

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : psychologie clinique

Thème

Le vécu psychique des mères ayant un enfant atteint d'une Infirmité
Motrice Cérébrale (IMC)

Réalisé par :

M^{elle} : Ksouri Linda

Encadré par :

Dr : BAA Saliha

Année universitaire : 2012-2013

Remerciements

Tout d'abord, je remercie Dieu de toute puissance qui m'a procuré de la volonté et du courage pour mener à terme ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice Mme BAA Saliha, pour ses précieux conseils, sa disponibilité, ses encouragements et ses orientations.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à Mme HADERBECH pour l'aide et le soutien qu'elle nous a apporté.

Nos remerciment aux membres du jury de nous avoir honoré par leur présence et d'avoir accepté d'évaluer notre travail.

Nous tenons également à remercier l'ensemble du personnel de l'établissement hospitalier de la rééducation fonctionnelle d'Ilmaten. En particulier les psychologues MAAZOU Mastafa et Gjerce Siham.

Nous remercions aussi les mères d'enfants IMC, qui ont accordé leurs consentements à notre recherche.

En fin, nos remerciements vont à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Mes très chers parents, qui m'ont soutenu durant toutes mes années d'études, que Dieu les protèges.

Ma grand- mère, que Dieu la garde pour nous.

Mes chers frères, Amirouch, Kiki.

Mes chères sœurs Sabrina, Lydia.

Mon futur mari, Nounour et sa famille.

A mes cousines et leurs enfants.

Mon grand père et ma grand- mère.

Mes oncles et tantes et leurs enfants

A tous ceux qui portent mon nom Ksouri.

Ma chère copine d'enfance et sœur Kouka et ses enfants

Mes copines de chambre Safia, Dihia.

A toute mes amies : Rabiaa, Radia, Fahima, Chrifa, Kinouch, Zahra, Nabila, Rosa, Najdat, Ania, Rima, Djadja, Aicha, Anissa, Sabrina, Zahwa.

A tous les étudiants de master 2 psychologie clinique.

Liste des tableaux :

Tableau n°	Titre	Page
01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude	38
02	Évaluation quantitative des procédés défensifs de Louisa	64
03	Evaluation quantitative des procédés défensifs de Zohra	79
04	Evaluation quantitative des procédés défensifs de Nadia	93
05	Evaluation quantitative des procédés défensifs de Hayat	107

La lise des abréviations :

Abréviation	Le nom complet
DSM	Manuel Diagnostic Statistique des troubles mentaux
EHS	Etablissement Hospitalier Spécialisé
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TAT	Thématique Apperception Test

SOMMAIRE

Introduction générale	
------------------------------------	--

Partie Théorique

Chapitre I : l'Infirmité Motrice Cérébrale.

Introduction.....	3
1- Définition.....	3
1-1 Définition de l'handicap.....	3
1-2 Définition de l'handicap moteur.....	4
1-3 Définition de la déficience motrice.....	4
1-4 Définition de l'IMC.....	4
1-4-1 La symptomatologie.....	5
1-4-2 l'étiologie.....	6
1-4-3 les troubles associant	7
1-4-4 Le développement des enfants IMC.....	10
1-4-5 La prise en charge.....	11
Conclusion.....	13

Chapitre II : Le vécu psychique

Introduction.....	14
I- Les mécanismes de défense	14
I-1- l'histoire du concept de mécanismes de défense.....	15
I-2- Définition.....	17

I-3- Les finalités des mécanismes de défense.....	18
I-4- La défense normale et la défense pathologique.....	18
I-5- La classification des mécanismes de défense.....	18
I-6-La présentation de quelques mécanismes de défense.....	21
I-7-Les mécanismes de défense chez les mères d'enfant handicapés.....	26
II-La dépression.....	27
II-1-Définition.....	27
II-2-La sémiologie de la dépression.....	27
II-3-La nosographie de la dépression.....	28
II-4- Les formes de la dépression.....	29
II-5-La dépression selon la théorie psychanalytique.....	30
Conclusion.....	31

Chapitre III : problématique et hypothèses

1-Problématique.....	32
2-Hypothèse.....	36

Partie Pratique

Chapitre IV : la méthodologie de la recherche

Introduction.....	37
1-Définition des variables	37
2- Prés-enquête	38
3-La démarche de la recherche.....	38
4-Population d'étude.....	39
4-1-Présentation de lieu de la recherche.....	40
5-Les outils d'investigation.....	41
5-1-L'entretien clinique.....	41

5-1-1- Les conduites de l'entretien.....	42
5-1-2- Le guide de l'entretien.....	42
5-2-Thématique Apperception Test TAT.....	42
5-2-1-L'analyse de protocole TAT.....	45
5-2-2-Contenue manifeste et contenu latent des planches.....	45
6-Le déroulement de la pratique.....	49
7-La méthode suivie dans l'analyse des cas.....	49
Conclusion.....	50

Chapitre V : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

1- Présentation et analyse des entretiens et de test TAT.....	51
2-Discussion des hypothèses.....	111
Conclusion générale.....	113

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

Introduction générale

L'attente d'un enfant c'est une période cruciale dans la vie du couple, ce qu'il ressent pendant cette période est incommunicable et unique. L'enfant à naître est source d'imagination pour les parents. Dès le début de la grossesse, toutes formes de fantasmes émergent, mais lorsqu'un enfant présente une maladie, un handicap, notamment une infirmité motrice cérébrale, tout se passe chez les parents comme si le temps s'est arrêté.

L'IMC renvoie à un état pathologique lié à une anomalie non évolutive et non curable des tissus cérébraux. Elle résulte des lésions cérébrales précoces de la conception à 2 ans, qui sont responsables de déficience motrice exclusive ou prédominante, cette infirmité s'installe durant les périodes pré, péri ou poste natale. En Algérie on compte entre 25 à 30 mille sujets souffrant d'infirmité motrice cérébrale. (Bouchloukh M., 2008, p.20)

En effet, la naissance d'un enfant IMC, c'est un événement qui bouleverse toute la famille, essentiellement la mère, qui est vivement déçue, dévalorisée, tous les rêves et les aspirations fortes durant la grossesse disparaissent d'une façon tragique. Cet événement douloureux, va bouleverser l'image que la mère avait d'elle-même et crée une sorte de saisissement. Elle se sent touchée dans sa capacité à transmettre la vie. Des réponses initiales caractérisées par un état de choc, de déni, de la culpabilité et de dépression qui vont s'installer et qui altèrent sa santé psychique et physique.

De notre part, nous avons réalisé une recherche sur le « vécu psychique des mères ayants un enfant IMC », dans l'objectif de déterminer le vécu psychique de ces mères. Nous avons choisi comme terrain d'étude l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en rééducation fonctionnelle de Fénaia-Ilmaten. L'approche intégrative avait servi le cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur 4 cas admissibles pour les soins de leurs enfants dans cet établissement.

Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan en 5 chapitres. Le premier chapitre est consacré à l'étude de l'infirmité motrice cérébrale où nous avons présenté, les définitions (handicap, handicap moteur, infirmité motrice cérébrale), la symptomatologie, puis l'étiologie, les troubles associés, le développement des enfants IMC, et enfin la prise en charge. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude du vécu psychique, dans lequel on a parlé de mécanismes de défense et de la dépression. Le troisième chapitre réservé à la problématique et les hypothèses, le quatrième chapitre est consacré au cadre méthodologique à

travers lequel on a traité les points suivants, la démarche de la recherche, l'échantillon de la recherche, prestation de lieu de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode suivi dans la prestation et analyse des cas. Le cinquième chapitre pour la discussion et analyse des résultats, et enfin, on termine par une conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre I

Infirmité Motrice Cérébrale

Introduction

Chaque naissance comporte des risques, notamment l'handicap. On distingue classiquement les handicaps moteurs d'origine non cérébrale et handicap moteur d'origine cérébrale appelé IMC. Aujourd'hui 2.5 des personnes sur 1000, sont atteintes d'une infirmité cérébrale, il s'agit d'une abréviation désignant un regroupement syndromatique : des séquelles motrices avec une lésion cérébrale de la période néo ou périnatale, il s'agit ni d'une maladie évolutive, ni d'une maladie héréditaire.

1- Définition

1-1- Définitions de l' handicap

Il existe plusieurs définitions du l'handicap dont chacune comporte des aspects intéressants, en voici quelques-unes :

-Ancien secrétaire d'état à l'action sociale et promoteur de loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, LENOIR a écrit : « Est handicapé toute 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 encore se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de sa collectivité » (Bouchloukh M., 2008,2009, p. 32).

-La deuxième définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) : « Un handicapé est un sujet dont l'intégration physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, 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 trouvent compromises » (Guidetti M .et Tourrette C., 1999, p7).

-Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie, l'handicap est la « situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes » (Bloch H., 2005, P.421).

L'handicap peut être caractérisé selon 3 axes :

1-1-1- L'axe de la déficience

Correspond à « toutes perte de substance ou altération ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique, la déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoire ou définitive. Elle représente l'extériorisation d'un état

pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau d'organe, elle peut être congénitale ou acquise. (La déficience fait référence à l'aspect lésionnel).

1-1-2- L'axe de l'incapacité

Correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » l'incapacité, par opposition à la déficience porte sur les activités composées et intégrées ; elle concerne la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement. (L'incapacité fait référence à l'aspect fonctionnel).

1-1-3 L'axe de désavantage

« Résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (l'aspect situationnel du l'handicap) (Coquet F. et al. 2008, P.101).

1-2-Définition de l'handicap moteur

« Paralysies d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc.), qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes » (Hatell B., 2005, P421)

1-3-Déficiences motrices

La déficience motrice est définie par l'O.M.S comme étant « la perte ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». La déficience se caractérise par une restriction plus ou moins importante de la motricité volontaire résultant d'une atteinte nerveuse, musculaire ou osseuse. Elle entraîne des incapacités, c'est-à-dire, selon l'O.M.S, des « réductions partielles ou totales de la capacité d'accomplir une activité » et peut entraîner « un désavantage social...qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (Bouchloukh M., 2008-2009, p.37).

1-4-Définition de l'infirmité motrice cérébrale

Les IMC : aujourd'hui, selon le Professeur Ph. LACERT, n'ont pas changé de définition depuis l'époque maintenant lointaine où M. Tardieu en les différenciant des arriérés avec troubles moteurs parmi lesquels ils étaient mélangés. Il s'agit d'enfants porteurs de lésions encéphaliques installées entre la gestation, la naissance et la première année de la vie ;

l'expression sémiologique prédominante doit être un trouble moteur et il n'existe pas chez ces enfants d'évolutivité lésionnelle ni de déficience intellectuelle ni de trouble premier de la personnalité ou du comportement. L'infirmité motrice cérébrale entraîne des perturbations du tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. Les atteintes qui en résultent sont diverses sur la plan topographique : localisation quadriplégique (quatre membres touchés), diplégique (deux membres), hémiplégique (atteinte d'une moitié du corps). (Bouchloukh M., 2008-2009, p37).

Le terme d'Infirmité Motrice Cérébrale a été proposé en 1954 par le neurologue GUY TARDIEU pour distinguer des sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathies atteints de déficience mentale profonde et de trouble moteurs associés.(Guidetti M. et Tourette C., 1999, p.29).

1-4-1- La symptomatologie

a- Le syndrome spastique

La spasticité se caractérise par la libération d'activités motrices réflexes normalement inhibées par le cortex pyramidal, lésé dans le cas de ce syndrome. Elle touche les muscles les plus sollicités, c'est-à-dire les muscles fléchisseurs au niveau des membres supérieurs et les extenseurs au niveau des membres inférieurs. Il en résulte un déséquilibre entre les muscles agonistes, qui ont tendance à se rétracter, c'est-à-dire devenir plus courts, et les muscles antagonistes, hypertoniques.

Ce déséquilibre réduit les possibilités de jeu musculaire. Les difficultés d'ajustement postural et de contraction-décontraction entraînent une plus ou moins grande lenteur gestuelle. Les raideurs sont accentuées par l'étirement passif, le froid et les émotions. On peut décrire trois types d'atteinte à prédominance spastique :

- La quadriplégie spastique : c'est une atteinte souvent grave des quatre membres.
- Le syndrome de Little : le désordre moteur prédomine au niveau des membres inférieurs, qui ont tendance à s'approcher (marche dite en ciseaux) : les pieds sont en extension, les genoux et les hanches sont fléchis.
- L'hémiplégie cérébrale infantile : c'est un désordre moteur unilatéral. Le côté atteint est hypertonique. Le pied est en extension et le membre supérieur est en flexion.

b. Le syndrome athétosique

Il résulte, comme le confirme Ph. LACERT, d'une atteinte des noyaux gris centraux. Il se caractérise par : de mouvements involontaires, lents, arythmiques, irréguliers et de petite amplitude. Le sujet athétosique a des difficultés à développer un geste intentionnel adapté (en raison d'une innervation réciproque défaillante). L'amplitude en est exagérée ou bloquée par des contractions.

c. Le syndrome ataxique

Beaucoup plus rare, il est du à une lésion du cervelet. Il se caractérise par :

- des troubles de l'équilibre et de la marche ;
- des troubles des mouvements élémentaires et complexes ;

A cette diversité de catégories habituellement décrites, il faut ajouter celle des individus, qui ne se laissent pas réduire à ces typologies. Ainsi, les troubles neuromoteurs qui les affectent sont parfois intriqués : spasticité et athétose peuvent par exemple se conjuguer dans des rapports singuliers. De même, le terme désignant la topographie des atteintes peut occulter une réalité plus complexe : l'hémiplégie de l'enfant peut s'accompagner de troubles, plus légers, de l'autre hémicorps, et une diplégie n'affecte pas obligatoirement les deux membres inférieurs de façon égale. (Bouchloukh M., 2008-2009, p.38).

1-4-2- Etiologie

Deux étiologies principales sont à l'origine de l'IMC : la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestion) et la souffrance fœtale aigüe périnatale. Ces deux phénomènes sont souvent combinés. Le taux de prématurité a énormément chuté (sauf en cas d'une naissance multiple) mais concerne encore 4 à 5% des naissances. Plus la naissance est prématurée et plus le poids de naissance est faible, plus les lésions cérébrales ne seront fréquentes. Le risque de l'IMC est donc lié en partie au degré de prématurité (à l'origine d'immaturité respiratoire).

- La prématurité

Est à l'origine d'une forme particulière d'atteinte motrice : la diplégie ou la maladie de Little ; il s'agit d'une atteinte bilatérale et symétrique de type spastique prédominant aux membres inférieurs, accompagnée d'une maladresse des mains et troubles importants de la structuration spatiale sans le plus souvent d'atteinte intellectuelle.

- La souffrance périnatale

S'accompagne fréquemment d'anoxie (réduction de l'oxygène parvenant au cerveau) le sang insuffisamment oxygéné devient acide et crée des lésions cérébrales. Elle est à l'origine de 50% des cas d'IMC. On trouve aussi d'autres étiologies comme :

-L'ictère de nouveau-né (ou jaunisse) est également à l'origine de l'IMC car il s'accompagne d'hyperbilirubinémie qui provoque des séquelles neurologiques. L'hyperbilirubinémie correspond à l'augmentation anormale dans le sang d'un pigment d'origine hépatique, la bilirubine. Ceci peut se produire soit en cas d'incompatibilité Rhésus soit en cas de prématurité. L'atteinte cérébrale est localisée au niveau des noyaux gris centraux.

-La période postnatale : seuls peuvent laisser des séquelles motrices et à condition qu'ils surviennent au cours des premiers mois les encéphalopathies aiguës.

- Les infections aiguës de système nerveux central.

-Éventuellement les accidents anesthésiques.

-Les traumatismes crâniens. (Guidetti M., TouretteC., 1999, p.31-32)

1-4-3- Les troubles associés**a. Sensitifs**

Diminution de la sensibilité profonde, proprioceptive notamment en cas d'atteinte motrice importante.

b. Sensoriels

-**Visuels** ce sont en réalité des troubles neurovisuels, ce qui exclut tous les troubles de réfraction. En effet, l'œil est atteint dans sa motricité. Les muscles oculomoteurs mobilisent inefficacement l'œil. Cela génère des troubles :

- de la fixation d'une cible
- de la poursuite (fixation d'une cible mobile), particulièrement touchée chez l'enfant IMC.
- des saccades oculaires (mouvement brusque portant le regard d'un point à un autre)

Ceci entraîne des troubles de l'exploration et de la perception visuelle. Notons que l'IMC, notamment ancien prématuré a souvent un strabisme divergent alternant entraînant une incapacité de vision de la troisième dimension (relief).

-**Auditifs** : Les troubles auditifs sont fréquents mais difficilement détectables avec les techniques actuelles (audiogramme, Potentiel Evoqués...).

c. Troubles perceptifs

- La perception est la représentation et la reconnaissance de sensations de même nature et de degré différent.

- Les IMC peuvent souffrir de troubles gnosiques (reconnaissance des choses à travers nos sens) telle que la stéréognosie, c'est-à-dire un manque de représentation tactile spatiale. Cela signifie que les sensations tactiles ne leur permettent pas de reconnaître l'objet placé dans leurs mains.

- Les troubles de l'oculo-motricité (fixation, poursuite et saccades oculaires) génèrent des troubles de la perception visuelle. Il est évident que lorsqu'on fixe mal et on poursuit mal une cible, on la perçoit difficilement. En outre, les saccades qui permettent de porter le regard d'une cible à une autre sont insuffisantes et obligent l'enfant à réajuster sa vue à de nombreuses reprises.

d. Troubles instrumentaux

Des troubles de l'organisation gestuelle et motrice sont fréquents : se sont des troubles de l'exécution du geste, des difficultés de freinage, de contrôle ou de parasitage du mouvement par des contractions involontaire. Ces troubles peuvent retentir sur la vie quotidienne (alimentation, toilette) et scolaire (écriture). La conception du geste peut être si perturbée que l'enfant IMC peut ne pas arriver à faire ce qu'il désire par exemple dans le domaine graphique, il peut trouver la feuille, ne pas arriver à produire des figures complexes.

e. Troubles du langage

L'atteinte motrice peut être responsable des troubles du langage. En effet, la motricité des muscles de la face et de la langue est fréquemment inefficace. Les troubles bucco-faciaux peuvent non seulement entraîner un bavage, une mastication et une déglutition déficientes mais aussi des difficultés articulatoires et donc de prononciation.

Certains IMC sont dysphasique (retard important du langage). Les troubles ne sont alors pas spécifiquement liés à l'atteinte motrice. Ils ont une origine cérébrale directe.

f. Troubles psychologiques et du comportement

- Très souvent, les personnes IMC sont émotives, d'humeur instable.

- L'histoire médicale de l'enfant est souvent lourde. La construction de la relation mère-enfant est entravée par l'hospitalisation prolongée au début de la vie de l'enfant. Le sentiment de culpabilité développé par les parents (enfant idéal, sentiment d'incompétence parentale vis-à-vis de l'enfant déficient...) peut provoquer de l'hyperprotection ou du rejet par les parents. Ce mécanisme est susceptible d'entraver le développement affectif de l'enfant.

- On note souvent une immaturité affective en raison de la discordance verbo-spatiale (différence entre les capacités verbales et les capacités spatiales) d'une part et des mécanismes d'hyperprotection d'autre part.

- Difficulté de vivre en société sous le regard de l'autre

- Les troubles de l'attention peuvent être importants. Les causes sont organiques par lésions des noyaux gris centraux ou réactionnelles liées à leur situation personnelle.

g. Troubles cognitifs et intellectuels

Les troubles cognitifs sont des troubles de l'apprentissage. La personne IMC telle qu'elle est décrite dans la définition de G. TARDIEU n'est pas déficiente intellectuelle mais peut être déficiente cognitive. La déficience cognitive liée aux troubles perceptifs gêne considérablement la scolarité de l'enfant. En effet, l'enseignement s'appuie sur les compétences psychomotrices des enfants à l'école maternelle et sur les capacités visuelles et spatiales en primaire, secondaire et au niveau supérieur. La scolarité doit donc être individualisée notamment en favorisant les afférences auditivo-verbales et en évitant le canal visuo-spatial.

h. Epilepsie

Etat clinique caractérisé par la survenue de crises pouvant être violentes avec ou sans convulsions et pouvant s'accompagner ou non d'une perte de conscience. L'épilepsie est consécutive aux lésions cérébrales de la personne IMC. 30% des personnes IMC sont atteintes de comitialité. Notons que la médication (utilisation des médicaments) nécessaire au

Traitement de l'épilepsie accentue souvent la lenteur d'idéation (enchaînement des idées).

i. Troubles sphinctériens

Ils sont absents au niveau anal et inconstants au niveau urinaire. Ils se caractérisent par des mictions impérieuses (temps trop court entre le moment où la personne sent qu'elle doit uriner et le moment où elle urine). (Jenness A., 2003, p.11).

I-4-4- le développement des enfants IMC**a. Le développement psychologique**

L'évaluation psychologique des enfants IMC pose à la fois des problèmes théorique et pratique. Des problèmes théoriques, d'abord concerne la nature des fonctions évaluées en essayant d'apprécier le fonctionnement cognitive sans avoir recours à la motricité, en particulier quand il s'agit de l'intelligence au stade sensori-moteur. Elle pose également des problèmes pratiques : comment apprécier l'efficacité réelle de l'enfant malgré son handicap ; comment, grâce à cette évaluation, faire bénéficier l'enfant d'une éducation adaptée à ses possibilités réelles sans risquer une sous-stimulation et une hyper protection, ou au contraire, le mettre face à des échecs répétés liés à la proposition des tâches impossible pour lui.

b. Le développement psychomoteur

Ce développement est à la fois retardé et atypique. Au cours de la première année, on peut observer des retards dans la mise en place des grandes fonctions (comme la station assise ou la préhension) ainsi qu'une persistance tardive des réflexes archaïques. Comme la marche automatique ou le réflexe de Moro qui témoigne d'un certain niveau de maturation neuromotrice. La plupart disparaissent dans les semaines qui suivent la naissance, par la suite, les grandes étapes de développement moteur seront franchies ou non, plus au moins lentement en fonction de la nature et de degré de l'atteinte et des mesures éducatives et thérapeutiques mises en place.

c. La personnalité des enfants IMC

Les enfants IMC sont souvent de bon contact, ont le désir de bien faire et de communiquer, ils ont parfois un mauvais contrôle des émotions (rire et larme facile). Des tendances dépressives et parfois agressives surtout au moment de la puberté où l'enfant prend conscience des conséquences affectives et sociales de son infirmité. Ils manifestent souvent et logiquement des réactions d'opposition à la rééducation et à la multiplicité des interventions. (Guiditti M. et Tourette C., 1999, p.35-36)

1-4-5- La prise en charge

La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale, consiste en un accompagnement pluridisciplinaire médical, rééducatif, éducatif, psychologique et social. Les moyens médicaux et paramédicaux sont nombreux et relèvent le plus souvent d'une association de techniques rééducatives, d'appareillage, de chirurgie, et d'un soutien psychologique. Des médicaments peuvent être prescrits dans un but spécifique pour le contrôle de la spasticité, des mouvements anormaux, d'une épilepsie, de la douleur ou encore de symptômes anxio-dépressifs associés.

a. Le kinésithérapeute

Intervient particulièrement dans le domaine de la locomotion, de système ostéo-musculo-articulaire et respiratoire : outre la prévention et le traitement des complications orthopédiques par la mobilisation et les postures, il favorise la réalisation des gestes, en choisissant les positions où leur réalisation est plus aisée. Le kinésithérapeute contribue au bien-être de l'enfant, en utilisant des techniques relaxantes et antalgiques telles que le massage ou la balnéothérapie. Le kinésithérapeute est le professionnel le mieux représenté des équipes rééducatrices.

b. Le psychomotricien

Intervient à un stade précoce chez l'enfant présentant un retard psychomoteur. Il cherche à améliorer la prise de conscience du corps, la coordination, l'orientation temporo-spaciale, le rythme gestuel, la latéralisation. Les exercices qu'il propose sollicitent ainsi la motricité globale, l'équilibre, la coordination des mouvements, la cadence, la coordination visuo-gestuelle.

c. L'orthopédie et chirurgie

Quand la kinésithérapie est insuffisante, des aides orthopédiques sont utilisées. Dans le cas de diplégies spastiques, par exemple, il peut s'agir de semelles enveloppantes (coques) placées dans des chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles en plastique ou en métal (Perlstein) qui ont pour but de maintenir le pied en flexion.

Des interventions chirurgicales peuvent se révéler indispensables en cas de contractures majeures. Leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles.

d. l'orthophoniste

S'attache plus particulièrement à la rééducation(ou à l'éducation) de la communication, à la fois sur le versant réceptif (d'informations écrites ou orales) et sur le versant expressif (production d'une communication intelligible, verbale et non verbale). La production de sons, la modulation du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales des phrases simples. Les troubles de la déglutition font également partie du champ d'action de l'orthophoniste, pour limiter le bavage et les fausses routes : stimulation de la région péribuccale ou endobuccale, adaptation du volume des prises liquidiennes, modification de la consistance des liquides à l'aide de gélifiants.

e. le psychologue clinicien

Les enfants IMC sont extrêmement sensibles et émotifs, qui ont besoin d'un soutien psychologique qui peut leur apporter de l'aide à surmonter et à dépasser tout ses sentiments d'échec et d'infériorité.

Le psychologue clinicien, a une double fonction. Il évalue d'une part les capacités cognitives d'un enfant (psychomotricité) ainsi que ses affects, et d'autre part, il a fonction de soignant ou de coordinateur des soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant (psychothérapie).

f. L'appareilleur

Et un interlocuteur de médecin et du kinésithérapeute. Il réalise en particulier des orthèses, destinées à prévenir ou à traiter les déformations, à assurer une position confortable ou fonctionnelle, ou à compenser qu'un défaut de commande ou de contrôle. Au cours de la croissance, et en fonction de l'évolution, l'appareillage est revu aussi souvent que nécessaire, pour rester adapté à la morphologie et aux but pour lesquels il a été réalisé. Une attention toute particulière est portée à la tolérance, notamment lorsqu'il existe des troubles de la sensibilité ou quand l'enfant ne peut pas exprimer une éventuelle douleur.

g. Les infirmières et les puéricultrices

Interviennent chaque fois que le nécessite l'état de l'enfant. Elles ont un rôle d'éducation sanitaire et de prévention auprès des jeunes et de leur famille.

h. L'assistant(e) social(e)

A, auprès des parents, un rôle d'information sur les textes concernant les droits de la personne handicapée, d'assistance pour instruire les dossiers d'affection de longue durée (ALD), d'allocation d'éducation spéciale. Aussi pour en assurer, ou prendre contact

directement auprès des organismes sociaux ou financiers. Son rôle est précieux pour l'orientation et l'adaptation du cadre scolaire, et pour les relations avec les organismes de protection de l'enfant.

i. Le rôle de la famille

La famille prend une part active dans la prise en charge de leur enfant, elle apporte un soutien efficace. Mais elle doit éviter :

- La surprotection de la famille, qui peut nuire à l'autonomie de l'enfant.
- A l'inverse, l'abandon affectif et/ou thérapeutique.

