

Université 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 handicapés
moteurs**

Étude de cinq cas

Préparé par:

Melle BEKKA Warda

Melle BAZIZI Sabah

Encadré par :

Mme DOUAKH

Année universitaire 2015-2016

REMERCIEMENT

Nous remercions tout d'abord le bon Dieu qui nous à donné le courage et la volonté pour réaliser ce modeste travail.

- ❖ Nous tenons à exprimer ici notre vive gratitude et s'incère remerciements à tous les personnes qui nous apporté leurs amitié, connaissances et leurs aide tout au long de ce travail, on particulier.
- ❖ À notre encadreur Mme Douakh Alima pour ses inconditionnelles aides et ses précieux conseils et sa présence constante tout au long de notre recherche.
- ❖ À Mr Mazouzi Mestapha à qui on exprime notre s'incère respect.
- ❖ Nous tenons également à remercier le personelles de :
- ❖ L'EHS d'Il Mathan.
- ❖ Association parents et malades de Bejaia à leur tête Mr Kaiba Nadir.
- ❖ Le SCP d'amizour à leur tête Ben chikh Akli.
- ❖ Les enfants et leurs mères.
Qui on contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.
- ❖ À tous les enseignants de licence et master.

Bekka warda

&

Bazizi Sabah

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail

À mes très chers parentes (Mahmoud, Louna), qui mont aider énormément durant tout le cursus scolaire, que dieu les accorde une bonne sante et nous garde pour nous

À mes chères frères : Lkhier, Mekhlouf, Chaabane et Ziane

À tous mes oncles : tants, cousines

Sans oublier mes amies :(Nassima, Linda, Akli, Omar, Karim, Naima,)

*À tous ceux qui portent le Nom **Bekka***

À tout mes camarades d'encadrement

À Ma chère Binôme Sabah et sa famille.

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

Merci à tous

Warda Bekka

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail

À mes très chers parentes (Abd Kader, Djouhra), qui mont aider énormément durant tout le cursus scolaire, que dieu les accorde une bonne sante et nous garde pour nous

À mon chère frère : Rachid

À mes chères sœurs : Rachida et Saida

A tous mes oncles : tants, cousines

Sans oublier mes amies :(foufa, Ilham, nourdine)

*À tous ceux qui portent le Nom **Bazizi***

À tout mes camarades d'encadrement

À Ma chère Binôme Warda et sa famille.

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

Merci à tous

Sabah Bazizi

« Vous dites : « C'est fatiguant de fréquenter les enfants ».

Vous avez raison. Vous ajoutez : « parce qu'il faut se baisser, s'incliner, se courber, se faire tout petit ». Là, vous avez tort, ce n'est pas cela qui fatigue le plus. C'est le fait d'être obligé de s'élever, de se mettre sur la pointe des pieds jusqu'à la hauteur de leurs sentiments, pour ne pas les blesser. »

Janusz Korczak

Sommaire

Sommaire

Introduction-----	1
1. La problématique-----	3
2. Les hypothèses -----	6
2.1. l'hypothèse principale -----	6
3. L'objectif de l'étude -----	7

Partie théorique

Chapitre I : L'enfant

Préambule-----	9
1. L'enfance et l'enfant -----	9
2. Les différents aspects du développement-----	9
2.1. Le développement psychoaffectif -----	9
2.2. Le développement psychomoteur -----	17
2.3. Le développement cognitif-----	18
3. La psychopathologie infantile-----	21
3.1. Les troubles alimentaires -----	21
3.2. Les troubles du sommeil -----	23
3.3. Les troubles sphinctériens -----	24
Conclusion -----	25

Chapitre II L'handicap moteur

Préambule-----	27
1. La notion d'handicap -----	27
1.1. Histoire et origine du terme-----	27
1.2. Définition de l'handicap -----	28
1.3. Définition de handicapé -----	29
2. Les différents types de l'handicap-----	30
2.1. L'handicap mental -----	30
2.2. L'handicap sensoriel -----	30
2.3. L'handicap moteur -----	31
3. L'handicap moteur -----	31
3.1. Définition d'handicap moteur -----	31
3.2. Les différents types d'handicap moteur -----	32
3.2.1. Les IMC -----	32
3.2.2. Les handicaps moteurs non cérébraux -----	33
3.2.3. Les handicaps moteurs neuromusculaires -----	36
4. Les causes de l'handicap moteur -----	37
5. Les conséquences de l'handicap moteur-----	37

6. L'évaluation d'un handicap moteur -----	38
7. L'handicap chez l'enfant -----	39
8. L'enfant handicap moteur -----	39
9. L'histoire de l'handicap en Algérie -----	40

Conclusion -----	42
------------------	----

Chapitre III : L'agressivité

Préambule-----	44
----------------	----

1. Distinguons et clarifions les concepts -----	44
---	----

1.1. L'agression -----	44
------------------------	----

1.2. La violence-----	44
-----------------------	----

1.3. L'agressivité -----	45
--------------------------	----

2. Les divers types de l'agressivité -----	45
--	----

3. Les deux fonctions de l'agressivité -----	46
--	----

4. Les modèles d'approches de l'agressivité -----	47
---	----

4.1. Le modèle psychanalytique-----	47
-------------------------------------	----

4.2. Le modèle éthologique -----	48
----------------------------------	----

4.3. Le modèle biologique -----	49
---------------------------------	----

5. L'agressivité comme énergie vitale -----	49
---	----

6. Les facteurs de risque des comportements agressifs -----	50
---	----

6.1. L'hyperactivité -----	50
----------------------------	----

6.2. La structure familiale -----	51
-----------------------------------	----

6.2.1. Interaction sociale précoce-----	51
---	----

6.2.2. La maltraitance -----	52
------------------------------	----

6.2.3. Le style parental et l'instabilité familiale -----	53
---	----

6.2.4. La fratrie et l'agressivité -----	54
--	----

6.3. Le contexte sociétal -----	55
---------------------------------	----

6.3.1. Le groupe de pairs -----	55
---------------------------------	----

6.3.2. La télévision -----	56
----------------------------	----

7. L'agressivité est t-il héréditaire ? -----	56
---	----

8. Les origines de l'agressivité -----	57
--	----

9. Distingué l'agressivité normale de trouble de comportement -----	58
---	----

10. Les causes des comportements agressifs -----	59
--	----

11. Les manifestations d'une personne agressive -----	60
---	----

12. L'agressivité chez l'handicap -----	61
---	----

Conclusion-----	61
-----------------	----

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule-----	62
1. opérationnalisation des concepts -----	63
2. Présentation du lieu de stage -----	63
3. La pré enquête-----	64
4. Présentation de la population d'étude et ses caractéristiques de choix -----	65
5. La méthode de la recherche -----	66
6. Les outils de la recherche-----	67
6.1. L'entretien clinique de recherche-----	67
6.2. L'observation -----	69
6.3. Le test projectif, la patte noire -----	70
Conclusion -----	79

Chapitre V : Présentation, Analyse et Discussion des hypothèses

Préambule-----	81
1. Présentation et analyse des cas-----	81
1.1. Présentation du cas N°1 -----	81
1.2. Présentation du cas N°2 -----	97
1.3. Présentation du cas N°3 -----	111
1.4. Présentation du cas N°4 -----	123
1.5. Présentation du cas N°5 -----	137
2. Discussion des hypothèses -----	151
Conclusion -----	154
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

L'enfance est une période très importante dans le cercle de la vie de l'être humain. Pendant cette étape, plusieurs entraves peuvent affecter son développement, qui peut être de nature héréditaire ou accidentel à cause des différentes maladies génétiques ou autres.

L'enfant réalise énormément d'acquisition pendant sa première année et ce –ci à tous point de vue lorsqu'il naît il peut à peine tenir sa tête, vers sa première année on le retrouve debout, prête à marcher, parfois marchant déjà. Nous allons découvrir progressivement un enfant peut être indépendant de son entourage pour se déplacer, jouer et manger, mais il y'a des enfants qui ont des difficultés au cours de leurs développement.

Parmi les problèmes qui peuvent affecter le développement psychomoteur chez l'enfant, on peut distinguer les handicaps moteurs qui sont résultats d'une malformation ou d'un accident après la naissance. L' handicap peut engendrer des difficultés psychologiques pour l'enfant et sa famille, parmi les quelles : la frustration, les phobies sociales et l'agressivité...est.

Cette dernière est définie comme une modalité du comportement des être vivants et particulièrement de l'être humain, qui se reconnaît à des actions où la violence est dominante, elle peut se manifester contre l'autrui ou bien même contre le soi « auto-agressivité ».

Elle peut être le résultat du manque d'affection ou du manque d'estime de soi chez l'enfant handicap moteur, ou même résultat d'un comportement agressif chez les parents ou l'entourage familiale.

L'enfant handicapé bouscule l'image idéale de l'enfance heureuse, plein de promesse, les sentiments obscurs qu'elle inspire l'agressivité.

Introduction

Notre travail de recherche consiste à identifier la relation entre l'handicap moteur chez l'enfant et l'apparition des comportements agressifs.

Notre plan du travail est subdivisé en deux parties : théorique et pratique.

-Dans la partie théorique on s'est basé sur deux chapitres.

Le premier chapitre, consacré à la notion de l'handicap, on a parlé sur l'handicap d'une manière générale et ses différents types et plus précisément l'handicap moteur.

Le deuxième chapitre, nous avons souligné les différentes définitions de l'agressivité et sa notion de l'agressivité chez l'enfant handicap moteur.

-La partie pratique devisée on deux séquences : la parties méthodologique et l'analyse des résultats de la recherche.

Concernant la parties méthodologique qui est consacré à la méthode et les utiles de la recherche de la recherche, à savoir un entretien clinique semi directif avec les mères et le teste projectif la patte noire de L. Corman, et nous avons procédé à l'exposition des données des entretiens et l'analyse et la discussion des hypothèses. Nous avons clôturé notre recherche avec une conclusion générale, la liste bibliographique et les annexes.

Cadre général de la recherche

1. Problématique

L'enfance est définie par Sillamy comme une « période de vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence ». (N Sillamy, 1991, p97). Cette période est considérée comme le centre d'intérêt de plusieurs chercheurs notamment en psychologie clinique, par rapport à son importance dans le développement normal de l'être humain.

Le développement de l'enfant est un processus dynamique dans lequel il est extrêmement difficile de dissocier les différents facteurs qui englobent son accroissement au cours de sa vie, soit affectif, cognitif, moteur ou environnement- social.

Concernant le développement affectif, est présenté par les travaux de Freud et d'autres psychanalystes par l'intimité de la relation mère-bébé appelé par les nombreux psychanalystes la relation d'objet, définie par Laplanche et Pantalès comme une « relation qui est le résultat complexe et totale d'une certaine organisation de la personnalité ». (Nicole Bacri, Colette Chiland et al, 2003, p24).

Aussi le développement affectif, est considéré comme une suite d'expérience plus ou moins conflictuelle liées à la confrontation de désirs différents entre l'enfant et son entourage, celles des interdits externes, les l'instance chargée de l'adaptation à la réalité et les pulsions. (Martine Stassart, 1998, p 64).

Ces dernières qui donnent la naissance à nos émotions, nos espoirs, nos craintes, nos conflits, nos comportements et nos actes. On distingue, les pulsions sexuelles et les pulsions d'agressivités. (Martine Stassart, 1998, p 64).

Concernant les pulsions sexuelles considérées pour Freud comme le moteur déterminant des biens des conduites de l'adulte, mais aussi de l'enfant. La libido qui est l'énergie dérivée des pulsions sexuelles, se manifeste différemment tout

Cadre de la problématique

au long du développement et investit dans l'enfance des zones du corps dites érogènes (oral, anal, phallique) avant de se centrer sur le domaine de la sexualité génitale adulte.

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

Le développement psychomoteur est l'un des premiers facteurs de développement, qui est caractérisé par l'acquisition des fonctions motrices qui permet une meilleure coordination des capacités de l'enfant. (Diane E. Papalia, 2012, p143).

Concernant le développement cognitif de l'enfant qui est présenté par les travaux de Piaget qui pose l'existence d'une intelligence sensori- moteur chez les bébés avant même la maîtrise langagière s'installe chez eux par un mécanisme d'équilibration. (Charlotte M et Adeline Vanek, 2010, p 45).

Les facteurs environnements –sociales aussi jouent un rôle important dans l'équilibre psycho – social de l'enfant qui lui permet de construire des relations harmonieuses ainsi qu'une bonne communication avec l'autrui. (Mathijs Euwema, 2006, p 9).

Dans la vie, l'individu est confronté chaque jour à des obstacles qui peuvent être dans certains moments un point de changement. Et avoir un enfant handicapé est l'un des obstacles les plus lourds dans la vie de chaque un de nous car elle nécessite une prise en charge totale, psychologique et professionnelle.

C'est pour cela, on peut définir l'handicap comme une « infirmité ou déficience congénitale ou acquis des capacités physiques ou mentaux ». (Larousse .p.288).

Cadre de la problématique

Et l'handicap chez l'enfant peut lui provoqué des modifications dans des divers aspects psychologiques par rapport à son image corporel, ses relations familiales et sociaux. (J de Ajuriaguerra, 1980, p944).

L'enfant présente un handicap moteur ou une déficience motrice qui est responsable d'une incapacité à la marche ou de manipulé librement comme les autres enfants qui les rend dépendants aux autres personnes notamment ses parents et frères. . (Bouchlouche Mahfoud ,2008/2009, p55).

L'handicap de ce petit enfant témoigne une souffrance parentale : l'angoisse, dépression, l'agressivité et la culpabilité parentale aussi il née dans les fratries des sentiments contradictoires où se mêlent successivement ou simultanément, jalousie, envie, peur, culpabilité, colère, agressivité, rejet...est. . (Hélène Romano, 2009, p102-103).

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

Des la naissance l'être humain développe son agressivité au fur et à mesure se qui est expliqué par la psychanalyse t'elle que les travaux de Freud, Karl Abraham et autres, que l'agressivité se développe des le jeune âge, à travers les stades de développements psychosexuels notamment les stades oral et anal.

Cadre de la problématique

Le stade oral est caractérisé par l'expression d'une agressivité orale à travers l'extériorisation des pulsions où la succion se complète en effet d'une activité de morsure liée à l'apparition de premières dents. Aussi l'agressivité peut se manifester à travers la relation conflictuelle mère-bébé mise par le sevrage.

Le stade anal est considéré comme un stade de l'agressivité nette à travers des comportements destructeurs à cause d'une relation ambivalente et conflictuelle entre mère-enfant au tour d'un plaisir sphinctérien. (Bernard Golse, 2008, p17-19).

Mais cette agressivité peut être pathologique si ses symptômes grave et fréquents. Ces agissements nuisent à leur développement. Ils se montrent incapables de vivre des relations positives avec leurs compagnons. (Idem, p13-14).

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

Afin de mieux comprendre le comportement agressif chez les enfants handicapés moteurs, on a posée la question suivante :

- Est-ce que les enfants handicapés moteurs peuvent manifester des comportements agressifs ?

1. Hypothèse de la recherche

- Les enfants handicapés moteurs ne peuvent pas manifester des comportements agressifs ?

2. Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette recherche est de mettre en lumière la relation qui existe entre l'handicap moteur et l'agressivité chez les enfants afin de mieux comprendre comment se manifeste l'agressivité chez cette catégorie d'enfant.

Partie théorique

Chapitre I

L'enfance

Chapitre I : l'enfance

Préambule

1- Définition de la notion de l'enfance

2- Les différents aspects de développement de l'enfant

2-1 Le développement affectif

2-2 Le développement psycho moteur

2-3 Le développement cognitif

3-La pathologie infantile

3-1 Les troubles alimentaires

3-2 Les troubles du sommeil

3-3 Les troubles sphinctériens

Conclusion

L'enfant se relève comme le résultat d'une nature biologique issue de deux cellules sexuelles. Sa naissance est marquée par une immaturation qui ne lui permettra pas de subvenir à ses besoins vitaux ce que signifie que sa dépendance sera indispensable.

1. L'enfance et l'enfant :

Le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui se situe entre la naissance et la puberté entre la naissance et la maturité. (Doron R. et Parot. F, 2007, p55).

L'enfant ne représente pas une entité stable, toujours identique personnifiée d'emblée : de l'infant celui qui ne parle pas durant les premières années de la vie de l'enfant. (Catherine graindorge, 2005, p6).

Les termes « d'enfant » et « d'enfance » renvoient à une notion d'inachèvement. L'infant est un mot latin qui désigne celui qui ne maîtrise pas le langage, durant les premières années de la vie de l'enfant. (Baudier. A et Céleste, 2010, p4).

2. Les différents aspects du développement chez l'enfant :

2.1. Le développement psycho affectif

La théorie freudienne admet que l'enfant se trouve au début de sa vie dans un état d'indifférenciation que Freud appelle la période de narcissisme primaire et qui correspond au passage de 'auto -érotisme à la relation objectale. Freud postule que la pulsion libidinale s'étaye, prend appui, sur la fonction alimentaire : la mère satisfait le besoin alimentaire et est associé au plaisir de l'enfant : c'est ce qu'on appelle la théorie de l'étayage.

Freud a établi une chronologie des stades de la libido que ces stades se chevauchent et coexistent tout au long du développement (Tourrette .C et Guidetti. M, 2008, p99).

Il distingue deux périodes essentielles : La période prégénitale dès le début de la vie avec la succession des zones érogènes prédominantes (orale, phallique ou urétrale), et la période génitale proprement dite qui commence à l'adolescence. Entre les deux s'étend une période de latence(en gros entre 6 et 12 ans) au cours de laquelle les pulsions changent de but en se tournant vers des objectifs plus socialisés, rendant l'enfant plus disponible pour des apprentissages de type pédagogique. L'avènement de cette période correspond à un refoulement important (rejet dans l'inconscient de représentation jugée inacceptable par le moi de l'enfant) (Ibid. p30).

2.2.1. Le stade oral : de 0 à 24 mois :

La vie affective de l'alimentation bébé est organisée autour de la fonction alimentaire. l'alimentation a pour Freud deux fonction :nutritionnelle et libidinale ces deux fonction vont se séparer : l'activité de succion va s'exercer pour elle –même en dehors des heurs de tété au cours du premier semestre ,c'est la phase pré-ambivalente,puis dans le deuxième semestre s'ajoutera à la succion la morsure avec comportement d'agressivité, et ambivalence des sentiment il veut en même temps incorporer sa mère et lui faire mal, c'est la phase sadique orale. Le sevrage modifie la relation à la mère .un moi rudimentaire s'élabore progressivement à partir de ça. (Tourrette .C et Guidetti M, 2008, p99).

2.2.2. Le stade anal : de 2ans à3ans

C'est avec le début du contrôle sphinctérien que commence ce stade. La zone érogène devient la région anale, avec le plaisir de la défécation et de la rétentionvolontaire.

L'enfant considère le contenu de ses intestins comme une partie de lui-même, qu'il peut ou non, selon son bon vouloir, offrir en cadeau à sa mère dans le pot. Son autonomie croissant déclenche des interdits parentaux, qui suscitent chez lui des sentiments d'agressivité qu'il décharge sur des objet (aspect sadique).la

relation de l'enfant à l'objet libidinale s'exprime en terme de possession /expulsion. Le moi se renforce et les interdits parentaux sont à l'origine du surmoi. (Tourrette.C et Guidetti.M, 2008, p99-100).

2.2.3. Le stade phallique : de 3ans à 6ans

Ce stade est succédé au stade anale que nous avons présenté et se caractérise par le choix d'une nouvelle zone érogène : les organes génitaux externe avec l'éveil de la sexualité génitale.

La curiosité sexuelle de l'enfant de cet âge est liée à la découverte de la différence des sexes avec le primat (freudien) accordé au phallus, terme plus symbolique que celui de pénis, qui est à l'origine de castration.Elle génère des théories sexuelles infantiles, indépendantes des informations sexuelles fournies aux enfants : théorie de la fécondation orale ou anale, de la naissance anale ou ombilicale, scène « primitive »qui est une représentation fantasmatique du coït parental.

Cette activité s'insère dans une attitude plus générale de quête de savoir, montrantainsi lesinterrelations entre sexualité infantile et développement intellectuel.(Tourrette.Cet Guidetti. M, 2008, p182-183).

2.2.3.1. Le complexe d'Œdipe :

Toute le cheminement de la période œdipienne consiste à se faire de ce type de compréhension primitive de la différence des sexes, pour aller vers une connaissance plus élaborée de celle-ci à travers celle de la procréation et de la sexualité génitale comme faite on le bébé. Le conflit est lié au tabou de l'inceste. Et que l'introduction rattachée par Freud au mythe d'Œdipe, reste un organisateur assez universel du développement de l'enfant. Il parle de « complexe d'Œdipe », ce que correspond, pour Dolto(1971), à une liaison indissociable entre, d'une part des pulsions, à buts différents, parfois

contradictoire, et d'autre part des interdictions, d'autre culturel, s'oppose à la réalisation de certain de ces pulsions. (Graindorge. C, 2005, p13).

C'est au cours de ce stade qu'apparait le complexe d'Œdipe qui rappelle le mythe grec de la destinée d'Œdipe qui tua son père et épousa sa mère qui va différencier le développement du garçon de celui de la fille. L'enfant est sorti de la relation duelle à sa mère, il doit donc s'insérer dans une relation désormais triangulaire. Ce complexe décrit l'amour de l'enfant pour le parent du sexe opposé avec les souhaits de mort envers l'autre parent de même sexe qui ; et l'autre parent est en effet perçu comme un obstacle à l'amour de l'enfant pour le parent choisi. (Tourrette. C et Guidetti. M, 2008, p183).

L'entrée dans ce stade se caractérise par la reconnaissance de l'angoisse de castration, l'objet de la pulsion est dorénavant le partenaire privilégié du couple parental et l'excitation sexuelle recherchée dans la possession de ce partenaire.

L'angoisse de castration induit chez le garçon la crainte de perdre son pénis et chez la fille le désir d'en avoir un. L'envie du pénis chez la fille va l'introduire à la problématique œdipienne par le désir d'un enfant de son père ; quant au garçon, il se protège de son angoisse de castration.

Dans sa forme positive, le complexe d'Œdipe est représenté par une attirance de l'enfant pour le parent du sexe opposé et une rivalité pour le parent du même sexe ; dans sa forme négative, il peut s'agir du contraire.

Chez la fille, on relève un changement d'objet d'amour qui introduit un mécanisme d'identification ; la fille cherche à obtenir du père ce que sa mère lui a refusé à savoir le pénis et la mère restant en effet la source importante de satisfaction pulsionnelles pré-génitales, la fille développe à son égard une amère jalousie.

Chez le garçon, la mère est l'objet de la pulsion sexuelle tandis que le père devient à la fois menaçant ; alors il existe une certaine compétition agressive entre les deux hommes ; chez le garçon l'angoisse de castration vient mettre un terme à la problématique œdipienne ; chez la fille, en revanche, elle l'initie.

Le déclin du complexe d'Œdipe est marqué par le renoncement progressif à posséder l'objet libidinal sous la pression de l'angoisse de castration chez le garçon et la peur de perdre l'amour de la mère chez la fille. (Gueniche. K, 2007, p32).

2.2.3.2.La période de la latence : de 6ans à12ans

Le terme de latence marque le fait que pendant ces 5 ou 6 années, l'évolution de la sexualité se ralentit considérablement ou s'arrête, avant de répondre avec l'avènement de la puberté et des pulsions génitale qu'elle déclenche. Il peut arriver que le complexe d'Œdipe n'ait pas été totalement résolu dans la période précédente, il reste alors en sommeil. A cette période, l'énergie pulsionnelle se libère pour un investissement intellectuel ; l'intérêt de l'enfant pour la connaissance, pour le monde extérieur est manifeste. Il y a déssexualisation des relations aux parents qui s'accompagne de refoulement et de sublimation des pulsions sexuelles anciennes. C'est une période de renforcement du moi, mieux adapté à la réalité, et du surmoi.

L'enfant se trouve dans une période d'équilibre relatif par rapport aux conflits pulsionnels de la période précédente et de l'étape suivante.Ce qui ne veut pas dire que sa personnalité n'évolue pas mais que cette évolution est régulière et sans perturbations importantes. (Tourrette.C et Guidetti M, 2008, p184).

Cette période qu'apparait l'importance de la fantasmatisation dont il émerge plusieurs types de fantasmes fondamentaux :

- **Un enfant est battu** : fantasme de fustigation dont l'origine est plus précoce, mais qui n'apparaît qu'avec latence.

- **Le roman familiale** : qui se présente comme une rêverie diurne visant à corriger l'insatisfaisante réalité. son activité fantasmatique lui fournit des scénarios tel que : mes parents ne sont pas mes parents, j'ai échangé à la naissance, mes vrais parents sont merveilleux.

- **Des fantasmes masturbatoires** : le fantasme est lié à une pulsion sexuelle qui est essentiellement autoérotique, donc trouvant sa satisfaction dans le corps propre satisfaction fantasmatique est plus aisée à obtenir que la satisfaction réelle ; elle évite les situations réelles frustrantes, peut se développer sans mobiliser le refoulement. (M. Bourrat et G. Roger.2003, p137-138).

Selon Berta Bronstein, c'est une période complexe qui peut être divisée en deux phases :

- La première s'étend de 5 ans et demi à 8 ans, elle est caractérisée par des régressions temporaires à l'origine d'un surmoi, tantôt inefficace des alternances d'obéissance et révolte.
- La deuxième, s'étend de huit à dix ans, où le surmoi devient moins rigide, l'enfant croit moins en l'omnipotence de ses parents.

