



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira – Béjaïa  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département des Sciences Sociales*

## Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention du diplôme de Master  
En Psychologie Clinique*

*Thème*

# **La dynamique relationnelle chez les enfants trisomiques**

**Étude systémique familiale d'un (01 cas) de famille réalisée au sein du  
Centre Psychopédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux d'Akbou.**

*Présenté par :*

AMROUCHE THINHINANE

BEN MEDDOUR SIHEM

*Encadré par :*

Dr GACI Khelifa

*Année 2020-2021*

## Remerciement

*En premier lieu, nous tenons à remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donnés la santé, la volonté et la patience tout au long de notre travail.*

*On exprime notre gratitude à notre encadrant **monsieur Gaci** qui a contribué à la réalisation de ce mémoire; ces orientations, ces conseils, sa grande patience et surtout ses efforts et sa disponibilité.*

*On exprime nos sincères remerciements aux personnels du centre Psychopédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux (C.P.P.E.I.M) d'Akhou d'avoir mis à notre disposition tous les moyens nécessaires et informations importantes, afin d'effectuer notre stage dans de meilleures conditions.*

*Qu'il nous soit permis de remercier aussi la psychologue du centre madame **Chellat** pour son accueil et sa compréhension.*

*Nous remercions aussi les enfants trisomiques et leurs parents d'avoir participer à cette recherche.*

*Nous remercions bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.*

*Notre profonde reconnaissance et gratitude vont à tous les enseignants de la faculté des sciences humaines et sociales.*

*Nos reconnaissances pleines d'affection à nos familles et amies pour leurs soutiens tout au long de ce travail.*

*Enfin, on tient à remercier tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

**Merci à tous et à toutes.**

## Dédicace

Avant tout Dieu merci

Je dédie ce modeste travail accompagné d'un profond amour:

À mes très chers parents qui m'ont soutenue, et qui ont sacrifiés les plus belles années de leurs vies pour me voir réussir.

À mes chers frères : Yacine, Karim et sa femme Kenza.

À mes très chères sœurs : Nassima, Samira et leurs époux, sans oublier mes nièces et mes neveux.

À mon mari Idir qui a été toujours présent à mes côtés, qui m'a guidé et soutenu durant toute ma recherche et qui a sacrifié tout son temps afin de m'aider.

À toute ma belle-famille.

À ma très chère binôme Tinhinane et sa famille.

À mes chères copines: Sabrina, maya et leurs familles.

À toutes mes chères amies sans exception.

À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

Et à tous les enfants trisomiques du « C.P.P.E.I.M » d'Akbou.

**Sihem**

## *Dédicace*

Avant tout Dieu merci

Rien n'est aussi bien à offrir que le fruit d'un labeur qu'on dédie du fond de cœur à ceux qu'on aime et qu'on remercie en expriment la gratitude et la reconnaissance durant toute notre existence.

Je dédie ce modeste travail :

À la mémoire de ma très chère grand-mère qui m'a toujours aimé et soutenu.

À mes chères parents, je vous remercié infiniment pour votre amour, soutien, conseil, et surtout pour la confiance que vous m'avais donnée sans vous je serais jamais là, vous êtes ma force ; je vous aime plus que tout.

À ma sœur Dihia qui était toujours là pour moi merci ma chérie pour tout, ainsi son mari.

À mon cher frère Syphax.

À mes grands-parents qui m'ont toujours aimé.

À mes tantes et mes oncles, mes cousins et cousines.

À ma très chère binôme Sihem, sa famille et son mari.

À mes chères copines : Sabrina, Maya, Lydia, djadja....et leurs familles

À tous mes amies sans exceptions.

À notre encadreur Dr Gaci.

À toutes personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À tous les enfants trisomiques du « C.P.P.E.I.M » d'AKBOU.

Tinhinane

## Table des matières

Remerciement	
Dédicace	
La liste des abréviations	
La liste des tableaux	
La liste des figures	
Introduction	12
Problématique	16
Raisons de choix du thème	22
Opérationnalisation des concepts	23
I. Chapitre I L'enfant trisomique et sa famille	24
Préambule	25
1. L'enfance et L'enfant	25
1.1. L'origine du terme « enfant »	25
1.2. Définitions	26
1.2.1. Définition de l'enfant	26
1.2.2. Définition de l'enfant selon le dictionnaire de psychologie	26
1.3. Naissance de l'enfant dans la famille d'un point de vue systémique	26
2. La trisomie 21	27
2.1. Aperçu historique de la trisomie 21	27
2.2. Définition de la trisomie 21	29
2.2.1. Selon le dictionnaire encyclopédique de psychologie	29
2.2.2. Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie	29
2.2.3. Selon Nobert Sillamy	30
2.3. Tableau clinique de la trisomie 21	30
2.4. Manifestations physiques	30
2.5. Les formes de la trisomie 21	31
2.5.1. La trisomie libre ou homogène	31
2.5.2. La trisomie mosaïque	31
2.5.3. La trisomie translocation	31

2.6.1.	L'âge de la mère à la naissance de l'enfant .....	31
2.6.2.	Le fait d'avoir déjà eu un enfant présentant la trisomie 21 .....	32
2.6.3.	Une prédisposition génétique rare.....	32
2.7.	Le développement psychologique d'un enfant trisomique .....	32
2.7.1.	Le développement cognitif.....	32
2.7.1.1.	Le développement affectif .....	33
2.7.2.	Le développement psychomoteur .....	34
2.7.3.	Le développement du langage.....	34
2.8.	Le diagnostic clinique de la trisomie 21 .....	35
2.8.1.	Le test de dépistage prénatal .....	35
2.8.2.	Le test diagnostique.....	36
2.9.	Les pathologies associées .....	36
2.10.	Evolution de la trisomie 21 .....	37
2.11.	La prise en charge des enfants trisomiques.....	38
2.11.1.	Un suivi médical et clinique.....	38
2.11.2.	Un suivi kinésithérapique.....	38
2.11.3.	Un suivi psychomoteur .....	39
2.11.4.	Un suivi orthophonique.....	39
2.11.5.	Un suivi éducatif .....	39
2.12.	La prise en charge familiale .....	40
2.13.	L'accompagnement vers l'autonomie et l'auto détermination .....	40
2.14.	Le sens du symptôme (trisomie 21) dans la famille.....	41
	Conclusion du chapitre.....	42
II.	Chapitre 02 : Dynamique relationnelle et perspective.....	43
	Préambule.....	44
1.	La famille et ses caractéristiques .....	44
1.1.	Définitions .....	44
1.1.1.	Définition de la famille .....	44
1.1.2.	Définition étymologique de la famille .....	44
1.1.3.	Définition psychologique.....	45
1.1.4.	Définition systémique .....	45

1.1.5. Définition sociologique.....	46
1.1.6. Définition de la famille algérienne selon Mostafa Boutefnouchet.....	46
1.2. Evolution et caractéristiques de la famille algérienne.....	46
1.3. La typologie familiale.....	47
1.3.1. Les familles nucléaires.....	47
1.3.2. Les familles multi générationnelles.....	48
1.3.3. Les familles communautaires.....	48
1.4. Cycle de vie de la famille.....	48
2. Les répercussions de la trisomie 21 sur le vécu parental.....	49
2.1. Traumatisme parental.....	49
2.2. Les conséquences de l'arrivée d'un enfant trisomique :.....	50
2.2.1. La dépression et rupture comportementale.....	50
2.2.2. La culpabilité de la mère.....	50
2.2.3. L'abandon.....	50
2.2.4. Le rejet.....	50
2.3. Etre parent d'un enfant trisomique.....	51
3. La dynamique relationnelle d'un point de vue systémique.....	51
3.1. Définitions.....	51
3.1.1. Dynamique.....	51
3.1.2. Relation.....	52
3.1.3. La dynamique relationnelle.....	52
3.2. Relations parents-enfants.....	52
3.2.1. La relation mère-enfant.....	52
3.2.2. La relation père-enfant :.....	53
3.3. Le fonctionnement familial.....	53
3.3.1. La communication :.....	53
3.3.2. L'expression des sentiments.....	54
3.3.3. La résolution des problèmes.....	55
3.3.4. La distribution des rôles.....	55
3.3.5. L'engagement affectif.....	56

3.3.6. Le contrôle des comportements .....	57
3.4. La famille dysfonctionnelle .....	58
3.5. Le système familial.....	59
3.5.1. Définition du système .....	59
3.5.2. Définition du système familial .....	59
3.6. L'approche structurale et l'approche contextuelle .....	59
3.6.1. L'approche structurale de Salvador Minuchin.....	59
3.6.1.1. Principes théoriques de l'approche structurale.....	60
3.6.1.2. La structure de la famille .....	60
3.6.1.3. Les règles .....	61
3.6.1.4. Les sous-systèmes.....	61
3.6.1.5. Les frontières .....	62
4.6.2 L'approche contextuelle Ivan Boszormenyi-Nagy .....	64
4.6.2.1. Une brève historique de la pensée de Boszormenyi-Nagy .....	64
4.6.2.2. Les canons théoriques de l'approche contextuelle .....	64
4.6.2.3. La légitimité.....	65
4.6.2.4. Les dimensions de la réalité relationnelle.....	66
4.6.2.5. La famille au fil des générations.....	68
4.6.2.6. La loyauté.....	69
Conclusion du chapitre.....	73
III. Chapitre 03 : Méthodologie de la recherche.....	74
Préambule.....	75
1. La préenquête .....	75
2. Présentation du lieu de la recherche .....	77
2.1. Infrastructure de l'établissement .....	78
2.1.1. Infrastructures administratives .....	78
2.1.2. Infrastructures pédagogiques .....	78
2.1.3. Les moyens pédagogiques.....	79
2.1.4. La répartition des élèves.....	80
3. La démarche de la recherche .....	81
3.1. La démarche méthodologique .....	81



4.	La méthode de recherche .....	81
4.1.	La méthode clinique .....	81
4.1.1.	L'étude de cas .....	82
5.	Présentation de groupe d'étude et ses caractéristiques .....	82
5.1.	Critères d'inclusion de groupe d'étude .....	82
6.	Les outils et les instruments utilisés pour la réalisation de cette recherche	83
6.1.	Entretien familial .....	83
6.2.	Le génogramme .....	84
6.2.1.	Construction de génogramme .....	85
6.2.2.	Interprétation des génogrammes .....	89
6.2.3.	Emploi clinique du génogramme .....	91
6.2.4.	Les applications du génogramme dans la pratique médicale et familiale .....	91
6.2.5.	L'avenir du génogramme .....	91
6.3.	Le FAT (Family Apperception Test).....	92
6.3.1.	Définition .....	92
6.3.2.	Présentation des planches.....	92
6.3.3.	Procédure d'administration .....	95
6.3.4.	La cotation.....	96
6.3.4.1.	Catégories de cotation.....	96
7.	Déroulement de la recherche .....	98
8.	Les difficultés de la recherche .....	99
	Conclusion du chapitre.....	99
IV.	Partie pratique .....	95
	Préambule.....	101
1.	Présentation et discussion des données de l'entretien familial avec la famille de « Hakim ».....	101
1.1.	Présentation des données de l'entretien.....	101
1.2.	Discussion des données de l'entretien.....	105
2.	Présentation de génogramme de la famille du patient désigné.....	108
3.	Interprétation du génogramme.....	109