Toute famille est à prendre en considération ; on attache une importance de plus en plus grande aux répercussions psycho-affectives de la présence de l'enfant handicapé sur la fratrie. (INSERM., 2004, p.175-177).

Conclusion

Pour conclure on peut dire que l'Infirmité Motrice Cérébrale c'est une maladie qui a ces causes, et qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Cette déficience n'aggrave pas et ne menace pas la vie de l'enfant, si elle est bien traitée précocement. Il reste de voir les réactions des mères lors de l'arrivée de cet enfant. Le deuxième chapitre est consacré pour étudier le vécu psychique de ces mères.

Chapitre II

Le vécu psychique

Introduction

La naissance d'un enfant IMC est un événement douloureux qui perturbe la cellule familiale, mais la personne la plus touchée est la mère. Elle est déçue, choquée, dévalorisée, elle a perdu l'image idéale, rêvée et fantasmée. Des moments de peur, d'anxiété de culpabilité et de dépression apparaissent. Tous ces troubles vécus par ces mères influencent négativement sur leur santé psychique et physique. Pour affronter ces moments difficiles, ces mères mettent en place certains mécanismes de défense.

Nous essayons dans ce chapitre de déterminer le vécu psychique des mères d'enfant IMC, mais nous avons limité notre recherche à l'étude des mécanismes de défense et la problématique dépressive.

I- Les mécanismes de défense

On ne peut pas parler de mécanismes de défense sans parler de certains concepts fondamentaux comme le conflit :

a. Le conflit

En psychanalyse, on parle de conflit lorsque, à l'intérieure du psychisme du sujet, s'opposent des exigences internes contradictoires. Le conflit peut être manifeste (entre un désir et une exigence morale, ou entre deux sentiments contradictoires) ou latent, ce dernier pouvant s'exprimer de façon déformée dans le conflit manifeste et se traduire notamment par la formation de symptômes, des désordres de la conduite, des troubles de caractère. La psychanalyse considère le conflit comme constitutif de l'être humain et ceci dans diverses perspectives : conflit entre le désir et la défense, conflits entre les différents systèmes ou instances, conflit entre les pulsions. Pour Freud, l'importance du conflit est fondamentale car toute notre activité psychique est marquée par une dynamique conflictuelle. En dernière analyse, il s'agit de l'affrontement de désir et de l'interdit. (عزت رابع أ.، 1970، ص 465)

b. Les conflits et leurs résultats

Chaque état de frustration et de conflit contribue à l'apparition de tension, d'émotion et de perception intérieure douloureuse, cette dernière pousse le sujet à élaborer des opérations adaptatives pour soulager et à éliminer la souffrance. Il y a des conflits que le sujet tend de résoudre au niveau de sa conscience, mais il y a aussi des conflits qui ne peuvent pas se résoudre en vue de leur intensité et leur sévérité. Dans ce cas, l'être humain fait recours aux tentatives adaptatives inconsciente ; « les mécanismes de défense ». Ces

tentatives conscientes ou inconscientes sont mises en place pour traiter les conflits psychiques, ce sont « des mécanismes mentale ». (Ibid., p.467)

I-1- L'histoire du concept de mécanisme de défense

Le terme de défense apparaît pour la première fois en 1894, dans « les psychonévroses de défense », article où Freud se propose de donner une théorie psychologique de l'hystérie acquise, de nombreuses phobies et obsessions et de certaines psychoses hallucinatoires. Le terme de psychonévroses est employé par Freud pour désigner une série d'affections où le conflit psychique est déterminant et où l'étiologie est donc, psychogène. En partant du rôle de la défense dans l'hystérie, Freud tente d'identifier la place de la défense dans les autres psychonévroses. L'idée que, dans toute psychonévrose, la défense à une fonction essentielle est nettement exprimée dans un article publié 1896, « nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense », où Freud écrit que la défense est « le point nucléaire des mécanismes psychique dans la névrose en question ». Dans ces deux articles, Freud spécifie les diverses psychonévroses par des modes défensifs particuliers :

- 1) la transposition ou le déplacement de l'affect, dans les névroses obsessionnelles.
 - 2) La conversion de l'affect dans l'hystérie.
 - 3) Le rejet concomitant de la représentation et de l'affect ou la projection, dans la Psychose.
- Le refoulement, quant à lui, est présent dans toutes les psychonévroses, il est l'origine de la constitution de l'inconscient. Freud conçoit le refoulement comme « une sorte de prototype pour d'autres opérations défensives », et c'est dans le cas du président Schriber que « l'on approche le plus de la confusion entre refoulement et défense ».

S. Freud à décrit dix mécanismes de défense (neuf, en plus du refoulement) se trouvant dans chacun de ses ouvrages :

- La régression apparaît, en 1900, dans *L'interprétation des rêves* ;
- La sublimation et la formation réactionnelle (« *trois essais sur la théorie sexuelle* », en 1905) ;
- La projection (le président Schreiber, 1911) ;
- Le retournement contre soi et la transformation en contraire (« *pulsions et destins des pulsions* », 1915).
- L'introjection ou l'identification (« *Deuil et mélancolie* », 1917) ;
- L'annulation rétroactive et l'isolation (*Inhibition, symptôme et angoisse*, 1926).

En 1936, A. Freud publie le *Moi et les Mécanismes de défense*, le seul ouvrage sur les mécanismes de défense, elle a continué la liste de son père, dans cet ouvrage, A. Freud décrit les cibles et les motifs des défenses, présente d'autres types de défense (comme le déni en fantaisie et le déni en mot et en actes) en abordant l'identification à l'agresseur et ce qu'elle appelle « une forme d'altruisme ».

M. Klein a contribué aussi à la théorie des mécanismes de défenses, nous lui devons la description d'un groupe de défenses précoces dont certaines sont qualifiées parfois de « défenses qui distordent l'image ». Ce groupe inclut, notamment, le clivage (le clivage d'objet, considéré par M. Klein comme la défense la plus primitive contre l'angoisse), l'idéalisation et l'identification projective.

La contribution de Klein en matière de mécanismes de défense s'inscrit dans le cadre de la théorie des relations objectales. Son œuvre a été continuée par Fairbairn et surtout par Kernberg (1975) qui accorde, dans les états-limites, une place centrale au clivage. Kernberg a aussi décrit d'autres mécanismes de défense apparaissant dans les états-limites, comme l'idéalisation primitive, le déni primitif, la toute-puissance, la dépréciation et l'identification projective. (Ionesco S. et coll., 2003, p. 12).

I-2-Définition

Pour Laplanche et Pontalis (1967), les mécanismes de défense représentent les différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalent sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif. Ces auteurs précisent, aussi, que la défense prend, souvent, une allure compulsive et qu'elle opère, au moins partiellement, de façon inconsciente.

Pour Sillamy « la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse, née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales ». (Sillamy, N. 1980, p. 719).

Selon le DSM IV, les mécanismes de défense sont définis comme « des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes ».

-Cette définition souligne que les sujets n'ont généralement pas conscience de ces mécanismes de défense lorsque ceux-ci sont à l'œuvre. (DSM-IV-TR, 2003, p. 930).

I-3-Les finalités des mécanismes de défense

1. Réduire, supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique, ou restaurer l'homéostasie psychique.
2. Diminuer l'angoisse née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales.
3. Maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes ou externes.
4. Protéger l'individu de l'anxiété ou de la perception de danger interne ou externe.
5. Masquer ou atténuer les conflits ou les facteurs de stress qui engendrent l'anxiété.
6. Réduire et éviter les états négatifs comme le conflit, la frustration, l'anxiété et le stress.

I-4-La défense normale et la défense pathologique

Pour Vaillant, la présence des défenses, n'est pas, en elles-mêmes, une preuve de pathologie, mais c'est la façon dont ces mécanismes sont mis en place. Les défenses pathologiques, peuvent être identifiées à travers leurs caractéristiques de rigidité, d'intensité et de surgénéralisation (utilisation dans les relations avec de nombreuses personnes ou dans diverses situations).

Bergeret (1972 /1986), insiste sur le fait qu'un sujet n'est jamais malade « parce qu'il a des défenses », mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement peuvent être caractérisées comme inefficaces, trop rigides, mal adaptées aux réalités internes ou externes et/ou exclusivement d'un même type. Le fonctionnement mental se voit ainsi entravé dans sa souplesse, son harmonie, son adaptation.

Les défenses pathologiques sont inadéquates parce qu'elles peuvent être décalées par rapport au niveau développemental de l'individu. Ces défenses tendent à déformer la perception de la réalité et à perturber d'autres fonctions du moi. Elles apparaissent fréquemment comme des éléments d'un tableau psychopathologique. (Ionescu S., et coll, 2003, p.23)

I-5-La classification des mécanismes de défense

L'idée d'une hiérarchisation des mécanismes de défense, s'avère relativement consensuelle, avec des classifications différant par certains aspects, mais adoptant le plus souvent, un schéma allant des styles-mécanismes les plus matures-adaptés aux styles-mécanismes les plus immature-inadaptée.

La notion d'une maturation des mécanismes de défense et d'une séquence développementale sous-tend ces tentatives de hiérarchisation, cette perspective se retrouve dans les écrits de A. Freud où elle aboutit à quatre constatations :

- la complexité de l'établissement d'une chronologie ;
- la nécessité de conditions préliminaires à la mise en place de ces mécanismes de défense : « les mécanismes de défense ne peuvent apparaître avant que certaines conditions soient remplies » ;
- la normalité de certains mécanismes de défense, à un âge donné, alors que leurs présence serait dangereuse, voir pathologique plus tard ;
- la possibilité d'une évolution des mécanismes de défense, au cours de la vie réalisant, dans certains cas, une véritable séquence développementale.

Après A. Freud, plusieurs auteurs ont conçu et publié des classifications des mécanismes de défense. On trouve celle de M. Bond (1983) qui réalise une tentative pour approcher de façon empirique les relations entre mécanismes de défense et diagnostic sur le plan de la maturité de soi. Dans son instrument (Défense Style Questionnaire, DSQ). Il combine les mécanismes de défense décrits par G. Vaillant(1967) et ceux considérés par D. Kernberg(1967) comme caractéristiques des patients ayant une personnalité limite, le DSQ dans sa forme 88 items appréhende 24 mécanismes de défense.

L'analyse factorielle des réponses des sujets aux items, semble plus exploitable et plus valide que les réponses à chacune des questions prises isolément. Lors de l'analyse factorielle, en population clinique et non clinique, quatre facteurs sont mis en évidence et correspondraient chacun selon les auteurs à un style défensif particuliers :

Facteur 1 : regroupe six défenses (retrait, inhibition, régression, passage à l'acte, agression passive et projection). Ces mécanismes de défense peuvent être observés même dans le cadre de fonctionnement psychique satisfaisant, leur trait commun, selon M. Bond, serait l'incapacité à négocier leurs pulsions en réalisant une action constructive d'eux-mêmes « modèle d'action inapproprié ».

Facteur 2 : comportant quatre mécanismes, (clivage, idéalisation primitive, omnipotence et dépréciation). Ils correspondent à un style défensif orienté vers la représentation et non l'action, « distorsion de l'image ». Ces mécanismes aboutissent au clivage de l'image de soi et des autres en images bonnes et mauvaises, ce style défensif serait utilisé lors de l'adaptation

constructive à des situations stressantes, mais également associé aux personnalités narcissiques et aux organisations états limite.

Facteur 3 : associant la formation réactionnelle et le pseudo-altruisme : « sacrifice de soi ».

Facteur 4 : regroupant humour, répression et sublimation. ces mécanismes contribuent à la maîtrise du conflit et constitue le « style adaptatif ». (Ibid. 13,14).

On trouve également celle de Vaillant (1971,1976) qui regroupe les défenses en quatre catégories définies en fonction de leurs caractères adaptatifs au cours de la vie adulte, caractère établi par un suivi à long terme :

1. la première catégorie est celle des défenses psychotiques qui inclut la projection délirante, la distorsion et le déni psychotique.
2. la deuxième catégorie est celle des défenses immatures, au nombre de six : projection, fantaisie schizoïde, hypocondrie, agression passive, activisme et dissociation (ou déni névrotique).
3. la troisième catégorie, celle des défenses névrotiques ou intermédiaire. Vaillant classe le déplacement, l'isolation de l'affecte, le refoulement et la formation réactionnelle.
4. la quatrième catégorie, celle des défenses matures, comprend l'altruisme, la sublimation, la répression (ou mis à l'écart), l'anticipation et l'humour.

Une autre classification qui se rapproche de manière assez évidente de celle proposée par Vaillant et donnée dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994-1996), où sont décrit les sept niveaux suivants de fonctionnement défensifs :

1. Niveau adaptatif élevé. les huit défenses données comme exemple l'anticipation, la capacité de recours à autrui (l'affiliation), l'altruisme, l'humour, l'auto-affirmation, l'auto-observation, la sublimation et la répression permettent une adaptation optimale aux facteurs de stress, assurent le meilleur équilibre possible entre les différentes motivations conflictuelles.
2. Niveau des inhibitions mentales (ou de la formation de compromis). Les sept défenses données comme exemple ; le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affecte, la formation réactionnelle, le refoulement et l'annulation rétroactive, maintiennent en dehors de la conscience les idées, les sentiments, les souvenirs, les désirs ou les peurs susceptibles de représenter une menace potentielle.

3. Niveau de la distorsion mineur de l'image. Les trois défenses sont la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence.
4. Niveau de désaveu : les trois défenses sont le déni, la projection, la rationalisation.
5. Niveau de la distorsion majeur de l'image. Les trois défenses citées sont la rêverie autistique, l'identification projective et le clivage de l'image de soi ou des autres.
6. Niveau de l'agir. Les quatre défenses données comme exemple sont l'activisme, le retrait apathique, la plante associant demande d'aide et rejet de cette aide et l'agression passive ; engendrent un fonctionnement défensif qui se caractérise par l'utilisation, en présence de facteurs de stress interne ou externe, de l'action ou de retrait.
7. Niveau de la dysrégulation défensive. L'utilisation des défenses classées à ce niveau ; la projection délirante, le déni psychotique et la distorsion psychotique ; témoignent d'un échec de la régulation défensive des réactions du sujet aux facteurs de stress, ce qui entraîne une rupture marquée par rapport à la réalité objective. (Ionescu S. et coll., 2003, p.46, 47).

I-6- La présentation de quelques mécanismes de défense

1-Annulation rétroactive

Illusion selon laquelle il serait possible d'annulation d'un événement, une action, un souhait, porteur de conflit, grâce à la toute-puissance d'une action ou d'un souhait ultérieur, censés avoir un effet de destruction rétroactive.

L'annulation rétroactive est basée sur l'ambivalence notion qui tient une place importante dans l'œuvre de Freud et que l'on peut définir comme la coexistence de deux sentiments extrêmes et opposés, le plus souvent amour et hostilité envers la même personne. (Ibid. p .134).

2-Clivage

L'individu répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes et externes en se considérant lui/elle-même et autrui, comme tout bon ou mauvais, ne parvenant pas à intégrer ses propres qualités et défauts, ni ceux d'autrui dans des images cohérentes ; le même sujet est souvent idéalisé et déprécie alternativement. Dans le clivage on a ;

-Le clivage de l'objet

Mécanisme décrit par Mélanie Klein et considéré par elle comme la défense la plus primitive contre l'angoisse ; l'objet visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en

un « bon » et un « mauvais » objet. Le clivage de l'objet est particulièrement à l'œuvre dans la position paranoïde-schizoïde où il porte sur des objets partiels. Il se retrouve dans la position dépressive où il porte alors sur l'objet total.

-le clivage du moi

Terme appliqué par Freud pour désigner un phénomène particulier comme le fétichisme et les psychoses. C'est la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement. (Laplanche J. et Pantalès J.B., 2007, p. 67).

3-Dénégation

C'est un mécanisme plus archaïque que le refoulement : le représentant pulsionnel gênant n'est pas refoulé, il apparaît donc dans le conscient mais le sujet s'en défend en refusant d'admettre qu'il puisse s'agir d'une pulsion qui le touche personnellement. Par exemple, dans une cure, le patient déclare : « cette femme qui apparaît dans mon rêve, non ce n'est pas ma mère ». Une représentation peut donc ainsi devenir consciente à condition que son origine soit niée : « je n'en ai pas pensé cela » vaut souvent plus qu'une affirmation car on voit ainsi apparaître à la fois la représentation et la défense.

4-Déni

Terme employé par Freud : dans un sens spécifique : mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte de fétichisme et des psychoses. (Marty F., 2008, p.130).

Ce mécanisme diffère de l'annulation et de la déniégation ; il s'agit en effet ici d'éliminer une représentation gênante non en effaçant (annulation) ou en refusant de la reconnaître comme nous concernant (déniégation), mais en niant la réalité même la perception liée à cette représentation.

5-Le déplacement

Il s'agit encore d'un mécanisme de défense très primitif et très simple lié aux processus primaires : la représentation gênante d'une pulsion interdite est séparée de son

affect et celui-ci est reporté sur une autre représentation, moins gênante, mais liée à la première par un élément associatif.

L'exemple du « petit Hans » demeure classique : tu (affect). Par le déplacement l'affect désagréable va quitter la représentation-père pour se fixer sur la représentation-cheval ; liaison associative : tous deux ont un gros « fait-pipi ».

Le déplacement joue habituellement dans la phobie, devant l'échec du refoulement. Il en est de même dans les rêves : la censure jouant de façon étroite dans le refoulement diurne devient beaucoup plus permissive au cours du sommeil et le déplacement vient à cette insuffisance en aidant à l'élaboration du rêve pour protéger le repos du sujet.

L'isolation chez les obsessionnels et le déplacement chez les phobiques vrais se trouvent complétés par un mécanisme également élémentaire : l'évitement destiné à épargner au sujet de rencontrer même la représentation isolée ou déplacée .C'est le cas du blanc dans l'exemple précédent ou du cheval chez le petit Hans.(Bergeret J. ,2008, p.116-119).

6-Dissociation

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une altération temporaire des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire et de sa propre identité. Dans la dissociation, un affect ou une pulsion dont le sujet n'est pas conscient se produit dans sa vie hors de sa conscience. La représentation ainsi que l'affect ou la pulsion associée reste hors du conscient mais s'expriment par une altération de la conscience. Alors que le sujet dit avoir l'impression que quelque chose d'inhabituel se passe dans tels moments, il n'a pas conscience que ses propres affects ou pulsions sont entrainés de s'exprimer. La dissociation peut entraîner une altération fonctionnelle ou un comportement inhabituel. (Christopher Perry J., et coll. 2009, p. 162).

7- Identification

Assimilation inconsciente d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre réel ou imaginaire, qui conduit le sujet à une transformation totale ou partielle sur le modèle de celui au quel s'identifie. L'identification est un mode de relation ou mode constitutif de l'identité.

8- Idéalisations

Le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en s'attribuant à autrui des qualités exagérées. (Christopher Perry, J. et coll. 2009, p. 95).

9- Intellectualisation

Recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué, permet une mise à distance, une neutralisation des affects douloureux.

10-introjection

Processus mis en évidence par l'investigation analytique ; le sujet fait passer, sur un monde fantasmatique du « dehors » ou « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. C'est Sandors Ferenczi qui a introduit le terme introjection forgé par symétrie avec celui de projection. Freud adopte le terme d'introjection et l'oppose nettement à la projection, le texte le plus explicite à cet égard « pulsion et destin des pulsions.1915 ».

11-Isolation

Mécanismes de défense, surtout typiques de la névrose obsessionnelle et qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexion avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues, parmi les procédés d'isolation citons les pousses dans les cours de la pensée, des formules, des rituels, et d'une façon générale toutes les mesures permettant d'établir un hiatus dans la succession temporelle des pensées ou des actes.

La notion d'isolation est présente dans la pensée de Freud dès ses premières réflexions sur l'activité défensive en général. C'est ainsi que dans les (psychonévroses de défense 1894), la défense, aussi bien dans l'hystérie que dans le groupe des phobies et obsession, et conçue comme une isolation : « la défense se produit par séparation de la représentation insupportable et de son affecte ; la représentation, même affaiblie et isolée, reste dans la conscience ». (Laplanche P. et Pantalès J.B., 2009 p .215, 216).

12- projection

Il s'agit d'une défense d'origine très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa mais aussi dans des modes de pensée « normaux » comme la superstition.

C'est une opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées affectées, désires qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres, personnes ou choses de son environnement. (Ibid. p. 228).

13-Rationalisation

Justification logique, mais artificielle, à l'insu de celui qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ses jugements, de ses conduites, de ses sentiments, car ses motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété. (Laplanche P. et Pantalís J.B., 2009, p.235).

14-Refolement

C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion.

Le refolement se produit dans les cas où la satisfaction d'une pulsion, susceptible de procurer par elle –même du plaisir, risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autre exigence.

Le refolement est particulièrement manifeste dans l'hystérie mais joue aussi un rôle majeur dans les autres affections mentales ainsi qu'en psychologie normale. Il peut être considérée comme un processus psychique universel en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme le domaine séparé du reste de psychisme. Le refolement est parfois considéré par Freud comme un « mécanisme de défense » particulier ou plutôt comme un « destin de la pulsion » susceptible d'être utilisé comme défense, et que ce mécanisme constitue pour lui, une sorte de prototype pour d'autres opérations défensives.

La théorie du refolement est la pierre d'angle sur laquelle repose tout l'édifice de la psychanalyse, cette notion est considérée par Freud comme synonyme de l'inconscient. (Laplanche J. et Pantalís J.B., 2007, p. 392-394).

Dans ses études sur l'hystérie, Freud parle de refolement et dit à ce propos « *j'ai appelé refolement ce processus supposé par le moi et je le considère comme prouvé par l'existence indéniable de la résistance* » (Freud S., 2011, p .31).

Le refolement est un processus de la vie psychique normale qui consiste à maintenir certaines représentations dans l'inconscience et à préserver ainsi la solitude du moi.

15- Régression

Est une notion d'un emploi très fréquent en psychanalyse et dans la psychologie contemporaine ; elle est conçue le plus souvent comme un retour à des formes antérieures du développement de la pensée, des relations d'objets, et de la structuration du comportement. (Laplanche J. et Pantalís J.B., 2007, p. 400).

La régression constitue un retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieures de la pensée, des affects, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse, ou de frustration. C'est un phénomène de fuite par la régression à un stade de la vie de moindre maturation.

La notion de régression comme défense apparaît fortement dans la théorie psychanalytique, dans le dernier chapitre de l'interprétation de rêve, où elle se présente comme un mécanisme de défense « mineur » beaucoup moins important que le refoulement, mais c'est une composante importante.

16-Sublimation

L'individu réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en canalisant plutôt qu'en inhibant des sentiments ou pulsions potentiellement déplacés ou en comportant socialement acceptable. On ne notera la présence de ce mécanisme de défense que si une relation forte peut être démontrée entre les sentiments et le schéma de la réponse.

Les exemples les plus classiques de l'utilisation de la sublimation sont le sport et les compétitions destinées à canaliser les pulsions de colère ou la création artistique qui exprime les sentiments conflictuels.

1-7- Les mécanismes de défense chez les mères d'enfant handicapés

Parmi les solutions qui permettent à chacun de nous d'éviter une tension excessive, ce sont les mécanismes de défense. Dans le contexte de l'handicap, plusieurs types de défense interviennent :

-Dans le champ imaginaire : la scotomisation d'un détail physique de l'enfant, une malformation, une difformité va permettre l'investissement libidinal de ce dernier sans provoquer l'effroi liée à la perception du détail corporel. La suridéation d'une partie du corps, les yeux, qui va aussi jouer un rôle renforçateur de l'investissement libidinal.

En fin la projection permettra de révéler l'image perçue des images internes plus satisfaisantes.

Entre parents et professionnel, le malentendu peut s'installer du fait de ces représentations imaginaires différentes entre elles, sont évoqués des dénis, des impossibilités de prise de conscience pour mettre en œuvre les soins.

-Dans le registre symbolique : l'annulation d'un diagnostic, d'un pronostic, les parents annulent toutes les informations nécessaires données par les médecins. Comme c'est le pronostic n'ayant pas été posé rien n'ayant été retenu de ce qui a été dit une « régression de phase ».

Ces mécanismes de défense s'emblent assouplir la souffrance de ces mères. (Boissel A., 2008, p.73).

II- La dépression

La dépression c'est un trouble qui touche la majorité des mères des enfants handicapés, elle se manifeste par des symptômes psychiques et physiques telle que l'insomnie, la fatigue et perte d'appétit...

II-1- Définition

Selon le dictionnaire de la psychanalyse, « La dépression est définie comme étant une modification de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité » (Roland CH., 2003, p.91).

L'humeur est « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.

Le terme dépression est apparu en 1856 et pendant toute la moitié du XX^e siècle, le terme mélancolie était préféré pour Freud. La dépression se présente comme une caractéristique de la nature humaine, depuis la tristesse passagère qui peut arriver à chacun de nous, jusqu'à la dépression profonde.

En général, la dépression peut être définie comme une situation de tristesse pathologique qui est accompagnée par une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par une douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organiques. (Robert & La montagne, 1977).

II-2- La sémiologie de la dépression

La dépression se manifeste par :

II-2-1 le ralentissement moteur et psychique

a -L'activité motrice est plus au moins modifiée, le ralentissement touche l'ensemble de la mobilité du corps, et plus particulièrement, la démarche, la mimique, le verbal. On observe parfois l'existence d'une agitation.

b-L'activité psychique est souvent altérée dans le sens d'un ralentissement ; on parle d'inhibition psychique pour décrire le ralentissement général des processus intellectuels, la diminution de l'intensité des pulsions instinctuelles.

Le ralentissement psychomoteur s'exprime par la lenteur des gestes et de la démarche, la diminution de la mobilité.

II-2-2 L'humeur dépressive

Dans la dépression, l'humeur est caractérisée par la tristesse persistante, incontrôlable, s'exprime souvent par un sentiment d'épuisement, le découragement, la perte d'intérêt pour les autres, soi-même, le monde extérieur.

L'anesthésie affective, qui renvoie à l'incapacité d'éprouver des sentiments d'amour pour les êtres chers, est souvent ressentie et exprimée une grande culpabilité.

II-2-3 Les manifestations somatiques

- l'asthénie, fatigabilité pénible et intense inexplicée.

-les troubles sexuels sont fréquents, liée à la baisse de la libido.

- les troubles de l'appétit, s'expriment le plus souvent par l'anorexie « perte de l'appétit ».

-le sommeil est toujours perturbé ; il s'agit parfois d'hypersomnie, mais l'insomnie et le trouble le plus souvent rencontré. Les difficultés d'endormissement se voient surtout dans la dépression anxieuse ; il peut s'agir aussi d'une insomnie du milieu de nuit, insomnie de la fin de nuit. (Pewzner P., 2000, p.88-89).

