné vers PN.

Dd : herbe, cailloux de sol, ligne d'horizon.

Contenu latent : « renvoie a un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilège » (tétée1) et dans l'autre (LC) « dans un contexte de rivalité fraternelle » (tétée 2) (CC). (Boekholt. M, 1998 ; P134).

16-Trou : contenu manifeste : « dans la nuit, PN dans un trou d'eau » (CC)

D : dessin blanc sur fond noir, lune.

Dd : herbes hautes et basses, bouche ouverte de PN

Contenu latent : « thème de solitude, d'exclusion, de punition »(LC)-« peut renvoyer a la crainte de séparation dans un contexte de danger »(CC)

17-Courte- échelle : contenu manifeste : PN debout sur les épaules d'un cochon, lui-même debout contre un arbre. Au-dessus, les oisillons dans un nid, sur une branche : sur une autre branche, un oiseau, un écureuil.

Dd : fleurs au premier plan, rangé d'arbres dans le fond, coloration noire du tronc.

Contenu latent : le père et patte noire sont présentés dans une « relation progressive »(LC)-peut renvoyer a la fonction de holding d'une des images parentales. (BOEKHOLT ; M 1998, P135)

5-3-5- La passation selon L. CORMAN :

L'intérêt et l'originalité du test PN résident dans la passation préconisée par son inventeur. Elle se comporte cinq étapes dont le déroulement nécessite 60 à 90 minutes.

Première étape : le clinicien présente le frontispice sur lequel figurent PN, deux petits cochons blancs et les deux gras cochons. L'enfant est invité a repère PN puis a préciser le sexe et l'âge de chacun ainsi que le degré de parenté, cette planche reste visible tout au long de la passation.

Deuxième étape : « les thèmes » toutes les planches sauf « la fée » sont présentées en paquet dans un ordre quelconque. L'enfant est invité à les regarder, à choisir celles dont il souhaite raconter l'histoire et à mettre les autres à côté.

Troisième étape : « les préférences identification » toutes les planches sont à nouveau réunies en un seul paquet et le jeu dit de « l'image préférée » consiste à faire trier les planches aimées et les planches non aimées en deux tas.

Quatrième étape : « les questions d'érigées » il s'agit d'une sorte d'enquête où l'enfant est invité à voir des percepts parent qu'il aurait omis, par exemple l'urine dans « auge » ou la boue dans « jeux sale »

Cinquième étape : « question et synthèse » elle consiste à demander qui est le plus heureux, le moins heureux, le plus gentil, le moins gentil, le moins gentil, la préférence de chacun pour les autres membres de la famille. En demande enfin qui l'enfant préfère dans toute cette aventure, ce que va devenir PN et ce que pense PN de sa patte noire. C'est là que survient la planche « fée » on fait dire à la fée qu'elle autorise trois souhaits, à l'enfant de formuler.

L. CORMAN prévoit des possibilités d'intervention en cours de passation afin d'encourager l'enfant sans toutefois influencer ses choix ou ses refus. La passation doit s'effectuer en une seule séance afin de rendre compte de la dynamique créée par les choix et par la succession des planches adoptées par l'enfant, suivant l'âge, la maturité et les ressources psychique. (Boekholt. M 1993, PP 118-139).

Synthèse :

Dans ce chapitre on a parlé sur les techniques qu'on a utilisées dans notre recherche, qui sont l'entretien semi-directif, le test projectif PN et l'observation, et aussi ce chapitre nous a permis de comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, et à apprendre l'utilisation de ces techniques précédents.

Conclusion

L'objectif de présente recherche, c'est de faire une description sur les enfants atteints de l'infirmité motrice cérébrale, et leur relation avec le comportement agressif.

L'étude de notre recherche est réalisé au sein de l'association « ASIMC » de Bejaia, où on a travaillé avec un groupe d'enfants et leurs mères, qui sont présenté notre guide d'entretien, pour mieux décrire les cas de notre recherche on a basé sur un entretien clinique semi-directif et le test projectif le PN.

A partir de l'interprétation de non résultats, on a trouvé que les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, ne présente pas des comportements agressifs, et aussi d'après l'entretien qu'on a fait avec les mères des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, on a remarqué que il n'y a pas une déférence de prendre en soin de leurs enfants, soit dans une famille favorable, soit dans une famille défavorable. Et aussi se qui caractérise ses familles qu'elles ont une bonne relation entre eux.

Dans l'ensemble des résultats de ce modeste travail, on conclu par dire que l'objectif de notre recherche n'est pas de généralisé les résultats sur l'ensemble des enfants (IMC) puisque ces résultats ne sont pas absolus, et notre groupe de recherche n'était pas assez large pour prouver notre hypothèse, parce que dans chaque recherche scientifique les résultats restes absolus.