3.1. La structure familiale.....	109
3.2. Le cycle de vie.....	109
3.3. Modèles répétitifs à travers les générations .....	110
3.4. Le cycle de vie et le fonctionnement de la famille.....	110
3.5. Les modèles relationnels et les triangles .....	110
4. Protocole du FAT du patient désigné « Hakim » .....	112
4.1. L'analyse des huit (08) questions .....	114
5. Synthèse sur le cas de la famille de Hakim .....	116
6. Discussion des hypothèses.....	117
Conclusion.....	118
La liste bibliographique.....	120
Annexes .....	124

## La liste des abréviations

Abréviations	Significations
<b>CDE</b>	Convention relative aux Droits de l'Enfant
<b>C.P.P.E.I.M</b>	Centre PsychoPédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux
<b>FAT</b>	Family Apperception Test
<b>T21</b>	Trisomie 21
<b>TOC</b>	Troubles obsessionnels compulsif

## La liste des tableaux

N° de tableaux	Titre de tableau	Page
Tableau N° 01	infrastructure administrative	78
Tableau N° 02	infrastructure pédagogique	78
Tableau N° 03	répartition des élèves selon l'âge	80
Tableau N° 04	répartition des élèves selon le type de déficience	80
Tableau N° 05	répartition des élèves selon le degré de déficience	80
Tableau N° 06	récapitule des caractéristiques de la famille	83
Tableau N° 07	protocole du patient désigné Hakim	112

## La liste des figures

N° de figure	Titre de figure	Page
Figure N° 01	schéma de l'histoire du terme trisomie 21.	28
Figure N° 02	caryotype d'un garçon trisomique	29
Figure N° 03	la forme de génogramme et la carte familiale de la famille de Hakim	108
Figure N° 04	Feuille de cotation	111

# **Introduction**

### Introduction

La psychologie s'est intéressée depuis des siècles sur tout ce qui est interne de l'être humain, pour qu'elle puisse comprendre et expliquer le côté affectifs, émotionnels, cognitifs et relationnelles des personnes. C'est à travers la psychologie qu'on puisse comprendre les personnes dès leur enfance. Dans le présent travail, nous allons nous intéresser au sujet de la dynamique relationnelle des enfants trisomiques.

Le handicap est un élément qui fait partie de notre vie. Chaque jour l'être humain se retrouve confronté à des situations qui le bloquent et le paralysent. Le handicap désigne la limitation et l'incapacité de la personne à entrer en interaction avec son environnement, menant à un stress et à des difficultés morales, relationnelles, intellectuelles et physiques. Ces difficultés sont variables en fonction des contextes (sociétaux, humains, techniques, juridiques,...).

Parler du handicap nous fait penser à la trisomie 21(ou syndrome de Down) qui est provoqué par la présence d'un chromosome surnuméraire en triple exemplaires. Cette malformation congénitale reste un obstacle ou un point noir pour certain, notamment pour les parents d'un enfant trisomique.

Toutes familles attends la naissance d'un enfant qui est toujours la source de joie, mais la révélation d'un enfant trisomique provoque en effet un changement qui bouleverse la vie des parents, il évoque surtout la non-préparation à l'annonce, le sentiment de découragement et de la remise en question personnelle, il implique une désorganisation sur le fonctionnement familial, car cet enfant va changer leurs quotidiens, ainsi leurs modes de vie existants avant son arrivé.

Concernant les difficultés quotidiennes que provoque cette pathologie, et les troubles associés qui peuvent l'accompagnee, les parents, ainsi que tous les membres de la famille ont un rôle primordial dans le développement de cet enfant trisomique et se retrouvent confrontés à une lourde responsabilité, qui demande beaucoup de sacrifices pour répondre aux besoins complexes d'un enfant «différent », « inattendu », l'accompagné durant son développement et l'aidé à être autonome afin qu'il puisse s'intégrer dans la société.

L'aide proposés à la personne atteinte de trisomie 21 est essentiellement éducatives et rééducatives. Il s'agit en effet d'une prise en charge globale et adaptée à chaque enfant, afin de leur permettre de jouir et d'acquérir une autonomie et pour une éventuelle insertion dans le milieu professionnel et social.

La présence d'un enfant trisomique au sein d'une famille suscite des perturbations de la dynamique relationnelle de cette dernière. C'est la question fondamentale de notre travail de recherche.

Afin de mener à bien notre étude, nous sommes référé à l'approche structurale et contextuelle pour comprendre le fonctionnement habituel des familles ayant un enfant trisomique, ainsi que de décrire le vécu quotidien de leur parents.

Dans le présent travail de recherche, nous allons travailler sur la dynamique relationnelle chez un groupe d'enfants trisomiques au niveau du centre Psychopédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux (C.P.P.E.I.M) d'Akbou.

Nous sommes basés dans notre recherche sur la méthode descriptive en nous appuyons sur l'étude de cas pour mettre en exergue la présence d'un enfant trisomique au sein de la famille, et les perturbations de cette affection sur la relation entre les parents, et la famille toute entière.

Notre modeste étude s'introduit par un cadre général de la problématique dans lequel nous allons poser notre problématique et émettre, dans un premier temps nos hypothèses. Par la suite nous allons aborder deux grandes parties, une théorique et l'autre pratique.

La partie théorique contient deux chapitres :

### **Chapitre 01 : l'enfant trisomique et sa famille**

Ce chapitre inclut, en premier temps l'enfant et l'enfance, puis dans un deuxième temps les différentes définitions de la trisomie 21, son aperçu historique, ses différentes formes, ainsi que d'autres concepts relatifs à cette pathologie.

### **Chapitre 02 : la dynamique relationnelle et perspective systémique**

Nous allons aborder, premièrement, le concept de famille et ses caractéristiques systémiques (définitions, typologie familiale, etc.), deuxièmement, les répercussions de la trisomie 21 sur le vécu parental (traumatisme parental, les conséquences de l'arrivée d'un enfant trisomique, etc.), et enfin la dynamique relationnelle d'un point de vue systémique (définitions, relation parents-enfant, le fonctionnement familial, etc.).

La partie pratique est aussi divisée en deux chapitres :

**Chapitre 3 :** ce chapitre est dédié à la partie méthodologique, dans laquelle nous allons présenter notre pré-enquête, le cadre spatiotemporel de la recherche, les critères du groupe d'étude et ses caractéristiques, la méthode utilisée dans notre recherche, l'entretien circulaire systémique, le génogramme, et enfin le test du FAT.

**Chapitre 04 :** au cours de ce dernier chapitre, nous allons présenter et discuter les données de l'entretien et de génogramme, interpréter et analyser le protocole du FAT effectué sur notre groupe d'étude, ce qui va nous permettre de vérifier nos hypothèses de départ.

Cette présente étude se termine par une conclusion dans laquelle nous allons confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.



**Cadre général**  
**De la problématique**

### Problématique

Toute famille attend avec impatience l'arrivée d'un enfant. La naissance de ce dernier est souvent un évènement exceptionnel pour toute la famille. Néanmoins, devenir parents n'est pas aussi facile que l'on pense, car cela implique beaucoup de responsabilités et surtout davantage de tâches lourdes à accomplir au quotidien et particulièrement, durant la petite enfance.

La petite enfance est la période allant du développement prénatal à l'âge de huit ans. Il s'agit d'une phase cruciale de croissance et de développement, vu que les expériences au cours de cette dernière peuvent avoir un impact sur toute la vie d'un individu et celle de sa famille.

En effet, la petite enfance est une phase qui permet, dans un premier temps, l'acquisition de l'autonomie par le biais du jeu et des rapports sociaux successifs. Cependant, cette acquisition est limitée par les capacités comportementales, physiques ou psychiques de chaque enfant. Dans un deuxième temps, la petite enfance offre une importante opportunité pour préparer les fonctions de l'apprentissage et de la participation tout au long de la vie, en évitant les retards potentiels de développement et les déficiences. Néanmoins, de telles opportunités ne peuvent avoir lieu sans l'intervention de la famille et des parents via les échanges verbaux et la reconnaissance avec l'enfant. En effet, ce sont ces retours qui aident l'enfant à se structurer, et à mettre un sens aux expériences auxquelles il est confronté dans la vie de tous les jours.

Il est actuellement connu que plusieurs facteurs endogènes et exogènes sont à l'origine de dysfonctionnement dans ces processus d'apprentissage et du relationnel. Parmi ces facteurs, la trisomie 21 ou le syndrome de Down est reconnu comme la principale cause génétique de retard mental et elle est à l'origine d'un handicap social important. Cette malformation congénitale est la plus fréquente des anomalies chromosomiques dans toutes les populations du

monde. D'un point de vue cytogénétique, la trisomie 21 est due à la présence d'un chromosome surnuméraire. En d'autres termes, les individus trisomiques présentent dans leurs cellules un chromosome supplémentaire transmis par l'un des deux parents. D'un point de vue morphologique, cette anomalie se traduit par un visage particulier qui se caractérise par des faciès mongoloïdes et des malformations principalement du cœur et des reins. *In fine*, d'un point de vue psychologique, la présence de ce chromosome surnuméraire est à l'origine un retard mental et parfois peut se traduire également par des troubles neurologiques (épilepsie, troubles psychiatriques...). La sévérité du retard mental et des anomalies neurologiques est extrêmement variable d'un individu à l'autre et impossible à évaluer avant la naissance. D'après Lacombe et Brun « *L'enfant présentant un retard mental se développe à des vitesses différentes suivant les différents secteurs du développement psychobiologique* » (2008, p 01).

En Algérie, on compte quelque 80 000 cas d'enfants trisomiques. La prévalence varie entre 1 : 700 et 1 : 1000 naissances vivantes (Boucif-Debab et al, 2018).

La trisomie 21 homogène libre, caractérisée par la présence excédentaire d'un exemplaire du chromosome 21, est la cause la plus fréquente du syndrome de Down ; elle représente 90 % des cas et se définit comme une anomalie génétique affectant l'ensemble de l'organisme (Lacombe, et Brun, 2008).

L'être humain ne se construit pas seul, mais avec d'autres personnes et dans un contexte social et familial. La famille constitue avant tout un espace et un lieu fondamentalement relationnel, spécifique, originale et surtout complexe. Elle est le premier lieu où l'enfant, qu'il soit handicapé ou non, construit ses premiers liens affectifs et sociaux, ainsi que ses premiers apprentissages.

L'annonce du diagnostic de la trisomie 21 constitue pour les parents un traumatisme psychique et un décalage entre l'image idéalisée de l'enfant et celle

que renvoie l'enfant né avec un retard mental qui bouleverse la vie de la famille et celle de son entourage.