II-3 La nosographie de la dépression

II-3-1 La dépression endogène (psychotique)

Signifie qu'on ne trouve pas de relation compréhensible suffisante entre les circonstances de la vie du sujet et la transformation de sa personnalité, au cours de l'accès dépressif. On est en présence d'une subversion délirante de la personne. D'où le nom

psychose maniaco-dépressive (PMD) attribuée à la manifestation complète de trouble, à côté de cette forme bipolaire, existent des dépressions cycliques dites unipolaires.

II-2-2 La dépression exogène, névrotique ou réactionnelle

C'est-à-dire qu'elle est en continuité avec certaine fragilité de la personne inscrite dans son caractère. Cela ne veut pas dire que les structures nerveuses n'y participent pas, mais il est important pour l'orientation thérapeutique de savoir que la situation psychologique du sujet est au centre de la pathologie. Il est évident que ces dépressions sont en relation avec les données socioculturelles.

II-2-3 La dépression symptomatique

D'une psychose ou d'une affection organique, et assez clairement défini lorsqu'il s'agit de cas bien repérés ou cours d'une psychose chronique. Dire d'une dépression qu'elle est symptomatique signifie que l'accent est mis sur le processus en cause et que c'est lui qui déterminera les propriétés thérapeutiques. (Ey H., et coll.1986, p.68).

II-4 Les formes de la dépression

Il existe différentes formes de la dépression :

II-4-1 La dépression du post-partum

Au cours des semaines qui suivent la naissance d'un enfant, il est relativement fréquent que la mère développe un état dépressif. Cet épisode est souvent le seul épisode au cours de la vie de la femme. Des causes biologiques, et en particulier hormonales, favorisent certainement la survenue de ce trouble de l'humeur, associées à des facteurs psychologiques consécutifs à l'événement que représente la naissance d'un enfant, ajoutées au fait de devenir mère.

II-3-2 La dépression masquée

On parle de dépression masquée lorsque les symptômes dépressifs sont recouverts par une symptomatologie somatique, tels que la douleur, la fatigue et les insomnies, des plaintes relevant d'une anxiété physique (oppression, palpitations) ou psychique, des réactions de panique devant les tâches quotidiennes. Le clinicien doit découvrir l'humeur dépressive (perte d'intérêt, baisse de rendement, autodépréciation) qui sous-tend ces manifestations, car, en cas de dépression masquée, seul un traitement antidépresseur permettra une amélioration. (Besche-Richard C., et Bungener C., 2002, p.53-54).

II-3-3 La dépression mélancolique

La mélancolie désigne un état dépressif très sévère, qui se caractérise par une douleur morale intense, s'accompagne d'une inhibition psychique et motrice avec un ralentissement et une aboulie, ainsi que les perturbations du sommeil et de l'appétit.

II-3-4-La dépression d'involution

Elle a été individualisée par Kraepelin en 1896, on la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution, à la condition que le sujet n'est pas présenté antérieurement de manifestations maniaco-dépressives que sa dépression ne soit pas manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale. (Pewzner P., 2000, p. 94).

II-4-5La dépression selon la théorie psychanalytique

Dans le « *Deuil et Mélancolie* » 1916, S. Freud a présenté sa théorie de la dépression qu'il nomme alors mélancolie. Pour S. Freud, l'état mélancolique correspond à un état profondément douloureux, qui se traduit par une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, une perte de la capacité d'aimer, une inhibition de toute activité, une diminution de l'estime de soi des auto-reproches. Freud souligne que tous ces éléments sont communs au deuil et mélancolie, il disait : « *la mélancolie est un deuil provoqué par une perte de la libido* ». Il s'agit du deuil d'un objet perdu.

Tous les psychanalystes qui se sont intéressés à la dépression après Freud (Abraham, K, 1924 ; Klein, M, 1934) s'accordent pour dire que la perte d'objet est capitale dans la mélancolie. (Besche-Richard C., et Bungener C., 2002, p.57).

De même, le deuil est une « réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place : la partie, la liberté, un idéal », de ce fait « *la douleur est la réaction propre à la perte de l'objet* ».

Ainsi, il est difficile pour le moi de se faire détacher d'un objet massivement investi par la libido, cette même composante ; la disparition de l'objet investi entrainera une réaction de repli, de solitude et d'anéantissement. (Pedielli J. & Bernouss A., 2005, p.78).

Mélanie Klein a introduit la notion de position schizo-paranoïde à laquelle succède la position dépressive. Il est probable que le deuil vécu par M. Klein du à la mort accidentelle de son fils (1934) a favorisé la découverte de la position dépressive.

Dans la position dépressive, le nourrisson, tout en structurant et en organisant son moi, va se trouver dans une double confrontation, d'une part la conquête et l'identification à un objet idéal, d'autre part, la menace d'un mauvais objet pour lui-même et son objet idéal. L'importance de cette évolution est soulignée par M. Klein : « d'une relation à un objet partiel, on passe de la relation à un objet complet. En franchissant cette étape, le moi atteint une nouvelle position, qui donne son assise à la situation que l'on appelle perte de l'objet. En effet la perte de l'objet ne peut être ressentie comme une perte totale avant que celui-ci ne soit aimé comme un objet total ».

La différence fondamentale entre le deuil normal et le deuil pathologique réside dans le fait que celui qui rate le travail de deuil n'a pas pu établir lors de sa première enfance ses bons objets internes et ne peut se sentir en sécurité dans son monde intérieur. La position dépressive n'est pas surmontée induisant une absence d'établissement de bons objets dans le monde interne du sujet. C'est la mélancolie qui pour Klein une fixation à l'érotisme oral, en référence à K. Abraham, qui représente un non dépassement de cette position dépressive.

Le sentiment d'avoir perdu l'objet ou ses aspects, couplés à la résignation intérieure, marque le point de départ de l'affect dépressif et l'installation à long terme d'une sensibilité dépressive. M. Klein montre que toute douleur provoquée par une expérience traumatisante et engageante psychiquement et émotionnellement réactive la position dépressive. (Ibid. p.84-88).

On trouve également les conceptions de R. Spitz, qui suggèrent l'existence d'un lien directe et quasiment automatique entre la perte de la mère et la dépression. Spitz a montré dès 1945 que lorsque l'absence de la mère se prolonge, d'authentiques états dépressifs apparaissent chez le nourrisson. Il a nommé cette pathologie réactionnelle à l'absence prolongée de la mère ou d'une personne capable d'assurer des soins maternels ; « *dépression anaclitique* ». Le terme « anaclitique », renvoie à la notion de dépendance, souligne que la dépression est la conséquence du fait qu'un être dépendant se trouve privé de la personne dont il dépend pour sa survie biologique et son bon fonctionnement psychologique. (Pétot DJ., 2003, p. 234)

Conclusion

En guise de conclusion, on peut dire que l'arrivée d'un enfant atteint d'une infirmité motrice cérébrale, a des effets nuisibles sur la santé de leurs mères. Il perturbe leur vécu psychique, et provoque une dépression qui provoque à son tour une fragilité maternelle. Pour assouplir leurs souffrances, elles mettent en places des mécanismes de défense tels que le déni, le refoulement, l'annulation, l'évitement. Ce chapitre théorique sera pour nous un matériel qui sert de support dans l'analyse des résultats de notre population d'étude.

Chapitre III

Problématique et hypothèse

Problématique et hypothèses

L'être humain est naturellement sociable et sensible, le rêve de chacun c'est de vivre en paix dans la sérénité et la tranquillité ; comme c'est aussi le rêve le plus cher et le plus souhaité par tous les couples. Leur bonheur réside dans le fait d'avoir un enfant en bonne et parfaite santé, l'idéal est de voir leur progéniture, protégée contre toute maladie, pathologie ou handicap. L'arrivée de cet enfant attendu est un événement qui va donner un autre sens à la vie du couples, et qui peut renforcer les relations conjugales, et renforce une stabilité affective.

En revanche, avoir un enfant qui ne va pas bien, inattendu, et différent c'est un moment difficile et choquant pour le couple. Aujourd'hui beaucoup d'enfants naissent avec un l'handicap, que ce soit moteur ou mental, mais la souffrance reste la même. L'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé) a donné les statistiques concernant l'handicap : le nombre des personnes handicapés est en augmentation dans le monde, plus d'un milliard de personne vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale sur la base des estimations démographiques pour l'année 2010. Ce chiffre est plus élevé que les estimations qui datent des années 1970 et qui évoquaient une proportion aux alentours de 10% pour la charge mondiale de morbidité. Le handicap est aussi mesuré chez les enfants de (0-14ans) on estime qu'il concerne 95 million d'enfants (5.1%) dont 13 million (0.7%) ayant un handicap sévère (O.M.S., 2011. p.8).

L'Handicap est défini selon le grand dictionnaire de la psychologie, comme étant « situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à l'autre personne ». (Hattel B., 2005, p. 421)

L'O.M.S propose la définition suivante : « est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ». (Guidetti M.et Tourette C., 1999, p, 7)

On distingue classiquement trois types de l'handicap ; les handicaps mentaux, sensoriels et moteurs. L'handicap moteur est défini comme : « Des paralysies d'origine diverses, (infirmité motrice cérébrale, malformation ou amputation des membres, etc.), qui restreint la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles ou autonomes » (Hattel B., 2005, p. 21).

Dans les handicaps moteurs, on distingue : les handicaps moteurs cérébraux appelé Infirmité Motrice cérébrale (IMC)- et les handicaps moteurs non cérébral. Dans notre recherche on a essayé de mettre l'accent sur l'infirmité motrice cérébrale (IMC).

L'IMC concerne « les enfants, adolescents ou adultes atteints d'entraves partiels ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et /ou du maintien des postures. Ces limitations résultent d'une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou peu de temps après la naissance». Cette lésion n'est pas évolutive mais ces effets vont interférer avec le développement cérébral ou psychologique des premières années de la vie. Il existe une grande variabilité au niveau qui peut être autonome. Bien que congénitale, elle est présente à la naissance. IMC n'est jamais héréditaire, l'incidence est de 1.8 pour les 1000 naissances. (Guidetti M. et Tounertte C., 1999, p.29).

En Algérie selon les statistiques malheureusement officieuses, sur une population de personnes handicapées moteurs évaluées à près de 3 million, on compterait entre 25 à 30 mille souffrant d'infirmité motrice cérébrale. En France, selon les plus récentes statistiques, on compterait une dizaine de milliers d'enfant IMC. (Bouchlouch M., 2008-2009, p. 20).

Cette lésion est responsable essentiellement d'une atteinte motrice, mais d'autres fonctions cérébrales peuvent aussi être impliquées. Les signes révélateurs, souvent signalés par les parents, peuvent être repérés à un âge variable suivant la gravité de l'atteinte, les premiers signes faisant suspecter l'IMC, sont les difficultés dans le développement de la motricité ; un enfant qui ne tient pas sa tête, qui tarde à se tenir assis seul, qui n'utilise qu'une seule main, par contre ces enfants témoignent d'une intelligence normale.

Les troubles dont souffrent les IMC sont aussi multiples que variés, selon les spécialistes parmi les troubles les plus fréquents on trouve : l'hypotonie du dos (les muscles du dos n'assure pas leur rôle) ; l'hypertonie des muscles (l'enfant ne peut pas contrôler correctement les muscles des membres) ; la spasticité (raideurs constante qui intervient sur certaines muscles tels le biceps, les bras et les doigts). On trouve également l'athétose (des contractions involontaires qui vient parasiter les mouvements. (Ibid. p. 22).

L'IMC peut être associée à d'autres troubles, tels que : les troubles intellectuels, troubles du langage, troubles instrumentaux, épilepsie, déficits visuels et déficits auditifs. Elle est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire (Kinésithérapeute, orthopédiste, psychologue, orthophoniste et un médecin généraliste ...).

De nombreuses études et recherches ont été faites sur l'impact de l'arrivée d'un enfant handicapé sur les parents, on trouve notamment l'étude effectuée par Maud Mannoni dans son célèbre livre « *L'enfant arriéré et sa mère* » où elle explique que l'enfant arriéré est un objet de frustration, de détresse et de l'angoisse de la mère. « *Quelle frustration, quel regret d'un paradis perdu, quelle détresse eux-mêmes infantile, façonnent d'avance le sentiment qui rive la mère de sa grossesse à l'être qui va sortir d'elle* ». (Mannoni M., 1964, p.10). Dans ce livre, elle tente d'expliquer le rôle que peut jouer la maladie d'un enfant sur les parents, surtout sur sa mère qui lutte pour son enfant.

On trouve aussi les travaux de Régine Scelles sur l'handicap et son influence sur sa famille et la fratrie. Notamment dans son article : « *Devenir parent d'un enfant handicapé, une affaire de l'homme, de femme, de couple, d'enfant et de social* ». (Scelles R., 2006), où elle a bien expliqué les interactions des parents d'un enfant handicapé avec leurs proches et les professionnels. « Pour le professionnel qui doit accompagner les parents d'un enfant handicapé, l'important est d'aider ces derniers à poser les bases d'une coparentalité, alors que chacun est renvoyé à son histoire, sa culpabilité, à ses peurs spécifiques, dans ce cas traumatique pour les parents, il convient de les suivre plus, que de les laisser parler plutôt que de parler, et les rendre autonomes et non pas soumis (au médecin, ou malheur).

Il y a également la recherche sur « *Famille et handicap dans le monde* » réalisée par CTNERHI faite par Elizabeth Zucman, c'est une étude dans sa globalité socio-économique pour objectif de connaître le vécu des parents, et signale que l'handicap d'un enfant agit non comme un provocateur, mais comme révélateur des potentiels de son milieu familial, ainsi que leurs dépenses économiques.

Une autre étude intitulée « *les mères d'enfants handicapés face aux professionnels médico-psycho-éducatifs* » dans cet article l'auteur insiste sur la puissante influence que peut exercer un enfant handicapé sur l'environnement familial en général et sur sa mère en particulier, et que l'annonce du handicap à la mère, provoque un traumatisme, qui influence leur santé psychique et somatique. Il a parlé aussi, du soutien que les professionnels médico-psycho-éducatifs peuvent proposer aux mères et qui contribue à la reconstruction de leur identité sociale. (Gaillard J.P., 2004, p. 18-19)

En ajoutant à toutes ces études, les divers travaux qui sont faits au Québec, illustrent que la naissance d'un enfant handicapé entraîne une période de choc, et qui provoque des réactions émotionnelles intenses chez les parents.

L'annonce du diagnostic du l'handicap de l'enfant est presque vécu comme un traumatisme par les parents, cette période qualifiée par Bensoussan de « déroute narcissique » c'est-à-dire, il y a une mise en échec pour la mère par rapport à son désir d'engendrer un enfant idéal et d'être pour lui une bonne mère capable d'assurer son développement heureux. (Hafdallah R., 2009, P. 48)

De ce fait, la mère se sent inadéquate devant ce bébé, qui ne correspond pas à ses aspirations, elle se sent vide et seule. Burleu (1981), dit que la connaissance du diagnostic devient un événement tragique qui affecte toute la famille, mais spécialement la mère, pour, lui, la femme se considère comme encore plus responsable de la situation, que les autres membres, car elle considère le bébé comme le prolongement d'elle-même, la mère se demande qu'elle faute elle a pu commettre durant la grossesse pour avoir tel enfant, elle cherche toujours les raisons qui ont pu provoquer l'handicap de son enfant, elle se sent inférieure (le fait de produire un tel enfant), elle pourra éprouver une peur d'être rejetée par les autres, elle se sent frustrée. (Tétreault S.et Blanchote L., 1991, p.122)

A ce propos, et durant notre formation de stage, dans l'Etablissement Hospitaliser Spécialisée en rééducation fonctionnelle (EHS) d'Ilmaten, et durant les entretiens avec les mères, nous avons constaté, d'une part, ces mères s'interrogent sur la cause de cette déficience, s'interrogent sur leur capacité d'assumer la situation de leur enfant. D'autre part, ces mères accusent les médecins, elles disent qu'ils nous décourageant, d'aller en avant dans la prise en charge. Elles rapportent aussi que l'annonce du diagnostic se fait de manière brutale, « les médecins jettent le nom du l'handicap sans expliquer et son donner des conseils ». On a constaté également, parmi ces cas, il y a celles qui disent que « ce qui nous touche le plus, c'est l'entourage, qui voit cet enfant comme une punition du Bon Dieu, par ce que sa mère aurait fait du mal, ou serait mauvaise »

A fin de parvenir à l'acceptation de son enfant tel qu'il est, la mère doit cheminer à travers le processus de deuil de l'enfant parfait, elle passe par une période de choc, de tristesse, de rage, d'anxiété, de dépression, d'isolement, de colère, de sentiment, de culpabilité ou encore de déni. Tous ces sentiments, sont vécus par la mère lors de la perte de son enfant imaginaire attendu et fantasmé. Freud S. dit dans ce contexte « L'inquiétante étrangeté surgit chaque fois que les limites entre imagination et réalité s'estompent et que ce qui était de l'ordre du fantasme s'offre à coup au sujets comme réel. Les limites entre fantasme et réalité effacées la toute puissance de la pensée et de destin, se trouve là actualisé. » (Bornos M., 2000, p. 4)

Notre objet d'étude c'est de déterminer le vécu psychique des mères ayant un enfant qui est atteint d'infirmité motrice cérébrale, notre travail de recherche est centré sur les mécanismes de défense et la problématique dépressive chez ces mères que le test projectif TAT (Thématique Apperception Test) nous a permis de déceler.

A cet égard, les mécanismes de défense sont définis comme les processus psychiques mis en place pour lutter contre l'angoisse. Lorsque la défense est efficace, le sujet est soulagé. Ces mécanismes sont donc utiles, nécessaire même. Mais lorsqu'ils sont trop nombreux, trop rigides, les mécanismes de défense peuvent envahir le fonctionnement psychique, tout en perdant de leur efficacité : c'est le cas dans toutes les pathologies mentales. (Lecourt E., 2006, p.220)

Quant à la dépression, elle est définie par les psychanalystes Sacha Nacht et Paul C. Racamier : «la dépression est un état pathologique de souffrance psychique consciente, accompagnée d'une réduction sensible des valeurs personnelles et d'une diminution de l'activité psychomotrice et organique non attribuable à une déficience réelle ».

Notre question de recherche et ainsi formulée :

-Quelle est la qualité du vécu psychique des mères ayant un enfant IMC ?

1- En d'autres termes, quels sont les procédés défensifs mis en œuvre par les mères d'enfant IMC ?

2- Est-ce qu'il existe des mouvements dépressifs chez les mères d'enfant IMC ?

Les hypothèses :

1- Les procédés défensifs sont de l'ordre de l'évitement du conflit.

2- On a observé des mouvements dépressifs chez les mères ayant un enfant infirme moteur.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Introduction

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas au côté théorique, mais elle doit être fondée sur le côté méthodologique, qui est un fil conducteur entre le côté théorique et le côté pratique. La méthodologie de recherche est : « un ensemble de méthodes et de techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (Angers M., 1994, p. 58).

Dans ce chapitre, le chercheur expose les étapes de la recherche, la méthode suivie, ainsi que les résultats auxquels il est arrivé.

1-Définition des variables

1-1 L'Infirmité Motrice Cérébrale (variable indépendante)

L'infirmité motrice cérébrale désigne un état pathologique lié à des séquelles de lésions cérébrales anti, péri ou post-natales, non évolutives avec une prédominance de troubles moteurs spécifiques, sans déficit intellectuel majeur. (Ronald J-A. et Comblain A., 2001, p. 156).

1-1-1 Définition opératoire

L'IMC désigne l'ensemble de troubles moteurs qui regroupe, la spasticité (raideur dans les membres), difficulté dans le contrôle des mouvements et manque d'énergie (flasque). Comme il entraîne une altération de la posture et une hypertonie (impossibilité de contrôler les muscles et les membres). On voit aussi des troubles de langage, des salves et strabisme.

1-2 vécu psychique (variable dépendante)

Ensemble des excitations externes ayant l'intention de blesser la personne dans son intégrité psychique.

1-2-2 Définition opératoire

Vécu psychique regroupe les symptômes tels que les symptômes dépressifs, une faible estime de soi, et le déni de la réalité. Il intègre aussi des sentiments de honte et de culpabilité, et des blessures narcissiques.

2-La pré-enquête

C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches en sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche et sur la population visée. Elle permet aussi de cerner l'objet d'étude et vérifier sa faisabilité.

On a réalisé la pré-enquête dans l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten, précisément dans la salle de la rééducation, service enfant. On a fait des rencontres avec les mères durant les séances de rééducation avec les Kinésithérapeutes. Ce qui a attiré notre attention, c'est cette vision dépressive et anxieuse de ces mères, et leurs volontés insistantes pour la guérison de leurs enfants, et d'après les remarques générales de l'état de ces mères. On s'est rapproché d'elles, on leur a demandé si on pourrait travailler avec elles. Après avoir eu leurs consentement, on les a informées sur les techniques de notre recherche ; qu'il s'agit d'un guide d'entretien avec une passation de test TAT (Thématique Apperception Test) dont on a expliqué la procédure, elles ont donné leurs consentement, on les a rassurées sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

3-La démarche de la recherche

Considérant la nature de notre thème de recherche, on s'est basé sur la méthode clinique définie par LAGACHE, comme la méthode qui envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible, la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, à la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Chahraoui k. et Benony H., 2003, p. 11)

La méthode clinique se fonde sur un triptyque comprenant :

- L'observation ;
- La mesure, ou dimensionalisation de trait ;
- La prise en compte de la relation clinicien/sujet.

La méthode clinique implique toujours une composante très importante d'observation dans les conditions particulières de la situation clinique. La composante de mesure est également un facteur de la méthode, dans les tests psychométriques. Mais elle est présente

aussi dans le classement que l'on peut effectuer des conduites ou des réponses des sujets sur les échelles nominales, plus qualitative (Roger P. et coll., 2006, p.124).

Elle est aussi « la méthode qui permet par le moyen de recueil des données la compréhension de la personne totale en situation et en interaction ». (Glama A. et Plaza M., 1989, p. 18).

4- La population d'étude

Notre population d'étude est composée de 4 cas de mères qui ont des enfants IMC. Ces mères ont accepté facilement de travailler avec nous, et se sont montrées très compréhensives et ont répondu facilement à notre objet d'étude.

- **Les critères d'homogénéité**

-Tous les cas sont des mères qui ont des enfants IMC.

- Ces mères sont tous des gardes malades dans l'Etablissement Hospitalisé Spécialisé (ESH) en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten.

- **Les critères non pertinents**

-L'âge de la mère et celui de leur enfant.

-Le niveau d'instruction.

- La fonction.

- Le sexe de l'enfant.

Tableau N°1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

Prénom	L'âge	Niveau d'instruction	fonction	Nombres d'enfants	L'âge de l'enfant(IMC)	Sexe de l'enfant
Louisa	33 ans	4eme année primaire	Femme au foyer	3	11 ans (l'ainé)	Garçon
Zohra	43 ans	Niveau terminal	Femme au foyer	3	7 ans (le cadet)	Garçon
Nadia	28 ans	Niveau terminal	Femme au foyer	jumeaux	5 ans et demi	Garçon et une fille
Hayat	40 ans	Niveau universitaire	enseignante	1	4 ans et demi	Garçon

Notre population d'étude comme montrée dans le tableau est composée de 4 femmes mamans qui ont des enfants IMC, leurs catégorie d'âge se situe entre (28-43), nous avons remarqué dans, la majorité de cas, que leurs enfant IMC se sont des aînés et qui ne sont pas encore scolarisés.¹

4-1 La présentation du lieu de la recherche

L'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en rééducation et réadaptation d'Ilmaten a été créé juridiquement en vertu de décret 08/62 du 24/02/2008. Il se situe au village d'Ilmaten commune Fénaia, Daïra El-kseur, Bejaïa.

Sa mise en service graduelle et partielle n'a commencé que le 19/10/2010.date de la première consultation spécialisée après l'affectation par le ministre de la santé. Cet établissement est constitué de trois blocs ; bloc enfant, bloc femme, bloc homme, et une unité d'hospitalisation.

¹ Remarque : on a modifié les prénoms des cas dans le respect de l'anonymat.

La prise en charge est assurée par une équipe pluridisciplinaire qui se compose des membres suivants : (04) praticiens spécialistes, (02) médecins généralistes, (01) psychologue clinicien, (01) psychologue orthophoniste, (20) kinésithérapeutes, (05) infirmiers, (02) orthopédistes, (01) ergothérapeute, (10) aides soignants et l'appareillage. Aussi la mise en service des activités de radiologie, de laboratoire et de la pharmacie.

Cette prise en charge pluridisciplinaire a permis à des milliers de malade de bénéficier de soins spécialisés et pour beaucoup d'entre eux d'être réadaptés à la vie de nouveau.

5- Les outils d'investigation

5-1-L'entretien clinique

L'entretien est le principal outil du psychologue, il peut s'agir d'une situation d'évaluation ou de thérapie, la majeure partie du matériel, des informations, proviennent en effet, du discours, les buts sont doublés : écouter, faire parler.

Pour Collette Chilland, l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande du patient. C'est une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles avec un ou plusieurs personnes. (Chiland C., 1983, p. 10)

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives de sujet, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet on se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, il vise aussi à recueillir un maximum d'information sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence du sujet lui-même, à l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale et la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité...etc. (Chahraoui k. et Benony H., 1999, p. 11-12).

Selon Grawitz M : l'entretien clinique « comporte peu de question, c'est l'enquêté qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder. Le plus souvent, il monologue, tout ce qu'il dit intéresse l'enquêteur, dans quelques domaines ou ordre d'idées que se soit. Une série d'interviews est nécessaire. L'enquêteur dans ce type d'interview, s'intéresse non seulement au contenu manifeste, ce que dit le patient, mais aussi la façon dont il le dit. » (Gawitz M. 2011, p. 646).

5-1-1-les conduites de l'entretien

Du côté de l'écoute, le principe fondamental et la neutralité bienveillante, ce qui implique que le psychologue ne donne pas son avis ou ses propres jugements pendant l'entretien, son attitude ne doit être ni distante, ni rigide, du côté de la facilitation de la parole.

Il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, non directif, et semi directif. Dans notre recherche et en vue de la qualité des informations recherchés, nous avons opté pour **l'entretien semi directif** qui est défini comme « c'est une technique directe scientifique auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, au près de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. »(Angers M., 1999, p.144).

5- 1-2-Le guide d'entretien

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien qui est définie comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. »(Blonchet et Gotmen, 1999).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter ; le chercheur prépare quelques questions qui ne sont pas posées de la manière directe ou hiérarchisée.

Nous avons établir un guide d'entretien constitue de(07) axes :

Axe 1 : Données personnelles

Axe 2 : Grossesse et les imaginations de la mère.

Axe 3 : L'annonce de l'handicap à la mère.

Axe 4 : La perception de l'entourage et le rôle de la famille.

Axe 5 :L'état psychique et physique de la mère.

Axe 6 : Le parcours de l'enfant et la perception de la mère.

Axe 7 : Le regard vers l'avenir.