Les psychanalystes de leur part, feront beaucoup d'importance à la motricité durant la période de latence d'ailleurs, Élisabeth Caplan a fait de l'activité motrice la démontion central de latence.

H J GOLDINER de son côté avec ses travaux qui s'est intéressé aux activités rythmique, répétitives, qui servent ou cours de la première phase de latence, pour gérer les pulsions libidinales et agressives. (Ibid.).

FREUD aussi dans les cas où le développement heurté à une difficulté, deux mécanismes peuvent être en jeu :

- La régression : il ya retour aux modalités relationnelles d'un stade antérieur, qui peut être pathologique ou le contraire, adaptatif, représentant un temps de maturation de l'enfant face à des événements de vie difficiles.
- La fixation : l'enfant reste « fixé » à la modalité relationnelle d'un stade, soit parce qu'il y reçoit des satisfactions excessives, soit parce que qu'il y rencontre des obstacles majeurs. (Catherine Graindorge.2005.p.9-10).

FREUD aussi a beaucoup parlé dans ses divers travaux sur l'importance de la relation et l'interaction (mère-bébé) puis (mère-père-bébé) qui sont important pour le développement de l'enfant.

Cette relation est appelée la relation d'objet qui est définie par LAPLANCHE et PANTALIS (1971), comme un « mode de réaction du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et totale d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de mécanismes de défense ». (Nicole Bacri, Colette Chiland et al, 2003, p24).

FREUD (1914) émet l'hypothèse selon laquelle le nouveau-né est dans un état de narcissisme primaire écrit-il, impliquant un investissement du moi mais également une satisfaction de ses besoins. Relativement à ce modèle purement spéculatif, l'enfant apparaît, dès sa naissance dans un état de détresse initiale du fait de son état d'impuissance et, ce faisant, dans un état de dépendance absolue par rapport aux soins de maternage (nourrissage, confort, chaleur,.....est) avec laquelle il forme une unité véritable.

WINNICOTT met lui aussi en avant l'aspect primordial des soins maternels adéquats, indissociable du bébé garants de sa bonne santé mental. Selon lui, un nourrisson seul n'existe pas : « quand on trouve un enfant, on trouve des soins maternels », il ajout que le visage de la mère est le premier et seul véritable miroir de l'enfant.

Il distingue trois séries d'actes dans les soins que la mère prodigue à son bébé.

- Le holding : correspond au maintien de l'enfant par la mère ; elle le tient, lui assure un contenant corporel grâce à son propre corps et induit son petit corps dans l'espace.
- Le Handling renvoi aux soins et manipulation de l'enfant par la mère qui, ce faisant, lui procure des sensations tactiles, kinesthésiques, auditives, et visuelles.
- L'objet-presenting correspond au mode de présentation de l'objet ; ainsi l'enfant, à travers sa mère, à accès aux objets simples, puis aux objets de plus en plus complexes. (Ibid. P24).

MELANI KLEIN à son côté estime que des relations d'objets s'installaient dès la naissance. Au départ reconnaît qu'une telle capacité n'apparaît qu'avec la position dépressive, donc aux cours de deuxième semestre ; mais plus tard, elle parlera d'une orientation initiale (déterminée par des mécanismes innés) vers la mère confusément perçue. (Idem, p23).

SPITZ(1948) à également contribué à l'avancée des travaux sur la naissance de la vie psychique et ses rapports avec la genèse de la relation objectale.

L'étude des effets de la séparation de l'enfant et de sa mère lui permet de décrire la construction de la relation d'objet selon trois stades ; ces derniers se repèrent grâce à la présence d'indicateurs qui sont, en fait, des comportements spécifiques organisés chacun sous l'égide d'un organisateur. Les organisateurs proposés par SPITZ sont : le premier sourire, la peur du visage de l'étranger et l'accès au non. (Jean-Louis Pedinilli, 2007, p 28).

Le développement affectif du jeune enfant prend aussi l'appui sur l'attachement qui est développé par BOWLBY et d'autres, qui postule que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de système

comportementaux qui ont pour résultats la proximité de l'enfant par rapport à sa mère. (Idem, p60).

Aussi l'attachement enracine dans les relations chaleureuses, stables et sécurisantes de jeune enfant d'abord avec ses parents, puis avec des adultes. Cet attachement favorise la confiance en soi de l'enfant, sa motivation à explorer et son autonomie. Il apprend, petit à petit, par les réponses qu'il reçoit, qu'il peut compter sur la disponibilité des adultes qui prennent soin de lui pour obtenir de l'aide en cas de besoin et du soutien dans la gestion de ses émotions.(Paule Belleau et Véronique Martin, 2014, p 9).

Le développement affectif permet à l'enfant de construire sa confiance en sa capacité d'apprendre, de trouver le courage de faire des erreurs, de persévérer dans la répétition d'un geste parce qu'il sait pouvoir le maîtriser, de chercher des stratégies variées pour arriver à ses fins. (Ibid.).

2.2. Développement psychomoteur :

Le terme de psychomoteur exprime d'emblée que le développement de la motricité est très lié à celui de l'affectivité ; au cours de ce développement s'expriment les progrès en motricité, dans le développement intellectuel et dans le développement socio-affectif, l'acquisition de la marche est une bonne illustration de ces interrelation puisque l'apparition de l'autonomie locomotrice non seulement permet à l'enfant d'aller où il veut.

Le développement se déroule en suivant quelques lois qui permettent d'en comprendre les mécanismes, il suffit de connaître les deux lois qui permettent de comprendre la succession des étapes de développement psychomoteur et les lois qui sont céphalo-caudal et proximo –distal, qui ont été décrites par Gesell (C.Tourrette et M.Guidetti, 2008, p64).

Les caractéristiques de la motricité sont particulière on relève au niveau des membres une hypertonie physiologique du tonus musculaire, avec des attitudes en flexion, et une motricité spontanée fait de mouvements diffus et anarchique. Au niveau du visage, on observe une motilité (moues, grimaces) qui peut avoir valeur de communication pour la mère et préfigure le sourire, les stimuli internes bien perçus ont une influence prépondérante sur le vécu du bébé.

Entre 0 et 2 ans le tonus musculaire évolue, au niveau des membres vers une hypotonie et des attitudes en extension et le développement se perfectionne et vérifie la loi céphalo-caudale (maintien la tête vers 5 mois position assise vers 8 mois et station debout à 1 ans). La marche, quant à elle, est acquise vers 14-16 mois alors que le contrôle de la station verticale et la coordination des mouvements alternés des membres inférieurs sont acquis. La préhension volontaire important chez l'enfant pour la reconnaissance des objets et l'exploration de son corps suit une évolution par des stades : cubito - palmaire (préhension par les quatre derniers doigts) à 5 mois elle devient digito- palmaire (entre la paume et les quatre dernier doigts) à 6 mois puis radio-palmaire vers 7-8 mois et radio digital (entre le pouce et l'index) vers 10 mois. Ainsi la mimique volontaire apparait vers 2 mois sous la forme de la réponse par le sourire au visage humain de face et le mouvement de l'enfant s'organisent en gestes intentionnels avant d'accéder au statut de conduites symbolique.

A Partir de 2 ans les possibilités perceptivo-motrice de l'enfant se perfectionne dans le sens d'une grande finesse et maîtrise et plus grande capacité chez lui à se représenter son corps. (GuenicheK, 2007, p12-13).

2.3. Le développement cognitif selon J.Piaget

Piaget, psychologue suisse étudie la genèse de la pensée catégorielle, logique et symbolique chez l'enfant. il décrit des stades au cours desquels certains acquis

s'intègrent dans la structure de l'âge suivant, grâce à trois mécanismes prévalent de développement de la pensée :

. **L'adaptation** : la pensée établit un équilibre entre l'organisme lui-même et le milieu extérieur.

. **L'assimilation** : la pensée intègre de nouveaux éléments, notamment à partir de processus d'imitation.

. **L'accommodation** : la pensée transforme les structures du sujet en fonction d'élément du monde extérieur ce qui lui donne accès aux processus d'identification.

Ces deux dernier mécanismes sont en constant équilibre durant tout le

2.3.1. Stade de l'intelligence sensorimotrice (0 à 18 mois)

L'enfant reste encore très peu différencié du monde extérieur. Grâce à la mise en place de schèmes d'action, il s'agit de façon réflexe ou enchaîne ses actions de façon toujours identique dans les mêmes circonstances interactive (par exemple le nourrissage). Réaction circulaire primaire puis en réaction circulaire secondaire (8-9 mois), reproductions actives d'enchaînement d'actions qui cherche à provoquer un résultat.

Parallèlement, entre 5 et 8 mois, la permanence de l'objet s'établit (quand on cache un objet que l'enfant a repéré derrière un écran, il cherche à le retrouver : il en a donc construit une représentation mentale).

Vers 18 mois, la pensée devient « préopératoire » : l'enfant met en place une amorce de fonction symbolique qui lui permet de représenter les objets, à travers, notamment, son début d'accès à la langue. (Graindorge. C, 2005, p26-27).

2.3.2. Stade de la pensée opératoire (3 à 8 ans)

La pensée agit maintenant sur les actions intériorisées par l'enfant celles-ci deviennent progressivement réversibles et symbolisables. La pensée de l'enfant de 3/4 ans est :

- Animiste (les choses sont pour lui vivantes et douées d'intention) ;
- Finaliste (il pense qu'il y a toujours une raison à tout, d'où ses Sempiternels « pourquoi ?).
- orientée par un seul point de vue et il ne peut généraliser de façon adéquate.

Sa pensée (par exemple, il voit la lune qui a un aspect différent selon le moment et pense qu'il existe plusieurs lunes). La pensée reste une pensée intuitive. Entre 4 et 8 ans : l'enfant ne peut prendre en compte tous les paramètres en jeu dans une comparaison. (Par exemple, il trouve un kilo de plomb plus lourd qu'un kilo de plume, ne pouvant prendre en compte que le volume visuel de ces éléments et non leurs masses.). (Ibid. p27).

2.3.3. Stade des opérations concrètes (7 à 11 ans)

La pensée reste liée à l'action. Elle garde des capacités limitées d'abstraction. Cependant, il acquiert peu à peu la conservation : de la quantité de matière (7/8 ans), de volume (10/11 ans), ce qui aboutit à une pensée catégorielle de plus en plus fine (Ibid., p27-28).

2.3.4. Stade de la pensée formelle (à partir de 12 ans)

L'enfant se construit une pensée conceptuelle et hypothético-déductive : position d'hypothèse ; développement de raisonnement adapté ; Déduction de conclusion. (Ibid., p27-28).

3. La psychopathologie infantile :

3.1. Les troubles alimentaires :

L'alimentation a une double fonction : c'est un besoin physiologique indispensable à la vie et c'est une source de plaisir par l'excitation que provoque la succion du sein maternel, la déglutition du lait dans la bouche, ce plaisir est associé à la vue du visage maternel, au contact « peau à peau » entre la mère et l'enfant. (C. Bénony et B.Golse, 2008, p36).

3.1.1. L'anorexie mentale

Elle se caractérise par un comportement de refus de la nourriture sans cause organique primaire, c'est une conduite fréquente des conduites alimentaires déviantes du nourrisson.

❖ Les formes sévères de l'anorexie précoce

- **L'anorexie primaire (kreisler1982)**

Est d'apparition très précoce, elle se déclare dès la naissance ; cette anorexie des premiers jours se caractérise par l'inappétence du nourrisson, il ne prend pas le sein, s'en détourne, il est dans une attitude passive tout en étant bien éveillé.

- **Les anorexies de la période néo-natal**

L'anorexie néo-natale active et l'anorexie d'inertie. Dans la première, la réaction du nouveau-né est une réaction de détournement du sein ou du biberon, s'y ajoute une activité de détournement du regard. Elle se caractérise par une dissociation entre le reflexe d'exploration et l'activité de consommation. : Après un mois de sevrage, un nourrisson avait conservé un comportement réflexe d'orientation vers le sein mais pour se détourner à l'approche de la tétine. (Ibid., p36-37)

- **L'anorexie commune du deuxième semestre**

Le point de vue descriptif le nourrisson est éveillé, jouer, avec une facilité de contact étonnante pour son âge.

Du côté parentale d'emblée la mère est engagée dans une relation où le rapport de force permanent : le repas qui doit être un moment de partage, de plaisir devient vite un supplice pour la mère et décrit une série de comportements de l'enfant ; il répond par des refus nuancés ou catégorique où il finit par avoir le dernier mot malgré les tentatives maternelles (chanter, jouer, raconter une histoire pour faire passer le repas).

3.1.2. Le mérycisme

Il s'agit d'une conduite de rumination des aliments complète aberrante développée et entretenue pour l'obtention d'un plaisir insolite.

3.1.3. Les vomissements psychogènes

Ils sont très fréquents chez le nourrisson, d'influence psychosomatique sans grand inconvénient pour la santé mais indicateurs d'un réel malaise. Les formes les plus courantes appartiennent à la maladie dite des vomissements habituels du nourrisson, les causes diététiques ou organiques sont éliminées il s'agit des vomissements fonctionnels.

3.1.4. Les troubles alimentaires du premier âge dans les familles à risque multiples

Le nanisme de frustration se caractérise par l'ingestion habituelle de quantités immodérées de nourriture, cette habitude apparaît très tôt, souvent avec l'apparition de la marche et elle peut se poursuivre sur plusieurs années.

- **Le pica** : il s'agit d'un trouble de comportement qui consiste en l'ingestion par l'enfant de substances non alimentaires au-delà de l'âge d'exploration

du monde des objets qui se fait habituellement et naturellement entre 3 et 12 mois. La pica dont les rappelle les habitudes alimentaire de la pie est l'ingestion répétée de produits non alimentaire : (clou, terre, papier, ...est). (Ibid. P38-44))

3.2. Les troubles du sommeil :

Le sommeil correspond à un « état physiologique normal et périodique caractérisé par la suspension de la vigilance, la résolution musculaire, le ralentissement de la circulation et de la respiration, et par l'activité onirique »(Le robert, 1967) donc, le sommeil est l'élément essentiel à la réparation et à la restauration du corps.

3.2.1. Les différents types de troubles du sommeil chez l'enfant

Deux grands types de troubles peuvent être relevés : les troubles avec une perturbation du sommeil en qualité (comme les terreurs nocturnes et les cauchemars) et les troubles avec une altération du sommeil en quantité (comme les insomnies et les hypersomnies).

Le cauchemar : ourêve d'angoisse est un rêve pénible auquel s'associe une sensation d'étouffement et d'oppression qui se termine par un réveil ou le lendemain de l'enfant.

Dans la terreur nocturne une angoisse intense chez l'enfant ; en plein nuit l'enfant se dresse sur son lit et sans être réveillé totalement hurle de peur ; il est alors en proie à un onirisme terrifiant dont la présence des parents.

Les troubles quantitatifs du sommeil : les insomnies du premier semestre de la vie sont appelées insomnies fonctionnelles précoce .elles sont soit des insomnies dites communs soit es insomnies tapageuse

La somnolence ou hypersomnies est peu fréquent mais inquiétante lorsqu'elle rime, au niveau comportemental, avec une faiblesse des interactions et des réactions et un silence et un calme excessif de l'enfant.

Les troubles qualitatifs du sommeil : des la deuxième année, l'enfant est souvent ambivalent par rapport au coucher car il se partagé entre ses envies d'autonomie et ses besoins de dépendance très intense. L'angoisse de séparation est inhérente à cette de développement pour la quelle s'endormir c'est se séparer, être dans le noir et en proie à une vie fantasmatique composée de rêves mais aussi de cauchemars. (Karinne Gueniche, 2007, p41-44).

3.3. Les troubles sphinctériens

3.3.1 L'énurésie :

Gesell identifie les stades de l'acquisition de la propreté :

- À 2 ans, la propreté diurne est généralement acquise ;
- À 3 ans, si on le réveille une fois dans la nuit, l'enfant parvient à être propre ;
- À 3 ans et demi, il est propre bien que jusqu'à 5-6 ans, il puisse encore salir son lit.

L'énurésie consiste en des mictions répétées dans les vêtements pour lesquelles aucune cause organique ou effet physiologique directe d'une substance n'a été repéré, à un âge où la propreté devrait être acquise. On a tendance à considérer l'énurésie diurne (de jour) lorsque l'enfant a au moins 3 ans, et l'énurésie nocturne lorsqu'il a au moins 4 ans.

La prévalence de l'énurésie est différente selon le sexe de l'enfant : à l'âge de 5 ans, 7 % des garçons et 3% de filles sont énurétiques ; à 10 ans les proportions descendent respectivement à 3% et 2% ; à 18 ans, elle concerne 1% de garçon et un peu de fille.

On distingue deux types d'énurésies : l'énurésie primaire, qui concerne les enfants qui n'ont jamais acquis la propreté (80% des cas d'énurésie) et l'énurésie secondaire, relative aux enfants qui, à un moment donné ont été propres, puis à nouveau incontinents.

3.3.2. L'encoprésie :

On définit l'encoprésie par des défécations répétées, produites au moins une fois par mois, dans des endroits inappropriés (vêtements ou lieux habités). Là on distingue deux types d'encoprésie primaire et secondaire ; la prévalence étant de 1 % chez les enfants de cinq ans.

Les enfants encoprétiques ont souvent une tendance à la résistance passive ; ils adoptent en même temps une attitude de soumission et d'opposition, et paraissent à la fois passifs et agressifs. (Ibid. P50-53).

Pour conclure ce chapitre on peut dire qu'il est difficile d'établir une marge claire entre les différentes étapes de développement ainsi que ce développement reste un chemin compliqué long à parcourir et les caractéristiques sont différentes d'un enfant à l'autre.

Chapitre II

L'handicap moteur

Chapitre II : L'handicap moteur**Préambule**

- 1. La notion d'handicap**
 - 1.1. Histoire et origine du terme**
 - 1.2. Définition de l'handicap**
 - 1.3. Définition de l'handicapé**
- 2. Les différents types de l'handicap**
 - 2.1. L'handicap mental**
 - 2.2. L'handicap sensoriel**
 - 2.3. L'handicap moteur**
- 3. L'handicap moteur**
 - 3.1. Définition d'handicap moteur**
 - 3.2. Les différents types d'handicap moteur**
 - 3.2.1. Les IMC**
 - 3.2.2. Les handicaps moteurs non cérébraux**
 - 3.2.3. Les handicaps moteurs neuromusculaires**
- 4. Les causes de l'handicap moteur**
- 5. Les conséquences de l'handicap moteur**
- 6. L'évaluation d'un handicap moteur**
- 7. L'handicap chez l'enfant**
- 8. L'enfant handicap moteur**
- 9. L'histoire de l'handicap en Algérie**

Conclusion

Préambule

L'handicap moteur est plus souvent associé à des troubles de la motricité caractérisé par : difficulté de se déplacer, de communiquer, saisir et de manipuler certains objets, une dépendance totale aux autres ainsi que des troubles psychiques graves tel que l'angoisse, anxiété et la dépression.

Dans ce chapitre on va essayer d'expliquer afin de mieux comprendre la notion d'handicap, ses origines et les différents types. Mais plus particulièrement sur l'handicap moteur, les différentes définitions, les causes et la prise en charge.

1. La notion d'handicap

1.1. Histoire et origine du terme

Le terme « handicap » (littéralement « hand in cap » en anglais « la main dans le chapeau », apparaît pour la première fois en 1990 pour une évolution historique du terme et des intérêts liés au handicap) au seizième siècle en Grande – Bretagne pour désigner un jeu dans le quel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau.

Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs du cours : « handicapé », un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants ».

Si les handicaps sont bien repartis, le résultat de la course devient incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom de vainqueur. (Michelle Guidette, Catherine Tourette, 2014, p17).

1.2. Définition de handicap

Le terme handicap connaît plusieurs définitions, nous retenons ici les plus courantes.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « l'handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autre personne ». (Henriette Bloch et al, 2011, p421).

Selon l'OMS : adopte la définition de WOOD en 1980 qui définit l'handicap comme « la conséquence désavantageuse de lésion et de perturbations fonctionnelles responsables d'incapacité ». (Hélène Romano, 2011, p42).

Aussi WOOD a donné une schématisation de l'handicap qui est comme suite :

Maladie → déficience → incapacité → désavantage.

L'objectif de définir l'handicap à partir de ses paramètres, était d'envisager les réponses à apporter et de proposer des modes de prises en charge plus adaptés.

- **La déficience :** peut être durable ou transitoire et correspond à une atteinte ou une altération d'une fonction physique, psychique ou sensorielle.
- **L'incapacité :** représente la conséquence de la déficience. Elle est évaluée en termes de diminution partielle ou totale, temporaire ou définitive et de la capacité à accomplir une activité quotidienne.
- **Le désavantage social :** correspond à toutes les conséquences et les restrictions sociales consécutives de la déficience et/ou de l'incapacité. (Hélène Romano, 2011, P46).

Selon la loi française de 11 février 2005 : « constitue un handicap ,au sens de la présente loi , toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions

physiques , sensorielles, mentale cognitive ou psychiques ,d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant».(Hèlène Romano, 2011, P.43).

Selon l'office des handicaps du Québec (1981) : « une limite ou un empêchement découlent, d'une déficience ou incapacité pour une personne de jouer dans son milieu les rôles joué par les autres individus. ((Marcel Lavallée et al, 1990, p. 132)

De nombreux auteurs donnent une définition du terme handicap tels que

HESBEEN (1990) : « Un handicap est la situation dommageable liée aux conséquences des obstacles que rencontrent la personne infirme et/ou invalide et ses proches dans le déroulement de la vie quotidienne ». (Alexandre JENNES, 2002/2003, p3).

1.3. Définition de l'handicapé

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social». (idem. p.421).

Selon l'OMS : « est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminué, 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.»(Romain Liberman, 1999, p.38).

René Lenoir à son coté définie l'handicap au temps que « la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses

besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collective.»(Romain Liberman, 1999, p.38).

Selon le dictionnaire usuel illustré : c'est « toute personne dont les possibilités d'acquies ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physique ou mentale. »(Jean Marie et al, 1983, p.887).

2. Les différents types de handicap

Les types de l'handicap peuvent être envisagés à différents niveaux.

2.1. L'handicap mental : l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».

2.2. L'handicap sensoriel : en distingue.

2.2.1. L'handicap auditif : L'handicap auditif atteint des personnes atteintes de surdité, qui est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Ce handicap peut être présent dès la naissance ou acquis durant la vie de la personne.

2.2.2. L'handicap visuel : Les personnes en situation d'handicap visuel sont atteintes de cécité (personnes aveugles), ou de malvoyance. Les causes peuvent être des maladies comme la cataracte (opacification d'une lentille interne) ou le glaucome (touchant le nerf optique), ou héréditaires. (Eric Frigerio, 2007, p15).

2.3. L' handicap moteur : est celui qui du fait d'un défaut organique, ne jouit pas de l'entière liberté de son corps. Parmi ces handicapés, on peut distinguer deux catégories : Les semi- ambulants et les usagers du fauteuil roulant.

- **Un semi ambulant :** est toute personne qui se sert d'un appareil orthopédique (qui traite la malformation des os, des muscles, et des articulations,...), de cannes, de béquilles, ou autres. On distingue les personnes atteintes de rhumatismes et celles atteintes d'insuffisance respiratoire et de troubles cardiaques et les personnes âgées ayant des difficultés de coordination, de perception, et de ralentissement de leurs mouvements.
- **L'usager du fauteuil roulant :** est toute personne n'ayant pas la possibilité de déplacement autonome sans avoir recours à cet appareil. On trouve les hémiplésiques, les paraplégiques, les tétraplégies, les myopathies, les troubles fonctionnels. (Bouzenoune Yacine, 2008, p.9).

3. L'handicap moteur

3.1. Définition

- **Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) :** « toute enfant qui, pendant un laps de temps appréciable, se trouve dans l'impossibilité, par suit de son état physique, de participer pleinement aux activités de son âge dans le domaine social, récréatif, éducatif, ou dans celui de l'orientation professionnelle ». (J de Ajuriaguerra, 1980, p944).

- Aussi L'OMS définit l'handicap moteur comme « l'ensemble des troubles entraînant une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des Membres supérieurs et/ou inférieurs ». (M, Repessé, 2012, p.01).

- Marcel Lavallée définit les handicaps moteur : « tous ceux qui souffrent d'une restriction plus ou moins durable et la motricité volontaire entraînent des

incapacités musculaires ou perceptivo-motrice, plus ou moins importantes. (Idem. p150).

3.2. Les types de l'handicap moteur

Les handicaps moteurs procréant des déficiences aux origines très diverses peut les regrouper dans les différentes catégories suivantes :

3.2.1. Les infirmes moteurs cérébraux (IMC)

L'infirmité motrice cérébrale précoce résulte de lésions cérébrales qui se sont produites dans la période post-natale .Ces lésions sont non évolutives et responsables de troubles moteurs prépondérantes et spécifiques .Leurs effets sur le développement se révèlent progressivement dans les premières années et vont interférer avec le développement de l'enfant, avec des conséquences non seulement sur le contrôle moteur (de la posture et du mouvement), mais aussi sur le langage et les acquisitions. Les principaux symptômes : retard du développement posturo- moteur.

Les conséquences de la précocité de l'atteinte cérébrale sont partiellement compensées par la plasticité initiale du cerveau qui va suppléer ou remplacer certaines défaillances. Les troubles moteurs sont exceptionnellement isolés : des troubles épileptiques, des déficits sensitifs, sensoriels, cognitifs ou comportementaux peuvent être associé.