La liste bibliographique

Livres

- 1- ARMAND COLIN, (2015), **L'observation clinique et l'étude de cas** 3^e édition, Paris.
- 2- BERNARD .G, (2015), **le développement affectif de l'enfant**, 5 éditions.
- 3- CHABROL(B) et HEDDAD (J), (2006), **handicape de l'enfant**, Doin édition, groupe liaison SA.
- 4- CHAHRAOUI. KH ET BENONY. H,(2003), **Méthodes d'évaluations et recherche en psychologie clinique**. Ed Dunod, Paris.
- 5- CHAUCHAT H, (1990), **L'enquête en psychologie**, 2^e ed, Puf, Paris.
- 6- CHARLES GARDON. **Parents d'enfant handicapé**,(2015), édition érès, (1^{re} édition 2012).
- 7- CORMAN. L. (1974), **Le teste PN**, PUF, paris.
- 8- ERVAN DIEU et OLIVIER SOREL (dir),(2013),**la psychologie et violence**, 4^e édition.
- 9- FRANCOIS POUILLAIN, (2011), **IMC (INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE) : LE GUIDE PRATIQUE**.
- 10- GERARD POUSSIN, (2003), **La pratique de l'entretien clinique**, 3^e édition, paris.
- 11- GUIDETTI (M),(2002),**Les étapes de développements psychologiques** paris, édition Armand colin.
- 12- GUIDETTI M et TOURRETTE, (2004), **Handicap et développement psychologique de l'enfant**, 2^e ed, Armand colin, Paris.
- 13- LAPLACHE (J) et PANTALIS (J-B),(1996), **vocabulaire de la psychanalyse**, édition delta.
- 14- LAURENT B, (2010),**l'agressivité humain**, et dunod, paris.
- 15- LOUIS NOT, (1984), **Psychologie de développement**, 2^e édition.

- 16- PAHLAVAN. F(2002), **Les conduites agressives**, Ed Armand Colin, Paris.
- 17- PEDENELLI J, (2005), Introduction à la psychologie clinique, Armand colin, Paris.
- 18- PIAGET J. (1966), **La psychologie de l'enfant**, Paris, P.U.F.
- 19- PIERRE. G, (2001), **psychologie de l'agressivité et de la violence**, Ed Manuscrite. Paris.
- 20- ROGER FONTAIN, (2003), **psychologie de l'agression**, DUNOD, paris
- 21- ROMAIN LIBERMAN, (2013), **Handicape et maladie mentale**, 8^e édition.
- 22- TERRAL.D, (2002), **Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé** Paris.
- 23- VERONIQUE (L-M), (2002), **l'infirmité motrice cérébrale**, édition APF.

THESES ET MEMOIRES

- 1- ACHACHRA Asma (2014/2015), **Handicap de l'enfant et l'impact sur la qualité de vie des parents en Algérie**, Université Paul Valéry-Montpellier.
- 2- BOUCHLOUKH MAHFOUD, (2008/2009), **rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs**, thèse de doctorat d'état en psychologie clique, sous la direction de président slokia, université de montourie Constantine.
- 3- CHARLOTTE COUDRONNIERE et DANIEL MELLIER, (2016), **Qualité de vie à l'école des enfants en situation de handicap**, Université de Rouen Normandie, Université de Nantes, Novembre.
- 4- REGINA. C, (2012), **à l'aventure dénombre, le dénombrement chez l'enfant infirmité motrice cérébrale**, université de Lille 2.

REVUES

- 1- LACERT, (1980), **les infirmités motrice cérébraux**, in revu « **réadaptation** » ONISEP, N° 408, paris.
- 2- XAVIER HERMANDORENA,(2011), **a l'aube de la motricité**, édition ERES.

DICIONNAIRE

- 1- BLOCH. H et AL, (1992), **Grand dictionnaire de la psychologie**, ed, Larousse. Paris.

Site internet

- 1- <http://www.cairn.info>
- 2- <http://www.opf.asso,fr>

Annexe A :

Guide d'entretien :

1)- l'axe 01 : Renseignement sur l'enfant

Prénom :

Age :

Sexe :

2)- Renseignement sur la famille :

2-1- Père :

Formation :

Niveau d'instruction :

2-2- mère :

Formation :

Niveau d'instruction :

3)- l'entretien avec les parents

Axe 02 : 1- l'enfant et sa famille

- Vous êtes là pour quelle raison ?
- Quel est la nature de son infirmité ?
- Comment vous sentez quand vous avez reçu cette nouvelle ?
- A quel âge votre enfant a commencé à marcher ?
- A ce que c'est votre fils (fille) unique, ou bien vous avez d'autre enfant ?

2- La situation familiale

Remariage- séparation ou divorce.

3- l'histoire de l'enfant

- Pouvez-vous nous parler sur le déroulement de votre grossesse ? (les complications)
- avez-vous des problèmes de santé avant ou durant la période de grossesse ? (suivie des médicaments)
- avez-vous rencontré des complications durant l'accouchement ?
- est-ce que votre enfant présente des problèmes de santé (anténatale, prénatale, poste natale)
- est-ce que votre enfant a fait tous ces vaccins ?
- est-ce qu'il a besoin d'aide pour effectuer une tâche ?
- est-ce que votre enfant présente des difficultés alimentaires par exemple : refus de sein ou biberon, anorexie ?
- est-ce qu'il a des troubles des sommeil, insomnie ?
- est-ce qu'il a des troubles sphinctériens : l'énurésie, encoprésie ?

Axe 3- L'agressivité

- Avez-vous remarqué des comportements agressifs chez votre enfant ?
- Si oui, depuis quand ? et avec qui exactement ?
- Est-ce que votre enfant est sociable ?
- Votre mari a-t-il des comportements agressifs avec vous ?
- Si vous avez des problèmes avec votre mari, est-ce que il frappe, il casse des choses, il crée ?