5-2- Thématique Aperception Test(TAT)

C'est une méthode projective, découverte en 1935, par le médecin biochimiste Henry Murray dans le but d'exploration de la personnalité, la nature des conflits les désirs essentiels

et les réactions de l'environnement, sa version définitive c'était en 1943. (Anzieu D. et Chabert C, 1987, p.131-132).

Selon V, Shentoub, cette méthode s'attache à la forme des récits plutôt qu'à leurs contenus, partant de l'idée que les modalités de construction et d'élaboration narrative renvoient aux mécanismes de défense, caractéristique de l'organisation psychique. Shentoub invoque la formule « d'injonction contradictoire entre le réel et l'imaginaire ». Il y a réactivation d'une charge représentation-affect que le sujet doit organiser et contrôler de manière à donner un récit logique et transmissible à autrui.

Dans ce récit peuvent se lire les stratégies défensives développées par le sujet pour maîtriser la pression de la charge pulsionnelle ainsi que les représentations fantasmatique que ces mécanismes n'ont pas réussi à contrôler.

V, Shentoub argumente ce point de vue en se référant aux fonctions antinomiques qui existent dans le système du moi (satisfaction des pulsions et opposition aux pulsions, connaissances des objectifs et aux préjugés. Indépendance des buts et subordination aux exigences du ça et du moi). (Arak.F, choutri.M.F, 1990, p55-56).

Le TAT, peut être proposé dans toute situation impliquant ou nécessitant un examen psychologique se donnant pour objectif l'investigation approfondie du fonctionnement psychique d'un individu, en général le sujet se trouve dans une situation de demande ou de souffrance lorsqu'il présente notamment des troubles d'ordre psychopathologique. Dans le domaine de la recherche le TAT est susceptible d'être utilisé seul sans autre épreuve psychologique. Les objectifs de cette procédure sont en effet partiellement différent de ceux qui caractérisant la clinique : lorsqu'il s'agit d'une investigation à visée diagnostique (et thérapeutique) le psychologue doit s'efforcer d'obtenir un maximum de données afin d'aboutir à l'analyse la plus fine possible des diverses modalités de fonctionnement psychique et des articulations effectives de ces modalités qui constitue son organisation mentale. (Shentoub V., 1990, p.37).

Pour saisir les processus mentaux, il est d'abord nécessaire de connaître l'incidence des différents paramètres qui définissent la situation, en engendrant ces processus à savoir : le matériel, la consigne et l'examineur.

1-Le matériel

Le test TAT comporte 31 planches, mais qui restent numérotées de 1à20. Ces images sont constituées par des dessins, des photographies, des reproductions de tableaux ou de

gravures. Leur signification est ambiguë, on trouve les initiales anglaises imprimées derrière chaque planche. En précisant la distinction B : Boy ; G : Girl ;(jusqu'à 14 ans).M : Mal, F : Female. (12) planches représentent un être humain seul, à divers âges, les deux sexes sont également représentés, (07) représentent deux personnes de même sexe, (04) planches, deux personnes de sexes différents sont également représentés.(01) représente trois personnes(deux femmes et un homme), (01) autre représente plusieurs hommes ensemble. (03) planche représentent des paysages, et enfin(16) complètement blanche : elle favoriserait la projection de l'image idéale que se fait de lui-même. (Anzieu D. et Chabert C., 2004, p.135).

La série d'images présentés au sujet a toujours échappé à une réflexion sérieuse, l'attention des chercheurs était focalisées sur les récits fournis par les sujets, c'est-à-dire sur les modèles particuliers d'élaboration. Chacune des images, il existe un contenu manifeste figuré par les éléments majeurs en présence personnages, leurs sexes, leurs âges, des objets, et des sollicitations latentes, susceptibles d'activer tel ou tel niveau de problématique.

Les planches qui sont présentées aux femmes sont : la 1, 2,3BM, 4,5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19,16.

L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 doit être proposée à la fin de la passation.

2-La consigne

Selon V. Shentoub, la consigne doit être la suivante : « imaginez une histoire à partir de chaque planche ».

Cette consigne contient deux mouvements ; imagination qui suppose une baisse de contrôle et en même temps de prendre en compte des éléments de la réalité(le matériel) se qui suppose le maintien d'une certaine vigilance.

3-L'examineur

Il s'agit d'un élément au moins aussi important que les précédents, le sujet l'investit avant même de le reconnaître et sa représentation anticipée, aura à se confronter à une attitude dictée par deux exigences :

-« Être présent sur un mode neutre, ne pas intervenir, ne pas poser de questions, s'abstenir de tout jugement de toute relation réelle ».

-« Imposer le matériel et la consigne et transcrire les propos de sujet ... ». « Il est, comme l'ensemble de la situation, porteur d'une règle qui comprend l'incitation du désir et la défense... » (Ait Sidhoum M.A., 1990, p.69-70).

5-2-1-L'analyse de protocole TAT

La grille d'analyse de TAT, concerne le fonctionnement psychique des personnes dans ses différents types. V.Shentoub à tirée cette grille à partir des concepts fondamentale de la psychanalyse (mécanismes de défenses), puisque les mécanismes qu'on cherche sont des procédés qu'on trouve dans les propos de l'examiné.

1-Procédés défensifs

Cette grille est divisée en quatre procédés défensifs qui sont sous forme des séries suivantes :

- La série(A) concerne la rigidité et le contrôle.
- La série(B) concerne la labilité.
- La série(C) concerne l'évitement de conflit.
- La série(E) concerne l'émergence des processus primaires.

2-la lisibilité

Témoigne la relation communicative entre la personne et son monde intérieur d'une part, et d'autre part, elle permet d'évaluer les traces que les procédés ont créés dans l'élaboration des récits, la lisibilité se divise en :

- la lisibilité positive(+).
- la lisibilité positive-négative (+,-), ou moyenne.
- la lisibilité négative(-) (سي موسي أ، زقار ر.، 2002، ص 56-59)

3- la problématique

C'est aux modalités d'élaboration d'un thème, plutôt qu'à son contenu que nous nous adressons pour apprécier la place que telle ou telle problématique tient dans la vie psychique du sujet. Les planches TAT, sollicitent l'éveil de différentes problématiques (problématique œdipienne, dépressives et problématique archaïque ou pré-générale). (Shentoub V., 1990, p. 133).

5-2-2 Contenus manifestes et contenus latents des planches TAT

-Planche 1 :

Manifeste : Un garçon, la tête entre les mains, regarde un violon posé devant lui.

Latent : Renvois à l'image d'un enfant, l'accent porte sur l'immatunité fonctionnelle face à un objet d'adulte (pas un jouet), objet phallique.

Le conflit porte sur la difficulté voir l'impossibilité à utiliser cet objet dans l'immédiat, avec aux deux extrêmes la position dépressive (incapacité, impuissance) et la position mégalomane (toute puissance).

-Planche 2 :

Manifeste : « Scène champêtre ». Un homme avec un cheval, une femme adossée à un arbre, une jeune fille au premier plan tient des livres.

Latent : Renvois au triangle œdipien : père-mère, fille, mais sans notion d'immatunité fonctionnelle.

Le conflit portera sur la position du jeune adulte face au couple, ce qui est objective au niveau du contenu manifeste par la différence entre les deux plans.

-Planche 3BM :

Manifeste : Un individu affalé au pied d'une banquette. (Sexe, et âge indéterminés, objet également flou).

Latent : Renvois à la position dépressive essentielle avec traduction corporelle. (pas de conflits, c'est la perte d'objet).

-Planche 4 :

Manifeste : Une femme près d'un homme qui se détourne. (Différence sexe, mais non de génération).

Latent : Renvois à une relation de couple manifestement conflictuelle avec deux pôles : agressivité- tendresse.

-Planche 5 :

Manifeste : Une femme d'âge moyen, la main sur la poignée d'une porte, regard à l'intérieur d'une pièce.

Latent : Renvois à une image féminine (maternelle) qui pénètre et regarde.

Le conflit enverra, face à ce type d'image féminine, à la possibilité ou non de se situer par rapport à une instance surmoïque.

-Planche 6GF :

Manifeste : Un couple hétérosexuel, une jeune femme assise au premier plan, se retourne vers un homme qui, lui, se penche vers elle, en tenant une pipe à la bouche.

Latent : Cette planche renvoie à un fantasme de séduction. la planche met à l'épreuve la capacité à intégrer l'identification féminine au sein d'une relation de désir.

-Planche 7GF :

Manifeste : Une femme, livre à la main, penchée vers une petite fille à l'expression rêveuse qui tient un poupon dans les bras. (Différence de génération, immaturité fonctionnelle pour la fille).

Latent : Renvoie à une relation de type mère-fille dans un contexte de réticence de la part de la fillette. (Rivalité, identification).

Le conflit se noue autour de l'identification à la mère, favorisée par celle-ci.

-Planche 8BM :

Manifeste : Un homme couche, deux hommes penchés sur lui avec un instrument. Au premier plan, un garçon seul qui tourne le dos à la scène, et un fusil. (Pas de différence de sexe, différence de génération, pas d'immaturité fonctionnelle).

Latent : Renvoie à une séance d'agressivité ouverte mettant en présence des hommes adultes et un adolescent dans un contexte de position contrastées : active/ passive.

Le conflit doit se nouer autour de la scène d'agressivité ouverte du deuxième plan en la reliant au garçon et au fusil du premier plan.

-Planche 9GF :

Manifeste : Une jeune femme, derrière un arbre, portant des objets. Regarde une deuxième jeune femme qui court en contre-bas. (Pas de différence de génération ni de sexe, pas d'immaturité fonctionnelle).

Latent : Renvoie à une situation de rivalité féminine dans un contexte dramatisé.

Le conflit doit se nouer de la rivalité féminine accentuée au niveau de matériel par la ressemblance entre les deux femmes et le fait que l'une semble surveiller la fuite de l'autre.

-Planche 10 :

Manifeste : Un couple qui se tient embrassé. (Seuls les visages sont représentés. Le contraste blanc et noir est accentué).

Latent : Renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple. L'image est suffisamment peu nette pour qu'il puisse y avoir différentes interprétations quant au sexe et à l'âge des deux personnages.

-Planche 11 :

Manifeste : Paysage chaotique avec des vifs contrastes d'ombres et de clarté, en à pic. (Détail à gauche style dragon ou serpent).

Latent : Réactivation d'une problématique prégénitale. Quelques éléments plus structurés (pont, route...) peuvent permettre la remontée vers un niveau moins archaïque. (Régression possible ou pas).

-Planche 13 MF :

Manifeste : Une femme couchée, la poitrine dénudée et un homme au premier plan, le bras devant le visage.

Latent : Renvoie à l'expression de la sexualité et de l'agressivité dans le couple.

-Planche 13 B :

Manifeste : Un petit garçon assis sur le seuil d'une cabane aux planches disjointes. (Contraste lumière à l'extérieur et intérieur noir)

Latent : Renvois à la capacité d'être seul, l'accent portant ici sur l'immaturation fonctionnelle (image d'un enfant) et sur la précarité du refuge maternel symbolisé par la cabane (capacité de fantasme l'objet absent).

-Planche 19 :

Manifeste : Image « surréaliste » de maison sous la neige ou de bateau dans la tempête avec fantômes, vagues...

Latent : Réactivation d'une problématique prégénitale. Le stimulus peut évoquer un contenant et un environnement permettant la projection du bon et du mauvais objet.

La planche pousse à la régression et à l'évocation de fantasmes phobogènes.

-Planche 16 :

Manifeste : « Carte blanche », pour le sujet.

Latent : Renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. (Niveau auquel il se place). (Si Moussi A. et Moussa F., 1990, p.95-101).

6- Le déroulement de la pratique

Les circonstances dans lesquelles on a effectué notre recherche ne sont pas favorables, car on a rencontré certaines difficultés au niveau de l'Établissement Hospitalisé Spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten, à cause de l'indisponibilité de bureau. Ce qui nous a poussé à faire des rencontres avec les mamans des enfants IMC, parfois dans la salle d'hospitalisation, parfois dans la salle de la rééducation.

L'entretien s'est déroulé dans la salle de la rééducation lors des séances de rééducation de leurs enfants, ou à la salle d'hospitalisation après midi, la durée varie entre 35 à 45 minutes. Les mères sont montrées compréhensives et collaboratrices avec nous.

Une semaine après le déroulement de l'entretien, on a fait une passation de test TAT, ce dernier est effectué dans un cadre spécifique, c'est-à-dire dans un bureau (celui du psychologue ou celui des infirmiers) à la présence de psychologue de cet établissement, qui nous a aidés dans la passation. La durée varie d'un cas à un autre, mais elle ne dépasse pas une heure.

7- La méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas

Après avoir recueilli toutes les informations sur notre population de recherche, et après l'application des outils de la recherche (entretien semi directif et le test projectif TAT). On a suivi les étapes suivantes :

1-Présentation et analyse des cas :

On a fait une analyse qualitative des données de l'entretien de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.

2-Présentation et analyse de test TAT :

1-On a présenté les procédés défensifs utilisés par le sujet à chaque planche, en suivant leurs mouvements d'apparition dans le récit.

2-On a donné une lisibilité pour chaque planche, en se basant sur ces procédés et sur la qualité de la résonance fantasmatique de chaque récit.

3-On a discuté la manière dont le sujet intègre et traite la problématique de chaque planche.

4-Enfin, on a donné une conclusion, du protocole TAT après, une conclusion générale de l'entretien et de TAT.

Conclusion

Ce chapitre méthodologique nous a servi pour avoir une bonne organisation de notre recherche et cela à travers le respect de certaines étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail.

Chapitre V

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation et analyse des entretiens et du test TAT

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°1

Prestation du cas N°1

Louisa âgée de 30 ans, femme au foyer, niveau d'instruction 4^{ème} année primaire, mère de 3 enfants (2 garçons et 1 fille), dont l'ainé c'est un garçon atteint d'infirmité motrice cérébrale (IMC) âgée de 11ans, qui n'est pas scolarisé vu la sévérité de son infirmité (IMC sévère).

L'entretien avec Louisa c'est déroulé dans la salle de la rééducation (lors de la séance de la rééducation de son fils).

-Donnés et analyse de l'entretien du cas N°1

D'abord, nous avons remarqué que cette dame est une personne timide, très calme, d'une mimique triste .Elle ne parle pas beaucoup, elle a accepté facilement l'entretien avec nous, après l'explication de notre objet d'étude. On a remarque que Louisa, c'est une personne qui refoule « jamais hadregh ihad, mais tura amdhedregh kemi izmer ahed ayed fehmat ,itchur wul-iw,vghigh amdaksagh ayan iyikarhan »,« Je ne parle à personne de ma souffrance, mais maintenant je vais parler uniquement à vous, car vous, vous pouvez me comprendre, je veux extérioriser ce qui me fait mal ». Cela signifie qu'elle a refoulé, et le refoulement c'est un mécanisme très coûteux en énergie psychique.

L'analyse de contenu de cet entretien, permet de découvrir que Louisa est très contente de la découverte de sa grossesse, ce qui signifie que c'est une grossesse désirée, et qu'elle n'a jamais rencontré aucun problème durant cette période. L'entretien révèle qu'elle à désiré un enfant en bonne santé, sain, et que durant la grossesse aucun problème n'a été détecté. D'après ses propos, on a compris qu'elle a fait un accouchement très difficile, en suite, à la naissance de son enfant, elle a découvert que ce n'est pas un enfant normal. « ami idiloul nighess machin dh le bébé idaurwagh, dhazagzaw, khel3egh mlih ,auzmiregh ara adhtilegh ghouress »,« A sa naissance, je me suis dite, ce n'est pas un bébé, il était bleu, j' ai eu peur ,je ne pouvais pas le regarder. J'étais choquée ». Cela témoigne que la naissance de cet enfant était un événement traumatisant pour la mère. Ferenczi dit que « le traumatisme à un effet de sidération, qu'il provoque une perte de la liberté de penser, la perte du plaisir de vivre et un retournement de l'agressivité contre soi-même. (Borgnos D., 2000, p1).

Elle a perdu l'image d'un enfant imaginé, ce qui signifie que le sujet a fait un deuil d'un enfant fantasmé. Freud S. dit à cet égard « le deuil est une réaction de perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place : la partie, la liberté, un idéal. De ce fait, la douleur est la réaction propre à la perte d'Object » (Pardinielli J.L. et Bernoussi A., 2004, P. 79).

Cette mère, tombe dans l'état de choc, selon Evans (1976), « une personne est en état de choc lorsque, placée devant un fait inattendu, elle est construite de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité, les parents attendent un enfant normal et la naissance d'un enfant handicapé c'est un moment choquant ».

Et par conséquent, on a constaté que cette mère n'a pas accepté l' handicap de son enfant. « wayi machi, demi, impossible adarwagh un handicapé ». « Celui-ci n'est pas mon fils. Impossible d'avoir un handicapé » avec des expressions faciales tristes. Ce qui signifie qu'elle dénie la réalité de son fils. Le déni, « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisme (Lagache, 1996, p115).

D'après ses propos, on a remarqué que notre cas était bien soutenu par son mari, et la relation entre la fratrie était normale. Mais l'entourage influence beaucoup sur elle. « l3ivad aurahmen ara, mara athid tmoukolen aken itghitiyi lhal ». « Les gens n'ont pas de pitié, lorsqu'ils le regardent, ça me touche et ça me fait vraiment de la peine ». Elle éprouve également des sentiments de honte et d'évitement selon ses dires « aughalagh, tesathehigh yess, mara athi-d tmokolan, aughalagh authsouforegh ara ». « je suis devenue éprise par le sentiment de la honte, quand les gens l'apercevaient, c'est pour cela que je le fait pas sortir ». Elle a aussi évoqué qu'elle rencontre des difficultés dans l'éducation de son fils « It3ativeyi mlih, ou gthdou ou gtaqamat ». « Il me fatigue trop car il ne peut ni marcher ni s'asseoir ».

L'arrivée de cet enfant inattendu l'a changé beaucoup, elle dit qu'avant elle était calme, souriante, mais maintenant elle est devenue quelqu'un d'autre. Elle se met facilement en colère, elle pleure toujours. Louisa ajoute qu'elle a perdu l'appétit, et qu'elle ne peut ni manger, ni dormir.

Ce qui signifie qu'elle présente une symptomatologie dépressive (irritabilité, anorexie). Du même, cet événement tragique comme Louisa l'a qualifié, l'a rendu coupable, « qarghesse dacho ikhadmer imi iydifka rabi wayi », « Je me suis dit, qu'est-ce que j'ai fait pour que Dieu

me donne cet enfant ». Le sentiment de la culpabilité est une caractéristique des états traumatiques.

Ensuite, on a constaté que Louisa, préfère rester seule, ne pas parler à personne, elle utilise des mécanismes de défense de type, isolement, évitement et le repli sur soi. Elle éprouve un fort pessimisme, elle est tout à fait découragé au point où elle a essayé de mettre fin à sa vie comme elle a exprimé dans le passage suivant : « seyyegh deux fois adenghegh iman-iw, thoussough tina idh la solution, me3na rebbi sebhano ittarayid toujours ghoubrid », « j'ai fait deux tentatives de suicide, je le vois comme une solution, mais le bon Dieu, m'a remis dans le droit chemin ».

On voit bien que la perte de l'image de l'enfant fantasmé est inconcevable chez notre sujet, ces deux tentatives de suicide démontrent bien une rupture externe révélant « une rupture interne » correspondant chez notre cas à la fragilité des assises narcissiques mises à mal par la naissance de cet « enfant » pas comme les autres, cela traduit la faiblesse du moi en raison d'une défaillance de ses mécanismes défensifs.

De même Louisa présente un sentiment de désespoir, et de l'inquiétude par rapport à l'état de son fils, pare qu'il n'y a pas de changement, ni d'amélioration, comme elle a montré dans ses dires : « t3adin la3wam, karghess ahed adhihlou, ma3na walo, aken igalla igkim ». « Je me disais qu'après ces années passées il va guérir mais rien n'a changé, il est tel qu'il était ».

Elle n'a pas accepté que son enfant grandisse avec cette déficience. « karghess ma adhihloi ih, ma aqua adhiqim, adimeth akhiris ». « Je me dis s'il va guérir oui mais s'il va rester dans cet état je préfère qu'il meurt ».

D'après ce passage on constate une ambivalence et une contradiction dans ses dires, d'une part, elle évoque qu'elle s'occupe de son fils, qu'elle répond à tous ses besoins, d'autre part, elle souhaite sa mort. « gness aken fak3agh, des fois même gehlegh, ma3na khedemghess levriss tughaliyi tanomi ». « Même si je me mets en colère, des fois je tombe dans l'ignorance mais je marche dans sa guise et c'est devenu routinier » C'est une adaptation à la situation, qui est un mécanisme de défense contre le choc et le trauma.

Finalement, quant aux regards vers l'avenir, Louisa, s'est montrée triste, avec des larmes aux yeux, on a remarqué qu'elle n'a pas d'espoir concernant la guérison de son fils. « saramegh, n chalah adihlou, adizmer iymaniss, adhirer, gness aken zrih impossible ma3na

nassarem ». « Je souhaite qu'il sera guéri, qu'il soit autonome, qu'il entre à l'école, même si c'est de l'impossible, mais je le souhaite ». Ce qui signifie qu'elle a une inquiétude par rapport à l'avenir.

Quand nous avons demandé à cette dame si elle veut ajouter quelques chose, elle nous a répondu qu'elle ne désirent pas avoir un autre enfant, par peur d'avoir un autre comme le premier. « ligh nighess jamais adarnough, ougadhegh, déjà l3ibed karness adarew les handicapé, ma3na rabi sabhano, ifkayihend sahen, hamdollah ». « Avant, je me disais que je ne vais plus avoir de bébé vu que les gens disent qu'elle va avoir que des handicapés mais le bon Dieu me les a donné en parfaite santé » Cette peur d'avoir un autre enfant, c'est un signe d'évitement d'un traumatisme.

Conclusion

D'après l'analyse de l'entretien, on peut conclure, que le cas présente un conflit intrapsychique, marqué par des sentiments ambivalents envers son enfant handicapé. Ainsi que des sentiments de honte et de la culpabilité vis-à-vis la situation. Comme elle présente une symptomatologie dépressive marquée (perte d'appétit, replis de soi, insomnie), avec passage à l'acte, le sujet utilise aussi des mécanismes de défense comme le refoulement, le déni, l'évitement, l'isolation, et le recours à la foi.

1-2- Analyse de TAT

-Planche 1 :10'' « aqchich isserssed a guitare a dhigheni, auguezmir ara (signe de négation de la tété), ittef aquarouyiss »47''.

Procédés défensifs

Le récit se développe au plus près du contenu manifeste (CF-1) suivi d'un accent porté sur le conflit intra-personnelle (A2-17) et une tendance à la restriction (CP-2)

Lisibilité

Type 2 (lisibilité moyenne (+/-)).

Prédominance de la série C et/ou A.

Problématique

Sollicité par une problématique d'immaturation fonctionnelle, Louisa l'a conflictualisé sur un mode intrapsychique, l'identification à l'enfant la confronte à sa propre angoisse de castration.

La problématique de cette planche est donc perçue.

-Planche 2 :19'' « tawacholt,kol youwen dacho igkhadem bach adyawi aghromiss, tayi trouh atzghar, ma tamatouth ayi th tkhemim, c'est tout ! »1'.15''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial un peu long (CP-1), le récit est construit d'emblée sur une relation interpersonnelle (B1-1) et un accent porté sur le faire (CF-3) suivi d'un scotome d'objet manifeste (E1-1) en l'absence de l'homme dans le discours.et termine avec un accent porté sur le conflit intra-personnel (A2-17) et une tendance à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Moyenne (+/-).

Prédominance des facteurs A2 et/ou B2 et/ou C et/ou E.

Problématique

La problématique œdipienne n'est pas perçue, ni élaborée malgré une première tentative, mais le scotome d'objet et l'inhibition vient obéir la relation triangulaire.

-Planche 3BM: 5'' « tayi tamatouth, ahed demiss ighalken thatnadhi ansa adek tafayth iw problamiss, negh ahed tetkhamim atnegh imaniss »1'30''.

Procédés défensifs

Le sujet s'engage d'emblée dans l'expression d'un affect (B2-4) et une relation interpersonnelles (B2-3) avec perception d'objet malade (E6) et hésitation (A2-6), l'évocation d'un conflit intrapsychique (A2-17) et la montrée d'une violence pulsionnelle (E8) sur le fond d'éprouvé subjectif (CN-1) et une introduction de personnage (B1-2) et une restriction (CP-2).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance des facteurs A2 et/ou B et/ou C et/ ou E.

Problématique

Le sujet a perçu une personne malade et la tendance générale à la restriction ainsi que l'expression crue liée à une thématique agressive dirigée contre soi n'a pas aidé le sujet à traiter le contenu latent de cette planche.

-**Planche 4:20''** « dayi tzwaligh argaz lwahi tmatouth, as3en agouren, mais tmatouth outs3a ara lheq aataklev aqarouyis fergaziss. » 38''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1), l'entrée dans le discours se fait par la mise en scène interpersonnelle (B2-3) avec accrochage au contenu manifeste (CF-1) et une préséance de conflit intrapsychique (A2-4) et une référence sociale au sens commun (A1-3).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance des facteurs A et/ou C.

Problématique

La problématique conflictuelle du couple a été perçue avec le pôle de l'agressivité mais les procédés d'évitement du conflit et de rigidité du contrôle n'ont pas permis l'élaboration du récit.

-**Planche 5 : 15''** « tamatout tnitwayid lhala, tkechmed tatmokol, c'est tout ! »20''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initiale long (CP-1), le discours commence par un personnage anonyme (CP-3) et un accrochage au contenu manifeste (CF-1) avec un accent porté sur le faire (CF-3) et une tendance à la restriction (CP-2).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance de série C.

Problématique

Le sujet n'a pas perçu la problématique de cette planche à cause de la présence massive des procédés d'inhibition et d'évitement.

-Planche 6GF : 16'' « tzwaligh argaz ihedar itmatoutiss, irgazen aywaq ivren lhadja amdrouhen sla3qel, la femme ayi tetvaned amaken ataqvel ».21''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1), le sujet commence avec un attachement au contenu manifeste (CF-1) et un accent porté sur les relations interpersonnelles et une mise en dialogue (B2-3) suivi d'une expression d'affect (B1-4) et un commentaire (B2-8).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance des facteurs B et/ou C.

Problématique

La problématique hétérosexuelle suggérée par la planche est perçue dans un contexte de dialogue.

-Planche 7GF :6'' « tzwaligh taqchicht t-tzrabi, yemess t-tzansahit, mais taqchicht ayi t-sarem amaken kra au gogh l bébé ni »26''.

Procédés défensifs

Le discours commence avec un accrochage au contenu manifeste (CF-1), un accent sur le faire (CF-3) et une relation interpersonnelle (B1-1), puis vient un investissement narcissique avec un éprouvé subjectif (CN-1), un attachement à la description (A2-1) et un accent porté sur le dialogue (B2-3), avec une perception d'une personne malade et malformés (E6) et une tendance à la restriction (CP-2).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance de facteurs A2 et/ou B2, et/ou C et/ou E.