TARDIEU (1968) à proposé d'utilisé le terme IMC pour le sous-groupe d'enfants dont l'intelligence était préservée mais présentant éventuellement des troubles sensoriels associé, réservant le terme IMOC (infirmité cérébrale d'origine cérébrale) aux enfants dont l'intelligence était sévèrement atteinte.

Selon la localisation de trouble moteur, on distingue : **la diplégie spastique** (atteinte des membres inférieurs, déférente de la paraplégie médullaire par son origine centrale), **la triplégie** (atteinte des deux membres inférieures et d'un

membre supérieure), **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 supérieure). (Catherine Tourrette, 2006, p333-334).

On distingue trois principales formes cliniques de l'IMC : forme athétosique, ataxique et spastique.

- **Les formes spastiques** : (atteinte prédominante du système nerveux pyramidal avec une hyper contractilité musculaire qui empêche la motricité volontaire), parmi lesquelles la diploplégie spastique.

- **Les formes dyskinétiques** : dont la chorée (mouvement involontaire rapide et incontrôlés) l'athétose (atteinte extra pyramidale prédominante) qui perturbe le contrôle posturale avec des mouvements involontaires qui parasitent postures et mouvements, et la dystonie (contraction musculaire soutenues déclenchées par des mouvements volontaires et provoquant une posture anormale). S'y associent souvent des troubles auditifs et /ou de la parole (atteinte motrice des muscles bucco-phonatoire).

- **Les formes ataxiques** : principalement l'ataxie cérébelleuse (difficulté de coordination des mouvements volontaires), qui résulte d'une atteinte du cervelet, qui sont difficile à reconnaître avant l'âge de la marche (tardive).

Les formes mixtes découlent d'une Intraication des atteintes pyramidales et extrapyramidales, avec spasticité et dyskinésie. Les tremblements sont très fréquents. (Catherine Tourrette, 2006, p333-334).

3.2.2. Les handicaps moteurs non cérébraux

Ces handicaps sont difficiles à dénombrer et très diversifié dans leurs causes. On distingue les handicaps temporaires, définitifs.

❖ Les handicaps moteurs temporaires

- Les handicaps moteurs temporaires survenant par accidents

La prévention de ces handicaps passe par une meilleure surveillance de jeune enfant (d'éviter par exemple les chutes encore très fréquentes dans les escaliersest), par un aménagement adapté de son environnement. Aussi une bonne éducation à la sécurité routière soit chez les enfants ou les adultes. Enfin il existe des liens entre de mauvaises conditions socio-économiques et une fréquence élevée d'accidents.

- Les handicaps moteurs temporaires non traumatiques

Ces handicaps concernent essentiellement trois régions corporelles : la colonne vertébrale, la hanche et le pied .Une fréquentation scolaire normale peut être maintenue avec une hospitalisation et /ou des rééducations.

• Les handicaps concernant la colonne vertébrale

Il s'agit de problèmes orthopédiques de gravité inégale, la plupart du temps de scoliose pouvant être soignée uniquement gymnastique ou une rééducation appropriée .Non soignée, elle peut entraîner une déformation thoracique évaluant vers une restriction de la capacité respiratoire.

• Les handicaps concernant la hanche

Il s'agit d'abord de *l'ostéochondrite de la hanche*, c'est une déformation passagère de la tête fémorale dont le mécanisme n'est pas totalement élucidé. Cette atteinte unilatérale du noyau d'ossification de la tête du fémur se traduit par des limitations des mouvements de la hanche et par des douleurs parfois au niveau du genou. *La luxation de la hanche* (déboitement et déplacement des os de la hanche).

- **Les handicaps moteurs temporaires concernant le pied**

Il s'agit essentiellement du *pied –bot* qui peut se présenter sous deux formes différentes : la forme congénitale ou la forme paralytique. La forme congénitale concerne une déformation bilatérale et congénitale où les pieds sont tournés vers l'intérieure ou vers l'extérieure. La déformation est dans la quasi-totalité des cas réductible et les os ne sont pas touchés. En absence de traitement précoce s'installe une déformation osseuse qui conduit à la forme paralytique. La forme paralytique représente des déséquilibres musculaires permanents qui vont entraîner au cours de la croissance des déformations osseuses et des rétractions musculaires. Il est important de dépister précocement ces handicaps temporaires et de mettre en œuvre rapidement une prise en charge adaptée. (Idem. p62-65).

- ❖ **Les handicaps moteurs définitifs**

- Il s'agit essentiellement des paraplégies.

Est une paralysie des deux jambes dont l'origine est médullaire et non cérébrale. C'est un handicap sévère mais compatible, si des aménagements sont proposés. L'étiologie en est variable : congénitale ou acquise. La forme congénitale la plus fréquente porte le nom de *spina bifida* . La paraplégie peut également être acquise par compression de la moelle, par traumatisme, ou rupture vasculaire. Le *spina bifida* (du latin *spina* qui signifie « épine » et *bifida* qui signifie « fendue ») consiste en une malformation de la moelle et des arcs postérieurs des vertèbres lombaires.

La colonne vertébrale est constituée normalement de plusieurs vertèbres qui conservent et protègent la moelle épinière.

Dans le *spina bifida* , la malformation (acquise à la fin de premier mois du développement embryonnaire par fermeture incomplète de tube neural) donne lieu à une bosse (le myéломéningocèle) pouvant siéger à n'importe quel endroit

du dos, de la région cervicale à la région lombaire, cette dernière localisation étant la plus fréquente.

Selon la taille et l'emplacement de la malformation, les conséquences seront d'ordre neurologique, orthopédique et urinaire ; les troubles peuvent donc être importants : hydrocéphalie, incontinence sphinctérienne, paraplégie et insensibilité des membres inférieurs.

L'étiologie n'est pas totalement clarifiée ; on fait actuellement l'hypothèse d'un manque de vitamine (acide folique) chez la mère dans les trois mois qui précèdent la grossesse .Une prévention peut être assurée par prise de vitamine B9 en cas de carence. Cette malformation peut être dépistée en cours de grossesse par un dosage sanguin et est parfois repérable par examen échographique au cours de la grossesse.

Il s'agit donc d'un trouble grave et complexe .Le traitement va consister à refermer chirurgicalement l'ouverture afin d'empêcher l'infection et l'endommagement des nerfs encore fonctionnels. Une des conséquences du *spina bifida* est l'hydrocéphalie dus à la difficulté de circulation du liquide céphalorachidien. Celle-ci peut être résolue par la pose d'une valve de dérivation permettant à ce liquide de s'écouler normalement .Par ailleurs, les muscles atteints sont hypotonique. L'enfant perd la sensibilité de la peau. (Idem. P66-67).

3.2.3. Les handicaps moteurs dus à une maladie neuromusculaire

Il existe plus de 80 maladies neuromusculaires (myopathies) listées, d'origine génétique (forme dominantes ou récessives, liées ou non au sexe, précoce ou tardives, à évolution lente ou rapide).Les maladies neuromusculaires sont une atteinte du muscle et de son innervation motrice.

Selon le type de maladie, les éléments touchés se trouvent à différents niveaux de la commande motrice : Au niveau des motoneurones (les myopathies spinales), au niveau des fibres nerveuses motrices (les neuropathies sensitivo-motrice comme la maladie de Charcot), Au niveau de la jonction neuromusculaire (myasthénies) et au niveau musculaire (les dystrophies musculaires progressives). Elles ont toutes un fort impact émotionnel ou relationnel. (Idem, p344-345).

4. Les causes de l'handicap moteur

Cet handicap peut survenir à la naissance résultant d'un accident d'accouchement, de souffrance fœtale, de séquelles d'une forte fièvre ou de méningite entraînant une malformation, ou à la suite d'un accident de la circulation, d'accidents de travail, ou d'une maladie entraînant une paralysie des membres tels que : des maladies d'origine neurologique, « la myopathie maladie musculaire, les affections du système musculaire. », et la poliomyélite « une inflammation de l'axe gris de la moelle épinière ». (Idem. p13).

5. Les conséquences de l'handicap moteur

- La paraplégie, paralysie des membres inférieures et d'une partie du tronc.
- L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps.
- La tétraplégie, paralysie des membres supérieures et inférieures.
- La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.
- La sclérose en plaque, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.
- La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.
- Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologiques. (Idem. P36).

- Des difficultés sur l'ensemble des déplacements de la personne au cours de la journée, du lever du lit, à l'usage des transports en commun en passant par l'accès aux sanitaires.
- La posture assise n'est pas sans poser de difficultés. Il lui est d'ailleurs souvent conseillé d'effectuer des séances de « verticalisation » (prendre et tenir la station debout pendant un certain laps de temps), nécessaires au bon fonctionnement de son organisme...
- Les personnes dont les membres supérieurs sont paralysés ou difficiles à mobiliser sont dans l'incapacité d'accompagner leur parole de mouvements spontanés liés à la communication. De ce fait, elles peuvent paraître moins communicantes. Il en est de même lorsque l'expression faciale est limitée par la pathologie.
- La personne qui se déplace en fauteuil roulant explore différemment son environnement qu'une personne valide. Elle doit fournir un effort important pour maintenir son regard vers le haut.
- Les interlocuteurs des personnes en fauteuil oublient souvent d'adapter leur regard. (Idem. p2).

6. L'évaluation d'un handicap moteur

4. L'évaluation de la motricité repose avant tout sur un examen rhumatologique et neurologique complet.
5. L'évaluation fonctionnelle est capitale pour comprendre le handicap du patient et elle contient :
 - Des échelles d'incapacité telles que : MIF, Barthel, permettent d'évaluer les difficultés rencontrées par le patient dans la vie quotidienne.
 - Des échelles de qualité de vie.

- L'évaluation de la prise en charge, doivent être multidisciplinaires (orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, médecin et ergothérapeute).
- L'évaluation a pour but de la mise en place :
 - D'aide sociale, allocation personnelle à l'autonomie (APA), reclassement professionnelle.
 - De mesures de rééducation : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie.
 - De mesures de protection : sou garde de la justice, curatelle, tutelle. (A. Bertrand, S.Epelbaum, C.Denier, 2012, p24).

7. L'handicap chez l'enfant

La maladie chez l'enfant provoque généralement un certain nombre de modification : un changement dans le vécu de son état corporel, accompagné ou non de douleurs, de fièvre qui peut modifier son niveau de conscience, une fatigue plus ou moins marquée, un état d'angoisse plus ou moins conscient qui peut être provoqué par la maladie elle-même ou par l'idée que s'en fait l'enfant, et des éléments particuliers liés à une perturbation subséquente des habitudes et à l'établissement d'un nouveau mode de relations dans le cadre des rapports familiaux ou sociologique . (Idem. P944).

8. L'enfant handicap moteur

Un enfant peut présenter une déficience motrice des 2 membres inférieurs (paraplégie secondaire à un Spina Bifida, ou diplégie spastique liée à une infirmité motrice cérébrale) responsable d'une incapacité à la marche et d'un handicap variable en fonction des situations et de l'environnement avec cette même déficience et cette même incapacité l'enfant en fauteuil roulant devant un plan incliné ne présentera pas un handicap aussi grave que l'enfant en fauteuil devant des escaliers. Cette notion de handicap n'est pas différente de celle de

l'adulte. Chez l'enfant, le lien parental est omniprésent. Ce même enfant devant un plan incliné peut avoir un handicap très différent selon qu'il est en fauteuil ou en poussette. Dans le premier cas, l'indépendance matérielle de l'enfant en fauteuil lui permet d'expérimenter son autonomie (psychoaffective) face à ses parents, comme un autre enfant, il monte seul jusqu'au sommet ; dans le second cas l'enfant en poussette reste dans la dépendance physique de ses parents qui le poussent et dans l'impossibilité d'exercer ses tentatives d'autonomie. (Bouchlouche Mahfoud ,2008/2009, p55).

9. L'histoire de l'handicap en Algérie

Dans l'histoire de la société algérienne, l'approche de la notion de l'handicap, s'est effectuée à partir d'une politique de l'action sociale se résumant dans la prévention, l'animation du groupe, l'aide à la réinsertion, etc. Ce sont là des interventions pratiques décrites dans le langage habituel de la vie professionnelle.

Et de telles expressions renvoient à des conceptions précises de l'intervention sociale, qui se réfèrent, elles - mêmes à des représentations de la société. L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action sociale constitue le cheminement de la représentation à travers différentes étapes de développement de la structure sociale. Et si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions d'entraide, de charité et de bienfaisance, c'est devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle. Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voir de prise en charge sont assurés par la famille élargie. Durant les premières années de l'indépendance, l'Algérie

devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans.

Plus de 1000000 de personnes ont été victimes de la guerre... beaucoup de blessées...etc.

Cette période est caractérisée par l'existence de plusieurs catégories de personnes nécessiteuses qui sont liées directement à la guerre. Et, en matière de «politique sociale », elle est réduite à la prise en charge de ces personnes en besoin. Nous pouvons citer les établissements de prise en charge des enfants de «chouhada» et l'aide financière aux veuves et blessés de la guerre. Par ailleurs, une bonne partie de la population bénéficiait de l'aide alimentaire, de médicaments et de soins soit pour l'ensemble de la population ou au gents en situation de l' handicap. (Idem. p18-20).

Et pour le système national de santé algérienne, il comporte un secteur public encore fort, composé de 13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP totalisant 63680 lits avec 54734 médecins, 95650 paramédicaux, 13000 agents techniques et 53000 agents de service. Ce secteur public a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais avec un désavantage pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.

Le secteur prive s'est développe un peu anarchiquement. Il ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. Il comporte néanmoins plus de 145 cliniques et 4500 lits. Souvent, le personnel de sante et celui du secteur public se confondent en l'absence de toute séparation claire entre les deux secteurs. (Bougherbal Rachid.2010.p8).

Conclusion

Pour conclure, on peut dire que l'handicap en générale et notamment l'handicap moteur est une lourde pathologie qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire pour aider ces personnes malades à affronter, accepter et vivre avec leurs handicaps.

Chapitre III

L'agressivité

Chapitre III : l'agressivité**Préambule**

- 1. Distinguons et clarifions les concepts**
 - 1.1. L'agression**
 - 1.2. La violence**
 - 1.3. L'agressivité**
- 2. Les divers types de l'agressivité**
- 3. Les deux fonctions de l'agressivité**
- 4. Les modèles d'approches de l'agressivité**
 - 4.1. Le modèle psychanalytique**
 - 4.2. Le modèle éthologique**
 - 4.3. Le modèle biologique**
- 5. L'agressivité comme énergie vitale**
- 6. Les facteurs de risque des comportements agressifs**
 - 6.1. L'hyperactivité**
 - 6.2. La structure familiale**
 - 6.2.1. Interaction sociale précoce**
 - 6.2.2. La maltraitance**
 - 6.2.3. Le style parental et l'instabilité familiale**
 - 6.2.4. La fratrie et l'agressivité**
 - 6.3. Le contexte sociétal**
 - 6.3.1. Le groupe de pairs**
 - 6.3.2. La télévision**
- 7. L'agressivité est-elle héréditaire ?**
- 8. Les origines de l'agressivité**
- 9. Distinguez l'agressivité normale de trouble de comportement**
- 10. Les causes des comportements agressifs**
- 11. Les manifestations d'une personne agressive**
- 12. L'agressivité chez l'handicap**

Conclusion

Préambule

Personne ne peut contredire l'agressivité humaine, et il est remarquable que ce comportement est devenu ces dernières années, un phénomène car toujours nous sommes les témoins et les victimes en même temps, soit dans le milieu familial ou social.

Plusieurs modèles théoriques qui ont étudié l'agressivité comme un comportement normale ou temps qu'un trouble pathologique, qui sera détaillé dans ce chapitre.

1. Distinguons et clarifions les concepts : « agression », « agressivité », « violence ».

1.1. L'agression

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

1.2. La violence

- Le terme violence provient du latin « **violentia** » qui signifie force impétueuse, abondante ou excessive. Le verbe apparenté « **violare** » implique clairement l'idée de transgression c'est-à-dire d'excès par rapport à une norme. (André Mineau, 1994, p.13).
- **Selon le grand dictionnaire de la psychologie** : « force brutale qu'un être impose à d'autre, pouvant aller jusqu' à la contrainte exercé par l'intimidation ou la terreur ». elle est aussi représentée par : « toute les

conduites agressives qu'un sujet plus fort physiquement ou moralement fait subir à un plus faible». (J, Christophe Tamisier, 1999, p.151).

1.3. L'agressivité

- **Agressivité** → **Étymologie** : vient du latin *aggredi* dont l'étymologie *ad-grad* signifie « marcher vers », désigne une notion floue, une tendance à l'attaque en passant par une hostilité envers autrui. (Pierre Glivier, 2001, p10).
- **Selon le grand dictionnaire de la psychologie** : « tendance à attaquer autrui ou tout objet susceptible faire obstacle à une satisfaction immédiate ». (Idem. P151).

2. Les divers types d'agression

Arnold Buss (1916) 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'agressions différentes. Les types sont expliqués dans le tableau suivant. (Lourent bègue, 2010, P9).

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 qu'el qu'un
Passive	Physique	Directe	Empêcher quelqu'un d'atteindre son but
		Indirecte	Refuser de s'engager dans une activité, d'exécuté une tache
	Verbale	Directe	Refuser de parler à quelqu'un, de reprendre aux questions
		Indirecte	Refuser d'acquiescer, de défendre quelqu'un lorsqu'il injustement mise en couse

3. Les deux fonctions de l'agression

On distingue classiquement deux fonctions du comportement agression : l'agression hostile (ou réactive) et l'agression instrumentale (ou proactive).

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

L'agression instrumentale : représente en revanche un comportement par lequel l'attaque d'autrui est perpétrée dans un but qui n'est pas prioritairement agressif, par exemple un dessein d'acquérir un bien matériel. (Lourent bègue, 2010, P11-12).

4. Les modèles d'approches de l'agressivité

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

4.1. Le modèle psychanalytique

Freud a proposé deux modèles successifs de l'agression ; le premier, en 1905, la considérait comme une réaction aux frustrations empêchant la satisfaction libidinaux .Ultérieurement, notamment dans malaise dans civilisation(1929), il a mis en avant ce qu'il désignait comme un instinct de mort (Thanatos) complémentaire d'Éros et dont le ressort ultime était l'autodestruction de l'individu. Selon Freud, confrontée à l'énergie libidinale, l'énergie propre à l'instinct de mort serait dirigée vers l'autrui sous forme d'agression, et permettrait ainsi à l'individu sa propre survie par l'intermédiaire de l'agression d'autrui. (Idem. p40).

C'est dans son livre « *au-delà du principe de plaisir* » que S. Freud introduit la notion de pulsion de mort, instinct de mort qui investit l'objet et le moi comme la libido et qui représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique. Ainsi dans le cadre des pulsions antagonistes, s'inscrivent la pulsion de vie et la pulsion de mort. La notion de pulsion de mort est loin d'être acceptée par l'ensemble des psychanalystes, mais elle est à la base de l'élaboration de la doctrine Kleinienne.

Mélanie Klein admet l'existence primitive de sentiments d'amour et de haine qui se livrent un combat dans l'esprit de l'enfant ; à la suite de K. Abraham, cet auteur met en valeur chez le nourrisson le besoin de mordre, de dévorer ; lorsque les satisfactions lui font défaut au stade orale de la succion, il est recherché au stade oral de la morsure.

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

4.2. Le modèle éthologique

Lorenz (1969) considérait l'agressivité comme l'expression d'un instinct de combat que l'homme partagerait avec de nombreux autres organismes vivants. Cet instinct se serait développé au cours de l'évolution en raison de ses nombreuses fonctions adaptatives : dispersion des populations animales sur une aire géographique afin d'assurer au maximum les ressources alimentaires, facilitation de la reproduction sélection des meilleurs sujets et établissement des hiérarchies nécessaires dans toute société. Selon Lorenz, des schémas de comportement seraient associés à un potentiel énergétique spécifique et interne généré spontanément par l'organisme. Cette énergie s'accumulerait régulièrement, et l'agression chez l'homme comme chez l'animal serait fonction de la quantité d'énergie accumulée et de la présence et de l'importance des stimuli déclencheurs dans l'environnement immédiat de l'organisme. Plus la quantité d'énergie accumulée augmenterait, plus faible serait le stimulus nécessaire au déclenchement de comportement. Ce modèle hydraulique expliquerait également que dans le cas d'une importante accumulation d'énergie, on pourrait assister à des agressions spontanées dites dysfonctionnelles : il s'agirait du comportement de soumission et des manifestations de douleur de la part de la

victime. Selon Lorenz deux facteurs contribuerait à ce que l'agression soit particulièrement fréquente chez l'humain. L'homme en tant qu'agresseur développe des armes sophistiquées dont il peut ne pas voir les effets sur la victime, et deuxièmement, en tant que victime, ne s'engage que rarement dans les actes d'apaisement régulateurs chez l'animal. Ces points sont évidemment importants : les recherches expérimentales démontrent qu'une forte distance physique entre agresseur et une victime constitue un important facteur de facilitation pour l'agresseur. (Idem. p40-41).

4.3. Le modèle biologique

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

La conception biologique de comportement agressif cherche à l'interpréter comme le résultat de l'activation de centre de contrôle ou de substrats nerveux particuliers, censés sous-tendre de façon spécifique les différents types de comportements agressif, les théories s'inspirant d'une conception biologique empruntent deux orientations fondamentalement différentes. La première propose de considérer l'agression comme étant d'origine interne spontanée, résultant d'une pulsion interne, souvent tenus pour innée, et qui se manifeste par la réaction agressive. La deuxième soutient l'hypothèse selon laquelle l'agression est essentiellement la réponse à la réception d'un stimulus externe. (Farzaneh Pahlavan.2002.p104).

5. L'agressivité comme une énergie vitale

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

Dès que le petit a les habiletés motrices pour le faire, c'est-à-dire vers l'âge de 8 ou 9 mois, il tire les cheveux et tape sur les autres. Quand il sait se tenir debout et marcher, il vole très volontiers le jouet des autres et donne des coups de pied à ses camarades. Très tôt, il crie sa colère et lance des objets. L'agressivité est normale, c'est une pulsion de vie adaptée... à certains contextes. Ainsi, les cris et les pleurs d'un bébé affamé sonnent l'alarme et lui permettent d'assouvir ses besoins. Lorsqu'elle reste dans certaines limites, cette énergie vitale assure notre survie. Elle nous permet de nous affirmer et d'atteindre nos objectifs. L'éducation ne vise donc pas à éliminer cette énergie, mais bien à la canaliser et à la rendre utile. L'agressivité se présente donc dès les premières années de vie, mais elle se désapprend au fur et à mesure que l'enfant découvre comment exprimer ses besoins et ses frustrations dans le respect de soi et des autres. (Sylvie Bourcier, 2008, p11).

6. Les facteurs du risque des comportements agressifs

6.1. Les prédispositions : l'hyperactivité

L'hyperactivité est un trouble du comportement qui se manifeste essentiellement par deux symptômes, une agitation ou une activité incontrôlée et permanente, et une incapacité à maintenir son attention dans une tâche. Ces deux traits de tempérament, lorsqu'ils sont observés dès les premiers mois de la vie, seraient, selon certains auteurs, des prédateurs de troubles comportementaux, en particulier à l'adolescence. L'hyperactivité a été identifiée dans de nombreuses recherches comme un facteur de risque très important pour des problèmes d'adaptation sociale. Des études longitudinales ont été conduites sur des périodes de 4 à 14 ans avec des enfants. Les résultats sont convergents, et tous les auteurs concluent que l'hyperactivité est un facteur de risque prépondérant pour

le développement de comportements agressifs chroniques, de conduites asociales et de délinquance.

6.2. La structure familiale : interactions sociales précoces, style parental et fratrie

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

6.2.1. Interactions sociales précoces et agressivité

Une structure familiale se définit par la nature (agressive, sécurisante, dominatrice, affectueuse, etc.) des interactions sociales qui se tissent entre ses membres. Depuis les célèbres travaux de John Bowlby(1969), une importance considérable est accordée aux premières relations sociales, en générale entre le nourrisson et sa mère, communément appelées « attachement».Bowlby a proposé un modèle théorique proche de celui issu des célèbres travaux de Harlow (1958,1969) conduite sur les interactions précoce entre la mère et son bébé. En rupture avec la théorie de l'étayage, proposée par Freud, selon laquelle les premières relations mère-enfant sont d'abord de nature alimentaire et seulement ensuite sociale, la théorie de l'attachement considère que les premières relations sont sociales. Le nourrisson humain, comme ses cousins simiesques, recherche le contact permanent avec une personne sécurisante, en

générale sa mère, même si certains chercheurs pensent que plus que d'attachement, c'est d'attachements multiples dont il faudrait parler, en particulier avec le père. La chaleur, l'intimité et la stabilité de ce premier lien sont d'une importance fondamentale pour la santé mentale de l'individu et son bon développement psychologique, cognitif et social. Bowlby (1953, 1973) considère que la période entre 6 mois et 3 ans est cruciale, mais il serait abusif de parler d'une véritable « période critique » au sens strict des éthologistes. Les effets de la séparation ou d'une mauvaise relation durant cette période sur le devenir de l'enfant sont, selon Bowlby, nuisibles voire catastrophiques.