L'arrivée d'un enfant handicapé entraîne, quoi qu'il en soit, la modification des relations intrafamiliales, il modifie la dynamique du couple par les soins qu'il entraîne, la préoccupation incessante, par la hantise du futur (Cuilleret, 2007, p 80).

Le système familial renvoie à un ensemble d'éléments ou interactions autoréguler et éco-organiser.

On parle du bon fonctionnement familial lorsque la relation est perdue, solide et fiable. Les parents doivent acquérir des compétences qui vont leur permettre de gérer et de protéger l'ensemble des membres de la famille et de satisfaire leurs besoins affectifs. Les membres de la famille, quant à eux, doivent s'adapter aux règles et au fonctionnement de leur famille.

Notre recherche s'étaye sur deux approches essentielles : l'approche structurale et l'approche contextuelle, qui vont nous permettre de comprendre et d'expliquer le fonctionnement familial.

Pour Minuchin conçoit la famille comme un système fonctionnant à l'intérieur du contexte social spécifique. Pour lui, l'approche structurale cherche à relier les systèmes à des configurations relationnelles ou à des structures familiales dysfonctionnelles.

Minuchin a dégagé la notion de structure de la famille pour rendre compte de fait que les interactions familiales n'étaient nullement le fruit du hasard, mais au contraire s'avéraient extrêmement structurées dans leur fonctionnement intime (Albernhe.K, et Albernhe.T, 2004).

Selon Minuchin, la famille doit s'adapter aux changements de circonstances afin de maintenir sa continuité et favoriser la croissance psychosociale de chaque membre.

Les membres de la famille s'organisent en sous-système à partir de l'âge, du sexe, et de champs d'intérêt. Et ces sous-systèmes sont séparés par des frontières qui ont pour but de protéger et de différencier les membres de la famille des autres personnes du monde externe.

Pour Boszormenyi-Nagy le contexte s'agit d'un « ensemble des individus qui se trouvent dans un rapport d'attente et d'obligation ou dont les actes ont un impact sur l'autre ». Vu de cet angle, le contexte n'est superposable ni au système d'interaction ni au système familial. Il en résultera une théorie contextuelle des motivations.

Nagy pense que le soi n'arrive à se construire que par opposition à l'autre c'est-à-dire la construction de l'identité individuelle résulte de la relation dialectique à autrui, l'autre devient en quelque sorte une partie constitutive de soi.

Le contexte de la famille s'est étayé sur les relations des membres d'une famille qui consiste d'avoir la réciprocité et l'équité qui vont équilibrer entre le donné et le reçu dans la relation. Il faut qu'il y ait des changements et la confiance entre les membres.

Nous ne pouvons pas parler sur l'approche contextuelle sans aborder la notion de légitimité qui reflète la dignité humaine et permet les échanges entre les membres de la famille tels que donner et recevoir. Ce sont ces échanges qui valident la personne et permettent à la légitimité de se construire dans la relation.

Certaines relations humaines doivent nécessairement avoir une stabilité dans le temps. Pour que ces relations soient viables et reproductibles à long terme, il faut qu'elles soient basées sur un système de valeurs qui les dépasse, les transcende.

Au fil des générations, les descendants chercheraient à améliorer leur façon de faire (tenter d'être meilleur parent que ses propres parents) : il s'agirait là d'un

phénomène tout à fait normal, que l'on pourrait qualifier de « bonification transgénérationnelle » (Albernhe.K, et Albernhe.T, 2004).

D'après Nagy, pour qu'une génération soit véritablement épanouie, il faut que l'héritage de chaque génération soit négocié au préalable. Toute personne qui vient au monde hérite naturellement un patrimoine familial.

Nagy voit que la loyauté est très importante, car elle est avant tout basée sur une attente de justice entre les générations.

La loyauté a une dimension transgénérationnelle. Nagy estime qu'il existe un « héritage de loyauté » qui se transmet au fil des générations. Ainsi, chaque génération possède un « lien primitif de loyauté » entre parent et enfant.

La loyauté représente un concept triadique (l'attachement à une personne exclut une autre personne : la loyauté se construit nécessairement au détriment de quelqu'un).

La réalité de la vie se charge donc de faire s'entrecroiser les loyautés verticales et les loyautés horizontales, ce qui oblige, à chaque fois, à la recherche d'un nouvel équilibre, faute de quoi le système dysfonctionne et le symptôme apparaitre (Albernhe.K, et Albernhe.T, 2004).

Après le diagnostic, les parents s'interrogent sur la façon de faire face à leur enfant trisomique : *allons-nous être capables d'investir cet enfant ?*

Les parents doivent le reconnaître dans toute son humanité, c'est le socle fondateur des liens affectifs. Chacun des deux parents évolue à son rythme face à cette nouvelle réalité et élabore, de manière individuelle, son propre processus d'humanisation. Ce dernier met en jeu la force des représentations de chacun sur la trisomie 21, leur réaction au stress et la place qu'occupait le projet d'enfant dans la dynamique du couple.

Ce modeste travail de recherche, s'inscrivant dans le cadre de notre mémoire de fin de cycle, vise à étudier le fonctionnement familial et la dynamique relationnelle chez les enfants trisomiques et leurs parents. Notre approche consiste à décrire et à expliquer ces paramètres sociaux. En d'autres termes, la présente étude vise à investiguer, comment se caractérise-t-elle la dynamique relationnelle chez les enfants trisomiques au sein de la famille ? Pour bien expliquer cette question générale nous allons poser les deux questions secondaires suivantes :

1. la dynamique relationnelle se caractérise-t-elle sur le plan de la structure de la famille ?
2. la dynamique relationnelle se caractérise-t-elle sur le plan contextuel de la famille ?

Afin de répondre à nos questions de recherche, nous avons émis l'hypothèse suivante : « la dynamique relationnelle de la famille ayant un enfant trisomique est perturbée ».

À cette hypothèse générale s'ajoutent les hypothèses secondaires suivantes : la dynamique relationnelle perturbée se caractérise :

1. Sur le plan structural, par la présence des conflits, des rôles confus et les relations désengagés.
2. Sur le plan contextuel, par des conflits de loyauté et des circularités dysfonctionnelles à travers les générations.

## **Raisons de choix du thème**

- Connaitre le concept de la dynamique relationnelle.
- Connaitre et comprendre la trisomie 21.
- Comprendre le fonctionnement de système familial.
- Connaitre l'approche systémique (l'approche structurelle et l'approche contextuelle).

## **Objectif de recherche :**

Comme toutes recherches en sciences humaines et sociales et d'autres domaines de recherche, notre thème « la dynamique relationnelle chez les enfants trisomiques » a comme finalité d'indiquer les difficultés relationnelles que ces enfants rencontrent avec leurs systèmes familiaux. Notre intérêt est de montrer à quel point ces enfants ont besoin de leurs familles pour surmonter leur handicap et s'intégrer dans la société.



## **Opérationnalisation des concepts**

### **La dynamique relationnelle**

C'est l'interaction de l'individu avec les membres de la famille en s'appuyant sur les échanges entre eux et les capacités de résoudre les conflits familiaux.

### **L'enfant trisomique**

C'est une personne qui est atteinte d'une anomalie chromosomique, qui présente un retard mental et qui se caractérise par un visage rond et aplaté, un nez petit et retroussé, une langue large et volumineuse, une petite taille et des yeux écartés. Cependant, ces signes se diffèrent d'une personne trisomique à une autre.

# **Chapitre I**

## **L'enfant trisomique et sa famille**

## Préambule

La trisomie 21 suscite, depuis le XIX siècle, un intérêt chez de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie ainsi que chez le grand public. La trisomie est un vaste sujet, perçu par certains comme une forme d'handicap, elle est la plus fréquente des aberrations chromosomiques à l'origine du retard mentale. Il existe des enfants trisomiques dans toutes les cultures, société et communautés du monde entier.

Les personnes atteintes de trisomie ont droit au respect et au soutien d'autrui notamment de leurs familles et d'y être traité en toute légalité.

Nous allons tenter au cours de cette première partie de cerner tous les concepts relatifs avec notre thématique de recherche. Pour bien faire, nous avons choisi de deviser cette partie en deux chapitres. Le premier s'intitule « l'enfance et l'enfant » et le deuxième « la trisomie 21 ».

### 1. L'enfance et L'enfant

Les étapes du développement de l'enfant font l'objet de nombreux travaux qui permettent de mettre au jour les périodes et les moments charnières dans le développement de ce dernier.

L'enfance se déploie dans l'espace, mais c'est un "morceau de temps" ouvert, héritant à tout moment de son propre avenir, inscrite par avance dans le champ de formes qui l'attend, au sein duquel elle déploiera toute sa parole, ses désirs, ses actes.

Selon Rousseau l'enfance a des manières de voir, de penser, de sentir, qui lui sont propres ; rien n'est moins sensé que de vouloir y substituer les nôtres (1792, p 438).

#### 1.1. L'origine du terme « enfant »

Originellement, la notion de l'enfant porte en elle-même une valeur négative, étymologiquement, in-fans est un mot latin qui signifie « ne parlant pas », il vient du verbe (in)usité. Il est défini par une insuffisance, comme un être privé de quelque chose d'essentiel, mais aujourd'hui, on s'éloigne de ce caractère

négatif. Le statut de l'enfant est de plus en plus valorisé par notre société (Saidi, 2016).

L'enfance est une période de l'évolution de l'homme, qui se situe au début de son existence dont on ne peut pas passer sans connaître ses principales données, si l'on veut apporter au petit enfant des conditions de vie favorables à son développement et à son équilibre.

## **1.2. Définitions**

### **1.2.1. Définition de l'enfant**

Le terme de l'enfant est défini comme être humain, sans différenciation de sexe, dans les premières années de sa vie et avant l'adolescence.

Selon l'article 1er de la CDE (Convention relative aux Droits de l'Enfant), « Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plutôt en vertu de la législation qui lui est applicable » (Saidi, 2016, p 44).

L'enfant est né comme une feuille blanche, est un être en cours de développement et d'apprentissage dès sa naissance à l'adolescence nécessitant la bienveillance, et qui est dépendant de ses parents. C'est au fil du temps qu'il va accomplir cette feuille par des choses qu'il a acquies durant cette période.

### **1.2.2. Définition de l'enfant selon le dictionnaire de psychologie**

Sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières. L'enfant se fait selon un processus de différenciation progressive (Sillamy, 1999).

## **1.3. Naissance de l'enfant dans la famille d'un point de vue systémique**

La période périnatale est habituellement reconnue comme source de joie et d'excitation, mais elle comporte aussi son lot de questionnements, voire de stress pour les familles. En effet, tous les membres (mère, père, fratrie et même grands-

parents) doivent s'adapter à la venue du nouveau-né (<https://doi.org/10.3917/puf.robin.1995.01.02477>).