Problématique

La relation mère-fille est perçue, le sujet a traité le contenu latent de la planche.

-Planche 8BM :12'' « aufhimagh ara mlih, twaligh argaz itess, negh dacho ityoughen ? oufhimegh ara dacho ivghen adkhamen »33''.

Procédés défensifs

Le sujet aborde la planche par une inhibition (CP-1) suivi d'une hésitation (A2-6) avec scotome d'objet manifeste (E1-1) et une nouvelle tendance au refus (CP-5).

Lisibilité

De type négatif.

Prédominance de facteurs C.

Problématique

la problématique de l'agressivité à laquelle renvoie la planche a été évitée par le sujet avec l'intervention du mécanisme d'inhibition ainsi que l'émergence des processus primaires qui s'est résumé en scotome d'objet manifeste à savoir les personnages de la planche et le fusil, ce qui a entravé le sujet à développé son récit.

-**Planche 9GF**: 8'' « sneth tlawin ,tayi ahed touzel gher wargaziss ma youssed, tayed soufell n-chjra, dacho itkhdem, t-t3assatid dacho itkhdem »1'.22''.

Procédés défensifs

Le sujet commence d'emblée par un accrochage au contenu manifeste (CF-1) suivi d'une précaution verbale (A2-3) et une représentation d'une action (B2-4) et une description avec attachement aux détails (A2-1) suivi d'un mouvement d'inhibition (CP-1) et une tonalité de persécution (E9).

Lisibilité

Moyenne.

Prédominance de facteurs A2 et C.

Problématique

La situation de rivalité féminine est perçue.

-**Planche 10** :10'' « walegh 2 argaz tmatout gren irebi, wiss dacho is3en dagouren, mais t-tvened lahmala guarassen »33''.

Procédés défensifs

Le récit commence par une précision chiffrée (A2-5) avec une recherche d'étayage (CM-1) et un conflit intrapsychique (A2-17) et une érotisation des relations (B2-9) et une tendance à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Moyenne.

Prédominance A2 et/ou C et/ou B2.

Problématique

La problématique libidinale au niveau du couple à été perçue.

-Planche 11:57'' « walegh amaken avrid iqfel, hacha tiguferfiwin, amaken avrid ikfel oulach ansa at3adit, kolchi yekhreb, daya. Chroul amaken deljahim, ma3na amaken amen kand sihin »1'.55''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence long (CP-1), le sujet aborde la planche par un accrochage aux contenu manifeste (CF-1), avec une préséance de thème de peur représenté par le corbeau (B2-13) suivi d'un remâchage (A2-8) et une précaution verbale (A2-3) et une émergence du processus de type de peur et de destruction (E9) marqué avec une description avec attachement aux détails (A2-1).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance de C et A2 /B.

Problématique

Le sujet à perçu la problématique de la planche avec reconnaissance de l'angoisse archaïque.

-Planche 12BG :14'' « neki walegh amaqen tagara lakhrif, aghlin wafriwen, tala daghen tafloukt, mais oulach wa adiroukven(signe de négation de la tête), ikhreb wamkana »1'.2''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence (CP-1) et une précaution verbale (A2-3), le sujet entre directement dans l'expression (B2-1) suivi d'un accrochage au contenu manifeste (CF-1), le sujet a fait

une description avec attachement aux détails (A2-1), elle termine avec un commentaire (B2-8 et tendance en refus (CP-5).

Lisibilité

Le recours massif aux procédés de la série C et/ou la série A2 et B2, entraîne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique de la planche est perçue, elle réactive une problématique de perte et d'abandon.

-Planche 13B :9'' « dagui walegh aqchich damachtouh, iqim guel qa3a, ilahfa, aka iditvin aka ahed ivgha adyili am wiyet, ahed ivra adiss3o a vélo, negh, mais neta augzmir ara,adikhdem kra, itkhemim iachoigalla lkhilaf gares ed weyet nin, ahed augezmir ara adhilhou, itkhemim (voie basse et triste) »1'32''.

Procédés défensifs

Le début de récit se voit descriptif (A2-1, A1-1), et un affect de tristesse liée à la solitude apparaît à travers le dénuement vestimentaire perçue chez le garçon (CN-10), suivi par une expression d'affect liée à toute problématique de l'incapacité (E9). Le sujet annule (A2-9) par la suite elle a fait une précaution verbale (A2-3, et des associations courtes (E19) et un conflit intrapsychique (A2-17).

Lisibilité

De type moyen.

Prédominance de la série A2, E et/ou C.

Problématique

La problématique suggérée par la planche est perçue par le sujet et traitée selon son histoire personnelle, elle renvoie à la solitude dans un contexte de la précarité du symbolisme maternel, cette planche réactive chez Louisa une position dépressive, et un épreuve subjectif.

-Planche 13MF:13'' « dayi twaligh argaz, tzmatout, tamatout ni t-tvaned amaken tamout, twaligh argaz itrou, dayen itwaligh »38''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial (CP-1), le récit débute par un accrochage ou contenu manifeste (CF-1, A1-1) et d'une précaution verbale (A2-3), le sujet a reconnu l'interrelation de couple (B2-3), suivi d'une posture significative d'affect (CN-4), enfin le sujet termine son discours par l'évocation de la mort (E9/B2-4).

Lisibilité

Elle est moyenne.

Prédominance de la série A, et/ou B2, et/ou C.

Problématique

La fantasmagie sexuelle et agressive dans la relation du couple auquel renvoie le contenu latent de la planche est totalement absent, mais le sujet fait recours à une fantasmagie de désespoir et une angoisse de perte de l'objet. On souligne que le récit n'est pas développé à cause des procédés d'évitement.

-Planche 19 :19'' « ouf...dayi oudiven kra, kolchi irwi, dagui auzaregh kra, lhadga taverkent t-doukel »38''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1), le sujet refuse et critique le matériel (CF-5, CC-3), et un scotome d'objet manifeste (E1) suivi d'une fausse perception (E4) et une tendance à la restriction (CP-2).

Lisibilité

La prédominance de la série E et C, donne une lisibilité négative.

Problématique

Cette planche archaïque, non figurative place le sujet devant une impossibilité d'évoquer une histoire. La problématique prégénitale n'est pas perçue et n'est pas élaborée.

-Planche 16 :36'' « dacho itavrit amdinigh ?22'', bon, tawarket tachevhent, akarouyiw amaken ibloqué !zemregh adinigh, beli la3t ab ak ins3ada, itwaned amaken tafath, inchallah hacha aussen imalalen, ih...zaregh beli rabi yala adh nata ken ighit 3awanen » (une mimique triste) 3'35''.

Procédés défensifs

Après un démarrage long(CP-1), le sujet pose la question au clinicien (CC-2, CP-5) et présente une hésitation (A2-6), Luisa est placée devant l'expression d'une thématique d'impuissance massive (E9), mais elle a fait un accrochage au contenu manifeste (CF-1), en suite le sujet a projeté directement son histoire (B2-3, B2-7) avec une insistance sur le fictif(A2-12) Louisa termine par une référence à des normes extérieures (CF-4).

Lisibilité

Elle est moyenne.

La prédominance de la série C, et/ou A2, et/ou B2, et/ou E.

Problématique

Devant la fantasmagorie de vide et de manque de l'objet suggéré par la planche, le sujet éprouve beaucoup de difficultés à structurer ses objets internes, il cherche l'étayage. On observe que cette planche réactive une fragilité chez le sujet à situer ces objets internes.

I- Les mécanismes de défense de défense à partir du TAT**1-La première impression de l'ensemble du protocole**

Au départ le sujet a trouvé des difficultés dans l'élaboration des récits, mais après l'explication, Louisa a commencé d'élaborer des histoires par rapport à la réalité qu'elle vivait.

Le sujet a traité toutes les planches sans aucun refus, on a remarqué que certaines planches, ont réactivé chez notre sujet des sentiments intenses, comme la planche ; 3BM, 13B, et la 11.

On remarque la dominance des procédés d'évitement du conflit avec un pourcentage de 42.30%, qui a été un obstacle pour élaborer les récits de certaines planches.

En ce qui concerne la lisibilité, elle est en générale moyenne.

2-Les procédés utilisés

Dans l'ensemble de protocole, on observe la prédominance des procédés d'évitement de conflit avec un pourcentage de 42.30%, en deuxième position les procédés du contrôle avec un pourcentage de 26%. Les procédés labiles viennent à la troisième position avec un pourcentage de 18.26%. Enfin, les procédés de processus primaire avec un pourcentage de 14.42%.

Dans la série (C) évitement de conflit, en particulier dans le registre phobique (CP), le sujet a trouvé des difficultés dans le démarrage (CP-1) dans les planches 2, 4, 5, 6GF, 8BM, 9GF, 11,12BG, 13MF, 19, 16. Et une tendance générale à la restriction (CP-2) dans les planches 1, 2, 3BM, 4, 5, 7GF, 10, 19. en suite, une tendance en refus (CP-5), dans les planches 12BG, 16.

Dans la majorité des planches on note un accrochage au contenu manifeste (CF-1) au niveau des planches 1, 4, 5, 6GF, 7GF, 9 GF, 11, 12BG, 13MF, 16. Accent porté sur le faire (CF-3) dans les planches 2, 5, 7GF.

Dans le registre du contrôle, le sujet utilise en premier lieu, la description avec attachement aux détails (A2-1) dans les planches 7GF, 9GF, 12BG, 13B, suivi des précautions verbales (A2-3), dans les planches 9GF, 11, 12BG, 13B, 13MF. Et un accent porté sur les conflits intra personnels (A2-17) dans les planches 1, 2, 3BM, 10, 13B. Une hésitation entre les interprétations différentes (A2-6) au niveau des planches 3BM, 8BM, 16.

Dans la série labile, la plus représenté c'est l'accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) dans les planches 3BM, 4, 6GF, 7GF, 13MF, 16. Après, l'expression d'affect fort ou exagéré (B2-4) au niveau des planches 3BM, 9GF, 13MF. Le sujet fait des commentaires et des exclamations (B2-8) au niveau des planches 6GF, 12BG. Vers la fin, histoire construite autour d'une fantasme personnelle (B1-1), Dans les planches 2, 7GF.

Quant à l'émergence des processus primaires, on les constate surtout dans l'expression d'affect/ et ou de représentation liées à toutes problématique (E9), dans les planches 9GF, 11, 13B, 13MF, 16. Scotome d'objet manifeste au niveau des planches 2, 8BM, 19. Et une fausse perception (E4) dans la planche 19.

On peut dire, que la rigidité des procédés défensifs employés par le sujet, a empêché une expression nuancée de la résonance fantasmatique. Cette résonance est soit bloqué, soit exprimé à minima.

3-Les problématiques de tout le protocole

3-1.Problématique œdipienne

Le sujet a perçu la problématique d'immaturation fonctionnelle dans la planche 1, mais elle n'est pas élaborée à cause de l'accrochage au contenu manifeste et la tendance à la restriction.

Dans la planche 2, Louisa n'a pas perçu un des trois personnages (l'homme) et n'a pas pu traiter la problématique œdipienne en raison des mécanismes d'évitement.

Dans la planche 4, la problématique conflictuelle du couple a été perçue dans le pôle de l'agressivité mais les procédés d'évitement du conflit et la rigidité du contrôle n'a pas permis d'élaborer le récit.

Dans la planche 5, elle n'a pas perçu la problématique suggérée à cause de la présence massive des procédés d'inhibition et d'évitement.

Au niveau des planche 6GF et 7GF, le sujet a perçu les problématiques suggérées mais, elle n'a pas pu élaborer.

Dans les planches 9GF et 10, le sujet a traité le contenu latent des planches, mais elle n'a pas élaboré.

3-2.Problématique dépressive

Le sujet a perçu cette problématique, notamment dans la planche 3BM, où elle a reconnu l'affect dépressif.

Dans la planche 12BG, la problématique dépressive est perçue, elle réactive chez elle une angoisse de perte et d'abandon.

Dans la 13B, le sujet s'accroche au contenu manifeste de la planche, qui a réactivé chez lui une position dépressive dû à la solitude de garçon.

Les problématiques dépressives ont été perçues mais pas élaborés à cause des procédés d'évitement et de la restriction.

3-3.Problématique prégénital

Le sujet a perçu la problématique de la planche 11, avec reconnaissance de l'angoisse archaïque.

A la planche 19, le sujet fait recours à la fuite, par le refus et une tendance à la restriction, le sujet évite le contenu du matériel. Donc, la problématique de cette planche n'est pas perçue, ni élaborée.

Dans la 16, le sujet a besoins d'un appui ou d'un étayage concret (matériel structuré) pour qu'il puisse démarrer. Mais après, Louisa a pu fantasmer une histoire courte.

On note aussi que le sujet a eu du mal à mettre de la distance entre l'image de la planche et son vécu personnel.

Conclusion du TAT

A l'analyse de protocole, Louisa, n'est pas arrivée à percevoir certains problématiques des planches, parce que il ya une présence intense des procédés défensifs, de type évitement de conflit.

Conclusion générale

On a observé chez Louisa la présence des affects dépressifs (désespoir, culpabilité, impuissance psychique) liés à une défaillance narcissique cela, a mobilisé des mécanismes de défense immatures comme la projection, le passage à l'acte, le déni, ainsi que des mécanismes de l'ordre de l'évitement du conflit. Tous ces mécanismes mobilisés chez notre cas témoignent de la lutte contre la menace dépressive, même si on a retrouvé chez elle des mécanismes plus élaborés, mais face à un affect trop intense, ce sont les premiers mécanismes qui sont mobilisés, le passage à l'acte confirme ce dire. On a remarqué aussi la vulnérabilité de Louisa au jugement d'autrui et son intolérance à la frustration causée.

On conclue en disant que Louisa tente d'éviter le conflit psychique entre son idéal du moi et la réalité de sa situation et cela est confirmé par le TAT.

A	B	C					E
A1-1=2	B1-1=2	CP	CN	CM	CC	CF	E1=3
A2-1=5	B1-2=1	CP1=11	CN1=2	CM1=1	CC2=1	CF1=9	E4=2
A1-3=1	B1-4=1	CP2=7	CN4=1		CC3=1	CF3=3	E5=1
A2-3=5	B2-1=1	CP3=1	CN10=1			CF4=1	E6=2
A2-4=1	B2-3=6	CP5=3				CF5=1	E8+1
A2-5=1	B2-4=3						E9=5
A2-6=3	B2-8=2						E19=1
A2-8=1	B2-9=1						
A2-9=1	B2-13=1						
A2-12=1	B2-7=1						
A2-17=5							
$\sum A=26$ A%25	$\sum B=19$ B%18.26	22	4	1	2	14	$\sum E=15$ E%14.42
		$\sum C=40$ C%42.30					

Tableau n°2 : Evaluation quantitative des procédés défensifs de Louisa

Feuille de dépouillement

Prénom : Louisa

Age: 30 ans

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°2

Présentation du cas N°2

Zohra âgée de 43ans, femme au foyer, niveau d'instruction terminal, mère de 3 enfants, une fille et deux garçons dont le dernier c'est un garçon IMC âgée de 6ans, qui n'est pas scolarisé.

L'entretien avec Zohra s'est déroulé dans le bureau de psychologue de cet établissement.

-Donnée et analyse de l'entretien du cas N°2

Durant l'entretien Zohra était calme, souriante, elle avait l'air très dynamique, le contact avec elle est très facile. Son discours est structuré, elle est très motivé de travailler avec nous, elle parle de sa situation avec beaucoup de franchise.

L'analyse de l'entretien révèle, que Zohra désire cette grossesse, qu'elle est très contente parce qu'il ya un décalage de 8 ans entre les deux derniers. Durant la grossesse Zohra n'a jamais rencontré des difficultés ni de maladie, comme toutes les mères, Zohra désire un enfant en bonne santé. « Jamais igreghed auqaroyiw adarwegh l'handicap », « Je n'ai jamais pensé mettre au monde un enfant handicapé », elle ajoute que son accouchement était très difficile, elle a découvert la déficience de son enfant après 20 jour de sa naissance.

A l'annonce de l'handicap, Zohra est traumatisée, choquée, elle a fait un deuil de l'enfant fantasmé. Elle a dit « g le moment ni, khel3egh, choqigh zaraghed dounith tahvess », « a ce moment j'étais choquée, je vois la vie s'était arrêté ».

Selon Freud, le traumatisme est le sentiment d'effroi qu'éprouvent les parents au moment où ils perçoivent des différences chez leurs enfants. Il définit l'effroi comme étant « l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse, sans y être préparée, il met l'accent sur le facteur surprise » (Typhain Mahé, 2005, p.24).

Comme elle éprouve aussi un sentiment de culpabilité dans ses propos « qarghess dacho ikhedhmer imi iydifka rabi l'handicapé », « je me suis dit qu'est ce que j'ai fais pour que Dieu me donne un handicap ». On distingue aussi dans ses propos la recherche de sens. Comme elle éprouve le sentiment d'auto reproche et de culpabilité « dh la fautiw normalement audranough ara, zrigh to3ar tarawt iw » « c'est ma faute, normalement je ne dois pas avoir un autre enfant, parce que mon accouchement est difficile ».

Zohra accuse aussi les médecins, elle projette sa souffrance sur eux « ananed adilal normal finalement ilaq l'opération » « ils ont dit qu'il va naitre normal finalement il fallait une opération ».

On a constaté que l'entourage n'influence pas Zohra, parce qu'elle les évite selon ses dire « l3ived auyteyki3 ara zeysen, feq3egh mara qaren ayouh » « je m'en fou des gens, ils m'énervent quand ils disent ayouh ».

On a remarqué qu'il ya une contradiction dans ses propos, d'une part elle dit que l'entourage n'influence pas sur elle, d'autre part, elle dit qu'elle évite les gens. Ce qui signifie qu'elle vit dans un conflit intrapsychique indéniable, Zohra refoule une part importante de sa souffrance.

De même, Zohra éprouve des sentiments hostiles à l'égard des médecins, car l'annonce du l'handicap se fait de manière brutale, les médecins utilisent des propos violents, ce qui l'a blessée et l'empêche d'aller en avance dans la prise en charge de son enfant. Comme elle exprime dans ce passage « le pédiatre ni auges3a ara arahma, inayid louken imouth akhir, houssegh le moral issob » « le pédiatre n'a pas de pitié, il ma dit la mort c'est mieux pour lui, il ma baissé le moral ». On voit qu'il y'a un manque de soutien médicale.

Et par conséquent, cet événement provoque chez elle, le sentiment de désespoir, le pessimisme, l'insomnie, l'anorexie « à ce moment j'ai perdu l'espoir, je vois tout en noir, j'ai perdu le goût de la vie ». Ce qui signifie qu'elle a présenté une symptomatologie dépressive qui a duré plus d'une année, elle ajoute qu'elle n'a pas accepté facilement cette réalité, elle vit dans le déni « ami machi dh l'handicap, c'est juste une maladie passagère, zrih bel adihlou » « mon fils ce n'est pas un handicap, c'est juste une maladie passagère, je sais qu'il sera guéri », on remarque que la réalité est encore traumatisante pour employer un tel mécanisme de défense.

Pour dépasser sa souffrance psychique, elle a fait référence à l'idéalisation de soi « je suis une femme forte, j'essaye de dépasser les difficultés », comme elle essaye d'apparaître forte, c'est une femme qui n'accepte pas la défaite, toujours à la recherche d'une lumière, de l'espoir. Elle dit « ghes aqen inayid aulach l'espoir, mais auqimegh ara g le même point, toujours tzseyigh a dh dépasser les difficultés » « même s'il ma dit ya pas d'espoir, mais moi je n'ai pas resté dans le même point, toujours j'essaye de dépasser les difficultés ».

D'après ses propos, on note un autre conflit qui apparaît entre désir et défense, au fond, elle n'a pas accepté l'handicap de son fils, mais elle essaye de se montrer forte.

Cependant, Zohra évoque qu'elle rencontre des difficultés dans le quotidien de son enfant, mais elle rapporte qu'elle s'occupe bien de lui, et qu'elle voit des améliorations depuis qu'il a commencé la rééducation. Elle rajoute aussi, qu'elle est bien soutenue par ses deux familles, c'est-à-dire il y a un étayage familial sur lequel elle s'appuie.

Enfin, Zohra a une vision optimiste concernant la guérison de son enfant. Elle dit « puisque tala l'amélioration, tmenigh adhihlou, adhidou, augtnoghmay ara, adhyili autonome » « puisque il y a l'amélioration, je souhaite qu'il soit guéri, qu'il marche, qu'il ne soit pas triste, qu'il soit autonome ».

Mais elle a une inquiétude par rapport à l'avenir, elle craint la mort et le fait de laisser son fils seul, elle exprime ça avec des larmes aux yeux « augadhegh lmout wa tidedjehg wahdhess » « je crains la mort et de le laisser seul », on note une angoisse de mort chez la mère et l'angoisse d'abandonner son fils.

Conclusion

Après l'analyse de l'entretien nous avons constaté que Zohra est traumatisée par l'annonce du handicap de son enfant, ce qui l'a fait souffrir de plus c'est la révolte contre les médecins. Elle a utilisé certaines défenses pour assouplir sa souffrance, comme l'évitement, déni, l'isolement, l'idéalisation de soi. Elle présente aussi des symptômes de la dépression comme le dégoût de vie, pessimisme et l'insomnie, et l'anorexie.

1-2.L'analyse de TAT

-Planche 1 : 10'' « un enfant en face la guitare, chghoul amaken ihzen, baleq auguessin ara atissedou, negg it3ichi g le moment auglaq ara atissedou, negh...si tout ! »40''.

Procédés défensif

Le récit se développe au plus près de contenu manifeste (A1-1 /CF1), une description avec attachement aux détails (A2-1), et une expression d'affect (B2-4), le conflit mise en scène sur un mode intrapsychique (A2-17), le sujet hésite entre interprétation (A2-6). Le « si tout » qui termine le récit, confirme une tendance générale à la restriction et à l'inhibition (CP-2).

Lisibilité

C'est une lisibilité moyenne

Prédominance de la série A2 et/ou C.

Problématique

La problématique de l'immaturation fonctionnelle est perçue, l'identification très proche à l'enfant conforte le sujet à son propre angoisse de castration.

-Planche 2 : 07'' « chghoul n tzmortiw, wayi itzikhedem fel3ichiss, tayi tetzkhemim fel3ichiss, tayi tdawir f l'avenir iss, dayi la vie contenu ! »30 ''.

Procédés défensifs

Zohra débute le récit par une précaution verbale (A2-3), et une référence personnelle (CN-2) et par une intellectualisation (A2-13) et l'insistance sur le fictif (A2-12), le sujet construit une histoire proche du thème banale (A1-1/CF-1) et une idéalisation de l'objet (CM-2), le sujet termine son discours par une précaution verbale et un commentaire (A2-3/CP-2).

Lisibilité

La rigidité des procédés d'évitement empêche toute résonance fantasmatique, c'est une lisibilité moyenne.

Problématique

Le sujet n'a pas perçu la problématique œdipienne, elle a attribuée à chaque personne son rôle, sans faire des liens entre eux.

-Planche 3BM : 13'' «c'est une femme ? Je pense c'est une femme, elle porte une jupe, l3evd amaken adisel lhadja ndiri catastrophe, elle a réagit amaken taztrou,taghli halqa3a désespéré »39''.

Procédés défensif

Après un temps un temps de latence initial long par rapport à les planches précédentes (CP-1) le sujet pose la question au clinicien (CC-2) et hésite entre le sexe de la personne (B2-11) et une description avec attachement aux détails (A2-1) et un anonymat de personnage (CP-3), suivi d'une précaution verbale (A2-3), le sujet exprime un affect fort (B2-4) suite au contexte de catastrophe (B2-13).

Lisibilité

Elle est moyenne

Prédominance de la série B2 et/ou C et/ou A.

Problématique

Zohra a perçue la problématique de cette planche, elle a évoquée une personne déprimée.

-Planche 4 :17’’ « dayi tamatout igtazelen defir wayen autzmir, chghoul natet tatzel defiress netza il rejette »45’’.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initiale très long (CP-1), elle s’accroche au contenu manifeste (CF-1) et accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) suivi d’une précaution verbale (A2-3) et une érotisation des relations (B2-9),

Lisibilité

Elle est moyenne, prédominance de la série B2 et C.

Problématique

La problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles (agressivité/tendresse) est nettement exprimée par le sujet, donc, la problématique de cette planche est perçue.

-Planche 5: 45’’ « dayi auzrigh ara dacho adinegh... (Sourit), tamatout aurnala ara tarteh, toujours lbaliss augartah ara, tznadi dacho igalen dacho orneli gukhamiss, tznadi dacho igkhossen, balek ttalay arrawiss, tamatout toujours tesfiqidh ! »1’12’’.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initiale long (CP-1) le sujet réagit par une mimique (CC-1) suivi d’un accent porté sur l’épreuve subjectif (CN-1) et un accent porté sur le quotidienne (CF-1/CF-3), suivi d’un anonymat de personnage (CP-3) qui est idéalisé (CM-2). Zohra termine son discours par un commentaire (B2-8). et un conflit interpersonnel (A2-17) et une mise en dialogue (B2-3).

Lisibilité

C’est une lisibilité de mauvaise qualité.

Prédominance des facteurs de la série C.

Problématique

Le recours massif aux procédés d’inhibition, et l’idéalisation de l’image maternelle, pousse Zohra à éviter les sollicitations latentes de cette planche.

-Planche 6GF :47'' « ...dacho adinigh ? baleq tayi contraire n tzmanzouyt ni (la 4eme), c'est difficile d'imaginer dayi, ici la femme ayi tzkeber fayi, dayi tazer imaniss supérieur,netza argaziss essaye azdissefhem, natat autzahsivit ara »1'03''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1) et après une demande faite au clinicien (CC-2) suivi d'une précaution verbale (A2-3) et un commentaire (B2-8) et une tendance à refuser (CP-5), le sujet à donner un détail narcissique, idéalisation de soi (CN-10), Zohra à terminé son discours par une érotisation des relations (B2-9).

Lisibilité

Moyenne, prédominance des facteurs de la série C et/ou B.

Problématique

La problématique hétérosexuelle suggérée par la planche est perçue, on remarque que le procédé narcissique domine et un surinvestissement du corps et une idéalisation de soi.

Planche 7GF :33'' « ...une jeune fille tess3a un bébé, netzet chghoul amaken outzvghat ara amaken au3ziz ara fellass, la femme ayi sa maman essaye atzesqen3it beli le bébé ayi dha rouh, auglaq ara atztilit sla3wej, ma3na natzet talayit amaeqen outzvghat ara »1'03''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1) le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1/A1-1) et une précaution verbale (A2-3) et un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1) et anonymat des personnages (CP-3) et une mise en dialogue (B2-3), le sujet finit son discours par un mouvement du contrôle (A2-3/A2-8).