6.2.2. Maltraitance et agressivité

Parmi les modes d'attachement anxieux aux effets les plus catastrophiques sur la vie de l'enfant, les situations de maltraitance méritent une attention particulière. Elle recouvrent un ensemble varié de situations éducatives qui ont toutes pour point commun essentiel d'avoir un effet gravement nuisible sur le fonctionnement psychologique de la victime. Les enfants négligés peuvent être distingués des enfants abusés. Les premiers sont privés d'affection et d'attention éducative de la part de leurs parents et particulièrement de leurs mères : ils vivent une véritable situation de carence affective. Les seconds subissent des violences physiques ou sexuelles. Les abus physiques se définissent comme une utilisation intentionnelle par un adulte de la force ou harcèlement d'enfants ou d'adolescents dans des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas et pour lesquelles ils ne peuvent pas donner leurs consentements. Ces différentes formes de maltraitements ne sont exclusives l'une de l'autre. Un paramètre important est la durée de la maltraitance. Elle peut être chronique et devenir le cadre social permanent de l'enfant ou épisodique et n'apparaître que lors d'une période de temps restreinte.

6.2.3. Style parental, instabilité familiale et agressivité

- **Style parental**

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

- **Instabilité familiale**

Parmi les styles parentaux particuliers, ceux liés aux situations de divorce et de reconstitution familiale méritent une attention particulière. L'effet du divorce sur les enfants est fonction de leur âge et du climat social entre les parents qui a précédé et accompagné la séparation (conflictuelle ou conciliante). Dans ce jeu, certains sont gagnant, certains sont perdants, certains sont survivants. Selon Hetherington (1988), les enfants les plus petits ne comprenant pas les événements, les enfants d'âge moyen appréhendent mieux la situation et développent souvent un syndrome de réconciliation, désir ardent que les parents se réconcilient, et les préadolescents éprouvent souvent de la honte et de la colère en considérant qu'ils sont oubliés dans la prise de décision de leurs

parents. Les études longitudinales des effets du divorce sur les comportements sociaux des enfants donnent des résultats complexes et parfois contradictoires. Hetherington a étudié l'effet à moyen terme du divorce sur le développement d'enfant appartenant à 144 familles de l'État de Virginie aux États-Unis. La moitié des enfants vivaient avec leur mère et l'autre moitié avec leurs deux parents. Un an après la séparation, la majorité des enfants évoluant dans un contexte monoparental témoignait de détresse émotionnelle et de troubles du comportement. Deux ans après, le tableau s'était aggravé. Les problèmes les plus importants consécutifs au divorce sont les conditions antisociales et agressives qui provoquent souvent à l'école une attitude de retrait et un rejet de la part des camarades de classe. L'effet à long terme est plus complexe.

6.2.4. Fratrie et agressivité

La structure familiale ne peut pas se réduire aux relations entre l'enfant et ses parents. Le style parental a aussi un effet sur la nature des relations entre les frères et sœurs. Le style autoritaire et hostile envers les enfants semble favoriser le développement d'interactions hostiles dans la fratrie qui seraient favorables à l'apparition de conduites antisociales et agressives. Les interactions entre frères et sœurs apparaissent aussi comme un facteur important. La nature de cette influence a été étudiée par un certain nombre d'auteurs. Deux modèles théoriques apparaissent dans la littérature. Le premier, proposé par Patterson (1984), est intitulé « la fratrie comme clef pathogène ». Les frères ou les sœurs aînés fourniraient des modèles d'apprentissages de conduites antisociales. Le processus reposerait sur l'observation par le cadet de relations familiales coercitives entre son frère ou la sœur aînée et ses parents. Elles seraient un renforcement négatif des conduites antisociales en particulier à l'extérieur du cercle familial. Le second modèle théorique, que l'on doit à Rowe et Gulley (1992), est intitulé « partenaire dans le crime ». Il stipule que les

ressemblances comportementales entre les frères ou les sœurs sont dues à des renforcements positifs et non à l'observation de modèles coercitifs et négatifs. L'enfant éprouverait un attrait pour son aîné et le prendrait pour modèle. Cet attrait serait conditionné par la chaleur et la complicité de la relation. Dans ces deux approches théoriques, l'enfant prend pour modèle un membre de sa fratrie du même sexe. Les différences entre ces deux approches peuvent se réduire dans une perspective développementale. Durant l'enfance, l'expérience de modèles coercitifs et de relations fraternelles hostiles créerait les bases de tendance antisociale à l'adolescence qui pourraient alors être amplifiées par un attrait positif vis-à-vis des comportements du frère aîné. L'hostilité céderait la place à la complicité au cours du développement des relations.

6.3. Le contexte social

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

6.3.1. Le groupe de pairs

Selon Youniss (1980), les relations entre pairs se construisent sur une forme de réciprocité qui favorise le développement de l'empathie et la construction d'une réalité sociale partagée. Elles représentent un véritable terreau sur lequel peut fructifier une constellation d'expériences sociales nécessaires à l'acquisition de comportement d'ajustement social comme le degré avec lequel l'enfant recherche le contact avec d'autres camarades, avec lequel il s'engage dans des comportements pro sociaux et avec lequel il inhibe les comportements hostiles et asociaux. La pro socialité s'exprime à travers des conduites de coopérations, de négociation, de compréhension des rôles sociaux, de la capacité à

comprendre les intentions d'autrui et d'intégrer les normes sociales. En bref, de bonnes relations avec les pairs apparaissent comme un contexte social très favorable à la socialisation et à l'inhibition des comportements agressifs.

6.3.2. Télévision et agressivité

Parmi les causes sociales de la violence, la télévision tient une place particulière, elle est devenue aux yeux de certaines associations d'un véritable adversaire. Elle est souvent accusée de détruire le dialogue familial, d'abêtir nos chères têtes blondes qui verraient leur intérêt pour l'école baisser au profit des programmes télévisuels, de provoquer des troubles du sommeil et enfin d'être un véritable vecteur de violence. Les scènes très fréquentes de délits, d'agression, de guerre provoqueraient la construction de schémas mentaux que nous aurions tendance à reproduire dans notre vie réelle. La surconsommation de télévision inciterait, particulièrement chez les adolescents à une confusion entre la fiction et la réalité. (Roger Fontaine, 2003, pp.41-70).

7. L'agression est-elle héréditaire ?

Des facteurs génétiques ont été évoqués pour expliquer les comportements agressifs et dangereux chez certains individus. Mason et Frick (1994) résument une analyse portant sur douze recherches avec des jumeaux et trois avec des enfants adoptés en affirmant qu'il existe un facteur héréditaire « modéré » dans l'apparition des comportements antisociaux. Cette conclusion est confirmée par d'autres travaux. Dans les recherches analysées par Mason et Frick (1994) l'influence de l'hérédité est inférée à partir de tendances 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. Les origines développementales de l'agressivité chez l'enfant

Depuis le XIX^e siècle, les scientifiques s'appuient souvent sur les données des statistiques criminelles pour postuler que c'est durant l'adolescence et le début de l'âge adulte que les êtres humains commettent le plus de crimes agressifs. Récemment de nombreux chercheurs du développement de l'enfant ont réalisé des études adoptant des devis longitudinaux avec de grands échantillons d'enfant suivie de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte dans différents pays afin de comprendre les racines multidimensionnelles de l'agressivité au cours de l'enfance.

- Premièrement, les chercheurs de ces études révèlent que l'agressivité physique envers les autres commence à augmenter significativement entre le 9^e et le 48^e mois après la naissance de l'enfant. Ces études indiquent par ailleurs que la plupart des enfants d'âge préscolaire utilisent l'agressivité physique semble être normative et adaptative jusqu'à l'âge de 4 ans pour la majorité des enfants.
- Deuxièmement, et ce contrairement à la courbe de l'âge relié au crime expliquée précédemment, de récents résultats mettent en lumière que les enfants semblent d'abord avoir une tendance développementale à l'agressivité physique pour ensuite utiliser d'autres choix plus adaptatifs en fonction du stade développemental.

Les récentes études longitudinales mettent en évidence que l'âge de pointe de l'agressivité physique ne situe pas à l'adolescence, ni au début de l'âge adulte, mais plutôt durant la petite enfance et l'âge préscolaire, ou plus précisément entre 24 et 42 mois après la naissance de l'enfant, pour ensuite diminuer régulièrement jusqu'à l'âge préadolescence et l'adolescence.

Certains auteurs suggèrent que le développement des fonctions exécutives c'est-à-dire l'ensemble des fonctions cognitives incluant la capacité d'autocontrôle et l'inhibition du comportement, raisonnement abstrait, la

résolution de problème, la planification et l'organisation de l'autorégulation des émotions et des stratégies cognitives, permettant de différer la gratification serait responsable du déclin de l'agressivité physique après 24 mois, d'autres suggèrent qu'avec le développement du vocabulaire expressifs entre 24 et 48 mois de vie, l'agressivité physique diminue tandis que l'agressivité verbale semble augmenter.

- Troisièmement, bien que la grande majorité des enfants utilisent de mois en mois l'agressivité physique entre la maternelle et la sixième année, une minorité d'enfant et de jeunes sont agressifs de façon chronique au cours de leurs développements et sont responsable pour plus de la moitié des crimes. Ces études fournissent des données qui indiquent que les adolescents et adultes qui sont agressifs était auparavant des enfants agressifs. (Sébastien Normand et al, 2009, p23-24).

9. Distinguer l'agressivité normale des troubles de comportements

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 rechange 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 « anormales » 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, p13-14).

10. 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 se sentir protégée et de protéger ceux qu'on aime.
- Besoin d'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions et d'avoir le contrôle sur sa vie.
- Besoin d'avoir le temps nécessaire : besoin d'évoluer à son propre rythme, sans être bousculé ni pressé par les autres.
- Besoin d'identité : besoin de conserver ses liens (on ne le compare pas à quelqu'un d'autre).
- Besoin de confort : besoin d'être libre de douleur physique ou émotionnelle.
- Besoin de compréhension : besoin d'être informé de façon adéquate.
- Besoin de propriété : besoin de conserver ses biens.

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

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

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

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

- Transpiration. ((Alex Tromont, 2013, P.9).

12.L'agressivité chez l'enfant l'handicapé

Concernant l'agressivité chez les enfants en besoins spécifiques est considéré comme une manière pour réagir au l'atmosphère qu'il entoure vis-à-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 cristalliser les 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, p 84).

Conclusion

L'agressivité est considérée comme tente tôt normale et tente tôt un trouble de comportement qui est une réponse à l'inconfort moral ou physique en vers soi des personnes ou objets ou vers la personne lui-même.

Partie pratique

Chapitre IV
Méthodologie de la
recherche

Préambule

Toute recherche scientifique est subdivisée en : partie théorique qui vise à mieux définir afin de mieux comprendre le thème de recherche, et une partie pratique qui vise à évaluer les données recueillies et vérifier leur apparence scientifique.

A travers ce chapitre nous tentons de présenter la méthode de recherche utilisée, la description de lieu dans lequel s'est déroulé notre recherche, les critères de sélection de notre population ainsi que les techniques de la récolte des données.

1. Opérationnalisation des concepts

- 1.1. **L'enfant** : est un être humain garçon ou fille dans sa période de développement situé entre la naissance et la puberté.
- 1.2. **L'handicap** : une paralysie totale ou partiel des parties de corps qui engendre une limitation des activités et une dépendance total aux autres.
- 1.3. **L'agressivité** : est un comportement qui caractérise des êtres vivants, (animaux et humains), au généralement la violence est l'action dominante soi physique ou orale, contre soi ou contre l'autrui.

2. Présentation du lieu de stage

L'établissement Hospitalier Spécialiser en Rééducation et Réadaptation fonctionnelle d'Il Maten (EHS) est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autorité financière. Il est créé par le décret n° 08-62- du 24-02-2008, est placé sous la tutelle du wali de la wilaya de Bejaïa. Il sis au village d'Il Maten commune de fénaïa, daïra El-Kseur.

Cet établissement est constitué de plusieurs structures destinées à la prise en charge des malades correspondant aux activités qui y sont assurées. Dans son domaine d'activité (la rééducation et la réadaptation fonctionnelle). L'établissement a notamment pour but d'assurer les taches des structures suivantes :

- La sous direction de l'administration des moyens.
- La sous direction des services économique, des infrastructures et des équipements.
- La sous direction des activités de la santé.

3. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape très importante et indispensable dans toute recherche scientifique, car elle permet d'avoir plus d'informations qui concernent les hypothèses et la sélection de la population de recherche.

Notre pré-enquête s'est déroulée spécialement au sein de l'établissement spécialisé dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle d'Ilmathen.

Dans notre recherche nous avons choisi de travailler sur les enfants ayant un handicap moteur afin d'étudier leur comportement notamment l'agressivité. C'est pour cela nous avons choisi une population d'étude caractérisée par un différent type d'handicap moteur pour mieux comprendre le thème afin de confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Notre pré –enquête a commencé par une visite à l'hôpital de la rééducation d'Ilmathen, spécialement l'unité d'enfant dans le but de voir les cas qui existent au niveau d'unité et pour cerner notre échantillon.

Dans ce centre nous avons trouvé quelques difficultés dans la disponibilité des cas pour notre étude, c'est pour cela on a été dans l'obligation de choisir d'autres lieux de stage afin de compléter notre population d'étude.

C'est pour cela nous avons demandé l'aide à autre personne tel que l'association des parents et malades Spina Bifida de Bejaïa et le CSP d'Amizour.

Pour les autres cas on a été dans l'obligation de se déplacer à leur domicile pour terminer notre étude.

Parmi les éléments destinés à faire partie de notre étude il y'a ceux qui ont éliminé car nous avons des difficultés à recueillir les informations nécessaires pour notre étude à cause de l'état de santé des uns et le retard mental des autres.

4. Présentation de la population d'étude et ses caractéristiques de choix

4.1. Caractéristiques de l'échantillon de l'étude

Notre population de recherche est composée de 5 enfants âgés de 6- 11ans de différents sexes, 2 filles et3garçons, qui présentent un retard ou un handicap moteur, il y'a qui sont déjà scolarisés comme il ya d'autres qui ne sont pas encore scolarisés.

4.2. Les critères de sélection de la population d'étude : Notre population d'étude a été sélectionnée selon les critères suivants :

- Tous les enfants choisis pour notre étude souffrent d'un handicap moteur.
- Généralement la cause de leurs troubles est pré- natale.
- Notre groupe d'étude est constituée de sexes différents.
- Notre population d'étude est constituée de jeunes enfants scolarisés ou pas encore, leurs âges varient entre 6- 11ans.

Le tableau ci- dessus récapitule les critères de sélection de la population d'étude.

Tableau01 : les critères de sélection de la population d'étude :

	Nom	Sexes	Âge	La nature de l'handicap
Cas n° 01	Aya	Féminin	6ans	Spina bifida
Cas n° 02	Fares	Masculin	10 ans	Anomalie réductionnel des membres
Cas n° 03	Alycia	Féminin	8 ans	Spina bifida

Cas n°04	Salim	Masculin	11 ans	Pied bot
Cas n° 05	Amazigh	Masculin	9 ans	La difformité angulaire

5. La méthode de la recherche

La psychologie clinique vise principalement à étudier afin de mieux comprendre le comportement et le fonctionnement normal ou pathologique des individus.

Notre étude s'inscrit dans une démarche appelée méthode clinique. M, Ghuidère qui définit la méthode comme un « ensemble des démarches que suit l'esprit humain pour découvrir et démontrer un fait scientifique ». (Mathieu Guidère, 2004, p.4).

La méthode clinique remonte à l'Antiquité avec Hippocrate qui fonde la médecine sur l'observation.

La méthode clinique s'appuie donc sur l'observation directe du patient, elle consiste sur ce point à donner une cohérence à la diversité des éléments issus de l'observation. Elle permet d'établir un diagnostic et d'indiquer des voies de traitement. La méthode clinique permet de classer avec une très grande rigueur les symptômes enregistrés, et les comparer à d'autres signes, symptômes ou syndromes entrent dans un tableau clinique précis. (Serban Lonescu, Alain Blanchet.2009, p.56).

La méthode clinique est une situation de rencontre la plus proche possible de la situation normale qui a pour objet de recueillir des informations relatives au patient en lui laissant la possibilité de s'exprimer. Elle s'intéresse à la personne dans son ensemble. Pour J-L Pardinielli (1994) « Si la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffre, elle ne peut que se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Le travail du psychologue a pour objet l'individu- et non pas les populations- ce qui implique que la méthode

clinique se centre sur cette dimension et rapporte les faits observés à son objet : l'individu. Aussi la méthode clinique est-elle avant tout centrée sur l'étude de cas, mais elle ne s'y résume pas ». (Mathieu Guidère, 2004, p.21).

6. Les outils de la recherche

La méthode clinique consiste en l'adoption d'une certaine attitude selon le problème étudié et les fins visées dans chaque recherche. Pour pouvoir décrire et définir le comportement agressif chez les enfants handicapés moteurs nous avons utilisé deux techniques de recherche, la première est l'entretien clinique semi directif, l'observation et le test projectif « PATTENOIRE » de Louis Corman.

6.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien est une pratique ordinaire et quotidienne du psychologue clinicien. Dans notre recherche, on a choisi l'entretien clinique car c'est une technique fréquemment employée comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus(histoire personnelle, événement vécus, représentations émotions).(Chahraoui. Kh, et Bénony.H, 1999, p. 141).

L'entretien est défini selon le dictionnaire de la psychologie, comme une conversation suivie. Utilisé comme une méthode d'observation, pour juger de la personnalité d'un sujet, ce procédé, qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus. (Norbert Sillamy, 2004, p.101).

Selon M, Angers l'entretien est une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément mais aussi dans certains cas auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations.(M, Angers, 1997, p.144).

L'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation». Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité.

L'entretien induit une relation asymétrique dans le dialogue. Il y a d'un côté le patient qui demande (de l'aide, un avis, des conseils) et de l'autre, le clinicien, détenteur de savoirs et de savoir-faire, et support des projections du patient. (Chillet Léa, Cousin Claire, 2011, p.19).

La posture du professionnel est donc très importante car son attitude (en retrait et silencieux ou, au contraire, plus engagé) influence le déroulement de l'entretien et les réponses du patient.

Pour l'entretien clinique différent objectif : la visée diagnostique, les visées de recherche et les visées thérapeutiques. (Chillet Léa, Cousin Claire, 2011, p.19).

Dans notre recherche nous avons choisi l'entretien clinique car c'est l'utile qui convient le plus pour recueillir les informations concernant notre étude.

- **L'entretien clinique semi directif**

C'est le type d'entretien utilisé et qui convient beaucoup plus à notre recherche.

Le psychologue suit une trame de questions dont l'ordre n'est pas forcément prédéfini, possibilité d'aborder de manière spontanée des axes non définis au préalable.

- Plus standardisé que l'entretien non structuré et laisse encore une liberté au psychologue. ((Chillet Léa, Cousin Claire, 2011, p22).

Aussi dans l'entretien semi-directif, le chercheur développe une attitude plus active dans ses interventions ; à savoir s'inscrire dans une démarche de semi-directivité en posant des questions au moment opportun dans le but de faciliter l'expression. L'entretien semi directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées mais non formulées d'avance, donc le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien est moins présent dans ce type d'entretien et propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui. Kh, et Bénony.H, 1999, p. 143).

- **Guide d'entretien**

Dans notre recherche nous avons fait appel à un guide d'entretien, qui est constitué de trois principaux axes :

- Axe 01 : les renseignements personnels.
- Axe 02 : l'enfant et sa famille.
- Axe 03 : l'agressivité.

6.2. L'observation

L'observation est définie comme « l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de les mieux connaître. » En psychologie clinique, on a recours à cette méthode lorsque l'entretien est

impossible. Le plus souvent, c'est un complément (observation sémiologique : posture, tenue vestimentaire, réactions du sujet). L'observation tente également de regrouper ce qui a été observé. Cette technique présente trois risques : réification (réduire le sujet à ce que l'on observe), l'objectivation extrême et l'absence de validité des interprétations qui en sont tirées (puisque le sens doit être celui mis par le patient). (François Dépelteau, 2000, p.336).

6.3. Teste de Patte Noire

6.4.1. Fondements théoriques et méthodologiques

Élaboré entre 1959 et 1961 par L.Corman « afin d'explorer les conflits profonds de l'âme enfantine ». L.Corman s'inspire de « Blacky Pictures Test » de G.S.Blum (1950) pour présenter l'histoire d'un seul animal et de sa famille.

Le test PN s'appuie sur la théorie des stades et des sous-stades du développement libidinal. L.Corman préconise la technique de libre choix des planches afin de rendre compte de la complexité non linéaire des rythmes individuels.

Vue l'interdiction du porc dans la religion islamique, ce dernier a été remplacé par un petit agneau qui va devenir le héros de l'histoire et de l'aventure vis-à-vis de sa place occupé chez les enfants musulmanes. Ce test été modifié par Bassima Manala en 1995.

En référence à la conception freudienne, le fondateur du PN, privilégie largement l'axe dynamique en mettant en avant l'exploration des « tendances inconscientes » par le biais des mécanismes de défense et en plaçant l'axe œdipien au cœur de la structuration du psychisme.

Il accorde en outre une importance toute particulière à la dimension économique en soulignant le rôle déterminant des investissements objectaux. Le terme investissement reçoit une définition très large, l'investissement selon l'auteur,

permet de comparer le héros central d'une histoire auquel l'enfant est censé s'identifier.

➤ **La situation PN**

Le PN engage un processus narratif à partir d'images statiques, sa passation est comparable à celle d'autres épreuves projectives, mais sa spécificité réside dans le fait que lors de la passation, l'ordre des planches n'est pas imposé pour l'enfant, c'est à lui de choisir à sa guise.

- **Acte moteur et verbalisation** : la grande différence avec les autres thématiques réside dans l'acte moteur qui préside aux choix : l'enfant est en effet amené à sélectionner, à classer, à disposer les planches devant lui. Il peut en prendre, en reposer, ou même n'en choisir aucune. Ses hésitations se visualisent sous cette forme comportementale directe. De même les rapprochements ou les isolements effectués entre les planches sont matérialisés par les manipulations spatiales, qui, chez les jeunes enfants et les enfants instables, peuvent devenir un but prioritaire. Manipuler tout en racontant suppose au demeurant une activité psychique complexe, permettant de réguler l'équilibre entre les investissements corporels et symboliques.

- **L'injonction paradoxale** : mobilisation défensive et appel à l'affect ; la situation PN fait appel à une double dimension apparemment contradictoire, puisque choisir, c'est en même temps opérer une sélection consciente et obéir au principe de plaisir mû par les impératifs inconscients. L'enfant choisit de raconter ou de ne pas raconter en fonction de ce qu'il est loisible de dire ou de ne pas dire. En ce sens, on peut dire que la règle de cette épreuve s'inscrit diamétralement à l'opposé de la règle analytique qui est de dire « tout » ce qui vient à l'esprit, sans sélection.

• **Créer le lien** : raconter les aventures d'un même sujet et de son entourage, à travers une série d'images discontinues, équivaut à établir un minimum de continuité signifiant une permanence identitaire élémentaire. L'épreuve met ainsi en jeu non seulement le lien entre affect et représentation, mais la capacité de lier les représentations entre elles, à partir d'un fil conducteur fantasmatique.

➤ **Analyse du matériel : contenus manifestes et sollicitation latentes**

Outre le « Frontispice » présentant PN et sa famille et « Fée » qui conclut l'épreuve, le PN se compose de 17 dessins (format 13/18) désignés par un titre et par un numéro d'ordre alphabétique pour faciliter le repérage du clinicien. Le matériel est totalement figuratif, sans zone d'ombre ni d'imprécision, tracé en noir sur fond blanc (15 planches) ou en blanc sur fond noir (2 planches), imprimant une assez grande prégnance thématique.

➤ **L'analyse de chaque planche comportera**

- **Le contenu manifeste** : décrit par C. Chabert (CC), choisi 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 toute épreuve thématique, chaque planche est à même de réactiver plusieurs registres conflictuels chez le même enfant.

1. Auge

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

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

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

3. Bataille

Contenu manifeste : « PN et un des petits blancs se mordent. Le troisième cochon s'écarte.

Au deuxième plan le couple des gros cochons»(CC). Dd ; barrière à l'arrière-plan.

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

4. Charrette

Contenu manifeste : « PN allongé dans la paille. Dans la bulle, un homme place un cochon dans la charrette. Deux gros cochons et deux petits cochons regardent la scène »(CC).

D : autres cochons dans la charrette.3

Dd : les contrastes noir et blanc, couleur noire 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/ou à l'agressivité dans les relations familiales »(CC).

5. 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 : arbres, montagnes au loin.

Dd : fleurs, cailloux 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). Renvoyer à la relation à un substitut maternel »(CC).

7. Hésitation

Contenu manifeste : « A gauche le gros cochon à tache noire allaite un des petits blancs. Adroite le gros blanc et un petit blanc boivent dans l'auge. PN est au milieu »(CC).

D : Le corps de PN est tourné vers le gros cochon à patte noire tandis que sa tête est tournée vers le gros cochon blanc.

Contenu latent : « Thème d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion »(LC). « Peut renvoyer au conflit entre régression et maturation dans le contexte de choix d'objet privilégié » (CC).

8. Jars

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

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

Dd : barrière à 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).

9. Jeux sales

Contenu manifeste : « près d'un tas de fumier, deux petit cochons s'ébattent dans l'eau sale. Un d'eux en 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 petits 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 à l'intérieur : une étable éclairée par la lune, divisée en deux par une cloison de planches. D'un côté, deux gros cochons l'un près de l'autre. De l'autre côté, deux petits cochons couchés et un troisième debout contre la cloison » (CC).

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

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

Contenu latent : « Thème œdipien, avec voyeurisme de la chambre des parents »(LC).- «Peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive »(CC).