Le recours à l'approche systémique en thérapie est apparu à un moment où les cliniciens ne pouvaient plus faire l'économie de conceptualiser les relations interpersonnelles. S'il est un domaine où une telle démarche s'impose, c'est la petite enfance, car le nourrisson est à bien des égards indissociable du parent. Mais il s'agit aussi de dépasser la dyade pour se représenter les relations dans les familles nucléaire et élargie, sans oublier les réseaux institutionnels qui se construisent autour des familles à risque et qui nécessitent à eux seuls une gestion complexe. Et E. Wertheim (1975) est le premier auteur qui a relié l'interaction précoce à la clinique familiale, via l'approche systémique (<https://doi.org/10.3917/puf.robin.1995.01.02477>).

## 2. La trisomie 21

### 2.1. Aperçu historique de la trisomie 21

**Edward Senguin**, un instituteur français chargé de classes spéciales à Paris, est vraisemblablement la première personne à avoir décrit le syndrome qui nous intéresse. Il a créé la première école spécialisée recevant des enfants déficients mentaux dans le but de les éduquer. C'est en 1846 qu'il présente ses premiers travaux descriptifs s'appuyant sur l'observation de deux adolescents.

Il ne propose pas à ce moment-là d'étiquettes particulières à ce syndrome. Ce n'est que vingt ans plus tard, en 1866, qu'il précise son approche, et désigne l'affection des enfants observés du nom **CRETINISME FURFURACE**. Cette dénomination est descriptive : elle tient compte, d'une part de l'arriération mentale, et d'autre part, de l'aspect desquamé de la peau (Goffinet, 2008).

Le médecin britannique **John Hangadon Down** (1828-1896) a publié un article en 1864 intitulé où il a dit « il existe une population de personnes présentant des caractères qui à première vue, suggèrent fortement des traits mongoles ; ceux-ci paraissent accidentels ou superficiels, étant constamment associés à d'autres traits, lesquelles en aucune manière ne définissent une race. S'il est un retour en arrière, ce doit être vers un type ancestral beaucoup plus éloigné, duquel quelques ethnologues croient que toutes les races humaines proviennent ». La trisomie

porte le nom de « syndrome de DOWN ». Seul nom employé, d'ailleurs dans les pays anglo-saxons (Cuilleret, 2007).

Jérôme Lejeune (1926-1994), médecin français publié en 1959 un article lequel il décrit que la maladie est causée par la présence d'un chromosome supplémentaire dans la 21<sup>ème</sup> paire. La maladie est renommée par LEJEUNE

« trisomie 21 » ; « tri » voulant dire « trois » et « some » voulant dire « chromosome », c'est-à-dire « trois chromosomes 21 », et 21 pour la vingt-et-unième paire (Lebovici et al, 1985).

Cette découverte scientifique, qui rendait enfin compte d'une origine objective du syndrome de DOWN, a d'abord ouvert des espoirs de traitement de cette affection. Rapidement, la connaissance de cette anomalie génétique, repérable facilement par l'établissement d'un caryotype, a ensuite ouvert la voie au diagnostic prénatal, destiné dans un premier temps aux parents déjà éprouvés par la naissance d'un enfant trisomique, puis étendu progressivement à une population toujours plus large (Goffinet, 2008).

Nous allons présenter un schéma explicatif de l'évolution du terme « trisomie 21 » à travers le temps:

**Figure N° 01**

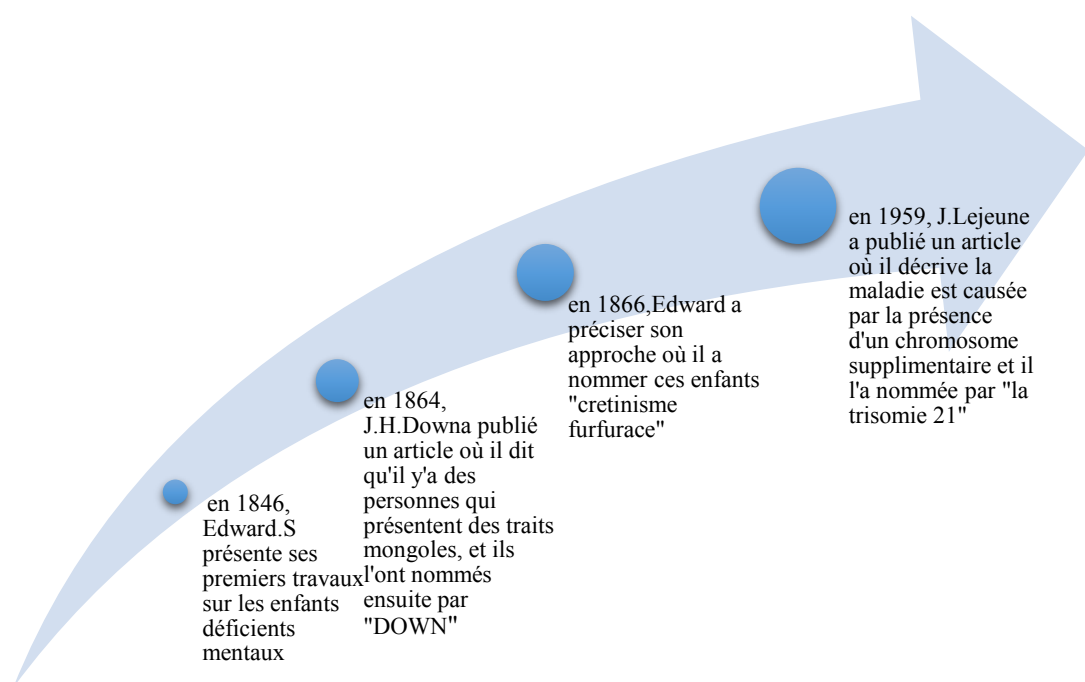


Schéma sur l'histoire du terme « trisomie 21 »

## 2.2. Définition de la trisomie 21

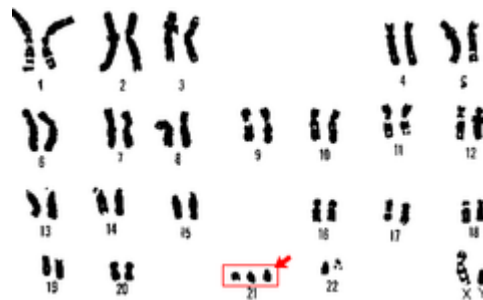
Le corps humain est composé de million de cellules, chaque cellule contient 23 paires de chromosomes. Lorsque par accident la 21ème paires trois (03) de chromosomes au lieu de deux, l'individu est atteint de trisomie 21.

La trisomie 21 appelé aussi anciennement « mongolisme » et connue aussi sous le nom de syndrome de DOWN. Elle est un syndrome génétique « devenu rare ». Il s'agit néanmoins de la première cause de déficience intellectuelle.

La trisomie 21 se traduit par un retard mental, et un visage (facies mongoloïde), ainsi des troubles neurologiques, et des malformations de cœur, et des reins. La sévérité de retard mental, et des anomalies neurologiques est extrêmement variable d'un individu à un autre.

Nous allons présenter une image de caryotype d'un garçon trisomique :

Figure N° 02 : caryotype d'un garçon trisomique



### 2.2.1. Selon le dictionnaire encyclopédique de psychologie

Trisomie viens de mot anglais « trisomy », il s'agit d'une aberration chromosomique en la présence sur numéraire d'un autosome, l'un des chromosomes figure en trois exemplaire au lieu de deux, chez l'être humain on connait plusieurs formes de trisomie notamment trisomie 13, 18,21, la plus fréquent est la trisomie 21 (Dictionnaire encyclopédique de psychologie, 1980).

### 2.2.2. Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie

La trisomie 21 est aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuromatrices, métabiologique, immunologique, et une déficience intellectuelle (Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011).

### 2.2.3. Selon Nobert Sillamy

La trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux (Sillamy, 1980, P 273).

## 2.3. Tableau clinique de la trisomie 21

La trisomie 21 est une pathologie aux tableaux cliniques multiples. Elle était jusque récemment la cause la plus fréquente de retard mental d'origine génétique chez l'enfant. Celui-ci peut être plus ou moins sévère et n'est pas prévisible : il sera, en partie, fonction de l'éducation reçue en famille et à l'école, de la présence, plus ou moins grande, des ressources et stimulations dont l'enfant bénéficiera. Au niveau moteur, une hypotonie est retrouvée dès la naissance. Les acquisitions de la tenue de la tête, de la position assise et de la marche se font avec un délai retardé dans le temps, Leur taille adulte dépasse rarement 1 mètre 50 à 60 (Perrault, 2015).

Selon Perrault, des pathologies malformatives peuvent également être trouvées, dans 45% des cas, telles que : cardiopathies (communication atrio-ventriculaire), néphropathies, troubles digestifs (sténose duodénale, imperforation anale) ou oculaires (cataracte congénitale). Les personnes atteintes de trisomie 21 ont aussi souvent un déficit immunitaire plus ou moins marqué et sont donc plus facilement sujettes aux infections, en particulier respiratoires (2015).

## 2.4. Manifestations physiques

Chaque enfant est unique et le handicap se traduit pour chacun d'une manière personnelle. Les signes de la trisomie 21 changent avec l'âge. Le signe le plus fréquent est l'hypotonie musculaire globale (tous les muscles sont mous) associée à une hyper-laxité des ligaments articulaires (les articulations sont anormalement souples).

Certains signes physiques permettent souvent le diagnostic de la trisomie 21 : la tête est petite et ronde avec un visage plutôt aplati et une nuque plate. Les fentes des paupières sont obliques en haut et en dehors, les yeux sont très écartés... les pavillons des oreilles sont petits et mous, avec des conduites auditives souvent étroites... le cou est parfois court et large, les doigts sont très courts car les phalanges du milieu y sont très courtes (Deloeuvre, 2018).



## 2.5. Les formes de la trisomie 21

### 2.5.1. La trisomie libre ou homogène

Dès la première division cellulaire qui suit la fécondation, il se produit une non-disjonction chromatique au niveau de la vingt et unième paire (21). Cette altération est responsable de la présence de trois (3) chromosomes 21 chez l'embryon, dès l'origine. Nous retrouvons ces trois (3) chromosomes tout au long de son développement, dans chacune de ses cellules. C'est pour cela qu'on dit cette trisomie homogène. On la qualifie aussi de libre, parce qu'elle est due au hasard, qu'elle résulte d'un accident (Denis, 2006).

### 2.5.2. La trisomie mosaïque

Parfois, la non-disjonction intervient un peu plus tardivement au niveau de l'œuf et concerne la deuxième ou la troisième division cellulaire. Quand c'est le cas, seules les cellules issues de la lignée trisomique seront trisomiques. Dans ce cas on a affaire à une trisomie 21 en mosaïque et qui est rare et un peu étudiée.

### 2.5.3. La trisomie translocation

Une partie d'un chromosome 21 est collée à un autre chromosome à la suite d'une translocation. (Ce parent a donc un équipement génétique normal, celui-ci est seulement mal distribué, ce qui n'a aucune incidence pour lui) (Denis, 2006).

## 2.6. Les facteurs de risques

Les facteurs de risque connus liés à la trisomie sont les suivants :

### 2.6.1. L'âge de la mère à la naissance de l'enfant

Les ovules des femmes qui vieillissent ont plus de risques de diviser incorrectement. L'âge maternel moyen à la naissance d'un enfant trisomique est de 34 ans, le risque augmente de façon exponentielle avec l'âge maternel.