Lisibilité

Moyenne, prédominance de la série C et/ou A2.

Problématique

La problématique de cette planche est perçue, elle réactive chez Zohra des relations mère enfant, c'est l'identification féminine et la capacité de se représenter comme une mère suffisamment bonne.

-Planche 8BM : 20'' « j'ai rien compris dayi ! aqchich imagine des choses mauvaises, toujours les idées dirihent itzkhamim hacha fetmenghiwt, it3ich lhaayet diritz belek itzwareba

g le milieu défavorable, is3a des mauvaises pensées, oulach lhanan, itkhamim fetmenghiwt »1'20''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le sujet commence le récit par un refus (CP-5), le scotome d'objet manifeste (E1) et une expression d'affects liée à toute problématique de destruction (E16), le récit est entièrement construit par aller retour entre l'expression de l'agressivité et de la défense (A2-3) avec l'émergence des processus primaire liée à des représentations agressive crue (E8), le sujet donne un commentaire (B2-8) et finit son discours par le remâchage(A2-8).

Lisibilité

Elle est moyenne. Prédominance de la série C et/ou B, et/ou C, et/ou E.

Problématique

La problématique de l'agressivité est perçue dans cette planche, l'agressivité est mobilisée en grande quantité, une scène qui renvoie à la mort et à la destruction.

-Planche 9GF :59'' « sourit, les questions ni khir wala les images ayi !bon, dayi une femme sur un arbre, tatzvaned surement trouh a troufugier, wakil toussed atzer une scène de désespoir, puisque la femme ayi naten touzer, elle se dirige vers la rivière ayi, peut être tavgha atztagar imaniss ! »2'35''.

Procédés défensifs

Le sujet recourt d'emblée à des procédés de type inhibition (CP-1) elle commence le récit par une réponse comportementale « sourit » (CC-1) et un commentaire (B2-8), le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1/A1-1) et donne une thématique crue de désespoir (E9) accompagné d'un recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image (E16),elle recourt ensuite dans un mouvement important à l'agir (courir, aller, fuir)(B2-12). L'ensemble de protocole est caractérisé par l'anonymat des personnages (CP-3).

Lisibilité

Moyenne prédominance des facteurs de la série C et/ou B, et/ou E.

Problématique

Le contexte dramatisé auquel fait référence le contenu latent de la planche est nettement exprimé (désespoir, qui fuit, se jeter dans l'eau). La fantasmagorie de désespoir et d'autodestruction est perçue.

-Planche 10:10'' « dayi dh lahnana, youwen ma ara adyef itmianan...tayi ak idh lhayet ! »35''.

Procédés défensifs

Le sujet commence son récit par une expression d'affect (B2-4) qui déclenche un mouvement d'inhibition (CP-1) « le silence », et finit son discours par une appréciation personnelle (B2-8) et scotome d'objet manifeste (E1) et une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Malgré la tendance générale à l'inhibition, on observe une expression de la résonance fantasmagorie marqué par une labilité, la lisibilité est moyenne.

Problématique

La problématique de la planche qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple est perçue.

-Planche 11 :40'' « amek aka ?j'hésite, comment ?... c'est flou !dayi olach ak avrid, kolchi iqfel, kolchi ibele3, amin iveden nsef wabrid augatef anssa adi3edi, adhifigh... (Signe de négation de la tête) »59''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le sujet hésite dans la position de la planche (A2-6), et critique le matériel (CC-3), le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1), une évocation d'élément anxieux (CP-16) le discours se termine par une tendance à la restriction et une mimique triste (CP-2/CC-1).

Lisibilité

Le recours massif à des procédés de la série C entraîne une lisibilité de mauvaise qualité.

Problématique

La problématique archaïque de destruction suggérée par la planche est perçue, malgré une tendance à l'inhibition, qui a empêché le sujet d'élaborer la problématique.

-Planche 12BG : 46'' « dayi dh lakhla len lghachi, mais tura tzvaned amaken il est abandonné, delmelq igtwakhedmen déjà parce que tala tafloukt mais tura il est abandonnée »1'09''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (A1-1) et une intellectualisation (A2-13) avec une description avec attachement aux détails (A2-1) et introduction des personnages (B1-2) et finit par un remâchage (A2-8).

Lisibilité

Moyenne, prédominance de la série A.

Problématique

La problématique de perte et d'abandon est perçue dans cette planche.

-Planche 13B :19'' « un garçon amaken izred lhadja tagedhit, itzkhezir zyess, il est étonné, balek ivgha adhikhdem lhadja nouvelle ma3na ikoukra, amaken il découvre pour la 1ere fois lhadja »1'.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1), le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1), suivi d'une expression d'affect verbalisé (B2-4). sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3) suivi d'un accent porté sur le faire (CF-3), le sujet évoque l'incapacité de l'enfant (CN-9), et finit par une précaution verbale (A2-3) et une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Moyenne, prédominance de la série C et/ou B et/ou A.

Problématique

La problématique suggérée par la planche est perçue par le sujet mais elle est mal intégrée.

-Planche 13MF :12'' « une femme malade, amaqen argaz ayi ihzen mlih felless amaken augezmir assikhthem kra, le geste ni amaken augavgha ara atzidezrit, balek c'est un cas désespéré »55''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial (CP-1) le sujet a perçue une personne malade (E5), sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3), elle évoque un affect fort (B2-8), elle a reconnu la posture signifiante d'affect (CN-4) avec une précaution verbale (A2-3) et termine par une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

On note une variété des procédés, c'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La fantasmagorie agressive dans la relation du couple auquel renvoie le contenu latent de la planche est totalement absent, elle a mis en place une fantasmagorie de désespoir et d'impuissance, aussi d'une angoisse de perte d'objet.

-Planche 19 ; 24'' « dayi c'est des cauchemars inezar yal ess, auf...tessekhl3 tayi ! Ces des cauchemars, (signe de négation de la tête), tala la tempête, des vagues c'est tous ! »1'20''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1), le sujet évoque un élément anxiogène et parle de la peur (CP-6/B2-13), suivi d'un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1) et d'un remâchage (A2-8) et des réponses comportementales (CC-1).on note en fin de récit, une description avec attachement aux détails (A2-1).

Lisibilité

Moyenne, prédominance de la série C et/ou A.

Problématique

Les éléments de contenu manifeste et la problématique prégénitale sous-jacente à la planche est nettement exprimé, les fantasmes phobogènes son également évoqués.

La problématique de cette planche est donc perçue. Mais pas traitée à cause des procédés d'inhibition et d'évitement de conflit.

-Planche 16: 53'' « ...dayi ouzrigh ara dacho adinigh, ma3na tayi tesefreh, tafeth...ma3lich adinigh dacho itzkhemimegh? Oui,tamatouth tatef affus dh watess lghachi, g le milieu len lwachol imechteh le3benzeth anssen hacha tafeth adh wamen, donith ak thedjodjey (larmes aux yeux) »2'35'.

Procédés défensifs

Après le temps de latence important (CP-1), le sujet commence son récit par une appréciation (B2-8) et une idéalisation (CM-2), bloqué par un arrêt dans le discours (CP-1) le sujet pose la question à l'examineur (CC-2) et une réponse par le comportement (CC-1) et référence autobiographique (CN-2). Le sujet raconte une histoire avec une dramatisation (B2-5) avec une expression d'affect fort (B2-4) et finit par une réponse comportementale « pleur » (CC-1).

Lisibilité

Elle est moyenne, prédominance de la série C et/ou B.

Problématique

Devant cette planche vide, le sujet éprouve des difficultés à structurer ses objets internes, il faut l'étayage pour qu'il puisse démarrer, mais finalement le sujet termine par projeter ce qui est à l'intérieur pour remplir le vide.

I -Les mécanismes de défense à partir TAT**1 – La première impression de l'ensemble du protocole**

Zohra à traité toutes les planches avec des récits structurés, elle a bien compris la consigne, et elle parle spontanément surtout dans les planches figuratives.

La quasi-totalité des planches ont tendance à la restriction. Les procédés d'évitement du conflit occupent une place importante.

La rigidité des procédés défensifs, n'a pas empêché l'expression de la résonance fantasmatique marquée par la labilité de certains procédés.

Les temps de latences ont été longs pour certaines planches ; 3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 10,11, 12 BG ,13B, 19, 16.

2- Les procédés utilisés

Dans l'ensemble de protocole on remarque la prédominance des procédés d'évitement de conflit avec un pourcentage de 48,24%, les procédés du contrôle avec un pourcentage de 28.07%, les procédés labiles viennent en 3eme position avec un pourcentage de 18.42%. Alors que les procédés de l'affleurement des processus primaire occupent la 4eme place avec un pourcentage de 5.26%.

Dans le registre d'évitement du conflit, en particulier dans le registre phobique, Zohra a traité la quasi-totalité des planches avec un temps de latence important (CP-1), au niveau des planches 2,3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16. Et une tendance à la restriction (CP-2), dans les planches 1, 2, 10, 11, 13B, 13MF.

Elle a fait référence à l'anonymat des personnages (CP-3), au niveau des planches 3BM, 5, 7GF, 9GF et une nécessité de poser les questions (CP-5) dans les planches 6GF, 8BM.

Dans le registre narcissique, le sujet met l'accent sur l'éprouvé subjectif (CN-1), au niveau 5, 7GF, 19. Et une posture signifiante de l'affect (CN-4) dans les planches 2, 16.

Dans le registre du factuel, Zohra s'accroche au contenu manifeste (CF-1), et le recours au comportement est apparu au premier lieu dans les mimiques et/ou l'expression corporelle (CC-1), dans les planches 5, 9GF, 11, 19, 16. Puis les demandes faites à l'examineur (CC-2), dans les planches 3BM, 6GF, 16.

Les procédés antidépressifs (CM), on trouve l'idéalisation de l'objet à valence positif (CM-2) dans les planches, 2, 5, 16.

Dans les procédés du contrôle, le sujet utilise en premier lieu des précautions verbales (A2-3), au niveau des planches 3BM, 4, 6GF, 8BM, 13B, 13MF et une histoire construite proche du thème banale (A1-1), dans les planches 1, 2, 7GF, 8BM, 13B, 13MF. Et une description avec attachement aux détails (A2-1) dans les planches 3BM, 12BG, 19. Avec quelque remâchage (A2-8) au niveau des planches 7GF, 8BM, 12BG, 19.

Les procédés portés sur les conflits interpersonnels (A2-17), sont indiqués dans les planches 1, 6GF.

Dans le registre de la labilité, les procédés de commentaire et des exclamations ont caractérisé l'ensemble de protocole (B2-8) au niveau des planches 5, 6GF, 8BM, 9GF, 10, 13B, 16. Et des expressions verbalisés d'affect fort (B2-4), dans les planches 1, 3BM, 10, 13B, 16.

Les procédés des processus primaire, sont les moins représentés, on trouve le scotome d'objet manifeste (E1), dans les planches 1, 10 expression crues liée à une thématique agressive (E8) et une expression d'affect liée à toutes problématiques du mort, de la destruction.

3- Les problématiques

3-1-problématique œdipienne

Dans la 1, la problématique de l'immaturation fonctionnelle est perçue, mais qui n'était pas élaborée.

Dans la planche 2, Zohra n'a pas perçu la problématique œdipienne, elle a attribué à chaque personne son rôle, sans faire des rapports entre les trois personnes, donc elle n'a pas pu élaborer la problématique suggérée.

À la planche 4, après l'accrochage au contenu manifeste, Zohra a reconnu la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles (agressivité/tendresse) donc elle a élaboré la problématique de cette planche.

Dans la planche 5, l'idéalisation de l'image maternelle pousse Zohra à éviter les sollicitations latentes de cette planche.

3-2- Problématique dépressive

Zohra a reconnu l'affect dépressif à partir la posture du personnage représenté dans la planche 3BM et l'associé à une représentation de perte d'objet.

-À la planche 12BG, Zohra a perçue la problématique de perte et d'abandon.

-À la planche 13B, la problématique suggérée par la planche est perçue par Zohra, mais elle est mal intégrée, la fantasmatisation de l'immaturation fonctionnelle a été évoquée en l'absence de toute possibilité de fantasmer l'objet absent.

Donc Zohra n'a pas élaboré cette problématique.

3-3- Problématique pré-génitale

Dans la planche 11, la problématique de destruction suggérée par la planche est perçue, malgré le recours massif à l'inhibition, qui a empêché l'élaboration.

À la planche 19, les éléments du contenu manifeste et la problématique pré-génitale sous-jacente à la planche est nettement exprimé, les fantasmes phobogènes sont également évoqués.

Au niveau de la planche 16, et face à un matériel non figuratif, qui n'offre aucun support concret, Zohra arrive à fantasmer et faire une histoire propre à elle.

Conclusion

A l'analyse du protocole de Zohra, on a remarqué qu'elle a fait recours massifs au procédés d'évitement du conflit, qui sont comme un obstacle de traiter certaines problématiques des planches.

Conclusion générale

Entre l'entretien et le TAT, nous avons constaté que Zohra utilise l'évitement du conflit, pour dépasser sa souffrance psychique. Comme elle a développé une symptomatologie dépressive, ce qui est confirmé par le TAT, où elle a reconnu les problématiques dépressives notamment dans la planche 3BM.

A	B	C					E
A1-1=5	B2-1=4	CP	CN	CM	CC	CF	E1=1
A1-2=4	B2-3=2	CP-1=12	CN-1=4	CM-2=3	CC-1=5	CF-1=7	E5=1
A2-3=12	B2-4=4	CP-2=4	CN-2=2		CC-2=3	CF-2=1	E8=1
A2-6=1	B2-5=1	CP-3=4	CN-4=2		CC-3=1	CF3=1	E9=1
A2-7=1	B2-8=6	CP-5=2	CN-9=1				E16=1
A2-8=4	B2-9=2	CP-6=1	CN-10=1				
A2-12=1	B2-11=1						
A2-13=2	B2-12=1						
A2-17=2	B2-13=2						
$\sum A=32$ A%28.07	$\sum B=21$ 18,42	23	10	3	9	9	
		$\sum C=55$ C%=48.24					$\sum E=6$ E%=5.26

Tableau n° 3 : Evaluation quantitative des procédés défensifs de Zohra

Feuille de dépouillement

Prénom : Zohra

Age : 43ans

1-1- Présentation et analyse de l'entretien du cas N°3

Présentation du cas N°3

Nadia âgée de 28 ans, femme au foyer niveau d'instruction terminale, mère des jumeaux Rayen et Aya, âgées de 5ans, qui ne sont pas scolarisés.

L'entretien avec Nadia s'est déroulé dans la salle de l'hospitalisation, après midi.

-Données et analyse de l'entretien

D'abord, Nadia c'est montré calme, d'une mimique triste, très confiante en soi, tenu vestimentaire bien respectée. Elle parle avec une voix tendre pleine d'affection, elle est coopérative dans l'expression. Elle répond spontanément et sans aucune réserve à nos questions. L'expression émotionnelle très fréquente avec des moments de l'arrêt et de pleurs.

L'analyse de l'entretien révèle que Nadia a fait une fausse couche, après elle a pris un traitement pour avoir une autre grossesse, c'est-à-dire elle a désiré cette grossesse.

Lorsqu'elle a découvert qu'elle est enceinte, elle était très contente, surtout lorsqu'elle a été informée qu'elle allait avoir des jumeaux plutôt des triplets.

Pendant la grossesse, Nadia était tout le temps malade, elle vient de perdre sa deuxième grossesse. Selon ses dires, on remarque qu'elle a un grand souci par rapport à cette grossesse. Elle ajoute que ses enfants sont des prématurés de 7mois et 2 semaines, le troisième bébé est mort.

Ensuite, la prise de connaissance que ses enfants sont des handicapés, est un choc énorme pour cette maman, elle a perdu l'image qu'elle s'est faite de ses enfants. Elle a vécu cette période comme un traumatisme, parce qu'elle est en face d'une situation inattendu. Selon ses dires « machi aka ihend maginire, g le moment ni khel3egh », « ce n'est pas ainsi que je les ai imaginé, j'étais choqué ». Elle est rentrée dans le deuil de l'enfant fantasmé, d'après Moses (1985), les parents vont passer par plusieurs stades d'affligement qui vont leur permettre de faire le deuil de leurs anciens rêves. Ces stades sont : le stade de déni ; ce déni permet aux parents de prendre le temps de trouver la force intérieure, l'énergie et le support extérieur nécessaire pour faire face au problème. La culpabilité ; c'est une punition pour un acte qu'il a fait passé. La dépression commence lorsque les parents tournent la colère qu'ils ressentent à l'intérieur de lui.

De même, on a constaté, que Nadia n'a pas accepté l'infirmité de ses enfants, d'après ses dire « quand le médecin orthopédiste ma dit, qu'ils sont des handicapés, je n'ai pas cru, il m'a énervé, à ce moment j'avais envi de le gifler ». Cette réaction confirme que Nadia a refusé d'admettre la réalité, c'est le déni. Le recours de notre cas à l'utilisation du déni est en quête de compromis qui cherche le moi face au conflit entre les autres instances.

On a aussi constaté la culpabilité ressentie par cette mère et cela dans plusieurs passages « karghess irebi pourquoi moi », « je me dise Dieu pourquoi moi » elle se culpabilise aussi pour son mariage « avant le mariage j'étais bien, mais maintenant ma vie est bouleversé, je me culpabilise, je regrette pour mon mariage » et cela exprimé avec des pleurs sanglots. Une autre forme de culpabilité est projetée vers l'extérieur, Nadia accuse les gens, selon ses propos « hesedhneyi l3ibed, karness terfed s 3 tharna normal, tzagheyi thit, peut être c'est dû par rapport à ça ? », « les gens me voit d'un mauvais œil, ils disent elle va accoucher des triplets, en plus elle est normale, peut être c'est dû par rapport à ça ». Elle essaye de trouver la cause de cette déficience, et pour fuir de sa souffrance, elle a utilisé la projection.

Nadia ajoute que l'entourage n'influence pas sur elle, selon ses dire « même ahendtzkheziren, mais oythewqi3 ara zeysen, parce que sont toujours propre, bien habillé, j'ai une forte personnalité, jamais tzinfluencin feli, ikarheyi lyell mara snakaren msakith », « même ils regardent, ça m'est t-égale, parce qu'ils sont toujours propres, bien habillé, j'ai une forte personnalité, jamais ils influencent sur moi, ils me blessent quand ils disent malheureux ».

D'après ce passage, on note une contradiction dans ses propos, qui témoigne un conflit intrapsychique important, et pour fuir de ce conflit, elle nous a donnée un détail narcissique qui est mis en place par le mécanisme de défense idéalisation de soi.

Par conséquent, l'arrivée de cet événement traumatique, a provoqué chez Nadia des perturbations dans l'humeur, une tristesse, l'insomnie, perte d'appétit et le dégoût selon ses dire « tzarekht ken iyezriw, j'ai jamais vu le sommeil, presque deux ans de garde et de souffrance, autetzegh ou tzefghegh thoussogh imaniw condamné », « je pleure, j'ai jamais vu le sommeil presque deux ans de garde et de souffrance, sans manger ni sortir, je me sent condamné ». Ce qui signifié qu'elle a présenté une dépression, comme on note aussi la présence des mécanismes de défense tels que l'évitement et l'isolement dans ses propos « je préfère rester seule, je m'isole, je parle à personne même à mon mari. » un autre mécanisme qui est le refoulement « manendebch 3la rouhi, svanayeghd imaniw forte,tattryegh ma3na

wahdi, tzaregh ardhkhel », « je m'apitoyé par sur mon sort, j'essaye d'apparaître forte, je pleure mais toute seule, j'intériorise ma souffrance ».

Nadia ajoute qu'elle n'était pas soutenue par son mari, elle a des conflits avec lui, il les a abandonnés, comme elle s'entend pas avec sa belle famille, elle éprouve la haine pour eux, selon ses dires « zarekhthend dh nouhni idgesseba wanechtha », « j'ai les considéré comme la cause de ce qui ma arrivé ».

Enfin, nous avons constaté que Nadia s'occupe bien de ses enfants, qu'elle est satisfaite des résultats de la rééducation, mais elle a une inquiétude par rapport à l'avenir de ses enfants, elle souhaite qu'ils seront autonomes qu'ils puissent marcher, et cela exprimé avec une tristesse et des larmes.

Conclusion

Ce qu'on peut conclure de l'analyse de ce cas, c'est que Nadia présente un choc subit par la perte d'objet imaginaire, suivi d'un déni de la réalité et de la culpabilité, comme elle présente une symptomatologie dépressive telle que l'insomnie, repli de soi, tristesse, dégoût, et l'isolement. Elle vit dans un conflit intra psychique important renforcé par l'abandon de son mari.

1-2- Analyse de TAT

Planche 1 : 7 '' « wayi itzkhemim wakil amek ihtadou la guitare ? Parce qu'il est petit, je ne peux pas imaginer, je pense qu'il peut pas, atziselho, negh itzhibit itzkhemim amek atziselho, il peut pas penser à un autre chose, negh ibgha, izmer lhal adyass wass anda atziselho, parce que la music, c'est un don, atzidyawi g tamzi , comme le poème, la music »57''.

Procédés défensifs

Le sujet entre directement dans l'expression (B2-1), pose la question au clinicien (CC-2), et accrochage au contenu manifeste (CF-1), suivi d'un commentaire en valeurs de critique de soi (CN-9), et une précaution verbale (A2-3), et une hésitation entre interprétations différentes (A2-6), introduit un conflit intrapsychique (A2-17), et une intellectualisation (A2-13).

Lisibilité ;

La prédominance de la série C et/ou B et/ou C.

C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique d'immaturation fonctionnelle est perçue par le sujet, cependant les procédés du contrôle et d'évitement du conflit ne permettent pas une élaboration de cette problématique.

-Planche 2 :45'' « c'est un champ waguï ? Oui, tayi une femme au foyer, un homme qui fait l'agriculture, mi tayi, ghes aken tezdegh dihen mais taghra, adhedregh ftayi ken negh akoith ?chroul weyi 3achen aken idoufen la situation nssen, mais tayi elle veut changer, généralement widek ak idikren ghren vakon adh changin taderth nssen, déjà j'est un exemple, zik ni g thadertn negh personne augaghri, mon frère amokren, il a changer boucoup de trouc gthaderthnegh déjà les filles aughalent ghrent grace à mon frère »3'13''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-2), le récit débute par une demande faite au clinicien (CC-2), accrochage au contenu manifeste (CF-1/A1-1) et insiste sur le fictif (A2-13) après une question donnée à l'examineur (CC-2) le sujet donne une histoire à rebondissement, fabulation, loin de l'image (B2-2) et accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1/CN-2) suivi d'une idéalisation de l'objet à valence positif (CM-2) et un détail narcissique (CN-10), le discours se termine par un accent sur le faire (CF-3).

Lisibilité :

Les procédés dominés dans cette planche sont de type évitement du conflit et du contrôle ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique œdipienne est perçue, mais elle n'était pas élaborée à cause de la prédominance des procédés de type d'évitement.

-Planche 3BM :19'' « tayi c'est une femme ou bien c'est un homme ? ya3ni tatzvaned une femme, (un sourit) tzvaned enfermié, déjà tzvaned amaken guelhavss, 3la khater olach la place igtzwakhedmen aka, tezvaned dégouté, elle est déprimé »44''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence (CP-1) le sujet pose la question à l'examineur (CC-2) et une hésitation sur le sexe des personnages (B2-11) suivi d'une réponse comportementale (sourit) et une expression verbalisée d'affect (B2-4). Et sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3), le

sujet évoque un détail rare(E4) suivi d'une position significative de l'affect (CN-4).le discours se termine par une expression verbalisé d'affect (B2-4).

Lisibilité :

Dans cette planche on remarque la variété des procédés défensifs (C, A, B, E), c'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique dépressive est perçue et élaboré par le sujet.

-Planche 4 :15'' « tayi del3ebd negh c'est une photo ? je crois, c'est une femme, 3la khater thtalay ahwiyi, wagui yefka3 ivgha adhiroh, tayi tzhallith, tayi thtalayihend, am lecas negh, mara akmidzren tznaghet dhwargazim c'est tous le monde qui pris la joie,(sourit), chghoul aka tevgha asthahder netza iklev akarouyiss, tevgha asthahder igouma asisel »48''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence (CP-1), le récit se débute par une question posé à l'examineur (CC-2), une description avec attachement aux détails (A2-1), et sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3) le sujet évoque une relation interpersonnelle (B2-6), et une érotisation des relations (CN-2), suivi d'une mimique (CC-1), le discours se termine par une précaution verbale et un remâchage (A2-3/A2-8).

Lisibilité

Les procédés du contrôle et de l'évitement du conflit dominant le récit suivi des procédés labiles, ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique conflictuelle de couple à été perçue, mais les procédés d'évitement du conflit et de rigidité n'a pas permet l'élaboration de cette problématique.

-Planche 5 :20'' « je peux pas imaginer dayi, bon, c'est une femme qui ouvre la porte, thtalay hokhem mayela hed, soit g la combre ithela thtalay gho salon, soit tkechmed atzer ma ila hed, soit thtaley atzer manho, c'est tout ! »42''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence long (CP-1), le sujet commence par une critique de soi (CN-9) et insistance sur les limites (CN-6), suivi d'une hésitation entre interprétations différentes (A2-6) et fini son discours par une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Prédominance de la série C, c'est une lisibilité moyenne

Problématique

Le sujet a perçu la problématique qui renvoie à l'image maternelle, mais la problématique surmoïque n'était pas élaborée.

-**Planche 6GF :26''** « hm... wayi c'est un homme d'affaire, déjà la cigarette ayi hacha les hommes d'affaire itzitzessn, tayi je crois c'est une collègue de travail, c'est sa secrétaire, talssa bien, même la façon swacho ithekim elle est bien posé, c'est la classe, c'est tout »1'25''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence (CP-1) le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1) et une description avec attachement aux détails (A2-1), suivi d'une précaution verbale (A2-3), et un attachement aux détails narcissique (B2-10) le récit termine avec une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique hétérosexuelle suggérée par la planche est perçue, mais elle n'était pas élaborée.

-**Planche 7GF :26''** « c'est quoi ce truc ? augfri ara dachoth, bébé, c'est pas un bébé, non c'est un bébé, tayi la femme ayi thadress iyeliss, mais le sujet ni autzevgheth ara, authekvil ara le sujet ni. »1'12''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le récit se débute par une question au clinicien (CC-2) et un critique du matériel (CC-3) et une hésitation sur l'âge de personnage (B2-11),

suivi de l'anonymat de personnage (CP-3), et accent porté sur les relations interpersonnelle, récit en dialogue (B2-3), le sujet finit son discours par un mouvement du contrôle remâchage (A2-8).

Lisibilité

Prédominance de la série C et/ou A et/ou B

C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique de la différence de génération est perçue, mais elle n'était pas élaborée.