10. Portée

Contenu manifeste : « Trois nouveau-nés têtent la truie qui elle-même lape le contenu de l'auge remplie par un des 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 ; muret.

Contenu latent : « Thème de rivalité fraternelle » (LC).-« Peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle »(CC).

12et 13. Rêve mère et Rêve père

Contenu manifeste : Il s'agit de deux dessins symétriques : « PN est couché ; dans la bulle (de « rêve mère ») le gros cochon à tache noire ». « Dans la bulle (de « rêve père») le gros cochon blanc »(CC).

D : gros cochon tourné vers 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 à la relation à l'image maternelle » dans l'un, à «l'image paternelle » dans l'autre (CC).

14et 15. Tétée 1 (et) Tétée 2

Contenu manifeste : « PN tête le gros cochon à patte noire» dans l'un des dessins. Dans l'autre : même scène et « deux autres petits cochons au deuxième plan »(CC).

D : tête du gros cochon tournée vers PN.

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

Contenu latent : « Thème oral » dans l'un des dessins, « thème oral avec rivalité fraternelle » dans l'autre (LC).-« Renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée » (Tétée 1) « dans un contexte de rivalité fraternelle » (Tétée2) (CC).

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 à la crainte de séparation dans un contexte de danger » (CC).

17. Courte- échelle

Contenu manifeste : PN debout sur les épaules d'un gros cochon, lui-même debout contre un arbre. Au-dessus, des oisillons dans un nid, sur une branche. D : 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 à la fonction de holding d'une des images parentales.

6.4.2. Modalité d'utilisation

➤ Les indications

Le test « PN » s'adresse aux enfants de 4 à 10 ans. Il est efficace quand il est utilisé chez un enfant relativement stable sur le plan psychomoteur, en général à l'âge de 6 ans. Comme toutes les épreuves thématiques, le PN, permet d'explorer le psychisme conscient et inconscient à travers les mécanismes défensifs révélés par le langage et par la dynamique même de l'épreuve.

➤ La passation selon L.Corman

La passation du test projectif « PN » comporte cinq étapes qui se font sur une durée de soixante à quatre-vingt-dix minutes.

- **Première étape** : « le frontispice », l'enfant est invité à repérer PN puis à 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 « Fée » sont présentée sen paquet dans un ordre quelconque.

- **Troisième étape** : « les préférences identificatoires » : 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 cas et raconter des histoires avec les images qu'il aime et les histoires avec les images qu'il n'aime pas, il est libre de commencer par celles qu'il veut.

- **Quatrième étape** : « Les questions dirigées » : Il s'agit d'une sorte d'enquête où l'enfant est invité à voir des percepts patents qu'il aurait omis, par exemple l'urine dans «Auge » ou la boue dans « Jeux sales ».

- **Cinquième étape** : « Questions de synthèse » : Elle consiste à demander qui est le plus heureux, le moins heureux, le plus gentil, le moins gentil, la préférence de chacun, pour les autres membres de famille. On 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 lesquels.

L. Corman prévoit des possibilités d'intervention en cours de passation afin d'encourager l'enfant sans toutefois influencer ses choix ou ses refus. C'est ce qu'il appelle des questions «dynamique » du type : «Oui, raconte», «Explique-moi », etc. Chaque étape s'accompagne d'une consigne très souple destinée à susciter l'intérêt et à le maintenir tout au long de l'épreuve. Mais le clinicien est nécessairement amené, en situation, à introduire les variantes qu'il estime utiles pour s'adapter aux réactions individuelles.

Malgré la durée, 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 adoptés par l'enfant. Suivant l'âge, la maturité et les ressources psychique. (Boekholt. M, 1993, pp118-139).

Conclusion

La méthode clinique considérée comme les piliers de base pour les recherches scientifiques en générale et pour la psychologie clinique en particulier.

Pour notre étude, nous avons appuies sur différents utiles d'investigation tel que l'entretien semi directif et le test de Patte Noire de L. Corman pour la description des liens et les rapports entre les deux variables.

Notre population est composé de six cas : deux filles et quatre garçons âgées entres 6-11ans .Une partie de notre étude est effectué au sein de l'établissement de la rééducation et la réadaptation fonctionnelle d'Il –Mathan, l'autre est faite au sein de l'association des parents et malades Spina Bifida de Bejaïa et l'autre au niveau de CSP d'amizour.

Chapitre V
Présentation, analyse et
discussion des résultats

Préambule

Dans ce chapitre, en premier lieu nous présenterons les données des entretiens de chaque cas. Dans le seconde lieu, on va analyser les résultats obtenus par la passation de teste projectif le Patte Noire, pour qu'on finisse par la discussion des hypothèses soit on les infirme soit on les confirme.

Présentation et analyse des cas

Présentation et analyse d'entretien de 1^{er} cas (Aya)

Aya, une petite fille de 6 ans non scolarisée, issue d'une famille modeste composée de 3 garçons et une fille « Aya » et un père actuellement son aucune rentabilité, et une mère femme au foyer.

Concernant la grossesse d'Aya, elle était désirée et qui est passée sont aucun antécédent remarqué selon se que sa mère nous a dit durent l'entretien clinique effectué.

L'accouchement s'est fait à terme, normale est son complication. Mais la souffrance de la commence à l'annonce de la maladie où le diagnostic était posé : le Spina Bifida, qui est une malformation congénitale de la colonne vertébrale.

Plusieurs consultations ont été déclenchées, entre pédiatrie, neurologie et des hospitalisations multiples entre Tizi-Ouzou et Alger, où elle a subi des interventions avant même d'avoir un an de son âge. Grâce à ces efforts, la petite Aya évolue relativement bien.

Le développement de Aya été un peut perturber à cause de son problème de santé. L'allaitement est artificiel, son développement psychomoteur : une motricité troublée plus une difficulté de la marche mais pour le langage il est normal et vers le 24mois, elle commence les premiers mots, pour l'acquisition

de la propreté est un peut tarder vers 3-4 ans, et pour le sommeil il été normal sauf les moments des interventions.

Le moment de la naissance de Aya elle été décrite par sa mère durant l'entretien clinique où elle été avec nous calme et elle parle spontanément. Ces moments décrits par la maman comme les moments les plus difficile vécu durant toute sa vie, une fille avec une maladie inconnue et étrangère à la famille, une bosse sur le dos et une hydrocéphalie sur la tête.

Une vrai souffrance vécu par toute la famille notamment sa mère car elle n'a pas imaginée qu'elle va vivre des moments pareille durant sa vie, elle était traumatisée à cause de cet enfant inattendue « enfant handicapé », elle n'a pas était informée de l'état de son enfant durant la grossesse à cause de ce traumatisme vécu par la mère et elle a perdus son lait et Aya n'a pas été allaité. **« Pendons tous ces années, Aya n'a pas vue mes seins car après sa naissance j'ai perdu mon lait c'est pour ça Aya n'a pas était allaité ».**C'est pour cela la relation bilatérale mère-bébé entre Aya et sa mère est déséquilibrée puisque Aya n'a pas eu cette chance de sentir l'amour, la tendresse et la satisfaction de faite d'allaiter le sein maternel.

Malgré l'état de santé d'Aya qui est difficile, sa famille était très courageuse notamment le père qui a décidé de faire l'impossible pour sa fille au point de vendre tout se qu'il a comme bien.

Bien que la maman est toujours était avec sa fille depuis sa naissance et elle l'aime beaucoup, la petite fille Aya est très attachée a son père **« elle est tous le temps avec son père, il a fait beaucoup de choses pour elle, on n'a pas d'argent pour faire les séances de rééducation, c'est pour cela, c'est lui qui fait des massages avec l'huile d'olive pour Aya pendant des années pour lui remplacée la rééducation ».**En peut dire que Aya a été investie par la famille notamment père et frères.

Vis-à-vis de comportement d'Aya selon les dires de sa mère et ce que nous avons remarqué, elle ne manifeste pas des comportements agressifs ce qui est confirmé par la maman « **c'est la plus sage entre ses frères** ». Elle réaffirme que Aya n'a pas été influencée par tous ces événements notamment son handicap car elle est et elle va rester différente par rapport aux autres.

Aya à garder un bon comportement soit avec sa famille proche notamment ses frères car elle est la plus aimée et elle n'est pas jalouse de la part de ses frères, aussi elle garde toujours des bonnes relations avec les autres surtout avec ses pères puisque elle aime beaucoup partager ses biens avec les autres ça ce qui est observé durant les consultations au niveau du siège de l'association. Mais par manque d'informations, on n'a pas pu savoir si Aya défend ou non, pendant le moment de l'entretien avec sa mère nous avons remarqué que Aya était très calme, un calme qui nous paraît excessif.

Synthèse de l'entretien

D'après l'entretien effectué avec la maman d'Aya nous avons constaté que cette petite fille et malgré son jeune âge elle a vécu des moments terribles depuis sa naissance qui est caractérisé par des interventions et hospitalisations, où elle a été loin de l'atmosphère familiale.

La relation d'Aya vis-à-vis de sa famille, sa mère a dit qu'elle est bien, mais d'après ce que nous avons remarqué, il y a une bonne prise en charge vis-à-vis d'elle, un attachement remarquable de la petite envers son père, par contre une relation perturbée avec sa mère à cause de la séparation précoce. La petite Aya n'a pas vécu le moment d'allaitement et le plaisir de sein maternelle qui est important pour la relation entre une fille et sa mère et aussi un comportement qui est anormal par rapport à son âge, un calme qui nous semble exagéré.

Présentation et analyse du test PN

Présentation et analyse de test du 1^{er} cas (Aya)

Le frontispice : le PN est un petit garçon âgé de 5ans, les deux petits blancs le premier à droite est une petite fille âgée de 4ans et pour l'autre est un petit garçon de 4 ans aussi.

Pour les deux grands sont leur parents, elle est trompée sur le plansexuel, elle ne définit pas leur âge, elle a dit c'est comme son père et sa mère.

- **La planche préférée :** l'hésitation.

Les planches aimées

N	NOM	Réponse	Pourquoi aimé ou pas	Qui vous êtes ?	à la place de qui	ou t r e
01	Hésitation	« Les grands c'est les parents et les petits c'est des frères ». « Le papa et son fils entrain de boire de l'eau et les autres font rien ».	Car la photo est bonne	PN	Père	/
02	Tété 1	« C'est des moutons entrain de manger ». « L'une c'est sa mère et l'autre c'est	J'aime beaucoup quand les moutons	PN	Mère	/

		son petit garçon ».	mangent			
03	Bataille	« C'est des moutons, les deux, patte noire et le petit blanc se disputent, les grands mangent et le petit au milieu il suit son père ». « C'est comme mon père et mes frères, Raouf et Jalal tout le temps se disputent, pas comme moi je suis sage ».	Je n'aime pas les moutons qui disputent	Le petit ou milieu après elle a changée c'est le frère de PN	La mère après elle a changée c'est le père	/
04	Jeux sales	« C'est un homme qui mange tout seul, et les autres c'est ses enfants et la maman elle n'est pas là ». « Le petit PN entrain de jouer l'autre il est en colère, et le petit blanc il est resté seul ».	Car il yacelui la il me plaît	Le petit seul	Le grand	/

05	Portée	<p>« Un homme qui est entrain de donner l'herbe aux moutons et l'autre il lave cette herbe ».</p> <p>Le grand mouton qui est un mâle mange, les trois autres ils regardent ce que les autres entrains de faire, pour les trois petits je ne sais pas ce qu'ils font ».</p>	Car ces enfants vans faire du male	L'homme qui lave les aliments	L'homme qui prend les aliments	/
06	Jars	<p>« Un garçon et il y'a quelqu'un qu'il veut le rattraper, et l'autre il cherche à appeler son père ».</p> <p>« Enlève moi la tête de celui-ci et remplace le par une autre tête d'un homme, car il veut voler le petit, et son père il regarde ».</p>	Car il veut transformer en criminel	Le oiseau après qu'enlève sa tête	Le petit qui regarde	!

07	Rêve père	<p>« Un père avec son fils ».</p> <p>« Je ne sais pas c'est quoi exactement ».</p> <p>« Il y'a des bulles, l'une est grande et l'autre est petite, aussi il y'a des très petites bulles ici ».</p> <p>« C'est de la nuit et le petit veut revenir à la maison, son père veut le rattraper, sa mère elle est à la maison et elle lui appelle ».</p>	Car celui la il veut le rattrapé	Le grand	Le petit	/
08	Baiser	<p>« Des petits frères qui se font des câlins ».</p> <p>« Non, c'est des petit moutons qui s'aiment ».</p> <p>« Et le petit entrain de regarder ».</p> <p>« Tout ça c'est leurs maison, et ici c'est la</p>	Car ils s'aiment	Le petit à gauche	PN	/

		route pour les voitures ».				
09	Départ	« Un petit garçon qui est sorti de la maison, il y'a ici une voiture, c'est un voleur, il veut prendre le garçon et il va partir ».	Il va prendre ce petit et il va partir	Le petit	Le voleur	/
10	Rêne mère	« J'ai déjà vu cette image ! ». « Un homme dans une bulle, et un petit garçon aussi dans une petite bulle et la Maman entrain d'appeler son petit enfant, et lui il veuts'échapper de voleur ».	Car se petit il va s'échappé de voleur	PN	Le papa	/
11	Tété 2	« C'est des petits enfants, et le papa	Car cet homme aime	Le papa	Le petit à droite	/

		entrain de regarder son fils son fils ».	son fils			
12	Chèvre	« Est un chameau, il a un fils, et le petit il est entrain de pleurer car sa mère la frappé ».	/	PN	Le grand	/
13	Charrette	« C'est des moutons, et l'autre est un homme qui regarde dans le miroir le voilà, les deux autres c'est des petite moutons qui entrain de jouer, l'autre il est en colère ».	Car l'homme regarde dans le miroir	L'homme	PN	/
Les planches non aimées						
1	Auge	« Ça je ne sais pas c'est quoi ». « Les deux petits c'est des petits moutons qui jouent ». « L'un de ces petits entrain de lire et	Pour ces 2 grands	Se lui qui est dormi à droite	Le petit / à gauche	/

		l'autre s'est endormit ». « Le petit il est entrain de regarder par terre ».				
2	Nuit	« C'est un mouton qui est en dehors de la maison la nuit ». « Non ce n'est pas ça il est dans une prison, les grands c'est des convoyeurs ». « Le petit il est entrain de demander aux convoyeurs de les faire sortir il est dans un tribunal, et les autres ne font rien».	/	L'un des moutons	PN	/
3	Trous	« Un moutons il veut partir à la maison car elle pleut ».	Car elle pleur	PN	PN	/

La planche «fée »

-Premier souhait : «elle veut que celle là devienne sa mère ».

-Deuxième souhait : « elle veut beaucoup d'argent ».

-Troisième souhait : « que le fée meurt pas ».

Les questions

1- Qui est le plus heureux ? « Le petit PN ».

2- Qui est le moins heureux ? « Le petit à droite ».

3- Qui est le plus gentil ? « Le petit PN ».

4- Qui est le moins gentil ? « Le petit à droit ».

5- Qui est le plus préféré chez le papa ? « Le petit à gauche ».

6- Qui est le plus préféré chez le Mama ? « Le petit à droit ».

7- Qui est le plus préféré chez le PN ? « Le papa ».

Analyse planche par planche du protocole de test pour le 1^{er} cas (Aya)

Le frontispice : le PN est un petit garçon âgé de 5ans, les deux petits blancs sont : le premier à droit est une petite fille âgée de 4ans et pour l'autre est un petit garçon de 4 ans aussi.

Pour les deux grands sont leur parents, elle est trompée sur le plan sexuel, elle ne définit pas leur âge, elle a dit que c'est comme mon père et ma mère.

L'analyse

La petite fille Aya dans cette planche a donné pour le petit PN l'âge de 4 ans et un sexe masculin qui signifie une identification de la petite à le PN, aussi aya ici elle a montré qu'elle voulait faire une régression de 2 ans et cela par rapport à l'âge qu'elle a donné au PN.

Pour les petits blancs, Aya a donné une relation de fratrie, jumeaux pour les petits moutons à droite une fille de 4 ans et l'autre un garçon de 4 ans.

Pour les grands, Aya a donné une relation parentales mais avec l'inversion des rôles et elle n'a pas parlé sur leurs sexes.

Les planches aimées**Hésitation**

Thème : d'ambivalence de rivalité fraternelle ou de d'exclusion

Problématique : la disposition symétrique du rapproché des grands et petits moutons de part et d'autre de PN accentue les différences de générations de sexe.

Analyse

Ici la petite Aya a fait une identification au PN et elle a choisie le père pour être à sa place.

Tété 1

Thèmes ; oral

Problématique : peut renvoyer à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée.

Analyse

Dans cette planche, la petite Aya n'a pas parlé de tété mais de manger.

Bataille

Thème : sadique oral de rivalité fraternel.

Problématique : peut renvoyer à l'agressivité qui est donnée comme un thème banalisé.

La mise d'une relation identificatoire des personnages.

Analyse

Pour cette planche Aya n'a pas parlé des gros moutons comme mère et père, elle a parlé de l'agressivité chez les deux petits dans le terme dispute entre frère et sœur et elle a dit qu'elle n'aime pas les gents qui dispute, ici l'agressivité est banalisé de la par de Aya.

Jeux sales

Thème : sadique anal

Problématique : la mise à coté de l'agressivité.

Peut renvoyer à la déstabilisation du schéma corporel ou une atteinte de l'intégrité.

Analyse

Le sadique anal est une période d'une agressivité nette au Aya a négligé complètement la présence de l'agressivité dans son discours. Aussi elle est parmi les planches aimées.

Portée

Thème : de naissance et de la rivalité fraternelle

Problématique : peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle.

Analyse

La planche renvoie à la rivalité fraternelle dont Aya n'a rien dit sur ça, elle a négligé le fait de tété pour les trois petits ainsi qu'elle a donné pour le mouton une image paternelle.

Jars

Thème : sadique avec retournement punitif contre soi.

Problématique : peut renvoyer à un déni massif passant par une altération perceptive.

Analyse

Dans cette image, Aya a beaucoup parlé sur l'oiseau, et selon elle, cet oiseau est un voleur qui veut prendre le petit et elle veut bien que l'autre petit appelle le père pour qu'il les aide.

Rêve père

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe).

Problématique : accrochement aux détails.

Renvoie à la relation à l'image paternelle.

Analyse

La planche renvoie à un amour objectal envers le père ou la mère, ici, Aya raccroche toujours au détaille.

Baiser

Thème : œdipien

Problématique : Accrochement au détaille.

Peut renvoyer à une confusion des généralisations et une individuation male dégagé.

Analyse

L'image renvoie à la relation parentale et l'œdipe de la fille, Ayan 'a rien dit sur cette image et elle a négligée le tous.

Départ

Thème : le départ.

Problématique : renvoie à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation

Analyse

Ici aya n'a pas donné une grande impotence pour l'image, dans son discours aucune angoisse n'est liée au départ.

Rêve mère

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe.

Problématique : accrochement aux détaille.

L'inversion des rôles parentaux.

Peut renvoyer à un rapprochement privilégié avec le parent de même sexe ou le sexe opposé.

Analyse

Le discours d'Aya est caractérisé par l'inversion des rôles parentaux, et l'accrochement au détaille aussi elle a dramatisé les choses car elle a dit que l'image renvoie a un voleur qui veut prendre le petit.

Tété 2

Thème : oral avec rivalité fraternelle.

Problématique : L'inversion des rôles parentaux.

Peut renvoyer à des altérations perceptives et syntaxiques inattendues vu la simplicité de matériel.

Analyse

La mise à côté de l'image maternelle car elle a inversé les rôles, aussi la mise à côté de la rivalité et la jalousie des frères puisque elle a dit que les petits sont entraînés de jouer, aucune importance n'est donnée au petit qui allaite.

Chèvre

Thème : de mère d'adoption ou de remplacement.

Problématique : peut renvoyer à la relation à un substitue maternelle.

Analyse

Ici, Aya est consciente que l'image n'est pas un mouton, elle a dit que c'est un chameau, aussi Aya a mis à côté le fait que le petit allaite.

Charrette

Thème : sadique avec souvent retournement punitif contre soi.

Problématique : l'agressivité et mise à côté.

Renvoie à des difficultés de différenciation et de repérage.

Les planches non aimées**Auge**

Thème : sadisme urétrale

Problématique : l'agressivité est mise à côté.

Peut renvoyer aux prémices phalliques de l'axe œdipien.

Analyse

L'image renvoie à la complexité de la phase œdipienne, une agressivité sadique envers le père, dont Aya n'a pas abordé et elle a négligé définitivement l'agressivité.

Nuit

Thème : œdipien avec voyeurisme la chambre de parents

Problématique : peut renvoyer à une valeur structurante du cadre pour autant qu'il délimite le dedans et le dehors.

Analyse

L'image renvoie à l'Œdipe lié à la curiosité de la chambre parentale où la petite Aya n'a rien abordé dans son discours dont elle a lié l'image à la prison. Aussi cette image est non aimée de la part de la petite Aya.

Trou

Thème : de solitude d'exclusion de punition

Problématique : peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

Analyse

Ici, la petite Aya n'a pas abordé le thème de l'image qui est la solitude et l'exclusion de punition, elle a parlé d'un mouton qui veut partir à la maison.

La synthèse du test

D'après l'analyse du test de la petite Aya, nous avons constaté que toutes les problématiques d'agressivité n'ont pas été abordées dans le discours d'Aya, où elle était banalisée. Durant la passation, Aya était avec nous calme et elle parle spontanément, dans la plus part du discours elle fait appel à l'imagination et les fantasmes.

La synthèse du cas

D'après l'analyse d'entretien et de test d'Aya nous avons ressorti que cette petite fille qui présente un handicap moteur à cause d'une Spina Bifida, possède un comportement qui est dans sa globalité normale, mais des fois avec un calme excessif, d'après les résultats de notre analyse, la petite Aya ne possède pas d'un comportement agressif puisque à travers tous le protocole du test l'agressivité, elle n'a pas été évoquée ou était banalisée.

Présentation et analyse d'entretien de 2^{em} cas (Fares)

Fares, un jeune enfant de 10 ans, issu d'une famille composée d'une fille et 02 garçons, il est le deuxième dans la fratrie, son père travail à son compte, chauffeur d'un camion et sa mère femme foyer, scolarisé en quatrième année primaire, il aime beaucoup son école et aussi il a des bonnes moyennes selon les décrits de sa mère le moment de l'entretien que nous avons effectué avec elle.

Son handicap se focalise au niveau de ses pieds, luxation congénitale de la hanche, (hanche dit emboîté) et une anomalie réductionnel des membres (un membre plus cours que l'autre), actuellement il peut marcher, courir et même jouer mais pas comme les autres.

Concernant la grossesse de Fares, la maman nous a dit qu'elle est passée différente par rapport aux autres grossesses, « **toujours fatiguée et j'aime beaucoup dormir surtout les premiers mois** », elle rajoute « **quand Fares a commencé ses mouvements dans mon ventre c'était différent, un coté qui bouge bien plus que l'autre** ».

La première consultation médicale de la grossesse de Fares a été à partir de 7^{em} mois de la grossesse, la mère n'a pas été suivie parce que durant l'ancienne grossesse elle été suivie, elle estime que son fils n'a pas raté aucune consultation et il été malade donc elle a décidée dans cette grossesse d'arrêtee toutes les consultations.

L'accouchement de Fares été normal, à terme et son complication. La maman dit que « **c'est ici et exactement dès la première minute de sa naissance, que la sage femme ma dit que mon fils a un problème au niveau de ses pieds, il a un pied bot aussi le pied gauche est plus petit que le pied droit** ». « **A ce moment là je n'ai pas remarqué les pieds de Fares j'ai juste vu un bébé bien et en bonne santé** ».

Une prise en charge total de petit Fares de la part de sa famille qui a été effectué entre consultation, et interventions et rééducation.

L'état de santé de Fares actuellement est stable, il vie comme les autres malgré son handicap, un enfant adorable, aimer par tout le monde notamment ses voisins ce que nous avons observé le moment de notre pré enquête.

Fares a passé une enfance difficile entre – maison-interventions- rééducation-, mais c'est grâce a cette prise en charge que fares peut maintenant marcher sur ses pieds.

À cause de tous ses moments difficiles vécus par un petit enfant, Fares a devenu très attaché à sa mère au point de dormir avec elle jusqu' à maintenant, qui signifie que la période de complexe d'œdipe est bien vécue par Fares a travers sa relation avec sa mère,« **Fares passe actuellement des moments de peur je ne sais pas pourquoi, il a été déjà comme ça au moment des interventions, maintenant il dort avec moi, il est attaché beaucoup a moi par rapport a son père** ».

Concernant sa mère et d'après se qu'elle a dit et se que nous avons observé. Elle a vécu des moments terribles après la naissance de Fres avec le manque de soutien et le renforcement de la culpabilité de la part de sa belle famille et même son mari qui a été loin d'elle durent cette période au moment qu'il doit être à ses cotés, nous avons constatés que la mère de Fares est psychiquement épuisés notamment durant la première période dont elle a étayée sur son père pour dépassé ces moments. «**Personne n'a été avec moi pendant ces moments, même mon mari, c'est grâce a mon père que j'ai dépassé c'est moments là** », et elle pleur, qui signifie que jusqu'à ce moment là elle n'a pas dépassé ni oublié ces moments, mais juste ils sont refoulées dans son inconscience.