**1/2000 à 25 ans** : c'est-à-dire qu'une femme à l'âge de 25 ans risque d'avoir un enfant trisomique sur deux milles nés.

**1/500 à 35 ans** : une femme à l'âge de 35 ans risque d'avoir un enfant trisomique sur cinq-cents nés.

**1/100 à 38 ans** : une femme à l'âge de 38 ans risque d'avoir un enfant trisomique sur cent nés.

**2/100 à 40 ans** : une femme à l'âge de 40 ans risque d'avoir deux enfants trisomiques sur cent nés.

### **2.6.2. Le fait d'avoir déjà eu un enfant présentant la trisomie 21.**

### **2.6.3. Une prédisposition génétique rare**

Elle concerne 3 à 4 /100 des enfants ayant la trisomie 21, et leurs parents. Dans ce cas particulier, la translocation de chromosome 21 responsable de la trisomie 21 peut être transmise d'un parent à son enfant.

Les différentes recherches sur les facteurs de risques environnementaux, comme le tabagisme prénatal, et les contraceptifs oraux, n'ont pas donné de résultats concluants (Salois, 2007).

## **2.7. Le développement psychologique d'un enfant trisomique**

La présence du chromosome surnuméraire est responsable de toute une série de troubles psychologiques, dont la déficience mentale n'est qu'un aspect.

Un pourcentage important de personnes porteuses d'une trisomie 21, présentent des troubles du comportement et de la personnalité. Entre autres; (mutisme généralisé ou sélectif) agressivité généralisé ou plus souvent ponctuelle et réactionnelle, isolement, déconnexion de la réalité, troubles de l'humeur, anxiété, troubles obsessionnels compulsif (TOC), stéréotypés et répétitivité comportementale, dépression (plus imagination délirantes).

### **2.7.1. Le développement cognitif**

Le développement cognitif ne se fait pas de manière linéaire (on parle d'asynchronie ou d'hétérochronie du développement). Lorsqu'il est comparé à l'enfant tout venant, on peut donc mettre en évidence des forces et des faiblesses dans les habilités cognitives, chez l'enfant porteur de T21, au-delà du déficit global.

Chez les personnes présentant la trisomie 21, le degré de déficience intellectuelle est variable, allant de léger à modéré et, occasionnellement, à grave.

Les enfants ayant la trisomie 21 fonctionnent souvent mieux dans les situations sociales que ce qui pourrait être attendu par rapport à leur degré de déficience intellectuelle. Il est à noter que ce niveau de fonctionnement est hautement variable d'un individu à l'autre, et peut être amélioré grâce à des interventions dès le jeune âge.

Les activités perceptives telles les capacités de discrimination visuelle et auditive sont inférieures chez les enfants porteurs de T21 à celles des enfants tout venants. On note des difficultés dans l'attention, la catégorisation, la flexibilité cognitive (difficultés à inhiber une réponse spontanée pour poursuivre une analyse plus détaillée et donner une réponse plus appropriée à la situation).

L'apprentissage et la mémoire ont été tout particulièrement étudiés. Puisque le niveau général des porteurs de T21 est nettement plus bas que la moyenne, on doit bien s'attendre à ce que les fonctions impliquant l'apprentissage et la mémoire soient déficitaires (Cathrine, et Michèle, 2007).

### **2.7.1.1. Le développement affectif**

L'enfant pour grandir harmonieusement a besoin de relation affective stable et satisfaisante.

Son développement affectif se crée en contact étroit avec sa relation à sa mère et son environnement. Le nouveau-né a un besoin vital de sa mère pour satisfaire à ses besoins primaires (nourriture, soin), mais il a aussi besoin d'affection.

Le développement affectif signifie que l'enfant manifeste plusieurs émotions, de la tristesse à la joie en passant par la colère, et qu'il apprend à les maîtriser. Cette étape l'aide à bâtir son estime de soi et l'amène à développer des qualités plus profondes, comme la sympathie, la résilience, l'affirmation de soi et l'empathie, de même que la capacité d'affronter la vie.

A partir de 6-7ans, après la petite enfance, le comportement change comme nous l'avons vu. Cependant l'enfant mongolien reste le plus souvent un enfant gai un peu clown, imitant les autres, ayant besoin de contacts physiques, sociables, aimant les jeux dont saisissent souvent très vite les règles. Il est classique de signaler qu'il aime la musique, mais il semble s'agir plutôt de la mélodie, et de contact maternel régressif qui l'accompagne. Il est gourmand, l'obésité est fréquente. Il est très sensible au rejet, et devient alors volontiers opposant, entête,

boudeur et coléreux. Avec l'âge, à partir de 12-13 ans il semble que ce versant caractériel puisse devenir prévalent.

La frustration reste difficilement acceptée et suscite soit un mouvement régressif vers une demande affective ou la recherche d'une compensation orale, soit une réaction coléreuse (Ajuriaguerra, 1980).

### **2.7.2. Le développement psychomoteur**

Il se caractérise par une hypotonie particulièrement dans les premières années. Ceci à une incidence sur la disparition tardive des réflexes archaïque, Sur le strabisme, et sur le retard de la marche acquise en générale vers 2 à 3 ans, mais qui peut l'être grâce à une éducation précoce.

Cette hypotonie à également des conséquences au niveau du développement de la parole, avec une fréquence particulièrement marquée de troubles articulatoires. En contrepartie, elle rejaillit aussi sur le caractère des enfants trisomiques qui sont plutôt des bébés calmes, passifs, plutôt faciles vis-à-vis de leur entourage.

Cette hypotonie décrite souvent comme généralisée est en fait sélective (Cuilleret, 1992), elle porte en particulier sur les muscles de la ceinture scapulaire (région de l'épaule et de l'omoplate), ce qui a pour conséquence, quand l'enfant grandit, de provoquer des déficits de croissance de la cage thoracique avec des retentissements possibles sur le plan respiratoire.

Cette hypotonie concerne également les muscles dorsaux et abdominaux, ce qui provoque des troubles de la statique, des troubles intestinaux, et des accidents vertébraux. Elle porte aussi sur les muscles du pied et de la main, sur les muscles bucco-faciaux, ce qui est susceptible de provoquer des troubles de la déglutition, de la phonation, et les défauts esthétiques, et enfin sur les muscles périnéaux, ce qui peut donner lieu à des déficits sphinctériens en particulier chez les filles (Guidetti, 2002).

### **2.7.3. Le développement du langage**

Chez la plupart des enfants trisomiques, le développement du langage constitue une des difficultés majeures à prendre en compte. Ces troubles du langage ont une double origine : les malformations de l'ensemble bucco-nasal, et

en particulier des organes phonatoires d'une part, la déficience mentale d'autre part.

Les malformations bucco nasales peuvent dans certains cas, faire l'objet d'intervention chirurgicale. Dans tous les cas, une éducation précoce et systématique légitimant souvent l'intervention d'une orthophoniste, peut améliorer considérablement les conditions de respiration, d'émission, et d'articulation.

En relation avec la déficience mentale, et diversement selon les cas, et les conditions éducatives, on note souvent un retard dans l'acquisition du langage tant du point de vue syntaxique que du point de vue lexical. Comme chez d'autres enfants déficients mentaux, l'accès à la pensée symbolique et à l'abstraction sera freiné en fonction du degré, et des formes des déficiences (Echavidre, 1985).

## **2.8. Le diagnostic clinique de la trisomie 21**

### **2.8.1. Le test de dépistage prénatal**

Le test de dépistage prénatal est une première étape et ne fait donc qu'identifier la probabilité de porter un bébé présentant la trisomie 21.

Il est possible d'effectuer ce qu'on appelle un test de dépistage prénatal. Ce test ne permet pas de certifier si le bébé est atteint de la trisomie 21 ou non, comme le fait le test diagnostique, mais il permet de déterminer si la probabilité ou le risque que votre enfant présente cette anomalie est faible ou élevé.

Le test de dépistage permet de calculer la probabilité individuelle avec une plus grande précision que lorsqu'on se base seulement sur l'âge. Ainsi, la femme peut être âgée de 35 ans et présente une probabilité comparable à celle d'une femme de 20 ans ou, encore, être âgée de 25 ans et présenter une probabilité comparable à celle d'une femme de 40 ans.

Le test de dépistage prénatal se fait par une analyse du sang de la mère. La femme doit passer deux prises de sang pendant sa grossesse :

Une première entre la 10<sup>e</sup> et la 13<sup>e</sup> semaine;

Une seconde entre la 14<sup>e</sup> et la 16<sup>e</sup> semaine.

En combinant les résultats des deux prises de sang et l'âge de la femme, le test permettra de déterminer si la probabilité est faible ou élevée.

**Probabilité faible :** la probabilité que vous portiez un enfant trisomique est faible et votre médecin ne vous proposera pas de passer un test diagnostique.

**Probabilité élevée :** la probabilité que vous portiez un enfant trisomique est élevée et votre médecin vous offrira la possibilité de passer un test diagnostique.

### 2.8.2. Le test diagnostique

Dans la mesure où le test de dépistage prénatal indique une probabilité élevée d'avoir un bébé présentant la trisomie 21, il est possible pour d'en avoir une certitude en décidant d'effectuer ce qu'on appelle un test diagnostique.

La technique de diagnostic prénatal la plus répandue est l'amniocentèse avec étude des chromosomes. Elle permet de déterminer si oui ou non le fœtus est atteint de la trisomie 21 ([Www.Msss.gouv.qc.ca/dépistage-prénatal](http://Www.Msss.gouv.qc.ca/dépistage-prénatal)).

L'amniocentèse peut se faire à partir de la 15<sup>e</sup> semaine de grossesse. Pour ce faire, on prélève du liquide amniotique que l'on retrouve autour de bébé à l'aide d'une fine aiguille qu'on introduit dans l'abdomen. La technique comporte toutefois certains risques de complications qui peuvent aller jusqu'à la perte de bébé.

L'amniocentèse réalisée en cours de grossesse pourra révéler :

Que le bébé n'a pas la trisomie 21 (ce sera le cas pour la grande majorité des bébés);

Que le bébé présente la trisomie 21;

Que le bébé présente d'autres anomalies chromosomiques (et le médecin vous dirigera alors vers un spécialiste de la génétique) ([Www.Msss.gouv.qc.ca/dépistage-prénatal](http://Www.Msss.gouv.qc.ca/dépistage-prénatal)).

## 2.9. Les pathologies associées

Les cardiopathies congénitales sont les plus fréquentes malformations viscérales (40 des nourrissons trisomiques<sup>21</sup>), en particulier le canal atrio-ventriculaire dont la gravité est souvent à l'origine du décès néonatal, la

communication inter ventriculaire, la communication inter- auriculaire, la persistance du canal artériel.

L'examen clinique néonatal ne permet de dépister que 50 des cardiopathies. Celles-ci sont donc recherchées par une échographie précoce.