-Planche 8BM :33'' « c'est une mafya tayi, dyiwen igchey3en adhinegh wayi, wayi meskin sans défense, il est seul, dayi la loi de plus fort »58''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le récit débute par une expression crue liée à une thématique agressive (E8) et un affect exprimé à minima (A2-18) et une expression d'affect lié à toute problématique de l'incapacité et de destruction (E9), suivi d'un surinvestissement de la fonction d'étayage d'objet (CM-1) et le scotome d'objet manifeste (E1), le sujet termine par une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Prédominance de la série E et C

C'est une lisibilité de mauvaise qualité.

Problématique

La problématique de l'agressivité est perçue et élaborée par le sujet.

-Planche 9GF :33'' « je crois tayi tlahou govridh tayi tzev3it tefer defir chajra, tzev3it anda atzer, (sourit) »1'02''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1), le récit commence par une précaution verbale (A2-3) et l'anonymat des personnages (CP-3) suivi d'un accent porté sur une thématique du style aller, courir (B2-12), et finit par une mimique (CC-1) et une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Les procédés défensifs se varient entre les procédés d'évitement, du contrôle et du labilité. Ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique de rivalité féminine n'est pas perçue ni élaborée par le sujet.

-Planche 10 : 40'' « hm... (Sourit) c'est le plus bon moment pour moi, je préfère adhiqim zatti oydiheder ara, tzhighbh adhekimegh aka, surtout mayessiriyid, c'est plus bon moment pour moi »1'41''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence important (CP-1) le récit est commencé par une réponse comportementale (CC-1), suivi d'un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1/CN-2) et une érotisation des relations (B2-9), et une histoire construite autour d'une fantaisie personnelle (B1-1), finit par une appréciation personnelle (B2-8).

Lisibilité

Les procédés se varient entre les procédés d'évitement du conflit C et les procédés labiles B, avec une absence totale des procédés du contrôle A et de processus primaire E. ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique de la planche qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple est perçue, et élaborée.

-Planche 11 :33'' « c'est quoi ça ? Aucune idée, c'est quoi, noir et blanc, c'est flou, je peut pas imaginer, c'est flou »1'02''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence long (CP-1) le récit débute par une nécessité de poser des questions (CP-5) et une critique de soi suivi d'une critique du matérielle (CN-9/CC-3), le sujet reprend par une critique de soi (CN-9) et une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

La prédominance des procédés d'évitement du conflit, ce qui rend la lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique archaïque et prégénitale suggérée par la planche est mal intégrée par le sujet.

-Planche 12BG : 36'' « le temps ihzen, c'est l'automne, il ya une baque, un arbre, c'est un plaisir quand tu reste ici, soit au printemps soit au l'automne, j'aime rester seule sous l'arbre ou dans la plage, je n'aime pas rester ave les gens, je ne parle pas beaucoup, mon caractère est calme mais je vis avec es gens catastrophe, j'ai devenu nerveuse. J'aime cette place, j'aime le calme »1'18''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1), le sujet entre directe dans l'expression (B2-1) suivi d'un éloignement temporo-spatial (A2-4) et une description avec attachement aux détails et un accrochage au contenu manifeste (A2-1/CF-1) suivi d'un affect exprimé à minima (A2-18) et un accent porté sue l'épreuvé subjectif (CN-1) suivi d'un changement brusque de direction de cours de l'histoire (A2-14). Le sujet donne un détail narcissique (CN-10) et un accent porté sur les conflits interpersonnels (A2-17), évoque le thème de catastrophe (B2-13) et d'une expression verbalisée d'affect (B2-4).le sujet termine son discours avec un mouvement labile, appréciation personnelle (B2-8).

Lisibilité

Prédominance de la série B2 et/ou C et/ou A, ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique dépressive réactivé par cette planche est perçue mais n'était pas élaborée par le sujet.

-Planche 13B :20'' « c'est un enfant dans la misère, akham ayi chwiyaath, il ne doit pas être dans cette place, meskin hafi, ma un enfant ikim g l'endroit amta, slihala ayi, sa fait yemess austewki3 ara, neki j'ai des handicapés, mais je s'occupe d'eux comme il faut, outhibigh ara adafeqh amachtouh glihala ayi »43''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initiale long (CP-1), le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1) suivi d'une expression d'affect (B2-4) et une description avec attachement aux détails (A2-1) le sujet évoque une histoire auteur d'une fantaisie personnelle (B1-1) et l'épreuvé subjectif

(CN-1) et donne un détail narcissique idéalisation de soi (CN-10) le récit est terminé par un mouvement du contrôle (A2-17).

Lisibilité

Prédominance de la série C et/ou B.

C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique à laquelle renvoie le matériel est perçue, en relation avec l'immaturation fonctionnelle et une expression de la tristesse, la problématique de la planche est élaborée.

-Planche 13MF : 9'' « je crois que c'est son mari ikechmed youfed sa femme tezwaviolé negh dacho, itrou idwaer akaroyiss, augues3a ara le courage même pas adhitel, youfatid youghitz kra, tzwavioli, ya3ni sur, tetzvaned la façon ihin, netza ichoqué »1'05''.

Procédés défensifs

Le récit se développe après une précaution (A2-3) et entre directe dans l'expression (B2-1). L'anonymat des personnages (CP-3/A2-1), le recours à l'intellectualisation titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste (A2-13), une relation très fortement érotisée (B2-9) et une expression d'affect verbalisé (B2-4), le sujet finit par une recherche arbitraire (E3) et position significative d'affect (CN-4).

Lisibilité

On note une variété des procédés défensifs, ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique de l'expression de la sexualité et de l'agressivité dans le couple est perçue et élaborée par le sujet.

-Planche 19 :44'' « la photo ayi tesekhle3, elle me fait peur, adezret lehwaheg oulentz ara, tesekhle3, dagui dihen, amaken l3ebd itadou, ce n'est pas beau, ila ouvehri, c'est tout »1'58''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence long (CP-1) le sujet évoque la présence de thème de peur (B2-13/CP-6), suivi d'une perception sensorielle (E5) et d'une précaution verbale (A2-3), une fausse perception (E4) et une repense comportementale (montre avec le doigt) (CC-1), et une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Moyenne, prédominance de la série C et/ou B et/ou E.

Problématique

Le sujet a perçue la problématique phobogène de la planche, mais une tendance générale à la restriction empêche le sujet d'élaborer la problématique suggérée par la planche.

-Planche 16 :32'' « je raconte quoi ? Je raconte mon histoire ?d'après ce que j'ai vu, les images ni dirithent ak, mais tayi tasefreh, zareghd une famille s3en un handicap ih... embe3d ihla, talayen aghoress, ihla, j'espère inchallah »1'40''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial (CP-1) le sujet à posé la question au clinicien (CC-2), suivi d'une intellectualisation (A2-13) et un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1/CN-2). Une mimique triste (CC-1) et un conflit intra personnel (A2-17). Le sujet termine par un surinvestissement de la fonction d'étayage d'objet (CM-1).

Lisibilité

Prédominance de la série C et/ou A.

Problématique

Malgré le recours massif à des procédés d'inhibition le sujet arrive à exprimer sa fragilité interne.

I -Les mécanismes de défense à partir TAT**1-La première impression de l'ensemble du protocole**

Le sujet n'a pas traité toutes les planches. Elle a refusé la planche 11.

On remarque la dominance des procédés d'évitement du conflit, qui était obstacle pour élaborer les récits de certaines planches.

On a remarqué que certaines planches, ont réactivé chez notre sujet des sentiments intenses, comme les planches 10, 12BG, 3BM et 11.

L'ensemble du protocole est caractérisé par une lisibilité moyenne.

2-Les procédés utilisés

Le protocole de Nadia est caractérisé par une dominance des procédés d'évitement du conflit avec un pourcentage de 53.27%. Les procédés du contrôle viennent en deuxième position avec un pourcentage de 24.59%. Puis les procédés labiles qui représentent 15.57%. En dernier lieu, les procédés de processus primaire avec un pourcentage de 6.55%.

Dans la série évitement du conflit, on remarque la dominance des procédés phobique CP. Dans l'ensemble de protocole, la quasi-totalité des planches ont tendance à l'inhibition (CP-1). On les trouve dans les planches : 2, 3BM, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 19, et 16. Une tendance à la restriction (CP-2), dans les planches, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 11, 19.

Dans le registre narcissique, étaient présent dans l'accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1) dans les planches : 2, 10, 12BG, 16. Ensuite référence personnelle (CN-2) dans les planches, 2, 4, 16.

Un attachement au détail narcissique et idéalisation de soi (CN-10) apparaît dans les planches : 2, 13B, 12 BG. Et une critique de soi (CN-9) dans la planche 5, 11.

Dans la série CC, on trouve en particulier, les demandes faites au clinicien (CC-2) dans les planches : 1, 2, 3BM, 4, 7GF, 16. Et des repenses comportementales (CC-1) dans les planches : 3BM, 9GF, 10, 19 et 16.

L'accrochage au contenu manifeste apparaît dans les planches : 1, 2, 6GF, 12BG et 13B.

Les procédés anti dépressif, surinvestissement de l'étayage de l'objet (CM-1) dans les planches 8BM, 16. Et l'idéalisation de l'objet à valence positive dans la planche 2.

Les procédés du contrôle viennent occuper la seconde place. On note notamment les précautions verbales (A2-3) dans les planches : 1, 3BM, 4, 6GF, 13MF et 19. Ensuite description avec attachement aux détails (A2-1) dans les planches 6GF, 12BG, 13B, 13 MF. Accent porté sur les conflits intra personnels (A2-17) dans les planches 1, 12BG, 13B, 16.

En troisième place, on trouve les procédés labiles. Expression d'affect exagéré (B2-4) dans les planches : 3BM, 10, 13MF, 13B, 16.

Entré directe dans l'expression (B2-1) dans les planches 1, 12BG, 13MF.

En fin, les procédés des processus d'émergence en processus primaire, tels que scotome d'objet manifeste (E1) dans les planches 8BM, 9GF. Expression crues des

thématiques agressives (E8) dans la planche 8BM. Expression d'affect de la mort et de destruction (E9) dans les planches 8BM, 13MF.

3-Les problématiques de tout le protocole

3-1-Problématique œdipienne

Le sujet a perçu la problématique de l'immaturation fonctionnelle dans la planche 1. Mais la présence des procédés de l'évitement du conflit et du contrôle ne permettent pas une élaboration de cette problématique.

A la planche 2, la problématique œdipienne était perçue, mais elle n'était pas élaborée.

A la planche 4, la problématique de l'agressivité du couple est perçue, mais les procédés d'évitement et du contrôle n'ont pas permis l'élaboration de contenu latent de cette planche.

Au niveau des planches 5, 7GF, 9GF, elle est perçue, et qui reste non élaborée.

Dans la planche 10, la problématique libidinale au niveau du couple est perçue et élaborée par le sujet.

3-2-Problématique dépressive

La problématique dépressive est perçue par le sujet dans la planche 3BM, Nadia a reconnu la position dépressive, donc la problématique de cette planche était élaborée par le sujet.

Dans la planche 12 BG, elle était perçue par le sujet mais n'était pas élaborée en raison de la dominance des procédés d'évitement du conflit.

Dans la planche 13B elle était perçue et élaborée par le sujet.

3-3-Problématique archaïques prégénitale

La problématique prégénitale suggérée par la planche 11, n'était pas perçue ni élaborée par le sujet, à cause des procédés d'évitement du conflit et une tendance à refuser la planche.

Dans la planche 19, le sujet a perçu la problématique phobogène de la planche, mais la tendance à la restriction empêche le sujet d'élaborer cette problématique.

Au niveau de la planche 16, malgré le recours massif à des procédés d'inhibition, Nadia arrive à structurer la fragilité de son monde interne.

Conclusion du TAT

L'analyse du protocole du Nadia, nous montre qu'elle s'est focalisée beaucoup plus sur les procédés d'évitement du conflit. La majorité des problématiques ne sont pas perçues et traités par le sujet.

Conclusion générale

Dans l'entretien il est avéré que l'arrivée de cet événement traumatique, provoque chez Nadia des symptômes dépressifs, une culpabilité, une grande tristesse, liée à son échec de donner des enfants parfaits. Cela réactive chez elle des mécanismes tels que le déni, le refoulement, l'évitement et la projection.

Dans le TAT, elle a utilisé d'emblée, les mécanismes de l'évitement du conflit, ce qu'elle a empêché de traiter certaines problématiques.

A	B	C					E
A1-1=2	B1-1=2	CP	CN	CM	CC	CF	E1=1
A2-1=4	B2-1=3	CP-1=14 CP-2=5 CP-3=3 CP-5=2 CP-6=1	CN-1=5	CM-1=2	CC-1=5	CF-1=5	E2=1
A2-3=8	B2-2=1		CN-2=4	CM-2=1	CC-2=7	CF-1=2	E3=1
A2-4=1	B2-3=1		CN-4=1		CC-3=2		E4=1
A2-6=3	B2-4=4		CN-10=3			E5=1	
A2-8=2	B2-8=2		CN-9=3			E8=1	
A2-12=1	B2-9=1					E9=1	
A2-13=3	B2-10=1						
A2-17=4	B2-11=1						
A2-18=2	B2-12=1						
	B2-13=2						
		∑CP=25	∑CN=16	∑CM=3	∑CC=14	∑CF=4	
∑A=30 A%=24,59	∑B=19 B%=15,57	∑C=65 C%=53,27					∑E=8 E%=6,55

Tableau n°4 : Evaluation quantitative des procédés défensifs de Nadia

Prénom : Nadia

Age : 28ans

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°4

Présentation du cas N°4

Hayat âgée de 40ans, niveau d'instruction universitaire, enseignante en mathématique, mère d'un seul garçon « Mahdi », âgé de 4 ans et demi.

L'entretien avec la maman de Mehdi s'est déroulé au niveau de salle de l'hospitalisation de l'établissement hospitalier en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten.

-Donnée et analyse de l'entretien

Avant d'entamer, nous avons remarqué que Hayat est très motivé de travailler avec nous, elle est modeste, vigilante, collaboratrice dans l'entretien, elle donne des réponses structurées et justifiées.

L'analyse de contenu de l'entretien, nous a permis d'abord de détecter que la grossesse de Hayat est désirée, durant cette période elle a rencontré des problèmes de santé. A partir de 5eme mois elle a fait une menace de fausse couche, selon ses dires « j'ai souffert, j'ai rencontré énormément de problèmes ». Comme le rêve naturel de toutes les mères, Hayat souhaite un enfant en bonne santé. Elle ajoute que Mahdi c'est un prématuré de 32 semaine, elle a découvert sa déficience après une année de sa naissance.

Par conséquent l'annonce du l'handicap de son enfant provoque chez Hayat un choc. Selon ses dires « j'ai attendais un enfant normal, en bonne santé, et celui la c'est un handicap, je ne suis pas prête à faire face à cette situation, c'est dure, j'étais choquée. »

Cette maman était devant la situation du deuil, l'enfant rêvé et remplacé par un enfant inattendu.

Cet événement a provoqué aussi des réactions intenses tels que le déni ; selon ses propos « ce n'est pas possible, avant rien n'a été détecté, il ya certainement une erreur, mon bébé ce n'est pas un handicap ». Hayat n' pas accepté la réalité de son enfant c'est le déni qui est définit comme « mode défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisant ». (Lagache., 1996, p.115).

La culpabilité ; qu'elle exprime « tzloumogh imaniw, karghess dhnek idheseba », « je me sens coupable je me dite c'est moi la cause en quelque sorte ».

La culpabilité est définit comme « un système de motivation inconscients rendent compte de comportement de l'échec, de conduite délinquante, de souffrance que s'inflige le sujet. »

Et la tristesse profonde qu'elle ressent « j'ai pleuré, j'ai vu tous noir ».

Toutes ces réactions, témoignent que cet événement traumatique a des répercussions sur sa santé psychique. Comme il a aussi des répercussions sur sa vie conjugale, elle nous a dit qu'elle est dévorée parce que dès la naissance de leur enfant sont toujours en conflits, son mari n'a pas accepté la réalité, il la culpabilise et il les a abandonnés. Selon ses propos « comme si ce n'est pas son fils, il me culpabilise, il se venge e moi, ce n'est pas un homme, il est toujours sous la pression de sa mère. »

La façon dont elle exprime donne un sens qu'elle vit des conflits psychiques. Non seulement l'impacte de son enfant, mais aussi des problèmes avec son mari. Tous ça, ont causé chez Hayat une dépression, selon ses propos « je suis déprimé presque une année, j'étais tout le temps faible, fatigué, toujours triste, je dors par peur, je réveille par peur, sans manger, j'ai perdu le goût de vivre ».

De même, la présence de cet enfant a aussi des répercussions sur son travail « j'ai abandonné mon travail presque 3ans. » comme elle s'isole des autres « j'ai fermé sur moi-même, je ne sors pas, toujours à la maison avec mon fils. ».

Après la période de choc, de déni, de dépression et de culpabilité, Hayat finit par une acceptation, voir une adaptation à la situation « maintenant hamdo allah, j'ai dépassé tous ça, je me sens très forte, qu'avant. ». Une autre forme d'adaptation « hamdo allah, ma ara zeregh les autres karghess ami sa va, j'ai constaté que les IMC c'est de degrés », « Dieu merci, quand je vois les autres, je me dite, mon fils sa va, j'ai constaté que les IMC c'est de degrés ».

Comme on trouve aussi le recours à la foi qui est une autre forme d'acceptation, selon ses dires « rabi sabhano itzgerib l3ibed l3ali, lazem nardha belmaktoub » « le Bon Dieu test les bonnes personnes, il faut accepter le destin ».

A ce propos, les chercheurs remarquent, « de plus que les parents s'adaptent progressivement à la situation, qu'ils sont d'avantage confiante en leur capacité de prendre en charge leurs enfants. Au cours de cette période, les parents reprennent goût à la vie, ils voient qu'ils ne sont pas les seuls à travers des moments difficiles. Leurs sentiments négatifs s'atténuent donc progressivement, en somme, ils réalise que la vie contenue » (Lamarque, C., in santé mentale au Québec, 1985, p 40).

De plus, Hayat et très optimiste dans la guérison de son enfant, elle voit des améliorations « déjà il tient la position assise, mais avant non, il est tous le temps absent ».

Nous avons constaté chez cette dame, un grand enthousiasme, qui se voit dans les recherches qu'elle fait dans l'internet, dans les livres, dans la régularité des séances de la rééducation, même à la maison.

En fin, Hayat a des craintes par rapport à l'avenir de son enfant, « malgré il ya des améliorations, mais j'ai un souci par rapport à son instruction, je souhaite, qu'il peut marcher, qu'il entre à l'école »

Conclusion

Malgré le choc qu'elle a subi après le deuil de l'enfant imaginé, et les moments dépressifs qu'elle a vécu après ce deuil, renforcé par les conflits avec son mari. Hayat arrive à s'adapter et à accepter la situation de son enfant, cela ce manifeste dans les efforts qu'elle a fournis que se soit dans les séances de la rééducation, la surprotection, les recherches qu'elle a fait, et le recours à la foi, tous ça aide notre cas à surmonter ses difficultés et dépasser sa souffrance.

1-2-Analyse de TAT

-Planche 1 :24'' « bon, un enfant chagrin, chghol désespéré, il pense, il essaye de trouver une solution. Wayi, c'est quoi ? C'est une guitare ?c'est une guitare. Peut être il pense à quelque chose, bon je vois un enfant il essaye de faire un morceau musical, il a l'air triste. »50''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le récit débute par une expression verbalisé d'affect (B2-4) suivi d'une précaution verbale (A2-3) et l'expression d'affect (B2-4) Et par la question posé à l'examineur (CC-2/CC-5) le sujet s'accroche à un détail (A2-1/CF-1) et l'accent porté sur le conflit intrapsychique (A2-17) le sujet hésite (A2-6) et par une intellectualisation (A2-13) le discours se termine par une expression d'affect (B2-4).

Lisibilité

Prédominance de la série A2, B2, C. C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

Le sujet a perçu la problématique de l'immaturité fonctionnelle, mais la rigidité des procédés défensifs, lui causé les difficultés d'élaboration.

-Planche 2 :19'' « en 1^{er} lieu je vois une fille tqara, thtalay ardefir, une femme enceinte, thtalay ghoress, peut être tevgha adifegh amiss amnetzeth,, elle pense plus tard, il ya aussi un bon homme et un cheval blanc »1'18''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence long (CP-1), le récit se développe au plus près de contenu manifeste (A1-1/CF-1) et une description avec attachement aux détails (A2-1) et sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3) le sujet met l'accent sur le conflit intrapsychique (A2-17) et finit par un mouvement du contrôle (A2-1).

Lisibilité

La lisibilité est également moyenne, la rigidité des procédés défensifs empêche toute résonance fantasmatique liée à la problématique œdipienne.

Problématique

Le sujet a perçu la problématique de la triangularité œdipienne, mais elle n'a pas élaborée cette problématique. Elle n'a pas évoqué le conflit de la rivalité avec la mère.

-Planche 3BM :8'' « je ne vois pas très bien, c'est flou, tayi une femme ?, soit ta3ya mlih, negh tefqa3, teserss aqaroyiss fthssomta, tatrou, tatzvaned elle est désespéré, c'est tout »32''.

Procédés défensifs

Le récit débute par une critique du matériel (CC-3), et une précaution verbale (A2-3) suivi d'une hésitation sur le sexe (B2-11) et anonymats des personnages (CP-3), suivi d'une expression d'affect (B2-4) et une description avec attachement aux détails (A2-1). La fin de récit sous forme d'un affect titre (CN-3) et une tendance générale à la restriction (CP-2)

Lisibilité

Prédominance des procédés A, B, C, c'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique dépressive suggérée par la planche est perçue mais elle n'était pas élaborée.

-Planche 4 : 10'' « dayi chghoul une scène du couple, chghol anoghen, donc nateth elle essaye atidetfith, lui, il l'abandonne, (un sourit avec un regard triste) elle jeter la planche »17''.

Procédés défensifs

Le sujet commence le récit avec une intellectualisation (A2-13), sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3), évoque une scène interpersonnelle et une érotisation des relations (B2-3/B2-9)

Le récit se termine avec une réponse comportementale et une tendance générale à la restriction (CC-1/CP-2).

Lisibilité

Les procédés défensifs dominant c'est les procédés du contrôle et de labilité, et les procédés d'évitement, ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles est perçue et élaborée par le sujet, ce qui réactive chez le sujet les conflits qu'elle a vécu avec son mari.

-Planche 5 ; 19'' « dayi je vois un appartement bien propre, une femme qui ouvre la porte, chghol amaken thtalay lhadga, chghol point d'interrogation toused atzer lhadga c'est tout »35''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence (CP-1), le récit débute avec des éléments de formation réactionnelle, la propreté (A2-10) suivi d'un accent porté sur le factuel (CF-2), termine par un remâchage et une tendance générale à la restriction (A2-8/CP-2).

Lisibilité

Prédominance de la série C et/ou A, c'est une lisibilité moyenne.

Problématique

Le sujet perçu d'emblée la problématique qui renvoie à l'image maternelle, mais le recours à des procédés du contrôle et du l'évitement, empêche le sujet d'élaborer la problématique de la planche.

-Planche 6GF : « chghol ihedrezd wayi tougadh, il ya la crainte, elle craint quelque chose gayen izrikar »31''.

Procédés défensifs

Le sujet entre directement dans l'expression (B2-1) suivi d'une précaution verbale (A2-3) et un accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) le sujet exprime un affect exagéré (B2-4), et une préséance de thème de peur (B2-13). Le récit est caractérisé par une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

La prédominance de la série B2 et/ou A

Problématique

La problématique hétérosexuelle suggérée par la planche était perçue, mais elle n'était pas élaborée en raison de la tendance à la restriction.

-Planche 7GF : 19'' « tayi, bon, taqchichth ayi, tayi c'est sa maman, chghol tafkayezd le petit frère, elle lui explique quelque chose, la fille ayi tes3a un regard très loin, dacho ityoughen ? »43''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1), le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1/A2-1) suivi d'une précaution verbale (A2-3) et l'accent porté sur les relations interpersonnelle et récit en dialogue (B2-3) suivi d'une confusion des identités (E11), et une nécessité de poser une question (CP-5) avec une tendance à la restriction (CP-2).

Lisibilité

La prédominance des procédés d'évitement du conflit et du contrôle suivi d'un procédé labile et de processus primaire, ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique des relations mère-enfant et l'identification féminine est perçue par le sujet. Mais elle a des difficultés d'élaborer cette problématique en raison de la tendance à la restriction.

-Planche 8BM :22'' « tayi chghoul les photos 15°Sicle, asmi ikhedmen la recherche, dayi zereghed amaken 2 médecins thadoun adgkhadmen une intervention, bon, wayi c'est un stagiaire, itzwalid imaniss dh wa, chroul ivgha adhikhdem une carrière de médecine...c'est tout »54''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3) et d'une intellectualisation (A2-13) un éloignement temporo-spatial (A2-4), le sujet reprend par une précaution verbale (A2-3), donne une précision chiffré (A2-5) et accent porté sur le faire (CF-3) fini par une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

Prédominance de procédés du contrôle et de l'évitement, donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique à laquelle renvoie la planche n'était pas perçue ni élaborée par le sujet.

-Planche 9GF :25'' « wayi c'est une rivière ?naki tzwalikht dh la rivière, tayi amaken thtzel, tayi elle la surveillance de loi, thtzel à la rivière ayi, c'est tout »1'32''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le sujet pose la question au clinicien (CC-2), suivi d'un anonymat des personnages (CP-3) et met l'accent sur les thématiques de style courir, aller (B2-12) et une tendance à en refus et à la restriction (CP-5/CP-2).

Lisibilité

Les procédés d'évitement du conflit dominant le récit, le recours à un mouvement labile donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique à laquelle renvoie la planche n'était pas traité par le sujet. Elle n'a pas perçu la rivalité féminine à cause des procédés d'évitement.

-Planche 10 : 22'' « tayi chgoul une mère, tayi c'est une jeune fille, elle se refuge, comment on dire, dayi amdinigh un proverbe irouhed houkaroyiw « l'asile la plus sur c'est les bras de la mère »peut être j'ai résumé l'image »53''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le récit est introduit par une précaution verbale (A2-3) suivi d'une fausse perception (E1/E4) et une expression d'affect verbalisé (B2-4), et une intellectualisation, titre donné à l'histoire (A2-13), le récit se termine par une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

On note une variété des procédés défensifs, ce qui donne une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique libidinale au niveau du couple n'était pas perçue ni élaborée par le sujet, parce qu'elle n'a pas reconnue l'hétérosexualité qui renvoie à la planche.

-Planche 11 : 13'' « c'est flou, bon aka, chghol le fond de la mer, ma thetfet aka tayi chghol la lumière, wayi c'est des rochets, sa fait elle est juste comme ça,...wayi chghol davrid dadeyken, itchor divlaten, you3er,mais chghol comme le tunnel, mais à la fin de tunnel il ya une lumière »1'25.