Nous avons constaté aussi que la relation (père-enfant), est perturbée, car le père de Fares n'est pas de genre qui sacrifie des moments pour sa petite famille. Il ne

joue jamais avec ces enfants et il est toujours sévère avec ses enfants notamment Fares car ce dernier aime beaucoup le football et il joue, mais son père n'aime pas ça, au point où Fares a senti qu'il n'est pas aimé par son père, « **pour fares son père aime ses frère plus que lui** ».

Même la relation entre les deux parents est perturbé à cause de tout ces évènements notamment que le père été déjà buveur dont le couple à vécu un moment de problèmes et de ruptures.

Ce problème été vécu de la part de Fares à l'âge de 8 ans, et sa mère a dit que à partir de cet évènement que le comportement de Fares a changé et jusqu'à ce moment, Fares souvient et des fois il raconte à sa mère de cette journée là, ce qui prouve de la relation froide entre fares et son père, « **le comportement de Fares a changé un peu après un problème qu'il y'a entre moi et son père, dont j'étais obligé de partir chez mon père et fares a été avec moi** ».

Concernant le comportement de fares, après tout les évènements vécu par cet enfant à son jeune âge, son comportement est décrit par sa mère comme normal, vis-à-vis de ses relations avec ses amis de classe, ses voisins et même des cousins car il ne peut pas entrer dans des disputes à cause de problème de son pied et la peur de son père. Contrairement à la maison où il est sécurisé notamment de sa mère car il savait très bien qu'elle va rien faire puisqu'il est le préféré chez elle. C'est pour cela il fait des disputes avec ses frères notamment avec l'absence du père. « **Pour son comportement, je pense qu'il est normal. Fares est très gentil avec tout le monde mais il s'énerve rapidement, il s'entête, il a l'habitude d'entrer dans des petites disputes avec ses frères, des fois il frappe sa petite sœur et dévalorise son grand frère par son niveau d'étude qui est très faible par rapport à lui** ».

Synthèse de l'entretien

D'après l'entretien effectué avec sa mère nous n'avons constaté que la relation de fares envers son père est un peu perturber à cause de la relation de ce dernier avec sa mère qui a donné un attachement remarqué de fares à sa mère, aussi il a donné un changement des comportements de ce petit enfant.

Concernant son comportement vis-à-vis de la famille, nous avons constaté que fares présente une agressivité normale par rapport à son âge car il est un enfant qui défend ses intérêts.

Présentation et analyse de test du 2^{em} cas (Fares)

Le frontispice : Le PN est un petit mouton (garçon) âgé de 8 ans, les deux petits blancs le premier à droite est une petite fille âgée de 4ans et pour l'autre est une petite fille aussi de 6 ans.

Pour les deux grands son leur parents, pour le grand avec une tache noire c'est un homme âgé 40ans et l'autre est une femme âgée de 37ans, il est trompé sur le plan sexuel.

- **La planche préférée :** Rêve mère.

Les planches aimées

N	NOM	Réponse	Pourquoi aimé ou pas	Qui vous êtes ?	À la place de qui	Outre
01	Rêve mère	« Un petit mouton qui rêve qu'il était volé par quelqu'un (homme) ».	Car il ya une aventure	Le grand	PN	/

02	Hésitation	« Une famille qui joue ensemble ».	Car toute la famille s'aime	Petit qui tète	//	/
03	chèvre	« Un cheval et l'autre c'est sont petit ». « Le petit il allaite ».	Car il aime sa maman	Le petit qui allaite	Le grand	/
04	Baiser	« Deux frères qui s'aiment et il y'a un autre qui regarde il est jaloux car ses frères l'un aime l'autre».	Car ils s'aiment	PN	PN	/
05	Tété1	« Une femme qui allaite son fils ».	Car la maman aime son fils il est le seul	La maman	//	/
06	depart		Car il ya	le petit	Le	/

		« Un petit mouton qui est fugué de sa maison car il n'est pas aimé par ses parents ».	le petit		petit	
07	Auge	« C'est des petits frères qui jouent ensemble, et leur parents regarde ».	Car ils protègent leurs enfants	PN	PN	/
08	Portée	« Deux hommes qui donnent à ces animaux à manger, il y'a des petits moutons qui se disputent entre eux, qui va manger avec cette vache. Aussi il y'a des petits qui allaitent ».	Car ils protègent la vache	L'homme à droite	Le gond mouton	/

09	Jeu sales	« Des moutons. Un père avec ses enfants entrain de jouer ». « Un de ces petits moutons a noyé, le père s'est énervé et il a dit à ses enfants c'est la dernière fois où vous venez avec moi et il est parti pour chercher son fils ».	Le père aime ses enfant il ne fait pas la différence	Le grand	//	/
Planches non aimées						
1	Nuit	Nuit « C'est des enfants avec leur parents qui sont dormis, c'est la nuit ». « L'un de ces enfants il a réveillé, il regarde en haut il a trouvé tout noir, il a peur de monstre ».	Le petit est peur de monstre	Le grand	PN	/
2	Trous	« Un petit mouton qui a	Car le	PN	PN	/

		<p>accompagné son père, après il est parti avec son cousin qui est plus grand que lui, le cousin a trahi ce petit, il est tombé dans l'eau ».</p> <p>Le papa après cherche son fils et il a interrogé l'enfant mais ce dernier a Menti et il a dit je ne l'ai pas vu ».</p> <p>« Le petit entrain de crier, il demande</p>	<p>petit il est dans l'eau</p>			
3	Jards	<p>« Deux frères qui jouent ensemble après il y'a un oiseau qui veut rattraper le petit et lui il pleure, son frère a rien fait il est entrain de rire ».</p>	<p>Car se petit il crie</p>	<p>Le petit</p>	//	/
4	Rêve père	<p>« Un petit mouton qui est entrain de faire un rêve que il y'a un monstre devant lui, il est entrain de pleurer ».</p>	<p>Il est entra in de rêve r du mon stre</p>	<p>PN</p>	<p>PN</p>	/

5	Tété2	<p>« Une femme qui a trouvé un enfant entrain de pleurer, elle lui a donné pour allaiter ».</p> <p>« Les deux autres c'est ses frères ils ont cru que cette femme elle veut faire du mal pour leur frère et elle veut voler le petit c'est pour ça ils ont sauté sur elle ».</p>	Les deux petits frap pent la fem me	PN	PN	/
6	Bataille	<p>« C'est des enfants qui jouent ensemble, a non c'est deux qui sont entrain de se disputer, le petit il ne veut pas voir ça il est parti pour dire à ses parents, après ils sont venus et ils ont frappé ses deux là ».</p>	Ces deux touj ours disp utent	Le petit // au milieu	//	/
7	Charrette	<p>« C'est un homme qui a volé des moutons ».</p>	Car il vole	Le petit // dans la charrette	//	/

La planche «fée »

-Premier souhait : «il veut être en bonne santé ».

-Deuxième souhait : « il veut qu'il viendra un jour où il peut courir bien et fort ».

-Troisième souhait : « qu'il va être aimé par son grand père, car il donne de l'argent à ses frère et lui non ».

Les questions

1- Qui est le plus heureux ? « Le petit PN ».

2- Qui est le moins heureux ? «Les deux petits blancs ».

3- Qui est le plus gentil ? « Le petit PN ».

4- Qui est le moins gentil ? « Les deux petits».

5- Qui est le plus préféré chez le papa ? « Le PN».

6- Qui est le plus préféré chez le Mama ? « Le PN ».

7- Qui est le plus préféré chez le PN ? « La maman ».

Analyse planche par planche de protocole du test de 2^{em} cas(Fares)

Le frontispice : Le PN est un petit mouton (garçon) âgé de 8 ans, les deux petits blancs sont : le premier à droite est une petite fille âgée de 4ans et pour l'autre est une petite fille aussi de 6 ans.

Pour les deux grands sont leur parents, pour le grand avec une tache noire, c'est un homme âgé 40ans et l'autre est une femme âgée de 37ans, il est trompé sur le plan sexuel.

Analyse

Fares pour cette image a donné pour le PN l'âge de 8 ans, l'âge donné au PN ne convient pas à l'âge actuel de Fares qui signifie la régression de cet enfant.

Pour les deux petits, Fares a donné une relation fraternelle entre deux filles l'une à droite est âgée 4 ans et l'autre il a dit comme sa sœur elle a 6 ans.

Pour les deux gros Fares a donné une relation parentales avec l'inversion des sexes et un âge qui convient à peu près de l'âge de ses parents.

Les planches aimées

Rêve mère

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe).

Problématique : peut renvoyer à un mode de dépendance d'elle douloureuse.

Analyse

Dans cette image, Fares a inversé les rôles parentaux, aussi il n'a pas montré dans son discours cet amour objectal envers l'un de ses parents.

Hésitation

Thème : d'ambivalence de rivalité fraternelle ou de d'exclusion

Problématique : renvoi à l'expression d'un vécu d'exclusion par rapport à l'objet deux fois confisqué.

Analyse

Dans cette image, Fares n'a pas évoqué la rivalité fraternelle, cette dernière est transformée en Jeux et amour.

Chèvre

Thème : de la mère d'adoption ou de remplacement.

Problématique : peut renvoyer à la relation à un substitut maternel.

Analyse

Dans cette image, Fares n'a pas abordé le thème, selon lui c'est une relation entre une mère et son fils qui allaite.

Baiser

Thème : œdipien.

Problématique : la mise à côté de l'agressivité.

Peut renvoyer à un terme étayage mutuel pouvant du reste traduire une précarité identitaire.

Analyse

Fares dans son discours, il n'a pas évoqué son œdipe, mais il n'a pas abordé ce sentiment de jalousie envers les parents mais envers les frères.

Tété 1

Thèmes ; oral

Problématique : renvoi à un rapproche avec l'image maternel dans un contexte de relation privilégiée.

Analyse

Ici, Fares a bien parlé sur le thème qui parle du plaisir oral de faite d'allaité le sein maternel.

Départ

Thème : le départ.

Problématique : peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation.

Analyse

Dans cette planche, Fares a abordé le thème, l'angoisse de la séparation, car il a parlé de départ à cause de manque d'amour familial envers le petit, elle est parmi les planche aimées, aussi fares a choisie d'être à la place de petit.

Auge

Thème : sadisme urétrale

Problématique : la mise à coté de l'agressivité.

Les prémices phalliques de l'axe œdipien donnent lieu, chez les filles et les garçons, aux mêmes variantes du thème banal.

Analyse

Dans un premier plan, Fares a ignoré totalement l'agressivité qui est présenté ici envers le père, transformé en jeux et amour.

Portée

Thème : de naissance et de la rivalité fraternelle

Problématique : peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle.

Analyse

Fares dans cette image a parlé sur la rivalité fraternelle caractérisé par la jalousie et le dispute.

Jeux sale

Thème : sadique anal

Problématique : l'agressivité et mine à coté.

Peut renvoyer à la déstabilisation du schéma corporel ou une atteinte de l'intégrité.

Analyse

Dans cette image qui renvoie typiquement à l'agressivité, Fares n'a pas évoqué cette dernière dans son discours, aussi la planche est aimée.

Les planches non aimées**Nuit**

Thème : œdipien avec voyeurisme la chambre des parents.

Problématique : peut renvoyer à une valeur structurante du cadre pour autant qu'il soit délimité le dedans et le dehors.

Analyse

Fares n'a pas évoqué son Oedipe envers ses parents, il n'a pas cette curiosité sexuelle envers ses parents.

Trou

Thème : de solitude d'exclusion de punition

Problématique : Peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

Analyse

Fares dans cette image a évoqué le thème qui est la solitude, aussi la crainte de séparation, le faite d'être seul la nuit c'est angoissant.

Jars

Thème : sadique avec retournement punitif contre soi.

Problématique : peut renvoyer à une relation d'agressivité versus castration

Analyse

Cette image n'est pas aimer de la part de Fares le faite que le petit ne fait rien pour son frère qu'il est en danger car l'oiseau veut le rattrapé.

Rêve père

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe.

Problématique : Renvoie à la relation à l'image paternelle.

Analyse

Dans cette image qui signifie la relation objectale envers le père, fares imagine son père comme un monstre, aussi l'image est non aimée.

Tété 2

Thème : oral avec rivalité fraternelle.

Problématique : peut renvoyer à une désorganisation profonde des liens objectaux.

Analyse

Fares ici considère que la mère qui allaite son fils comme une femme étrangère, ainsi qu'il n'a pas abordé cette rivalité fraternelle.

Batille

Thème : sadique oral de rivalité fraternel

Problématique : peut renvoyer à l'agressivité et aux sentiments de culpabilité qui y sont liés.

Analyse

Ici, fares a évoqué l'agressivité et la rivalité fraternelle, mais pour lui il a choisi d'être le petit au milieu car il a dit qu'il n'aime pas voir ces deux entrain de disputé.

Charrette

Thème : sadique avec souvent retournement punitif contre soi.

Problématique : peut renvoie a l'angoisse de séparation.

Analyse

Ici, fares a évoqué l'angoisse de la séparation car il a dit que les moutons sont volés.

Synthèse du test

A travers l'analyse de test effectuée avec Fares qui présente un handicap moteur au niveau de son pied dont il a été avec nous très calme et gentil. Fares pendant la passation de test, utilise beaucoup l'imagination et les fantasmes où il intègre des personnages qui n'existe pas dans l'histoire, nous avons constaté que fares est très sensible pour les choses, aussi se qui est remarquable que Fares n'a pas évoqué l'agressivité dans la plus part de ses discours où il a été banalisé.

Synthèse du cas

À travers l'entretien effectué avec la mère de fares et le test, nous avons constaté cette relation père-enfant qui est perturbée, nous avons remarqué que fares ne possède pas un comportement agressif, c'est au contraire, il est sensible et il n'aime pas l'agressivité. Son comportement est normal, et il a des bonnes relations avec tout le monde et une agressivité normale par rapport a son âge.

Présentation et analyse d'entretien du 3^{em} cas (Alicia)

Alicia, une jeune fille âgée de 8 ans, issue d'une famille composée de 03 filles et un petit garçon, Alicia est la troisième parmi ses frères et sœurs, un père qui travaille à son compte, chauffeur d'un bus et une mère femme au foyer même si les deux parents sont instruits, les deux ont un niveau terminal.

Alicia est scolarisée en deuxième année primaire, elle a pour le moment un bon niveau d'étude par rapport à son état de santé : un manque de concentration, dis calcule et une dysgraphie de la main gauche selon les informations que nous avons eu pendant l'entretien avec sa mère où la petite Alicia était présente avec nous, calme et entrain d'écouter ce que sa mère raconte et elle sourit quand la maman dit quelque chose sur elle. Aussi à travers son dossier de consultations orthophoniques au niveau de l'association.

L'handicap d'Alicia se focalise au niveau de ses deux pieds et au niveau de la main gauche, elle utilise la chaise roulante. L'handicap d'Alicia est pré natal, une Spina Bifida associée à une hydrocéphalie au niveau de la tête.

L'état de santé d'Alicia est actuellement stable, elle aime beaucoup jouer et aussi de faire des petite sorties avec son père.

Concernant la grossesse d'Alicia la mère nous a dit qu'elle était bien passée, avec un bon suivi médical depuis le premier mois de la grossesse. Ici la maman a dit « **malgré tout ces consultations, personne ne nous a informé sur la maladie de notre fille** ».

Pour l'accouchement d'Alicia était à terme, normale et sans complications. Mais c'est ici que la souffrance de cette famille commencé avec l'annonce de l'handicap de leur fille : Spina Bifida associé à une hydrocéphalie.

D'après se que la mère d'Alicia dit, nous avons constaté que la mère n'a pas accepté a ce moment là l'handicap de sa fille et elle souhaite encore la marche a sa fille « **je veux que Alicia marche comme toute les autres filles** ».

Elle a subi une blessure narcissique le moment de la naissance de sa fille, aussi la mère est très fatiguée psychiquement, d'un coté l'état de sa fille et d'un autre coté la prise en charge de sa belle famille, « **je suis vraiment très fatigué** ».

Durent notre pré-enquête et l'entretien effectué avec cette mère aussi les petits moments dont nous avons parlé avec le père d'Alicia, nous avons observé cette bonne relation entre les deux parents qui est confirmé par les dires de la mère que son mari a beaucoup donné pour elle et c'est grasse a lui qu'elle a pu supporter cette état, « **c'est grâce a mon mari que je peux supporter cette responsabilité** ». Aussi, « **il ma encourager et il m'encourage a ce moment là** ».

À cause de l'état de santé d'Alycia, elle ne peut pas sortir et jouer à tout moment, c'est pour cela il ya que son père qui selon les dires de la mère qui peut sentir la souffrance de sa fille et il fait le tout pour que sa petite soit heureuse et c'est pour cela la elle est très attacher a lui. « **Elle est toujours à ses cotés à la maison et s'il est au travail, elle parle avec lui par téléphone** ». Qui signifie la réussite de la période œdipien chez Alicia.

À-propos de comportement d'Alicia la maman elle s'inquiète beaucoup pour ça car la petite Alicia utilise une certaine agressivité vis-à-vis des autres notamment la famille proche, contrairement au étrangers, « **très correcte et gentille dehors avec les étrangers contrairement à la maison notamment avec ses proches** ».

Nous avons constaté que la petite chouchoutée de la famille possède des signes d'une agressivité verbale qui est seulement destinée aux proches, et qu'Alicia e respecte les autres car elle sais bien que personne ne peut faire du male pour elle puisqu'elle est sécurisé par ses parents.

Synthèse de l'entretien

D'après l'analyse de l'entretien réalisé avec la mère d'Alicia, nous avons constaté cette fatigue psychique de la mère qui est liée à la non acceptation de la maladie de sa fille, aussi l'attachement de la petite Aya à son père, cet attachement qui a amené à l'apparition d'une agressivité verbale de la petite notamment envers la famille proche.

Présentation et analyse de test de 3^{em} cas (Alicia)

Le frontispice : le PN est un petit garçon âgé de 4ans, les deux petits blancs le premier à droit est une petite fille âgée de 3ans et pour l'autre est un petit garçon de 3ans aussi.

Pour les deux grands son leur parents, le premier avec une tache noire est un homme de 6 ans et l'autre est une femme de 7 ans, elle est trompée sur le plan sexuel.

- **La planche préférée :** Bataille.

Les planches aimées

N	NOM	Réponse	Pourqu oi aimé ou pas	Qui vous êtes ?	à la place de qui	out re
01	Batail	« Des moutons entrain de manger l'herbe, les enfants jouent et l'autre courait vers sa mère ».	Car ils jouent en semble	Le petit au milieu	Le PN	/
02	Rêve père	« La maman ne fait rien et son fils il est dormi ».		La mama n	//	/
03	Tété 1	« Le petit est entrain d'allaiter ».	Car il allaite chez sa	Le PN	//	/

			mère			
04	Hesitation	« La mère et son fils entrain de boire du lait et les autres regardent ».	Car il mange du lait	La mère	//	/
05	Chèvre	« Un âne avec son fils qui tète du lait ».	Car il lui donne du lait	Le grand	//	/
06	Jars	« Un oiseau qui a mordu le petit mouton, et l'autre seulement il regarde ».	L'oiseau qui veut rattraper le petit mouton	le petit qui regarde	//	/
07	portée	« Deux hommes : l'un donne l'herbe et l'autre du l'eau pour les moutons,	Car ils donnent aux moutons	Le petit au milieu	La maman	/

		les petits allaitent et les deux autres sont entrain de jouer et l'autre regarde ».	à mangés			
08	Nuit	« L'un est debout, les deux autres sont dormis et même leur mère est dormi ».	Car celui là est debout	Le PN	La maman	/
09	Départ	« Un enfant qui court, ainsi qu'il y'a des arbres ».	Car le petitl est entrain de courir	Le petit	//	/
10	Auge	« Les deux parents entrain de manger, les deux autres sont dormis et l'autre entrain de jouer ».	Car celui la il est entrain de joué	Le PN	La mère	/
Les planches non aimées						
1	Tété 2	« Le petit allaite et les autres jouent ».	Car il allaite	Le petit à droite	PN	/

2	Charr ette	« Deux petites chèvres avec un homme, les autres entrains de regarder et l'autre il est tombé ».	Pour ces deux avec l'homme	Le papa	//	/
3	Baiser	« Ces deux sont entrain de faire des câlins et l'autre regarde ».	Ils font des câlins	Le petit qui regarde	Le petit à gauche	/
4	Rêve mère	« Une chèvre qui regarde et l'autre est dormi ».		La maman	PN	/
5	Trou	« Entrain de crier car il est dans l'eau ».	Car il est don l'eau	Le PN	//	/

6	Jeux sales	« Une vache qui conçoit son fils qui veut tomber car il a sauté sur son frère, et l'autre regarde ».	Car ils ont tous ensembles sauf celui la	Le petit qui regarde	//	/

La planche «fée »

-Premier souhait : «elle veut être une enseignante ».

-Deuxième souhait : « elle veut y' avoir des bonne moyennes à l'école ».

-Troisième souhait : « quand elle retourne de l'école elle veut boire du lait ».

Les questions

1- Qui est le plus heureux ? « Le petit PN ».

2- Qui est le moins heureux ? «Le père ».

3- Qui est le plus gentil ? « Le petit PN ».

4- Qui est le moins gentil ? « Le père ».

5- Qui est le plus préféré chez le papa ? « Tout le monde ».

6- Qui est le plus préféré chez le Mama ? « Le Petit blanc à droite ».

7- Qui est le plus préféré chez le PN ? « La mère ».

Analyse planche par planche de protocole du test de 3^{em} cas (Alicia)

Le frontispice : le PN est un petit garçon âgé de 4ans, les deux petits blancs le premier à droite est une petite fille âgée de 3ans et pour l'autre est un petit garçon de 3ans aussi.

Pour les deux grands son leur parents, le premier avec une tache noire est un homme de 6 ans et l'autre est une femme de 7 ans, elle est trompée sur le plan sexuel.

Analyse

La petite Alicia a donné au petit PN un âge de 4 ans et un sexe masculin qui signifie une identification et une régression de 4 ans en arrière. Pour les deux petits blancs Alicia à fait une relation fraternelle, des jumeaux à droite une fille de 3 ans et un garçon de même âge.

Les deux gros, il existe une relation parentale mais avec l'inversion des sexes et pour l'âge, pour elle la femme est plus grand que l'homme.

Les planches aimées**Bataille**

Thème : sadique oral de rivalité fraternel

Problématique : l'agressivité est mise à coté.

Peut renvoyer à une surcharge des fantasmes destructifs à travers lesquels se confondent les espaces individuels.

Analyse

Alicia dans cette image n'a pas abordé ni l'agressivité ni la rivalité fraternelle.

Rêve père

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe.

Problématique : inversion des rôles parentaux.

Peut renvoyer à l'accrochage au percept enserre les moutons dans des espaces distincts non communicants.

Analyse

Alicia ici n'a pas exprimé l'amour objectal qui est désigné au père.

Tété 1

Thèmes ; oral

Problématique : renvoie à un rapproche avec l'image maternelle dans un contexte privilégiée.

Analyse

Alicia a exprimé cette relation entre une mère et sa fille le moment d'allaitement.

Hésitation

Thème : d'ambivalence de rivalité fraternelle ou d'exclusion

Problématique : peut renvoyer à l'expression d'un vécu d'exclusion par rapport à l'objet deux fois confisqué.

Analyse

Dans cette image Alicia a inversé les rôles parentaux et aussi elle a exprimé l'exclusion par rapport au PN.

Chèvre

Thème : de la mère d'adoption ou de remplacement

Problématique : peut renvoyer à la relation à un substitue maternel.

Analyse

Ici, la petite Alicia n'a pas abordé le thème d'une mère remplaçante, mais elle a exprimé le substitue maternelle le faite d'allaité.

Jars

Thème :sadique avec retournement punitif contre soi.

Problématique : peut renvoie à une agressivité qui servir de support relationnel dans des contextes particulièrement défailants à ce niveau

Analyse

Ici Alicia a abordé l'agressivité le faite d'agrippé le petit mouton, et son frère regarde.

Portée

Thème : de naissance et de la rivalité fraternelle

Problématique :peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle, éventuellement dans un contexte de rivalité fraternelle.

Analyse

Alicia n'a pas abordé cette rivalité fraternelle, au la relation à une image maternelle. Que les jeux et l'amour entres les petits moutons.

Nuit

Thème : œdipien avec voyeurisme la chambre de parents

Problématique : peut renvoyer à une valeur structurante du cadre pour autant qu'il délimité le dedans et le dehors.

Analyse

Alicia n'a pas exprimé son œdipe et sa curiosité envers la chambre des parents.

Départ

Thème : le départ.

Problématique : accrochement au détail.

Peut renvoyer à la relation de dépendance.

Analyse

Alicia était accrochée beaucoup au détail, ainsi qu'elle a parlé sur l'écoulement cela veut dire qu'elle a exprimé une angoisse de séparation.

Auge

Thème : sadisme urétrale

Problématique : l'agressivité est n'est pas évoqué.

Peut renvoyer aux prémices phalliques de l'axe œdipien.

Analyse

Dans cette image, Alicia n'a pas abordé l'agressivité et même son œdipe envers l'image paternel.

Les planches non aimées**Tété 2**

Thème : oral avec rivalité fraternelle.

Problématique : Peut renvoyer à des altérations perceptives et syntaxiques inattendues vu la simplicité de matériel.

Analyse

N'a pas abordé la rivalité fraternelle. « Les petits sont entrain de jouer ».

Charrette

Thème : sadique avec souvent retournement punitif contre soi

Problématique : peut renvoyer à une difficulté de différenciation et de repérage.