Les malformations digestives comportent essentiellement l'atrésie duodénale, mais aussi l'atrésie de l'œsophage, l'atrésie anale, la maladie de hirschprung, le pancréas annulaire, et le prolapsus rectal.

Les malformations osseuses concernent surtout les anomalies du bassin (diminution des angles acétabulaire et iliaques, et l'absence de la douzième cote. Sur le plan sensoriel, les déficits auditifs et visuels sont plus fréquents que dans la population générale. La perte de l'audition est souvent sous-évaluée. Elle est liée à des anomalies de conformation de l'oreille externe, des bouchons de cérumen, l'hypo motilité de la chaîne des osselets, des troubles fonctionnels et de conformation de l'oreille interne. Sur le plan visuel, la cataracte congénitale est la malformation oculaire la plus fréquente (Goffinet, 2008).

Les apnées du sommeil, les plus obstructives, sont fréquemment observées chez les enfants, et adultes trisomiques. Elle concernerait plus de 50 des enfants trisomiques<sup>21</sup>. L'existence de variation dans le fonctionnement du système immunitaire rend les personnes trisomiques 21 plus fragiles aux infections, et aux maladies auto-immunes.

Syndrome de West, épilepsie, leucémies aiguës, pathologies endocriniennes, et auto- immunes (dysthyroïdie, diabète de type 1, maladie cœliaque, alopecie), goutte, démence type maladie d'Alzheimer, sont des problèmes de santé observés avec une plus grande fréquence dans la population 21 que dans la population générale (Goffinet, 2008).

## **2.10. Evolution de la trisomie 21**

La taille est plus souvent normale à la naissance. La vitesse de croissance 'infléchit dans les deux premières années pour évoluer ensuite en moyenne à la limite inférieure à la courbe normale.

La puberté se fait d'une façon normale, et à un âge normal pour les deux sexes. Les femmes sont fécondes. En cas de grossesse, le risque de trisomie<sup>21</sup>

pour le fœtus est de 50 pour 100. La ménopause survient, en moyenne, à un âge plus précoce que dans la population générale (entre 30 ans et 45 ans).

L'évolution est marquée par un vieillissement précoce accompagné d'une démence plus fréquente, que dans la population générale. Les lésions anatomiques sont à rapprocher de celles observées dans la maladie d'Alzheimer (Goffinet, 2008).

## **2.11. La prise en charge des enfants trisomiques**

### **2.11.1. Un suivi médical et clinique**

L'espérance de vie des personnes porteuses de trisomies 21 a beaucoup augmenté ces dernières années grâce au dépistage et au traitement des malformations et pathologies plus fréquentes dans cette situation ainsi qu'à l'accompagnement éducatif et rééducatif dès le plus jeune âge. Tous les enfants trisomiques doivent bénéficier de la surveillance médicale proposée pour sa tranche d'âge avec une vigilance particulière dans certains domaines. Le rythme des consultations doit être fréquent chez les petits, mais passé l'âge de 03 ans il devient annuel (Yang, et Friedman, 2002).

Un suivi systématique est indispensable en raison des particularités d'expression de la douleur chez l'enfant trisomique, présente quel que soit l'âge : lenteur de réaction, l'hypotonie, difficultés à dire si et où il souffre, à décrire leurs sensations, et troubles du langage.

En conséquence, l'enfant trisomique s'exprimera parfois uniquement par une modification ou un trouble du comportement, un repli sur lui-même, une régression des acquis, des manifestations du refus... (Yang, et Friedman, 2002).

### **2.11.2. Un suivi kinésithérapique**

L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de l'hyperlaxité. Le projet est construit et réévalué régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan kinésithérapique. L'éducation précoce débute vers 5-6 mois. Elle se fait en présence des parents jusqu'à l'acquisition de la marche. L'enfant est ainsi rassuré et les parents sont accompagnés dans la découverte des compétences et difficultés de leurs enfants.



Les « jeux exercice » utilisés, souvent accompagnés de stimulations sensorielles, visent à aider l'enfant à acquérir les bases de motricité en passant les étapes du développement neuro-moteur dans le bon ordre et moins lentement (Noack, 1997).

### **2.11.3. Un suivi psychomoteur**

Des progrès réalisés dans la connaissance des particularités psychomotrices du jeune enfant porteur de trisomie 21 ont validés la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent (18-24). Plus particulièrement, on citera les particularités au niveau de la maturation tonique et de développement postural, au niveau de la construction des coordinations motrice et de l'intégration des informations sensorielles, au niveau de développement perceptif, sensori-moteur et des coordinations motrice et de la motricité manuelle. L'objectif est d'aider l'enfant trisomique à percevoir et connaître son corps pour ses conduites motrice, mais aussi pour ses conduites expressives (Spano, et al, 1999).

### **2.11.4. Un suivi orthophonique**

Si les enfants porteurs de trisomies 21, présentent tous à des degrés divers et avec des disparités interindividuelle notables, des troubles de l'acquisition du langage dans toutes ses composantes, la prise en charge orthophonique de l'enfant trisomique évolue au fur et à mesure de l'approfondissement des connaissances neurobiologiques de cette situation et des observations cliniques. Ainsi on a pu constater, concernant l'acquisition de la parole et du langage, qu'il existe une problématique langagière spécifique à la trisomie 21, allant de l'installation des premiers circuits de communication infra verbale aux échanges linguistiques, en passant par la mise en place des organisation pré conversationnelles et des processus articulatoires et phonologiques qu'exige l'utilisation de la langue (Vinter, et Rondal, 2002).

### **2.11.5. Un suivi éducatif**

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant trisomique revient à prendre le risque de laisser croire que la survenue d'un enfant handicapé dans une famille rend celle-ci incompétente pour l'éduquer. L'accompagnement éducatif des personnes trisomique a historiquement été construit à partir des groupes constitués des personnes présentant des caractéristiques communes c'est l'origine même des institutions. Une

modification de la conception du travail éducatif une meilleure connaissance des conséquences de la trisomie 21, et une évolution des représentations sociales du handicap permettent maintenant de considérer que c'est la multiplication des interactions l'appartenance à des groupes divers constitués de personnes ordinaires, ou de personnes en situation de handicap qui favorisent le développement le plus harmonieux des personnes porteuses de trisomie 21 (Vinter, et Rondal, 2002).

### **2.12. La prise en charge familiale**

Aussi un point essentiel à rajouter dans la prise en charge des enfants trisomiques est celui de l'accompagnement familial, selon Deleau (1993), dans un article récent qui parle de l'accompagnement des parents, ou il s'agit de mettre l'accent sur sa manière particulière d'appréhender le monde extérieur, à laquelle les parents devront s'ajuster, il s'agit avant tout d'apprendre aux familles à construire une image nouvelle et positive de leur enfant (Deleau, 1993).

### **2.13. L'accompagnement vers l'autonomie et l'auto-détermination**

L'accès à l'autonomie passe par l'exercice effectif de cette autonomie et par la confrontation répétée à des situations variées présentant des prises de risques (aller chercher le pain ou le journal à côté de la maison, partir en weekend chez un ami, utiliser les transports en commun pour aller à l'école...) un accompagnement de la famille est souvent nécessaire pour aider les parents à gérer l'anxiété liée à la prise de risque, et soutenir la démarche d'accès à l'autonomie : un éducateur pourra repérer les situations permettant d'exercer cette autonomie, et proposer si nécessaire des stratégies d'apprentissage, et de sécurisation à la personne, et à sa famille.

L'accompagnement vers l'autonomie concerne tous les domaines de la vie (travail, loisirs, transports, logements, vie affective) il passe par une éducation précoce, et un accompagnement qui permet aussi l'apprentissage d'une hygiène de vie correcte. Les soins corporels, la pratique d'une activité physique régulière, le respect de son rythme propre, le maintien d'un bon état de santé améliore la qualité de vie, et l'estime de soi, et favorise la vie en société.

L'acquisition de l'autonomie dans ces domaines doit faire appel à des stratégies d'accompagnement variées et, durables, qui permettront à la personne d'intégrer l'hygiène de vie dans son comportement quotidien.

L'éducation doit permettre à l'enfant, puis à l'adulte trisomique<sup>21</sup> d'être acteur de son projet de vie. La base de la construction de ce projet de vie est un partenariat entre la personne, ses parents, et les professionnels pour permettre l'émergence des compétences de la personne, et la meilleure insertion possible, tout en tenant compte de la culture, et du projet familial. La perception que l'on a souvent de ces personnes comme incapables d'assumer des rôles d'adulte, la présence d'environnement trop structuré, trop protecteur, ne laissant pas de place pour proposer des opportunités, sont des freins à l'attitude d'autodétermination.

L'autodétermination impose de mettre les personnes trisomiques<sup>21</sup> dans des situations d'expressions de souhaits, et de décisions personnelles, de façon précoce et fréquente (Cuilleret, 2007).

L'accompagnement éducatif consiste alors à ne pas proposer en permanence des activités, à ne pas remplir le temps, mais au contraire, à aider la personne à exprimer ses choix, à les argumenter, et à l'amener à imaginer les manières possibles de les réaliser.

L'accompagnement à l'autodétermination passe par un travail de réflexion avec la personne trisomique<sup>21</sup> sur ce qui est le handicap, sur la connaissance de soi (difficultés, limites, compétences), sur la capacité à formuler des envies, des préférences, à faire des choix, à prendre des décisions, à résoudre des problèmes, et à se fixer des objectifs, toute démarche nécessaire à l'autodétermination, et qui permettront la transition vers le monde adulte (Cuilleret, 2007).

## **2.14. Le sens du symptôme (trisomie 21) dans la famille**

L'enfant qui forme des symptômes est celui qui est le plus impliqué dans le conflit familial. Donc le symptôme est un message indirect d'expression du mépris concernant les relations familiales, s'il venait à être extériorisé, le symptôme n'aurait plus de raison d'être pour cette finalité il faut exprimer les messages cachés au sein de la famille.

Même si l'annonce de la trisomie 21 qui était un sentiment d'horreur et d'échec pour la famille qui représente un symptôme qui implique une souffrance

dans le fonctionnement familial et des conflits relationnels, mais de la même façon qu'un symptôme permet de préserver l'équilibre de la famille nucléaire. En effet, la famille nucléaire peut rencontrer des difficultés qui s'expliquent par le fait que les parents sont encore impliqués dans des problèmes avec leurs familles d'origine et ne s'autorisent pas à vivre de manière autonome, en ne tenant pas compte des sensibilités de Leurs parents. De fait, un comportement symptomatique peut se transmettre d'une génération à l'autre dans un objectif de stabilité du système familial multigénérationnel (Mahir, 2018).

## **Conclusion du chapitre**

La personne atteinte d'une trisomie 21 est une personne qui présente un retard mental et des signes cliniques très clairs qui diffèrent d'une personne normale. Son profil particulier qui se varie selon le degré de son retard. Cette anomalie chromosomique est reconnue sous différents formes.

Cette catégorie de personne a besoin d'un accompagnement multidisciplinaires (éducative, orthophonique, médicale...). La famille reste le noyau qui offre tous les besoins et les meilleures conditions de vie à cet enfant.