Procédés défensifs

Le récit débute par une critique du matériel (CC-3) suivi d'une précaution verbale (A2-3) et une description avec attachement aux détails (A2-1), le sujet pose la question à l'examineur (CC-2), un silence intra-récit (CP-1), le sujet s'accroche au contenu manifeste (CF-1) suivi d'une présence de thème de peur (B2-13) et sous l'abri d'une précaution verbale (A2-3) le sujet met l'accent sur les qualités sensorielles (CN-5).

Lisibilité

Prédominance de la série C et/ou A et/ou B. C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique archaïque suggérée par la planche est perçue, mais elle est mal intégrée.

-Planche 12BG :33'' « tayi c'est la nature, mais dommage la photo ayi noir et blanc, il ya des arbres, tala une baque, auzrigh ara dacho ithkhedem da, allen wamen, c'est la nature, c'est tout »1'10''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence (CP-1), le sujet entre directe dans l'expression (B2-1) suivi d'une critique du matériel (CC-3) et une description avec attachement aux détails (A2-1), le récit est terminé avec une tendance à la restriction (CP-1).

Lisibilité

Prédominance des facteurs de la série C et/ou A et/ou B.

Problématique

La problématique au quelle renvoie la planche n'est pas perçue par le sujet en raison de la prédominance des procédés d'évitement.

-Planche 13B : 45'' « la maison ayi chghol la cabane ni les coubouilles, tidhek ni nzik,, bon tayi c'est une grande porte, wayi c'est un petit garçon, il attend quelque chose, icharked yitij, chghol il illumine la cabane ayi, la cabane ayi bienne solide, ce garçon hafi meskin itzkhemim »1'12''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1) le récit débute par une intellectualisation (A2-13) et une description avec attachement aux détails (A2-1/CF-1) suivi d'un accent noir sur les qualités sensorielle (CN-5) et une idéalisation de l'objet à valence positive (CM-2),le récit finit par un conflit intrapsychiques (A2-17).

Lisibilité

La prédominance de procédés d'évitement du conflit C, avec des mouvements de contrôle, rend la lisibilité de cette planche moyenne.

Problématique

La problématique à laquelle renvoie la planche est perçue par le sujet mais elle est mal intégré à cause des procédés d'évitement du conflit.

-Planche 13MF :42'' « cette photo...haslegh (signe de négation de la tête) cette femme chghoul amaken malade, negh tamouth (avec un ton triste)gebli rabi amaken tamouth, 3la khater wayi itrou, ihzen, il a essayé de faire quelques chose, mais il n'a pas peut, audiven ara ma tamouth, negh takleb akaroyiss »1'.12''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence long (CP-1), le récit débute par une réponse comportementale (CC-1) et une critique de soi (CN-9), suivi d'une précaution verbale et anonymat du personnage (A2-3/CP-3). Le sujet a perçue une personne malade (E6/E9) et une expression d'affect (B2-4) suivi d'une hésitation entre interprétations différentes (A2-6).

Lisibilité

On note une variété des procédés défensifs (A, B, C, E) ce qui rend la lisibilité moyenne.

Problématique

Le sujet n'a pas perçu ni élaboré la problématique suggérée par la planche.

-Planche 19 :1' « tayi ilaq win ikhedmen la peinture, (elle tourne la planche) c'est flou, bon c'est un mauvais temps, issekhle3 il ya la tempête, le vent, la neige, c'est tout »1'13''.

Procédés défensifs

Le sujet entre directe dans l'expression (B2-8), suivi d'un commentaire (B2-8) et critique le matériel (CC-3), et un accrochage au contenu manifeste (CF-1/A2-1) avec présence du thème de peur (B2-13) et une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité

La prédominance de la série C et/ou B et/ou A. C. c'est une lisibilité moyenne.

Problématique

La problématique prégénitale à laquelle renvoie la planche est nettement exprimé par le sujet, mais qui n'est pas élaborée à cause la tendance à la restriction.

-Planche16 :39'' « pourquoi vous m'avez donne une feuille blanche ?c'est difficile d'imaginer, je donne une qui est toujours dans ma tête, bon, je vois une fenêtre ouverte, c'est le printemps, il fait bon à l'extérieur, les oiseaux, les fleurs, la nature, une personne à l'intérieur, qui regarde à l'extérieur, devgha adefegh, elle cherche le moyen, chgoul elle a perdu la clé, elle cherche, chghoul asma adyili youwen g les problèmes, itzhosso amaken dans le praison, perdu, hors que, il ya toujours une fenêtre, une solution, il suffit de chercher pour trouver. Il ya le soleil, pour moi le soleil c'est la lumière, c'est l'espoir. »4'20''.

Procédés défensifs

Après un temps de latence initial long (CP-1), le récit débute par une question posé à l'examineur (CC-2) et une critique de soi (CN-9). Suivi d'une histoire construite autour d'une fanatisé personnelle (B1-1), insistance sur le fictif (A2-12), et introduction des personnages non figurant dans l'image (B1-2). Une précaution verbale (A2-3) suivi d'une dramatisation (B2-5) et une intellectualisation (A2-13), mettant l'accent sur les qualités sensorielle et l'éprouvé subjectif (CN-5/CN-1).

Lisibilité

Prédominance de la série C et/ou A et/ou B.

C'est une lisibilité moyenne.

Problématique

Devant le matériel non structuré le sujet éprouve au début les difficultés à structurer ses objets internes mais à l'aide d'une intervention de l'examineur, elle a arrivé à fantasmer une histoire structurée et logique, à partir de l'accrochage à des éléments concrets, dans le monde extérieur et le recours à l'agir.

I -Les mécanismes de défense à partir TAT

1-Première impression de l'ensemble du protocole

Le sujet à traité toutes les planches sans aucun refus, certaines planches sont traités avec une tendance à la restriction.

Dans l'ensemble du protocole, on remarque la prédominance des procédés d'évitement du conflit qui empêche le sujet à élaborer les problématiques de certaines planches.

On note une lisibilité moyenne pour tout le protocole.

2-les procédés utilisés

Dans l'ensemble du protocole, on remarque la présence des quatre séries de la grille, avec des pourcentages différents :

La première position était réservée pour les procédés d'évitement du conflit avec un pourcentage de 45,94%.

Les procédés phobiques étaient très fréquents sous forme d'inhibition ou des silences intra-récit (CP-1) dans les planches 1, 2, 5, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 12BG, 13B, 13MF, 16.

Une tendance générale à la restriction dans les planches : 3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 12BG.

Les procédés de types comportement (CC) sous forme du critique du matériel (CC-3) dans les planches, 12 BG, 19. Demande faite au clinicien (CC-2) dans les planches 1- 7GF, 9GF -16.

Les procédés narcissique étaient présents sous forme accent mis sur les qualités sensorielles (CN-5) dans les planches 11, 13B ,16. Critique du soi (CN-9) dans les planches 13MF, 16.

Les procédés factuels (CF), sous forme accrochage au contenu manifeste (CF-1) dans les planches : 2, 7GF, 11, 13B, 19.

Les procédés antidépressif sous forme idéalisation d'objet à valence positif (CM-2) dans la planche 13B.

Les procédés du contrôle viennent s'occuper la deuxième position avec un pourcentage de 30.63%.

Précaution verbale (A2-3) dans les planches : 1, 2, 4, 6GF, 7GF, 10, 11, 13MF, 13B, 16.

Description avec attachement aux détails (A2-1) dans les planches : 1, 2, 3BM, 7GF, 11, 12BG, 13B, 19. Et une intellectualisation (A2-13) dans les planches : 1, 4, 8BM, 10, 13B, 16.

L'accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17) dans les planches 1, 2, 13B.

Les procédés labiles viennent en troisième position avec un pourcentage de 19.81%. On trouve : expression verbalisé d'affect fort ou exagéré (B2-4), dans les planches : 1, 3BM, 6GF, 10, 13MF. On trouve également présence des thèmes de peur (B2-13) dans les planches 11, 6GF, 19. et des relations interpersonnelle, récit en dialogua (B2-3) dans les planches 4, 5, 7GF.

Enfin, les procédés de l'émergence en processus primaires sont présentés avec un pourcentage de 3.60%. sous forme de scotome d'objet manifeste (E1), dans la planche 10. Fausse perception (E4) dans la même planche, perception des personnes malades (E6) dans la planche 13MF. Et une expression d'affect et/ou de représentations massifs liée à la thématique du mort (E9), dans la planche 10.

3-Les problématiques de tout le protocole

1-3 problématique œdipienne

Dans la planche 1, le sujet a perçu la problématique d'immaturation fonctionnelle, mais elle n'était pas élaborée en raison de la rigidité des procédés défensifs.

Hayat a perçu la problématique de la triangularité œdipienne, dans la deuxième planche, mais elle n'a pas pu élaborer cette problématique à cause le recours massif à des procédés d'évitement du conflit.

À la planche 4 la problématique conflictuelle du couple avec ses deux pôles (agressivité/tendresse) est perçue et élaborée par le sujet.

Au niveau des planches 5, 9GF, 10, 13MF, Hayat n' pas perçu ni élaboré les problématiques suggérées à cause la présence d'évitement du conflit et les procédés du contrôle.

2-3 problématiques dépressives

La problématique dépressive est perçue par le sujet dans la planche 3BM, mais qu'elle n'était pas élaborée.

La problématique dépressive n'était pas perçue ni traité dans la planche 12BG

Elle est perçue par le sujet dans la planche 13B, mais elle n'était pas élaborée en raison de la prédominance de procédés d'évitement du conflit.

3-3 problématiques archaïques et prégénitales

Le sujet a perçu la problématique archaïque suggérée par la planche 11, mais elle n'était pas élaborée.

A la planche 19, elle est aussi perçue, mais qui reste non élaborée à cause le recours de sujet à la restriction.

Au niveau de la planche 16, malgré les difficultés rencontrées dans le démarrage devant un matériel vide, Hayat, arrive à fantasmer une histoire structurée.

Conclusion

En guise de conclusion, on peut dire, que le protocole de Hayat, est prédominé par les mécanismes d'évitement du conflit qui étaient un obstacle pour élaborer et traiter certaines problématiques notamment les problématiques dépressives.

Conclusion générale

Dans l'entretien, on a constaté que la naissance de Mahdi est un événement traumatique pour Hayat, elle est rentrée dans un état de choc, de déni, de culpabilité et de dépression, mais après cette mère à accepter cette réalité par le mécanisme d'adaptation et le recours à la foi.

Dans le TAT, on a constaté, la prédominance des procédés d'évitement du conflit, ce qui témoigne, que Hayat lutte contre cet événement traumatique et lutte contre la dépression.

A	B	C					E
A1-1=1	B1-1=1	CP	CN	CM	CC	CF	E-1=1
A2-1=7	B1-2=1	CP-1=11	CN-1=1	CM-2=1	CC-1=2	CF-1=5	E-4=1
A2-3=11	B2-1=1	CP-2=9	CN-3=1		CC-2=5	CF-2=1	E-6=1
A2-4=1	B2-3=3	CP-3=2	CN-5=3		CC-3=4	CF-3=1	E-9=1
A2-5=1	B2-4=6	CP-5=2	CN-9=2		CC-5=1		
A2-6=2	B2-5=1						
A2-8=1	B2-8=2						
A2-10=1	B2-9=1						
A2-13=6	B2-11=1						
A2-17=3	B2-12=1	24	7	1	12	7	
	B2-13=4						
$\sum A=34$	$\sum B=22$	$\sum C=51$					$\sum E=4$
A%=30.63	B%19.81	C%45.94					E%3.60

Tableau 5 N°Evaluation quantitative des procédés défensifs de Hayat

Prénom : Hayat

Âge : 40ans

2-Discussion des hypothèses

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et à travers le test projectif TAT, on va passer à la discussion de nos hypothèses de recherche.

La première hypothèse

« Les procédés défensifs dominant chez les mères d'enfant IMC, sont de l'ordre de l'évitement du conflit »

D'après l'analyse du contenu de chaque cas, il est apparu pour nous que l'enfant atteint d'une Infirmité Motrice Cérébrale, provoque chez leur mère des réactions intenses. Et pour faire face à leur souffrance ressentie, elles mettent en place certaines défenses comme le déni, l'évitement, l'isolement, la projection et l'adaptation. A partir le TAT, on a constaté la dominance des procédés de l'évitement du conflit chez les quatre cas, avec un pourcentage varié d'un cas à l'autre.

Pour le premier cas, Louisa réalise un pourcentage de 42.30% des procédés d'évitement du conflit. Zohra réalise un pourcentage de 48.24%. Nadia, 53.57%, enfin Hayat réalise un pourcentage de 45.94%.

Ces quatre cas, tentent d'éviter leur conflit psychique entre l'idéal du moi et la réalité de toute la situation.

La deuxième hypothèse

« On a observé des mouvements dépressifs chez les mères ayant un enfant infirme moteur. »

D'après l'analyse de contenu de l'entretien et de TAT de chaque cas, nous avons démontré que la naissance d'un enfant IMC, provoque une dépression chez leur mère. On a constaté la présence des affects dépressifs (désespoir, tristesse, culpabilité, insomnie, anorexie, irritabilité, dégoût de vie. liée à une défaillance narcissique, et un deuil de l'enfant fantasmé, d'après Finichil : « le deuil est un sentiment de tristesse lié à une perte important, les pertes, quelle que soit l'intensité, sont innombrables dans le continuum de la vie quotidienne » (Pedinilli J.L., Bernousi A., 2004, p.90)

Nous avons constaté après l'analyse de chaque cas, que la présence d'une dépression diffère d'un cas à un autre.

Dans le premier cas, la tristesse profonde et le pessimisme pousse Louisa à faire deux tentatives de suicide. Ce passage à l'acte démontre une rupture externe révéler une rupture interne qui marque la fragilité des assises narcissique.

Dans le deuxième cas, on a aussi remarqué la présence de la dépression, dû à la perte de l'enfant imaginé, cette dépression est renforcé par les difficultés rencontrées dans les soins de son fils et la révolte contre les médecins.

Dans le troisième et le quatrième cas, la dépression est augmentée par l'abandon de leurs époux, et manque d'étayage familial. Le TAT confirme la présence des mouvements dépressifs à travers les planches 3BM, 12BG, 13MF

Conclusion

On peut conclure de cette discussion que nos hypothèses sont confirmées par rapport à la population d'étude. On a constaté que les cas ont fait recours à des procédés d'évitement du conflit avec des pourcentages variés d'un cas à l'autre.

De plus, l'enfant IMC provoque des mouvements dépressifs chez les mères.

Conclusion générale

Conclusion générale

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de l'enfant atteint d'une infirmité motrice cérébrale et son effet sur la santé psychique et physique de sa mère. Toute en se basent sur les observations constatés dans la vie quotidienne de ses mères, et les observations constatés lors de pré-enquête.

D'abord, l'objectif principal de cette étude qui est intitulée « le vécu psychique des mères ayant un enfant IMC », était de déterminer la nature de vécu psychique de ses mères. Nous avons réalisé une étude de 4 cas, et pour bien montrer cette étude, nous avons choisi la méthode clinique où nous avons utilisé les outils suivants : l'entretien clinique et le test projectif TAT.

Ensuite, après l'analyse de contenu des entretiens de l'échantillon de cette recherche, nous avons constaté que les mères d'enfants IMC sont traumatisées au moment de l'annonce de l'handicap, parce qu'elles ont perdu l'enfant imaginaire, c'est une situation inattendue, cet événement conduit les mères à rentrer dans l'état de choc, de la culpabilité, et de la dépression. Comme nous avons détecté aussi certains mécanismes de défense tels que le déni, le refoulement, l'évitement et l'isolement pour faire face à leur souffrance et à la réalité douloureuse de leurs enfants.

A partir de l'analyse des résultats de l'entretien et de TAT, nous somme arrivés à confirmer nos hypothèses de recherche, la première qui dicte « les procédés défensifs dominant chez les mères d'enfant IMC sont de l'ordre d'évitement du conflit ». Et la deuxième qui postule « l'existence des mouvements dépressifs chez les mères d'enfants IMC ».

Par ailleurs, nous avons remarqué que le vécu psychique de ses mères diffère d'une mère à une autre en raison de :

- Le degré de l'Infirmité Motrice Cérébrale de leurs enfants (IMC sévère, moyenne, légère).
- Le soutien ou l'abandon et la vision positive/négative de l'autre (famille, société).
- Le recours à la foi, ce mécanisme a un apport important à l'adaptation et à l'acceptation.
- L'accès facile/difficile au sois et la prise en charge de leurs enfants.

D'après les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain, on peut donner quelques suggestions :

-Ouvrir des centres et des établissements spécialisés, pour la prise en charge des enfants IMC, et des associations pour les parents.

-Améliorer la qualité de l'accompagnement psychologique, des parents en souffrance, par les soignants et les psychologues.

-Aider les parents d'enfants handicapés à surmonter leurs difficultés et faciliter la prise en charge de leurs enfants.

-Aider les enfants handicapés pour avoir leur autonomie.

Pour terminer, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autres recherches sur l'entourage familial des enfants IMC, en particulier les mères. Nous espérons également que les chercheurs multiplieront leurs efforts sur le vécu psychologique et social des mères d'enfant en situation de l'handicap.

Bibliographie

La Bibliographie

1/ Les ouvrages

- 1-Angers M., (1994), « Initiation pratique à la méthode des Sciences Sociales », Alger, Ed Casbah.
- 2-Anzieu D. et Chabert C., (2004), « Les méthodes projectives », Ed Puf, Paris.
- 3-Besche-Richard C. et Bungeener C., (1999), « Psychopathologie de l'adulte », Ed Armond colin, Paris.
- 4-Bergeret J., (2008), « Psychologie pathologie », Ed Masson,.
- 5-Bioy A. et Fouques D., (2004), «Manuel de psychologie de soin », Ed Bréal, Paris,
- 6-Chahraoui kh.et Bénony H, (2003), « Méthode de recherche en psychologie clinique »,Ed Dunod, Paris.
- 7-Chahraoui Kh.et Bénony H., (1999), « L'entretien clinique », Ed Dunod, Paris.
- 8-Chiland C., (1983), « L'entretien clinique », Ed Puf, Paris.
- 9-Christopher Perry J.,Guelfi J-D. et Despland J.D., (2009) ,« Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation », 2eme Ed Masson, Paris,.
- 10-DSM-IV-TR, (2003), « Manuel Diagnostic et Statistiques des troubles mentaux », Ed Masson, Paris.
- 11-Ey H.Bernard P. et Brisset CH., (2002), « Manuel de psychiatrie »,6eme Ed, Paris.
- 12-Freud S., (2002), « Cinq leçon sur la psychanalyse », Ed Payo, Paris.
- 13-Glami A. et Plazza M., (1989), « La démarche clinique en Sciences Humaine », Ed Dunod, Paris.
- 14-Godfryd M., (2002), « Les maladies mentales de l'adulte », Ed Puf, Paris,
- 15-Grawitz M., (2006), « Méthodes des Sciences Sociales »,11eme Ed, France,

16-Guiditti T. et Tourrette C., (1999), « Handicap et développement psychologique de l'enfant », 2eme Ed, Paris.

17- Guy B., (1993), « Manuel de psychopathologie », Dunod, Paris,

18-INSERM., (2004), « Déficience et handicap d'origine périnatal », Ed INSERM,

19-Jemmes A., (2003), « Déficiences motrices et handicaps : caractéristiques générales et prise en charge », Ed IEM, France.

20-Ionescu S. Madeline M-J. et Claude L., (2005), « Les mécanismes de défense : théorie et clinique », Ed Nathan

21-Laplanche J. et Pantalès J-B., (2009), « Vocabulaire de la psychanalyse », Ed Puf, France.

22-Lecourt E., (2006), « Découvrir la psychanalyse de Freud aujourd'hui », Ed Eyolles.

23-Mannoni M., (1964), « L'enfant arriéré et sa mère », Ed Seuil.

24-Marty F., (2008), « Les grands concepts de la psychologie clinique », Dunod, Paris.

25-Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2011), « CIF, Classification Internationale du Fonctionnement du l'handicap et de la santé », Genève.

26-Pedinielli J-L. et Bernoussi A., (2005), « Les états dépressifs », Ed Armond colin.

27-Perron R. et coll., (2006), « La pratique de la psychologie clinique », Ed Dunod.

28-Pétot DJ., (2003) « L'évaluation clinique en psychopathologie », Ed Dunod.

29-Pewzner E., (2000), « Introduction à la psychopathologie de l'adulte », 2eme Ed Armond colin, Paris.

30-Ronald J-A. et Comblain A., (2001), « Manuel de psychologie des handicapés, sémiologie et principe de remédiation », Ed Mardaga, Belgique.

31-Shentoub V., (1990), « Manuel d'utilisation de TAT. Approche psychanalytique », Ed Bordas, Paris.

32- Zukman E., (1995), « Famille et handicap dans le monde », Paris, C.T.N.E.R.H.I

Les ouvrages en arabe :

- 1- أحمد عزت رابح، أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث للطباعة والنشر، الطبعة السابعة، مصر، 1970.
- 2- عبد الرحمان سي موسي، ورضوان زقار، الصدمة والحداد عند الطفل المراهق نظرة الإختبارات الإسقاطية، جمعية علم النفس، الجزائر، 2002.

2/ Les revues

- 1-Ait Sidhoum M-A., (1990), « Introduction théorique à la méthode de V.Shentoub pour l'utilisation de TAT », **In Psychologie, le TAT, aujourd'hui en Algérie**, N°1, p 69-70.
- 2- Boissel A., (2008), « Parentalité et handicap », **In ERES/ La lettre de l'enfance et de l'adolescence**, 3-07 N°73.
- 3-Gaillard J-P., (2004), « Les mères d'enfant handicapé, face au professionnels médico-psycho-éducatifs », **In Pratiques Psychologiques**, vol 10, p 7-27.
- 4-Hafdallah,R., (2009), « Le sujet en souffrance », **In Acte de colloque international SARP**.
- 5-Lamarche C. (1985), « Les parents d'un enfant handicapé », **In Santé mentale au Québec**, vol.10, N° 1, p36-45.
- 6-Scelles R., (2006), « Devenir parent d'un enfant handicapé, une affaire d'homme, de femme, de couple, d'enfant et de société », **In CNEF/Informations Sociales**, N°132, 82-90.
- 7-Si Moussi, A. et Moussa. F., (1990), « Le matériel TAT : prétexte, support et réalité », *In Psychologie, le TAT, aujourd'hui en Algérie*, N° 1, p 77-105.
- 8-Tétreault S. et Blanchatte L., (1991), « Réflexion sur la condition de la mère de l'enfant handicapé : une intervention féministe à développer », **In Service Sociale**, Vol 40, N°2.

3/ Les Dictionnaires

- 1-Bloch Hattel., (2005), « Dictionnaire fondamental de la psychologie », Ed Didier Casalis,
- 2-Bloch hattel. Et coll., (2003), « Le Grand Dictionnaire de la Psychologie », Ed Larousse, Paris.
- 3-Ronald CH, Bernard., (2003), « Dictionnaire de la psychanalyse », Ed Larousse, Paris.

4/ Thèse Doctorat

-Bouchloukh, M., (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 SLOUKIA.H, Université Mantouri de Constantine.

5/ Le site internet

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUES=INSO&ID_NUMPUBLE=INSO_132&ID_ARTICLE=INSO_132_0082.

Annexes

Annexe N°1

Formulaire de consentement

Le soussigné, déclare accepter librement, et de façon éclairée de participer comme sujet à l'étude intitulé « le vécu psychique des mères ayant un enfant IMC »

Investigateur principal : Ksouri Linda

Cadre de recherche :

Préparation d'un mémoire de master en psychologie clinique

Nom de l'encadreur : Mme BAA Saliha

Le lieu de recherche :

L'Etablissement Hospitalisé Spécialisé en rééducation fonctionnelle d'Ilmaten

Objectif de la recherche :

Cette recherche a pour objectif de déterminer le vécu psychique des mères d'enfants IMC

Cette recherche comprend :

-Un entretien semi directif associé et un test projectif TAT

Informations :

-Le sujet a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principale, et ce dans les limites des contraintes du plan de la recherche.

-Toutes les informations concernant le sujet seront confirmées de façon anonyme et confidentielle.

La déontologie et éthique :

Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel, pour toutes les informations concernant le sujet.

Lieu de la recherche.....

Le...

Annexe N°2

Guide d'entretien

AXE 1 : données personnelles

Prénom :

L'âge :

Niveau d'instruction :

Fonction :

Nombre d'enfants :

L'âge de l'enfant IMC:

le sexe :

Scolarisé ou non :

AXE 2 : grossesse et les imaginations de la mère

1-S'agit-il d'une grossesse désirée ?

2-Quelle était votre réaction quand le médecin vous avez informé que vous étiez enceinte ?

3-Comment s'est déroulée votre grossesse ?

4-Avez-vous rencontré des problèmes durant cette période ?

5-Comment vous imaginez votre enfant ?

AXE 3 : l'annonce de l'handicap à la mère

1-A quelle période de la grossesse vous avez été informée que votre enfant à une déficience ? Comment ?

2-Existe-il des antécédents d'une déficience dans votre famille ?

3-Comment avez-vous réagir devant cet événement ?

4--Quelle était votre réaction ? Celle de ton époux ?

5-Est-ce que vous avez déjà entendu le mot IMC ?

6-Durant l'accouchement, avez-vous rencontré des difficultés ?

AXE 4 : Le rôle de la famille et la perception de l'entourage

- 1-quel est le rôle de votre conjoint ? Ce de votre famille ?
- 2- Comment vous qualifier la relation de votre enfant avec ses frères et sœurs ?
- 3-Comment les autres perçoivent la situation de votre enfant ?
- 4-Est-ce que leurs regards influencent votre vécu ? Si, oui, comment ?

AXE 5 : l'état psychique et physique de la mère

- 1-Comment était votre santé psychique et physique avant et après avoir eu cet enfant ?
- 2-Est-ce que vous trouvez les difficultés dans le sommeil ? Avez-vous un bon appétit ?
- 3-Parlez- vous de votre souffrance à quelqu'un ? Ou, vous préférez rester seule ?
- 4-Est-ce que vous arrivez à gérer les difficultés ?

AXE 6 : le développement de l'enfant et la perception de la mère

- 1-Décrivons-nous le développement de votre enfant ?
- 2-Comment avez-vous vécu son développement ? Avez-vous rencontré des difficultés durant son développement?
- 3-Comment vous vous organisez pour suivre votre enfant au quotidien ?
- 4-A quel âge a t-il été inscrit dans l'établissement de la rééducation fonctionnelle ?
- 5-Comment se passe le suivi de votre enfant ?
- 6-Durant son suivi, ya-t-il des améliorations ? Si oui, quels types d'amélioration ?
- 7-Avez-vous bénéficié des aides et des orientations ? si, oui,-Quels types de bénéfice ?

AXE 7 : le regard vers l'avenir

- 1-Comment envisagez-vous l'avenir de votre enfant ?
- 2 –Que souhaitez-vous ?
- 3-Avez-vous des choses à rajouter ?