Analyse

Alicia n'a pas exprimé le thème, elle a donné pour l'image un thème banale.

Baiser

Thème : œdipien

Problématique : l'agressivité non abordé dans cette image.

Peut renvoyer à une problématique œdipienne.

Analyse

Ici, la petite Alicia n'a pas évoqué le thème d'agressivité aussi elle n'a pas exprimé son Œdipe.

Rêve mère

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe).

Problématique : peut renvoyer à la confusion générationnelle.

Analyse

Ici, Alicia a exprimé l'amour objectale qui est le sein maternelle et le fait d'allaité.

Trou

Thème : de solitude d'exclusion de punition

Problématique : peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

Analyse

Ici, Alicia a exprimé un angoisse et un peur de danger le faite d'être seul et dans l'eau.

Jeux sales

Thème : sadique anal

Problématique : l'agressivité est non exprimée.

Peut renvoyer à la déstabilisation du schéma corporel ou une atteinte de l'intégrité

Analyse

La petite Alicia n'a pas évoqué l'agressivité, « seulement des moutons l'un joue avec l'autre.

Analyse de test

Alicia, cette petite fille qui est très heureux de la passation de test elle était calme et gentille durant la passation, elle présente un handicap moteur à cause d'une spina bifida, à travers ce protocole, Alicia et dans toutes les problématiques n'a pas abordé l'agressivité ou bien elle était banalisée.

Synthèse de cas

À la base de l'entretien effectué avec la mère d'Alicia et le test avec la petite fille, nous avons constaté qu'Alicia ne possède pas d'un trouble de comportement, elle n'est pas agressive. Elle utilise des comportements d'agressivité verbale que avec les proches car elle est la chouchouté de la famille.

Présentation et analyse de l'entretien de 4^{em} cas (Salim)

Salim, un jeune enfant de 11 ans, issu d'un mariage exogène, une famille composée de 3 enfants, une fille et 2 garçon dont salim est l'inné, son père est un inspecteur de police et sa mère femme au foyer, salim scolarisé en première année moyenne.

L'handicap de salim est prénatal qui se présente au niveau de son pied gauche, il a un pied bot selon les dires de sa mère au moment de l'entretien clinique que nous avons effectué avec elle.

Salim est né après une année et demie de mariage d'une grossesse désirée et attendue. La grossesse de salim été passé dans des bons conditions et aucune complication n'a été signalée.

Concernant le développement de salim, sa mère a dit que généralement il est bien sauf qu'il a un problème d'énurésie secondaire jusqu'au l'âge de 8 ans, mais vis-à-vis d'autres développements il était stable, il marche a partir de 14 mois, malgré le problème de son pied, pour le langage c'est à l'âge de 2 ans que salim a commencé ses premiers mots, l'allaitement de salim était normale, Sans troubles de sommeil ou d'alimentation à signaler.

À-propos de l'accouchement, la mère a dit que elle a été normale à terme et sans complication, mais c'est ici que la famille de salim a découvert le problème de la santé de leur petit enfant qui sont des moments inoubliables, et traumatisants.

L'handicap de salim n'est pas grave par rapport aux d'autres cas, il n'a pas subi ni des interventions ou des moments d'hospitalisation. L'état de santé de Salim est pour le moment stable.

Après la naissance de salim, la maman était traumatisée car elle n'a pas attendu un enfant avec une difficulté puisqu'elle a tout fait selon elle pour un bon déroulement de la grossesse, « **je n'ai jamais imaginé que mon fils va être un jour dans cette état, j'ai beaucoup attendu le moment de sa naissance** ».

Cela qui explique la relation entre le bébé réel qui est salim et son état et le bébé imaginaire de la mère, qui donne une intensité grave du traumatisme qui peut influencer négativement sur la mère.

Salim est le premier de la fratrie après une année et demie de mariage, qui explique cette relation d'attachement entre salim et sa mère,« **Salim est le plus gâté de la maison notamment pour moi car il est l'inné** », qui lui explique la réussite de l'œdipe chez salim.« **Salim aime beaucoup resté avec moi, il me**

raconte tout ses nouvelles et aussi il aime réviser que avec moi et c'est grâce à moi qu'il a des bonnes notes dans ses études».

Quant au caractère de salim, il est décrit par sa mère comme normal, **« salim est très gentil et intelligent, il aime beaucoup ses études, il est parmi les premiers de la classe ».**

La relation de salim avec son père est très froide, le père est très rigide car se dernier est toujours au travail et le moment qui il rentre à la maison il fait rien que de donné les ordres.

Cette rigidité du père a créé une froideur des sentiments vis-à-vis de ses enfants notamment salim qui peut être la source de cette nervosité et l'envie intense de dominé les situations**« c'est lui le chef »**, par l'identification à la rigidité de son père, **« lui aussi il s'énerve pour des choses simples à cause de la nature de son travaille et il fume beaucoup ».**

Concernant la relation entre les parents elle est décrite par la maman comme normale **« des petites disputes entre nous à cause de ses enfants même si en face de nos enfants, mon mari est très sévère mais moi je n'ai pas peur de lui, je peux dire tout ce que je veux le dire ».** Ces disputes en face les enfants peut renforcer cette froideurs entres les enfants notamment salim et leur père.

Le comportement de salim vis-à-vis des autres est décrit par la mère comme normal,**« il est calme, aussi il a des bonnes relations avec le tous notamment ses amis ».**

Synthèse de l'entretien

Selon l'analyse de l'entretien effectué avec la mère de salim nous avons constaté que salim souffre de la rigidité de son père qui a créé une froideur des sentiments entre eux et un attachement remarqué de l'enfant envers sa mère,

aussi il a provoqué une identification de salim à son père qui apparaît par sa dominance de toutes les situations avec ses amis ou bien à la maison.

Présentation et analyse du test de 4^{em} cas (salim)

Le frontispice : la patte noire est un petit mouton (garçon) âgé trois ans, les deux autres se sont ces frères de trois ans aussi, pour les deux autres gros moutons sont des parents avec une tache noire signalé sur la mère.

La planche préférée : portée

Les planches aimées

N	NOM	Réponse	Pourquoi aimé ou pas	Qui vous êtes ?	à la place de qui	Outre
01	Portée	« Trois moutons entrain de regarder, la patte noire entrain d'allaiter chez sa mère et l'autre frère entrain de boire de l'eau »	Car il n'a pas vus le PN	Le PN	L'homme qui donne l'herbe aux moutons	/
02	Auge	« Les moutons sont dormie et la patte noire entrain de jouer mais il est loin à ses parent »	Car les enfants font ce qu'ils veulent	Le PN	Le père	/

03	Rêve mère	« La patte noire entrain d'imaginer qu'il devienne comme sa mère »	Car il rêve lui-même	Le PN	La maman	/
04	Rêve père	« Le patte noire entrain de regarder son père »	Il rêve quant' il est grand	Le PN	Le père	/
05	Jeux sales	« Les enfants sont joué, l'autre reste seul entrain de regarder à ses frères, avec la maman et le père de patte noire »	Quant il joue avec eu	Le PN	Le frère	/
06	Baiser	« Deux moutons jouent et l'autre le patte noire entrain de regarder »	Quant 'il joue	Le PN	Le frère	/

07	La nuit	« Le papa avec la mère et le patte noire entraine de regarder »	Car il regarde sa mère	Le PN	Le frère	/
08	Bataille	« La patte noire et son frère se dispute, les deux gros mangent et l'autre frère suit ses parent »	Car les deux entrains de jouer et l'autre il allaite	Le PN	Le frère	/
09	Hésitation	« La patte noire regarde à sa mère et le frère entrain de téter à sa maman, le papa et l'autre frère entraine de boire de l'eau »	Car quant 'il sort il fait ce qu'il veut	Le PN	Le frère qui est avec le père	/
10	Tété 1	« La patte noire entrain de téter à sa mère »	Quant 'il allaite	Le PN	La mère	/

Les planches non aimées						
1	Jars	« La patte noire est entrain de regarder à son frère quant il y'a un oiseau veut se rattrapé et lui il pleur »	Car il regarde à son frère et il a rien fait	Le PN	Le frère	/
2	charrette	« La patte noire entrain de faire un rêve comme il y'a quelqu'un qui veut le voler et ses parents se regarde et lui plu »	Car il veut voler le PN	Le PN	Le frère	/
3	Chèvre	« La patte noire entrain d'allaiter à la chèvre et lui s'a connais pas »	Car le PN allaite de quel qu'un qui est étranger	Le PN	//	/

			pour lui			
4	Tété 2	« Le PN entrain de disputé avec son frère et le père regarde ».	Car le PN est perdu	Le PN	Le frère	/
5	Trou	« La patte noire est resté seul pendant la nuit et il pleur	Car le PN il est seul	Le PN	//	/
6	Départ	« Le patte noire est resté seul à la route comme il est oublié sa voie »	Car le PN il s'est pas la route	Le PN	//	

La planche « fée »

Premier souhait : il veut que va devenir comme ses parents.

Deuxième souhait : il veut faire les choses de bien et son papa va devenir plus heureux.

Troisième souhait : il veut être un médecin.

Les questions

1- Qui est le plus heureux ? « La patte noire ».

2- Qui est le moins heureux ? « Le père ».

3- Qui est le plus gentil ? « La mère ».

4- Qui est le moins gentil ? « Le père ».

5- Qui est le plus préféré chez la patte noire ? « La mère ».

6- Qui est le plus préféré chez la mère ? « La patte noire ».

7- Qui est le plus préféré chez le père ? « La patte noire ».

Analyse planche par planche de protocole du test de 4^{em} cas (salim)

Le frontispice : la patte noire est un petit mouton (garçon) âgé de trois ans, les deux autres se sont ces frères de trois ans aussi, pour les deux autres gros moutons sont des parents avec une tache noire signalé sur la mère.

Analyse

Pour cette image, salim a donné pour le PN un sexe masculin et un âge de 3 ans qui signifie une identification de salim pour PN et une régression de plus de 8 ans. Pour les deux petits blancs, salim a fait entre eux une relation fraternelle, deux jumeaux de même sexe masculin et de même âge de 3 ans. Pour les deux gros ils ont fait une relation parentale son définie leurs âges.

Les planches aimées :

Portée

Thème : de naissance et de la rivalité fraternelle

Problématique : Peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à

L'image maternelle éventuellement dans un contexte de rivalités fraternelle.

Analyse

Ici, l'image renvoie à la rivalité fraternelle où salim n'a pas exprimé ça dans son discours.

Auge

Thème : sadisme urétrale

Problématique : Peut renvoyer à l'expression de l'agressivité envers les images parentales.

Analyse

Cette image renvoie à l'agressivité envers les parents au salim n'a pas exprimé cette agressivité dans son discours. Il a juste dit que le PN est très loin de ses parents.

Rêve mère

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (souvent il s'agit de l'un ou l'autre sexe)

Problématique : Peut renvoyer à la relation à l'image maternelle.

Analyse

Ici, salim a bien exprimé l'amour objectal envers la mère.

Rêve père

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (sauvant qu'il s'agit de l'un ou l'autre sexe)

Problématique : Peut renvoyer à la relation à l'image paternelle.

Analyse

Ici aussi, salim a bien lié cette image, le PN entrain de regardé son père comme s'il ya quelque chose que le PN veut dire a son père.

Jeux Sals

Thème : sadique anal

Problématique : peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité.

Analyse

Dans cette image, le petit salim n'a pas évoqué l'agressivité dans son discours, soit vis-à-vis des parents ou les frères.

Baiser

Thème : œdipien

Problématique : l'agressivité n'est pas évoquée.

Peut renvoyer à une confusion des générations et une individuation mal dégagée.

Analyse

Pour cette image, salim n'a pas exprimé son Oedipe et sa jalousie envers ses parents.

La nuit

Thème : œdipien avec voyeurisme de la chambre des parents

Problématique : Peut renvoyer à la séparation et exclusion peuvent être prioritairement réactivées en référence, non pas au couple œdipien.

Analyse

Salim n'a rien dit et il n'a pas exprimé son Œdipe ou sa curiosité envers la chambre de ses parents.

Bataille

Thème : sadique urétrale

Problématique : Peut renvoyer à l'agressivité et aux sentiments de culpabilité qui y sont liés.

Analyse

Salim ici a exprimé son agressivité, selon lui cette agressivité existe entre le PN et son frère, où il a choisie d'être à la place de son frère

Hésitation

Thème : d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion

Problématique : L'agressivité n'a pas été évoquée.

Peut renvoyer au conflit entre régression et maturation dans le contexte du choix d'objet privilégié.

Analyse

Pour cette image, salim n'a pas abordé l'agressivité dans son discours.

Tété I

Thème : oral

Problématique : Peut renvoyer à un rapproché avec l'image maternel dans un contexte de relation privilégiée.

Analyse

Salim a bien exprimé sa relation vis-à-vis de sa mère

Les planches non aimées**Jars**

Thème : sadique avec retournement punitif contre soi.

Problématique : Peut renvoyer à une relation d'agressivité versus castration.

Analyse

Salim ici a bien exprimé l'agressivité, le fait que l'oiseau veut rattraper le petit mouton et le PN n'a rien fait.

Charrette

Thème : sadique avec retournement punitif contre soi

Problématique : peut renvoyer à l'angoisse de séparation ou l'agressivité dans les relations familiales.

Analyse

Cette problématique est bien exprimée à travers le discours de petit salim.

La chèvre

Thème : de la mère d'adoption ou de remplacement

Problématique : peut renvoyer à la relation à un substitut maternel.

Cette problématique était bien abordé par salim, le fait de dire que le PN allaite mais d'une chèvre qui est étrangère pour lui.

Tété II

Thème : oral avec rivalité fraternelle

Problématique : Renvoie à une rapproché avec l'image parentale dans un contexte de relation privilégié.

Analyse

La rivalité fraternelle et même une certain agressivité a bien exprimé par salim dans « les frères sont entrain de disputés ».

Trou

Thème : de solitude d'exclusion, de punition

Problématique : peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

Analyse

Le thème d'exclusion était bien présenté par salim, le faite d'être seul, entrain de pleuré.

Départ

Thème : le départ

Problématique : peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation.

Analyse

Cette angoisse de séparation à été évoqué par salim, le faite de dire que PN est seul.

Synthèse de test

À travers l'analyse des planches de petit salim qui présente un handicap moteur au niveau de son pied. Nous avons constaté que à travers du protocole de salim soi il n'a pas abordé l'agressivité soi il a parlé de cette dernière comme passagère. On peut distinguer ici que salim possède pas un comportement d'agressivité.

Synthèse de cas

À travers l'analyse de l'entretien effectué avec la mère de salim, aussi l'analyse de test nous avons constaté que salim a des bonnes relations familiales aussi avec ses amis ou à l'école, aussi que son protocole ne possède pas d'une agressivité car tous les problématiques d'agressivité soi ne son pas abordé ou bien on été banalisé.

Présentation et analyse d'entretien de 5^{em} cas (Amazigh)

Amazigh enfant de 9 ans, issu d'une famille modeste composée de deux garçons dont Amazigh est le deuxième dans la fratrie, un père agent de sécurité et une mère femme au foyer, scolarisé en quatrième année primaire. Son handicap se focalise au niveau de ses deux pieds, selon les infirmations recueilli durant l'entretien effectué avec sa mère.

La grossesse d'Amazigh était désirée, elle a été bien passée sans complications rencontrés. Relativement à l'accouchement d'Amazigh qui était à terme, normale et sans complications.

Le développement d'Amazigh est décrit par sa mère comme perturbé vis-à-vis de son état santé, allaitement mixte, des perturbations de sommeil notamment durant les interventions et des troubles sphinctériens.

L'état d'Amazigh actuellement est stable mais nous avons observé que il a un caractère dépressif avec son regard triste.

Vis-à-vis de sa mère on na observé d'après se qu'elle a raconté de son vécu avec ses larmes sur le visage une fatigue psychique grave à cause de réfléchi et de pensé sur l'avenir de son fils « **chaque jour je pense à mon fils comment il va vivre quand il va grandir** ».

Aussi la maman à vécu un baliseur narcissique suivi d'un traumatisme grave après la naissance d'Amazigh, « **c'est très difficile pour moi de voir mon fils dans cette état** ».

Amazigh est l'enfant gâté de la maison notamment par le père d'après les dires de la mère car il est considéré par rapport au père comme sa clé de réussite car le père été pauvre et sans emploi, mais juste après la naissance de Amazigh, il est devenu fonctionnaire « **mon mari été un chômeur, mais juste après la naissance d'Amazigh il a trouvé un emploi dont il travail actuellement** ».

Concernant la relation des parents on a observé durant l'entretien et se que la mère a dit, un grand respect entre ces deux « **il a accepté l'état de son fils pas comme moi, il a été toujours a mes cotés depuis l'annonce de la maladie d'Amazigh, c'est grâce a lui et son soutien que j'ai dépassé le traumatisme le moment de l'annonce de l'handicap**».

Amazigh est un enfant qui souffre de son handicap, des fois il accepte son état est des fois non, il est scolarisé mais difficilement car il veut quitter a cet âge de 9 ans, « **nous somme toujours derrière lui pour qu'il part à l'école, il n'aime pas fréquenter les autres, il est timide de son état** ».

Le comportement d'Amazigh décrit par sa mère comme des fois calme mais généralement il est agité, énervé notamment si quelqu'un lui parle de son handicap surtout avec ses paires dehors de la maison qui termine généralement

avec une dispute **«il est calme, mais le moment où il dispute avec les voisins il change au point de pleurer et crier et dire laisser moi partir je vais les tués »**.

Cela montre encore une fois que Amazigh est influencé par l'image de son corps qui n'est pas accepté a ce moment au point a ne pas accepté la chaise roulante et de demandé à son père de lui acheté des chaussures comme les autres même s'il ne peut pas l'utilisé **« chaque fois il insiste sur les chaussures normale qui convient pas a son état »**.

Amazigh est influencé gravement par son état notamment avec se sentiment d'infériorité à l'égard des autres au point de refusé l'aide de personne notamment sa mère car selon lui elle a beaucoup souffrée à cause de lui, **« il veut faire toutes les choses seul »**.

Ici, la mère raconte encore une fois avec des larmes aux yeux, qui nous montrent le point de la souffrance de la maman, **« je n'aime pas voir mon fils souffre de cette manière surtout le moment quand il change ses vêtements car c'est difficile pour lui »**.

Synthèse de l'entretien

D'après se que la mère d'Amazigh nous a dit durent l'entretien effectué avec elle et se que nous avons observé, nous constatant que le cas d'Amazigh est difficile car la souffrance de son image de corps a engendré d'autres problèmes tel que les traits d'une personnalité dépressive, l'isolement qui amène à des comportements agressifs qui va influencer son développement et sa future vie. Aussi l'entretien été remarqué par cette souffrance psychique de la mère vis-à-vis de l'état de son enfant.

Présentation et analyse du test de 5^{em} cas (Amazigh)

Le frontispice : la patte noire est un petit mouton (garçon) âgé trois ans avec deux autres moutons (garçon) ayant le même âge (3 ans).

Pour les deux grands moutons, à la gauche c'est le père et à droite c'est la mère, ayant de même âge (5 ans).

La planche préférée : Rêve père

Les planches aimées

N	NOM	Réponse	Pourquoi aimé ou pas	Qui vous êtes ?	à la place de qui	Outre
01	Rêve père	« Le père entraîne faire un rêve c'est comme s'il a un enfant »		Le PN	//	/
02	Rêve mère	« La mère entraîne de faire un rêve c'est comme si elle a un enfant »	Car elle me plaît	Le PN	L'espace blanc	/
03	Auge	« Les petits moutons entraînent de jouer, les gros moutons jouent »	Car les petits moutons jouent	Le PN	La mère	/

		entraîne d'allaiter et la patte noire sont tout seul mais il ne peut pas »				
04	Charrette	« Un homme qui montre les moutons à la charrette, l'autre il est à la terre et les autres sont debout »	Le moment au l'homme porte les moutons dans sa charrette	Le frère	Le PN	/
05	Tété 2	« Les enfants courant, et l'autre entraîne d'allaiter chez sa mère »	Quand les frères jouent	Le frère	Le PN	/
06	Chèvre	« Un cheval et son fils prend le lait chez sa mère »	Quant 'il allaite	Le PN	Le PN	/

07	Départ	« Un petit mouton entrain de courir dans la route »	Le garçon qui entrain de courir	Le Frère	L'arbre	/
08	Tété 1	« Le patte noire prend le lait chez sa mère »	Le moment de l'allaitement de petit	Le PN	La mère	/
09	Portée	« Trois petits moutons entraine d'allaiter ensemble, trois gros moutons regardent leur mère, un homme entraine de donner l'herbe au moutons et leur mère entraine de boire de l'eau »	Quand les enfants voie que leurs frères allaite	Le petit frère	Le grand frère	/

10	Baiser	« Un petit enfant qui regarde les arbres ».	Ca elle est belle, il ya des arbres	Le petit frère	Le PN	/
Les planches non aimées						
1	Bataille	« Deux enfants jouent et l'autre reste tout seul entraine de regarder »	Car les enfants se disputent	Le frère	Le père	/
2	Jeux sales	« Deux enfants entrain de bagarrer et un enfant qui coure vers sa mère et son père »	Quant il jau avec l'eau	Le frère qui est seul	Le père	/
3	Hésitation	« Deux enfants et leur parents, un enfant son pied noire, il regarde à son frère en même	Car ce garçon il a un pied noir et aussi il	La PN	Le frère	/

		temps entraîne d'allaiter chez sa mère »	est loin de ses parents			
4	Jars	« Un oiseau qui attrape un petit enfant et son frère regarde à lui »	Car cet oiseau il est agressif avec le petit garçon	Le PN	Le frère	/
5	Trou	« Un petit mouton sa soir tout seul tout la nuit »	Car c'est la nuit	Le PN	À la place de la nuit	/
6	Nuit	« La patte noire sa soir seul et il entraîne de regarder ses parents »	Car il est la nuit	Le PN	La mère	/

--	--	--	--	--	--	--

La planche « fée »

-Premier souhait : « il veut que ses frères de s'arrêter à faire des bagarres »

-Deuxième souhait : « il veut devenir grand »

-Troisième souhait : «il veut devenir pilot »

Les questions

1- Qui est le plus heureux ? « La mère ».

2- Qui est le moins heureux ? « Le père ».

3- Qui est le plus gentil ? « La patte noire ».

4- Qui est le moins gentil ? « Le frère ».

5- Qui est le plus préféré chez le PN « le père ».

6- Qui est le plus préféré chez la mère « le frère ».

7- Qui est le plus préféré chez le père «le petit patte noire ».

Analyse planche par planche de protocole du test de 5^{em} cas (Amazigh)

Analyse planche par planche de protocole du test de 5^{em} cas (Amazigh)

Le frontispice : la patte noire est un petit mouton (garçon) âgé trois ans avec deux autres moutons (garçon) ayant le même âge (3 ans).

Pour les deux grands moutons, à gauche c'est le père et à droite c'est la mère, ayant de même âge (5 ans).

Analyse

Pour cette image, Amazigh a donné pour le PN un sexe masculin âgé de 3 ans qui signifie une identification et une régression de 6 ans. Pour les deux petits blancs, Amazigh a fait une relation de fratrie entre ces deux qui sont des jumeaux âgés de 3 ans. Pour les deux grands, Amazigh a fait entre eux une relation parentale ayant le même sexe qui est 5 ans.

Les planches aimées**Rêve père**

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre sexe)

Problématique : renvoie à la relation à l'image paternelle.

Analyse

Ici, Amazigh n'a pas exprimé ni le thème ni la problématique, il a inversé les choses, où c'est le père qui fait le rêve et pas l'enfant.

Rêve mère

Thème : idéal du moi ou d'amour objectal (suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre sexe)

Problématique : renvoie à la relation à l'image maternelle.

Analyse

Ici, Amazigh aussi a fait une inversion du thème et la problématique.

Auge

Thème : sadisme urétrale

Problématique : peut renvoyer à l'expression de l'agressivité envers les images parentales.

Analyse

Dans cette planche, Amazigh n'a pas exprimé l'agressivité envers l'image parentale.

La charrette

Thème : Sadique avec souvent retournement punitif contre soi

Problématique : peut renvoyer à l'angoisse de séparation et à la pluralité des protagonistes accentues les difficultés de différenciation et de repérage.

Analyse

Ici, Amazigh n'a pas exprimé cette angoisse de séparation présenté dans l'image.

Tété II

Thème : oral avec rivalité fraternelle

Problématique : Renvoie à un rapproché avec l'image maternel dans un contexte de relation privilégiée.

Analyse

Ici la rivalité fraternelle n'a pas été exprimée dans le discours d'Amazigh.

Chèvre

Thème : de la mère d'adoption ou de remplacement

Problématique : peut renvoyer à la relation de nourrissages entre des animaux d'espaces différentes.

Analyse

Amazigh n'a pas abordé le thème, car pour lui c'est une mère et son fils.

Départ

Thème : le départ

Problématique : Peut renvoyer à la dépendance et à l'angoisse de séparation.

Analyse

Pour Amazigh l'angoisse de séparation n'est pas évoquée.

Tété I

Thème : oral

Problématique : renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée.

Analyse

Le thème oral et le rapproché avec l'image maternelle est réussie pour Amazigh.

Portée

Thème : de naissance et de rivalité fraternel

Problématique : Peut renvoyer à la naissance et aux relations précoces à l'image maternelle éventuellement dans un contexte de rivalités fraternelles.