**Chapitre 02 :**  
**Dynamique relationnelle et**  
**perspective systémique**

## Préambule

L'union de deux cellules sexuelles aboutit à la formation d'un ovule fécondé, toutes les premières étapes de chaque future être humain. Ce dernier, mène à structurer une union entre individu afin d'avoir une famille, qui est la cellule de base, la pièce maîtresse de l'organisme sociale.

La famille constitue avant tout un espace et un lien fondamentalement relationnel, et chaque membre a une place, un rôle à accomplir d'où les interactions avec l'autre ou les autres. Toute famille peut rencontrer des situations difficiles, des incidents qui vont menacer son fonctionnement tel que la naissance d'un enfant trisomique.

Nous allons dans ce chapitre étudié la famille en tant qu'entité « dynamique » ayant une vie propre. Les rapports de parenté, les liens affectifs interpersonnels, liens intergénérationnels ; tout cet ensemble de relations, dont la teneur peut varier selon chaque famille mais aussi selon chaque culture, chaque région ... et à prendre en considération dans toute action posée à l'intention d'une personne et de sa famille.

### 1. La famille et ses caractéristiques

#### 1.1. Définitions

##### 1.1.1. Définition de la famille

La famille est un ensemble d'individus qui vivent sous le même toit et sont unis où le parent produit l'enfant et l'enfant produit le parent pas l'un sans l'autre.

La famille est le noyau de la structure organisationnelle des êtres humains, et la première communauté de vie ainsi, le lieu d'amour et d'affection, où les parents rêvent toujours d'avoir des enfants sains, ils sont les premiers responsables de leurs enfants.

##### 1.1.2. Définition étymologique de la famille

Le mot famille dérivé du latin classique familia, dérivé de famulus (serviteur) : « la famille romaine est étymologiquement l'ensemble des famuli, esclaves attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même

toit , maître et serviteurs, et sur qui règne l'autorité du pater familias, le chef de famille.

Enfin, familia s'applique à la parenté et, en latin médiéval (VIII siècle) désigne un ménage de serfs. Famille a mis du temps à s'imposer face aux autres termes usités en ancien français : parenté, parentage, lignée, mesnie (dérivé du latin mansio qui a donné aussi maison) [...] avant le XVI siècle. [Le mot] désigne les personnes vivant sous le même toit et encore sauvant les domestiques seuls. L'idée de proche parenté apparaît tard (1585) et ce n'est que récemment que le mot évoque à la fois la parenté et la coprésidence [...] par extension, famille désigne la succession des individus ayant une origine commune (1611), puis un ensemble de personnes qui présentent des caractères communs (1658) ; de là viennent l'emploi du mot en histoire naturelle (1676) et les sens figurés » (Albernhé. K et Albernhé. T, 2004).

Etymologiquement le mot « famille » existait depuis des siècles, en allons d'un serviteur qui vit avec son maître jusqu'à une famille qui signifie des personnes qui présentent des caractères communs.

### **1.1.3. Définition psychologique**

Institution sociale fondé sur la sexualité et les tendances maternellement et paternellement, dont la forme varie selon les cultures (monogamique, polygamique, polyandrique..., etc.).

Dans la société occidentale, la famille a pour fonction essentielle d'assurer la sécurité de ses membres ainsi que l'éducation de ses enfants. Ceux-ci y acquièrent le langage, les coutumes et les traditions de leur groupe, par le jeu de l'imitation et de l'identification aux parents, ils élaborent leur personnalité, forment leurs caractères et passent de l'égoïsme à l'altruisme (Sillamy, 1999, p 108).

En psychologie assurer tous les besoins des individus qui vivent sous le même toit est la fonction de la famille, ainsi de les aider à construire leurs personnalité et former leurs caractères.

### **1.1.4. Définition systémique**

Minuchin conçoit la famille comme un système fonctionnant à l'intérieur de contexte sociaux spécifique, il est amené à écrire que la « structure de la famille est celle d'un système socioculturel ouvert en transformation », qu'elle « se

développe en traversant un certain nombre de stades qui exigent une restructuration », enfin la famille s'adapte aux changements et circonstances afin de maintenir sa continuité et favoriser la croissance psychosociale de chaque membre (Albernehe.K, Albernehe.T, 2004).

D'après Minuchin la famille est un système fonctionnel dans un contexte social afin d'avoir une structure familiale qui s'adapte aux changements et circonstances pour favoriser sa continuité.

### **1.1.5. Définition sociologique**

Pour Roger Mucchielli (1980) envisage la famille comme étant un « groupe primaire naturel » : l'expression « groupe primaire » proposée par le psychosociologue américain Cooley désigne les petits groupes sociaux à interrelations directes et de face à face, par opposition aux « groupes secondaires » où l'interconnaissance n'est que potentielle et/ou les relations sont de type indirect ou contractuel, du fait d'une part de la grande taille du groupe et d'autre part de son organisation interne purement sociale (Albernehe. K, Albernehe. T, 2004).

### **1.1.6. Définition de la famille algérienne selon Mostafa Boutefnouchet**

Boutefnouchet a défini la famille comme telle :

La famille se constitue de deux familles « famille simple » et « famille composée », la famille simple correspond à la famille réduite, conjugale, rassemblant le père, la mère, et les enfants non mariée.

La famille composée est la famille étendue rassemblant autour du père, la mère, les ascendants, les descendants, y compris les couples et leurs enfants, les collatéraux, de la même manière éventuellement d'autres parents consanguins ou non (Boutefnouchet, 1982).

## **1.2. Evolution et caractéristiques de la famille algérienne**

La famille algérienne a connu deux grandes périodes au cours de son évolution on trouve la famille traditionnelle multi générationnelle qui dominé avant l'indépendance, il n'était question que de grande famille vivant ce qu'on appelait « aayla ».



Comme il a déjà dit Boutefnouchet «là où il y'a grande famille, il y'a grande maison. La réciproque n'étant pas toujours vraie, la grande famille transplantée d'une région rurale vers un centre ou village semi-urbain, ou vers la ville même, connaît bien des avatars en matière de logements».

Et durant la deuxième période qui se situe après l'indépendance, nous allons constater un changement et une évolution notable au sein des familles algérienne, de famille élargie regroupant le père patriarcale, elle est devenue une famille nucléaire regroupant les parents et les enfants (Boutefnouchet, 1982, P 38).

La famille algérienne est une grande famille, ou famille étendue, où plusieurs familles conjugales vivent ensemble sous le même toit, la « grande maison» chez les sédentaires, et la « grande tente», chez les nomades, et/ou on compte 20 A 60 personnes et même plus vivante en commun.

La famille algérienne est une famille du type patriarcale, dans laquelle le père où l'aïeul est le chef spirituel du groupe familial et dans laquelle il organise la gestion patrimoine commun, il a un statut particulier qui lui permet de maintenir, souvent par une discipline stricte, la cohésion du groupe domestique.

La famille algérienne est une famille agnatique, la descendance y est masculine, la généalogie de son père ; l'héritage se transmet en ligne paternelle, du père au fils aîné en principe, afin de sauvegarder l'indivision du patrimoine.

La famille algérienne est une famille indivise, à savoir que le père a sa « charge » ses fils (les filles quittent le domicile au mariage), les enfants issus de ses fils : les descendants ne se quittent pas la grande maison, et forment autant de cellules qu'il y'a de couples conjugaux avec leurs progénitures (Boutefnouchet, 1982).

### **1.3. La typologie familiale**

Il existe trois types de famille qui se diffère l'une à l'autre ; les familles nucléaires, les familles multi-générationnelles et les familles communautaires.

#### **1.3.1. Les familles nucléaires**

Ou étroites sont constituées par l'assemblage : père +mère+ enfant non mariés.

### 1.3.2. Les familles multi générationnelles

Également parfois appelées familles souches ou familles maisons, sont unies à la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage pluri-générationnelle : parents+ enfant+ petits-enfants. Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir au tour d'un père ou d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale.

### 1.3.3. Les familles communautaires

Sont en revanche élargie à l'horizontale : les enfants mariés ou non agglutinés en cellules conjugales pouvant cohabiter. L'expression de famille recomposée est malheureusement pour GUY AUSLOOS 1998 « il ne s'agit pas de recompositions, encore moins de reconstitutions ; il s'agit d'une famille nouvelle, recrée, qui constitue à son tour un nouveau système. je préfère donc parler de familles néoformées ou recrées, pour insister sur le fait que l'on a à faire avec un nouveau système et non avec des morceaux d'anciens systèmes .on peut de toute façon se poser la question de savoir si ces formes de familles sont tellement nouvelles » ( Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

## 1.4. Cycle de vie de la famille

La famille est un groupe dynamique qui évolue et se transforme au fur et à mesure de son développement. Chaque étape de son cycle de vie entraîne une réorganisation des relations familiales et des règles de vie partagée (autonomisation du jeune adulte vis-à-vis de sa famille d'origine, formation du couple, famille avec de jeunes enfants, scolarisation des enfants, adolescence, nid vide, retraite des parents, etc.).

Le passage d'une étape à une autre confronte chaque fois la famille à de nouvelles problématiques et peut donner lieu à une période de crise. Ces difficultés à évoluer ensemble constituent un facteur important des problèmes et des symptômes présentés par les familles. La diversification des configurations familiales n'entame pas la pertinence du concept de cycle de vie familiale. Plus les familles sont fragiles et changeantes, plus il est utile de les appréhender comme des trajectoires familiales et de considérer les étapes de leur évolution (<https://doi.org/10.3917/tf.182.0169>).

## 2. Les répercussions de la trisomie 21 sur le vécu parental

Avoir un enfant trisomique est un grand transitoire dans la famille qui bouleverse son système.

### 2.1. Traumatisme parental

La rencontre des parents avec leur enfant trisomique est vécue comme un tremblement de terre dans la mesure où leur enfant semble concrétiser leur monde fantasmatique. Ils ne sont alors plus protégés par la cohérence de la généalogie mais, au contraire, bombardés par tous les émois archaïques et les proliférations imaginaires qui liaient, enfants, à leurs parents ceux-ci étant pris dans leur dimension d'imgo.

Si les parents subissent un véritable bouleversement c'est que toutes leurs défenses, tous les aménagements secondaires érigés pour les protéger de leurs pulsions archaïques, s'effondrent, volent en éclats. Ils se trouvent donc face à la dimension primitive de leur être qui, par définition est désorganisée.

La différence affichée de leur enfant et l'origine héréditaire de son affection attaquent la cohérence de leur appareil psychique et dévoilent les racines archaïques de son fonctionnement. A leur tour confirmé dans leur dimension d'enfant démuni, ils n'ont plus qu'à rebâtir le monde dans les ruines de leurs certitudes déchues.

Il est exceptionnel que des parents restent dans un état de stupeur réactionnelle à la suite du bouleversement identitaire qu'ils sont vécus. Quand cela arrive, c'est une confirmation ou une révélation d'une grande fragilité psychique préexistante. La reconquête de l'identité, qui est la règle, se fait en fonction de la structure psychique et peut prendre des formes variées, du simple aménagement au délire le plus structuré.