Analyse

Dans le discours, d'Amazigh la rivalité fraternelle est absente et n'est pas abordée.

Baiser

Thème : œdipien

Problématique : Peut renvoyer à une problématique de type œdipien.

Analyse

Ici, Amazigh n'a pas exprimé son œdipe, aussi il a négligé complètement la présence des deux personnages dans l'image et il a basé sur le détail.

Les planches non aimées**Bataille**

Thème : sadique oral de rivalité fraternel

Problématique : Peut renvoyer à l'agressivité et à des sentiments de culpabilité qui sont liées.

Analyse

Dans cette image l'agressivité et la rivalité ont été abordées dans le discours d'Amazigh.

Jeux sals

Thème : sadique anal

Problématique : peut renvoyer à l'agressivité parentale met en œuvre l'intériorisation des interdits.

Analyse

Amazigh n'a pas abordé l'agressivité dans cette image.

Hésitation

Thème : d'ambivalence ou de rivalité fraternelle ou d'exclusion

Problématique : peut renvoyer au conflit entre régression et maturation dans le contexte du choix d'objet privilégié.

Analyse

À travers cette image, Amazigh a abordé le thème d'exclusion, le fait qu'un des moutons mange, l'autre allaite et le PN regarde.

Jars

Thème : sadique avec retournement punitif contre soi

Problématique : renvoie à l'évocation de la castration s'impose si l'enfant n'est pas désorganisé par l'impact de l'agressivité.

Analyse

L'agressivité est exprimée selon le discours d'Amazigh.

Trou

Thème : de solitude d'exclusion, de punition

Problématique : peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger.

Analyse

Ici dans le discours d'Amazigh, les thèmes de punition, exclusion, séparation ne sont pas évoqués dans son discours.

Nuit

Thème : œdipien avec voyeurisme de la chambre des parents

Problématique : l'agressivité n'a pas été abordée.

Peut renvoyer à la séparation et exclusion et la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive.

Analyse

Ici, Amazigh a évoqué l'œdipe et la curiosité de la chambre maternelle mais avec minima.

Synthèse du test

Après l'analyse du protocole de test PN d'Amazigh, nous avons constaté l'absence des troubles de comportements agressifs chez ce petit enfant car à travers des problématiques données, Amazigh n'a pas évoqué que quelques planches, ou bien le thème été banalisé.

Synthèse de cas

À travers l'entretien effectué avec la mère d'Amazigh et l'analyse de protocole de test PN, nous avons remarqué que Amazigh possède quelques difficultés dans sa vie tel que le manque de confiance en soi et l'estime de soi faible. Mais concernant l'agressivité, Amazigh ne présente pas des troubles de comportements agressifs. Il présente un comportement normale sauf c'est quelqu'un notamment les pairs lui étalonné.

Discussion des hypothèses

L'objectif principal de notre recherche est d'identifier la relation entre un handicap moteur et l'agressivité.

Afin de réussir et atteindre les objectifs de notre recherche, on s'est entretenu avec cinq cas et leurs mères, des enfants qui présentent un handicap moteur de causes différents.

Pour pouvoir cerner notre hypothèse, nous avons appuyé sur des outils d'investigation les plus utilisés dans la recherche scientifique notamment en

psychologie clinique qui est un entretien clinique semi directif et l'épreuve projective le PN.

Notre entretien contient deux parties, la première partie s'est effectuée avec les mères, et l'autre avec les enfants suivie d'une passation du test le PN.

L'hypothèse principale

L'ensemble des résultats que nous avons recueillis durant notre étude nous a permis de déduire que les sujets (Aya, Fares, Alicia, Salim et Amazigh), qui sont des handicaps moteurs de formes différents, ne manifeste pas des comportements agressives, qui veut dire que notre hypothèse principale est confirmée.

Concernant tous les cas soit pour Aya (6ans), Fares (10 ans), Alicia (8 ans), Salim (11 ans) et Amazigh (9 ans). La passation d'entretien ou bien le test a déroulé dans des conditions favorables, avec leurs calmes, la gentillesse et le discours spontané.

À travers notre recherche sur les cinq cas, nous avons distingué l'impotence excessive donnée pour ces enfants de l'appart de leurs parents, ce qui est engendré une bonne relation de ces enfants vis-à-vis de leurs parents qui est appelé en psychologie clinique une relation d'attachement qui est définie par Bowlby comme suit « recherche et maintenir la proximité avec un autre individu ». (Charlotte Mareau et Adeline Vanek, 2010, p 60).

Aussi est définie comme une relations chaleureuses, stables et sécurisantes de jeune enfant d'abord avec ses parents, puis avec des adultes. Cet attachement favorise la confiance en soi de l'enfant, sa motivation à explorer et son autonomie. Il apprend, petit à petit, par les réponses qu'il reçoit, qu'il peut compter sur la disponibilité des adultes qui prennent soin de lui pour obtenir de l'aide en cas de besoin et du soutien dans la gestion de ses émotions. (Paule Belleau et Véronique Martin, 2014, p 9).

Nos hypothèses concernant les enfants handicaps moteurs et l'apparition des comportements agressifs ne sont pas généralisées.

Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifiques restent relatifs, car l'étude n'est pas effectuée sur tous les enfants handicaps moteurs.

Conclusion

Cette recherche est une étude qualitative dont l'objectif est de mettre la lumière sur la relation existant entre un handicap moteur et l'apparition de comportement agressif chez les petits enfants.

Notre étude est effectuée au sein de divers établissements tel que l'association des parents et malades spina bifida de Bejaïa, le (CSP) d'amizour et le (EHS) d'Ilmathen. Où nous avons réalisé notre étude avec un groupe d'enfant et leurs mères qui sont sélectionnés à la base de nos critères, pour une meilleure application de la méthode clinique choisie, caractérisé par en entretien clinique semi directif et le test projectif le PN.

Après l'analyse de nos résultats nous avons constaté que les enfants handicapés moteurs ne manifestent pas des comportements agressifs, qui reviennent aux bonnes relations qui caractérisent ses familles.

Pour conclure, il faut souligner que l'objectif de notre étude n'est pas de généraliser les résultats, pour les enfants handicaps moteurs et l'agressivité, puisque ces résultats ne sont pas absolus. Les enfants de l'étude ont chacun un vécu exceptionnel distinct de celui des autres.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrage

1. A. Bertrand. Et S. Epelbaume, (2012), « **Neurologie** », Ed Masson, Paris.
2. Andie. M. (1994), « **La violence biologie histoire et morale chrétien** », Ed Média Paul, Canada.
3. Arbision. (1997), « **l'enfant et la période de latence** », Ed Dunod, Paris.
4. A Bernard, (2008), « **Psychomotricité** », Ed Dunod, Paris.
5. A. Maurice, (1997), « **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humains** », Ed Casbah-Université, Alger.
6. Ajuraiguerra.J.De, (1980), « **Manuel de psychiatrie de l'enfant** », Ed Masson, Paris.
7. Alain Blanchier et Serban Lonescu, (2009), « **la méthodologie de la recherche en psychologie clinique** », Ed Presses Universitaire de France, Paris.
8. Bernard G(2015), « **Le développement affectif et cognitif de l'enfant** », Ed Masson, Paris.
9. Barry H et Sébastien Normand et al, (2009), « **Les conduites agressives chez l'enfant** », Ed la Presse de l'univers de Québec, Canada.
10. Bernard Golse, (2008), « **Le développement affectif et intellectuel de l'enfant** », Ed Masson, Paris.
11. Boekholt Monika, (1998), « **Épreuves thématique en clinique infantile** », Ed Dunod, Paris.
12. Bourrat M et Garraux R, (2003), « **Les relations parents enfants de la naissance à la puberté** », Ed Armand Colin, Paris.
13. Chahraoui Kh. Benony H, (1999), « **Entretien clinique**», Ed Dunod, Paris.
14. Charlotte M et Adoline V D, (2010), « **L'indispensable de la psychologie** », Ed Principes, France.

15. Chathrine G. (2005), « **comprendre l'enfant malade du traumatisme malade à la restauration psychique** », Ed Dunod, Paris.
16. Christelle B, (2007), « **La psychopathologie du bébé** », Ed Armand colin, Paris.
- 17.Chathrine T et Michèle G, (2008), « **Introduction à la psychologie du développement** », Ed Armand colin, Paris.
- 18.Chatrine T, (2014), « **Évaluer les enfants avec déficience ou psychologie de développement** », Ed Dunod, Paris.
19. Dépelteau F, (2000), « **La démarche d'une recherche en science humain** », Ed Boeck, Canada.
- 20.Gabriel.M.et Fayda.W. (2003), « **Les relations parents enfants** », Ed Armand colin, Paris.
- 21.Ghidère M, (2004), « **Méthodologie de la recherche** », Ed Ellipses, Paris.
- 22.Hélène Romano. (2001), « **La maladie et l'handicap à hauteur d'enfant** », Ed Fabert, Paris.
23. jean L. (2007), « **Psychopathologie de l'enfant** », Ed Armand colin, Paris.
- 24.-Karine .G. (2007), « **La psychopathologie de l'enfant** », Ed Armand colin, Paris.
- 25.-Laurent B, (2010), « **L'agression humaine** », Ed Dunod, Paris.
- 26.Marcel L. (1990), « **Les conditions d'intégrations des enfants en difficulté** », Ed la pensée de l'université de Québec, Canada.
- 27.- Pahlavan. F (2002), « **les conduites agressives** », Ed Armand Colin, Paris.
- 28.- Papalia Diane et autres, (2014), « **psychologie du développement de l'enfant** », Ed Chanelière Education, Québec.
- 29.Pierre .G, (2001), « **Psychologie de l'agressivité et de la violence** », Ed Manuscite. Paris.
- 30.Romain Libermane, (1999), « **Handicap et maladie mentale** », Ed Puf, Paris.
- 31.Roger fontaine, (2003), « **Psychologie de l'agression** », Dunod, Paris.

Thèses et mémoires

32. Bauzenoune Yacine, (2008), « **La place des handicaps moteurs dans les habitations collective en Algérie** », mémoire de magistère option habitat et environnement urbain, Sous la direction du docteur Benvachie Bouba, université montourie de Constantine.
33. Boucheloukh Mahfoud, (2008/2009), « **Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs** », Thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de président Slokia, université de montourie de Constantine.
34. Bougherbal Rachid, (2010), Journée parlementaire sur la santé, Alger.
35. Chillet L, (30 juin 2011), « **l'entretien clinique** », Université Cloud Bernard Lyon (Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie).
36. Eric .F.rigerie. (2007), « **personnes handicapées mentale et bibliothèque, Publique** », Mémoire d'étude pour un diplôme de conservateur de bibliothèque, Sous la direction e Bérénice Waty, école nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques, France.

Dictionnaires

37. Barthold B, (1979), « **Dictionnaire critique de psychiatrique** », Ed Pierre marcel favre, Suisse.
38. Bloche H et all, (2000), « **Le grand dictionnaire de la psychologie** », Ed Larousse, Paris.
39. H Bloch et E dépret, (2002), « **Dictionnaire fondamentale de la psychologie** », Ed Larousse, Paris.
40. Jean M, (1983), « **Dictionnaire usuel illustré** », Ed Larousse, Paris.
41. Jean Cet Henriette B, (2002), « **Le grand dictionnaire de la psychologie** », Ed Larousse, Paris.

42. Norbert Sillamy, (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », Ed Larousse, Paris.

Articles

43. Alexande .J. et Carole .C, (2003), « **Déficiência motrice et handicap : caractéristique générale et prise en charge** ».

44. Champonnois C, «(2002), « **Handicap moteur, Aspect psychologique** »,

45. E Mathijs, (2006), « **Le développement de l'enfant** », Ed War child Holland, Amsterdam.

46. M Repassé (2012), « **Handicap moteur : Personne en fauteuil** », Montpellier.

47. Sylvie .B. (2008), « **CHU Sainte l'agression chez l'enfant de 0 à 5 ans** », Montréal.

Annexes

Annexe A
Guide d'entretien

LE GUIDE D'ENTRETIEN

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

Prénom :

Age :

Sexe :

2) Renseignement sur la famille :

2-1 Père :

Fonction :

Niveau d'instruction :

2-2 Mère :

Fonction :

Niveau d'instruction :

3) L'entretien avec parents

Axe 02 : l'enfant et sa famille

- Pour quelle raison vous êtes là ?
- Quel est la nature de Son infirmité ?
- Depuis combien de temps il suit dans cet établissement ?
- Cet enfant, est-il votre fils unique ou bien vous avez d'autres enfants ?
- Si oui Combien ?

❖ La situation familiale

- Le rang de la famille.
- La filiation : naturelle, adoptive.
- Cas particulier : remariage, séparation ou divorce.

❖ L'histoire de l'enfant

- Grossesse :
 - Incidents.
 - Suivie médicale.
 - Complication.
- Accouchement :
 - Incidents.
 - À terme.
 - Normale ou césarien.
 - Complications.
 - Suivi médicale pour l'enfant.
- Maladie prénatales.

- Séparation du milieu familiale (faire préciser l'âge de l'enfant, la durée de la séparation, les réactions qui les accompagnées).
- Séjour en collectivité, hospitalisation.
- Scolarité : l'âge d'entrer à l'école (réaction de l'enfant), cursus scolaire.
- Le comportement de
- l'enfant vis-à-vis des apprentissages, les camarades, et les maîtres.
- Évènements familiaux : naissance du puîné, déménagement, deuil, séparation des parents....etc.
- Évènements médicaux : maladie, accident, intervention chirurgicale.

❖ **Le développement**

- L'âge de 1^{er} sourire.
- L'âge de la station assise et la marche.
- Acquisition de la propreté sphinctérienne.
- L'âge de 1 mot, de la 1ère phrase, du « non ».
- Alimentation : sein ou artificiel.

❖ **Psychopathologie**

- Difficulté alimentaires : refus de sein ou biberon, vomissement, anorexie.
- Troubles du sommeil : insomnie, terreur nocturne.
- Troubles sphinctériens : l'énurésie, encoprésie.

Axe 3 : l'agressivité :

- Avez-vous remarqué des comportements agressifs chez votre enfant ?
 - Les cris avec colère et bruit intense.
 - Des insultes et langage grossier.
 - Des menaces de violence dirigés vers lui ou l'autrui.
 - Lance des objets par terre.
- Si oui, depuis quand ?
- Avec qui exactement ?
 - vous.
 - Ses frères.
 - Ses camarades.
 - Quelqu'un d'autre.
- Votre mari a-t-il des comportements agressifs avec vous ?
 - Les cris et les disputes à la maison.
 - Frappe
 - Claque les portes
 - Éparpille ses vêtements
 - Bris des objets et fracasse les fenêtres.
- Si oui, à partir de quand ces comportements ont apparu ?
- Avez-vous des problèmes et des conflits au sein de votre famille ?
- Comment avez-vous l'habitude de réagir vis-à-vis de ses conflits ?

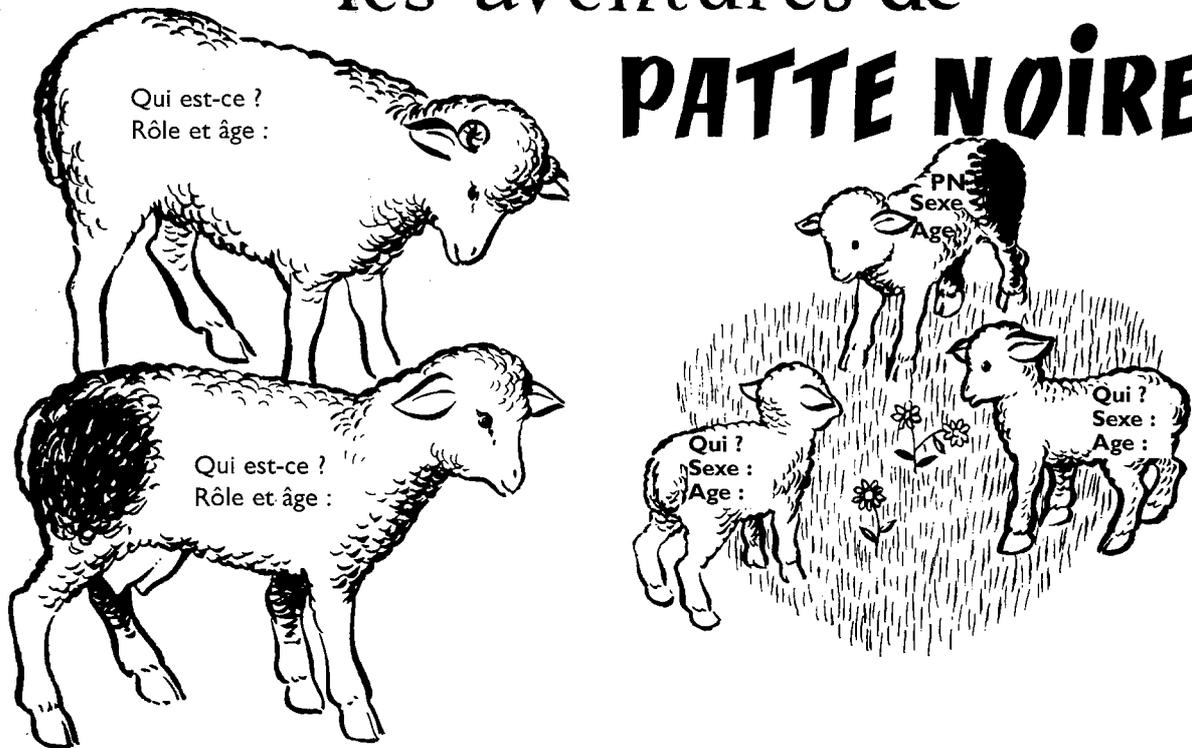
Annexe B
**Le test projectif Patte
Noir**

TABLEAU D'ANALYSE PANORAMIQUE
DES AVENTURES DE PATTE NOIRE
Marie-Claire COSTES

Nom du sujet : Examen fait par :
Date de naissance : Date de l'examen :
Age : Classe (éventuellement) :
Motifs de l'examen :
Comportement pendant l'examen :
Résultats à d'autres épreuves (QI) :

COMPOSITION DU FRONTISPICE

les aventures de
PATTE NOIRE

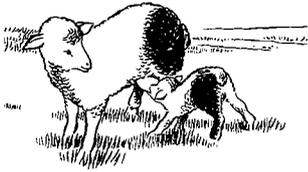


COMPOSITION DE LA FAMILLE RÉELLE

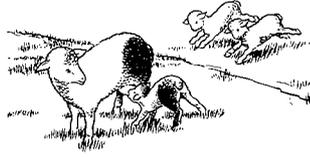
.....
.....
.....
.....
.....

CONSIGNES : Reporter le rôle, l'âge et le sexe de chacun des protagonistes.
Souligner, s'il y a lieu, l'inversion des images parentales.
Noter en dessous la composition de la famille réelle, et souligner l'âge et la place du sujet.
Indiquer les originalités dans la composition du groupe.

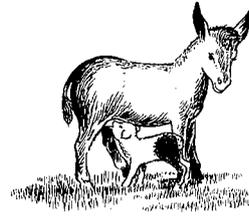
ETUDE DE LA DYNAMIQUE DU PROTOCOLE



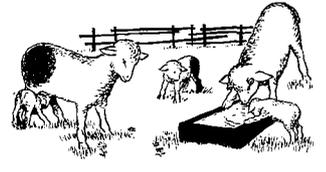
1. Tétée 1



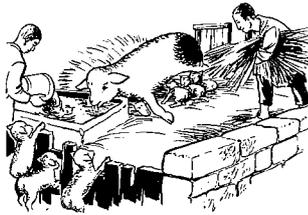
2. Tétée 2



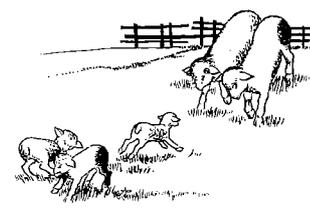
3. Ane



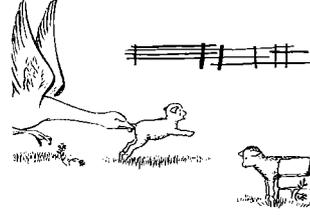
4. Hésitation



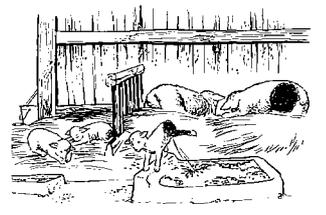
5. Portée



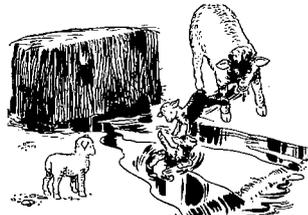
6. Bataille



7. Jars



8. Auge



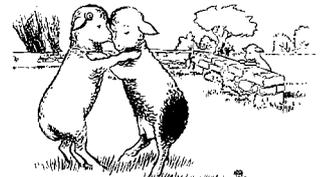
9. Jeux sales



10. Charette



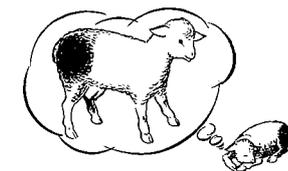
11. Trou



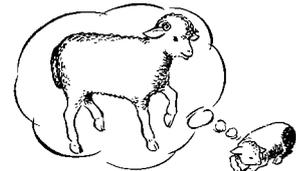
12. Baiser



13. Nuit



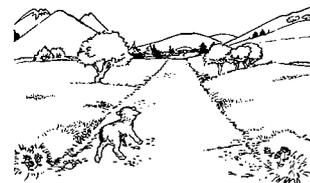
14. Rêve M



15. Rêve P



16. Courte Echelle



17. Départ



18. Fée

VISUALISATION DE LA DYNAMIQUE DU RÉCIT

CONSIGNES : Entourer d'un cercle les images racontées dans l'ordre du récit, en les numérotant.

Relier ces cercles d'un trait, en suivant la succession des récits.

Noter sous chaque image l'identification choisie ou le refus.

Dans le cas des protocoles longs, barrer simplement les images exclues du récit.

Total des images racontées :

ETUDE DES GRANDS THEMES

TITRE DE L'IMAGE	RÉCIT	ENQUETE				REMARQUES
	IMAGE Acc. Non acc	CHOIX		IDENTIFICATION		
		A n°	Non A n°	Ass. à qui	Non ass. Esquive	
		I. ETUDE DU THEME ORAL				
Tétée 1	- 3 Non A ou 3 A - Réactions affectives - Expression des défenses - Originalités ...
Tétée 2	.....	.....	.....	.....	.....
Ane	.....	.....	.....	.....	.....
Hésitation	.....	.....	.....	.....	.....
Portée	.....	.....	.....	.....	.....
Images ajoutées	.....	.....	.....	.....	.....
		II. ETUDE DU THEME DE L'AGRESSIVITÉ				
Bataille	Mode sadique oral - Sexe Oie-Papa ou Oie Maman. Mode sadique anal
Jars	.....	.....	.....	.....	.....
Images ajoutées	.....	.....	.....	.....	.....
Auge	.....	.....	.....	.....	.....
Jeux sales	.....	.....	.....	.....	.....
Images ajoutées	.....	.....	.....	.....	.....
		1. Agressivité contre la Fratrie				
Tétée 1	Rivalité fraternelle
Tétée 2	.....	.....	.....	.....	.....
Bataille	.....	.....	.....	.....	.....
Jars	.....	.....	.....	.....	.....
Charette	.....	.....	.....	.....	.....
Portée	.....	.....	.....	.....	.....
Images ajoutées	.....	.....	.....	.....	.....
		2. Agressivité contre les Parents				
Jeux sales	Rivalité œdipienne
Auge	.....	.....	.....	.....	.....
Images ajoutées :	.....	.....	.....	.....	.....
cf. le frontispice	.....	.....	.....	.....	.....
cf. le thème œdipien :	.....	.....	.....	.....	.....
ci-après	.....	.....	.....	.....	.....
Ane (mère idéale)	.....	.....	.....	.....	.....
		3. Thème de la Culpabilité				
Charette	Agressivité contre soi
Jars	.....	.....	.....	.....	.....
Trou	.....	.....	.....	.....	.....
Thème de la Tache Noire	.....	.....	.....	.....	.....
Noire	.....	.....	.....	.....	.....
						Succession après thèmes

CONSIGNES : Noter les informations concernant la présence de l'image dans le récit, son numéro d'ordre, son classement lors de l'enquête en image, aimée ou non, l'identification assumée ou non, et les remarques éventuelles d'après les abréviations et explications de la notice.

ETUDE DES GRANDS THEMES

TITRE DE L'IMAGE	RÉCIT	ENQUETE				REMARQUES
	IMAGE Acc. Non acc.	CHOIX		IDENTIFICATION		
		A n°	Non A n°	Ass. à qui	Non ass. Esquive	
		III. ETUDE DU THEME CEDIPIEN				
Baisers						
Nuit						
Rêve Mat						
Rêve Pat						
Images ajoutées						
		IV. ETUDE DU THÈME COMPLÉMENTAIRE : Dépendance ou Indépendance				
Départ						
Charette						
Images ajoutées						
		V. AUTRES RELATIONS AVEC LES IMAGES PARENTALES Thème du Père Nourricier				
Cf. Images orales						
Courte Echelle						
Images ajoutées						
		QUESTIONS FINALES				
Affinité avec						
Valorisation						
principale						
(qui, pourquoi)						
ou Dévalorisation						
Avenir de PN						
		QUALITÉ DES SOUHAITS A LA FÉE :				
1 ^{er} vœu						
2 ^e vœu						
3 ^e vœu						