Les premières incitations données par l'environnement jouent un rôle non négligeable dans la forme, mais surtout dans l'ampleur des réactions de réaménagement psychique (Denis, 2006).

## **2.2. Les conséquences de l'arrivée d'un enfant trisomique :**

L'arrivée d'un enfant entraîne des changements majeurs pour la mère, ainsi que pour toute la famille. « Cette vérité ne peut que s'accompagner de modifications profondes pour toute la famille, et pour chacun des deux parents » (Cuilleret, 2007, P 47).

Parmi les conséquences d'avoir un enfant trisomique, qui entrent dans la vie familiale, on trouve :

### **2.2.1. La dépression et rupture comportementale**

Bien que l'on parle souvent de la détresse des parents au moment du diagnostic. Ces souffrances ne sont pas toujours prises, et pour ce qu'elles induisent auprès des enfants concernés.

En effet, il n'est pas rare, après une annonce de trisomie, de voir développer des dépressions, ou de voir des comportements de violences, ou d'abandon, qui nuisent gravement à la santé des mères, et à leur enfant.

### **2.2.2. La culpabilité de la mère**

Il existe dans la plupart des cas une forme de culpabilité qui a du mal à s'exprimer, mais qui est bien présente. Cette culpabilisation se révèle surtout à terme, et amène les parents à des attitudes surprotectrices, qui peut souffrir, mais dont elle se croit inconsciemment redoutable.

### **2.2.3. L'abandon**

Est parfois une conséquence obligée, réponse de détresse à une naissance différente de celle attendue. C'est toujours un drame pour les parents, le plus souvent l'abandon est la conséquence d'un diagnostic mal délivré, mal expliqué. La souffrance est toujours présente, c'est aussi un acte de désespoir face à l'impossible.

### **2.2.4. Le rejet**

C'est la découverte brutale d'une réalité non souhaitée, qui peut induire des rejets plus ou moins profonds, et conscients de l'enfant. Le rejet temporaire, et concret de l'enfant est décrit par certaines familles : la brutalité du diagnostic

occulte la réalité de l'enfant, les parents trop troublés par l'impact de l'annonce du diagnostic se trouvent dans l'incapacité temporaire à s'occuper normalement de leur enfant (Cuilleret, 2007).

### **2.3. Etre parent d'un enfant trisomique**

Les parents voient leurs repères affectifs et éducatifs bouleversés lorsque l'un de leurs enfants est en situation de handicap. Leurs choix, leurs décisions, leurs orientations éducatives et de soins sont réinterrogés face à un enfant qui ne se développe pas comme les autres ou comme ses frères et sœurs. En effet, la situation de l'enfant va demander plus d'efforts en temps, en ressources financières, et va entraîner un cadre éducatif et un parcours de soins aménagés qui peuvent affecter l'équilibre familial. Ainsi, la famille va être amenée à réorganiser ses différents domaines de vie d'où l'intérêt porté à la notion de qualité de vie familiale (<https://doi.org/10.4074/S0013754515003067>).

Etre parent d'un enfant trisomique c'est aussi avoir la responsabilité du pôle affectif qui permet à l'enfant de construire sa sphère affective, de l'autonomiser, et donc de créer sa liberté, et sa sérénité d'adulte en constant devenir. Le pôle parental, le pôle affectif, non remplaçable (on ne change pas de parents), doit être clairement dissocié du pôle professionnel (pôle social ou psychosocial), qui non seulement peut, mais doit évoluer en fonction des âges, et des besoins de la personne.

Etre parent, c'est aussi une démarche qui implique un long, et difficile travail sur soi, souvent douloureux, mais indispensable (Guillert, 2007).

Donc être parents d'un enfant trisomique, c'est ouvrir davantage le Panel de compétences nouvelles à acquérir, organiser et prodiguer parfois aussi des soins, devenir un expert de la situation de l'enfant, la motivation sous-jacente à cette multiplication des compétences est le bien-être de cet enfant.

## **3. La dynamique relationnelle d'un point de vue systémique**

### **3.1. Définitions**

#### **3.1.1. Dynamique**

Branche de la psychologie qui étudie les forces qui s'exercent sur l'être humain et leurs conséquences dans l'organisation de la personnalité.

Elle envisage l'homme dans son champ psychologique, agissent et réagissent, soumis aux tensions intérieures et extérieures, dans son réseau de relation humaines. Elle fait appel aux données de la psychologie sociale et de la psychanalyse pour comprendre les comportements et les motivations (souvent inconscientes) des individus (Sillamy, 1999).

### **3.1.2. Relation**

Selon Larousse la relation est un ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.

*« La relation réelle est donc toujours en quelque sorte un accompagnement, car elle permet de nous révéler à nous-même ».* Delourme (1999, p 14)

### **3.1.3. La dynamique relationnelle**

C'est une spécificité et affective qui permet d'étudier la structure familiale et ses interactions, les habilités de la communication du couple et des membres de la famille, ainsi les styles d'attachement, la qualité d'accordage des parents envers les enfants, également la qualité de la cohésion entre eux, et leur capacité à résoudre les conflits familiaux dans une perspective systémique.

## **3.2. Relations parents-enfants**

La relation qui unit les enfants à leurs parents est déterminante dans le développement de leur sociabilité puisque le lien d'attachement aux parents constitue la base de tous les apprentissages.

### **3.2.1. La relation mère-enfant**

La première relation que constitue l'enfant est celle avec sa mère, elle est son premier objet d'amour, le prototype de ses relations ultérieures (Carron, et Winnykamen, 1999, P 10).

Dès les premiers instants de la vie, la mère manifeste un besoin physique de toucher son enfant, de le prendre, de provoquer une réponse de sa part, d'entrer en communication avec lui. Le bébé le plus souvent répond positivement à ces sollicitations (Poussin, et Sayn, 1990, P 180).

### 3.2.2. La relation père-enfant :

La relation du père avec l'enfant n'est pas pour autant négligeable du fait que celle avec sa mère est indispensable. Le rôle du père est primordial dans le foyer. Il joue un rôle indispensable dans sa fonction psychologique auprès de l'enfant (Merzouki, 2004, P 21).

C'est lui par le fait de son existence empêche symboliquement la relation fusionnelle mère nourrisson. La fonction paternelle repose sur la transformation de la relation duelle entre l'enfant et sa mère en relation triangulaire entre l'enfant, sa mère et son père.

### 3.3. Le fonctionnement familial

La famille a des fonctions biologiques, sociales et psychologiques. Pour les remplir, elle établit certaines façons de se comporter, lesquelles dépendent, entre autres, des attentes, des normes et des valeurs de la société et des membres de la famille ainsi que du niveau d'instruction de ces derniers.

On peut analyser le fonctionnement du système familial à la lumière des six dimensions décrites par Guttman (1977) et par Epstein et ses collaborateurs (1978, 1982) :

#### 3.3.1. La communication :

L'habilité à communiquer, c'est échanger de l'information présente une dimension importante du fonctionnement de la famille. Lorsque l'information concerne les sentiments, les opinions, les besoins et les désirs, la communication est d'ordre affectif ; lorsqu'elle a trait aux aspects de la vie quotidienne tels le logement ou le budget, la communication est d'ordre instrumentale. Il est à noter que les deux types de communication peuvent coexister.

Pour comprendre comment se déroulent les interactions à l'intérieur du système familial, il est important de connaître les grands principes qui régissent le processus de la communication.

En premier lieu, soulignons qu'il est impossible de ne pas communiquer, car tout comportement constitue un mode de communication. Or, on ne peut pas ne pas avoir de comportement, et quel que soit celui-ci c'est-à-dire que nous soyons actifs ou inactifs, que nous parlions ou soyons silencieux, il transmet un

message. En général, notre interlocuteur comprend le message et y réagit de façon à confirmer son impression.

Toutefois, la communication ne se borne pas à la transmission d'une information factuelle, laquelle constitue le premier niveau de l'interaction. Elle inclut également un Message sur la qualité de la relation entre l'émetteur et le récepteur. C'est le deuxième niveau de l'interaction; Celle-ci s'établit aussi bien au niveau verbal que non verbal.

Il convient de noter un autre principe de la communication, selon lequel la nature d'une relation entre deux individus dépend du sens que chacun donne aux séquences d'échanges. Cela signifie que chacun des interlocuteurs «ponctue» l'interaction à sa façon, en lui attribuant un Début et une fin. Les désaccords sur la manière d'interpréter une interaction donnée sont à l'origine de nombreux conflits entre les membres de la famille. Prenons le cas d'un différend dans un couple La femme explique à son mari pourquoi elle est contrariée: «Je suis fâchée parce que tu es distant» Celui-ci réplique: «Je ne t'ai pas parlé parce que tu étais fâchée. Tous deux sont persuadés de connaître l'origine du conflit puis qu'ils définissent l'interaction de leur propre point de vue et non de façon globale. En vérité, il n'y a ni début ni fin étant donné que les échanges sont circulaires. On ne peut dire qui commence ni ce que deviendrait un échange sans l'autre (Beaudet, et Montigny, 1997).

### **3.3.2. L'expression des sentiments**

Les membres de la famille doivent être capables non seulement de communiquer, mais aussi de répondre à une variété de stimuli par des sentiments appropriés. L'expression de sentiments de bien-être (joie, tendresse) ou de mal-être (colère, anxiété) qu'elle soit verbal ou non verbal, ne devrait pas être une source d'anxiété excessive. Dans une situation difficile, comme la mort d'un enfant, il est vital que chacun ait la possibilité d'exprimer des sentiments tels que la tristesse, la dépression ou la colère. Cependant, comme le soulignent Luthman et Kirschenbaum (1978), certaines familles répriment l'expression de ces sentiments jugés trop menaçants.

Ainsi, la colère est plus souvent perçue comme attaque que comme une tentative de rapprochement. De nombreuses règles familiales entravent la libre expression des sentiments, ce risque d'être déstructuré car l'individu apprend à camoufler, à réfréner et à déplacer, dans sa famille, l'espace pour apprendre à exprimer sa colère de façon constructive.



Outre les règles familiales, d'autres facteurs portent atteinte à la libre expression des sentiments. Ainsi, par peur d'être rejeté, l'individu exprimera ses sentiments de façon atténuée ou déformée : il aura recours, entre autre, au sarcasme, au silence ou au déplacement. Exprimés de cette façon, les sentiments ne seront plus reconnaissables. Les valeurs familiales et culturelles ont aussi un effet sur la capacité d'exprimer des sentiments variés (Beaudet, et Montigny, 1997).

### **3.3.3. La résolution des problèmes**

La résolution de problèmes a trait à l'habileté de la famille à définir un problème et à le résoudre de manière à préserver un fonctionnement familiale efficace. Cette habileté est essentiel à la qualité de vie familiale les problèmes survenant fréquemment dans la vie quotidienne. Les problèmes sont soit d'ordre instrumental, c'est-à-dire liés aux aspects matériels (budget ou logement), soit d'ordre affectif. Selon certains auteurs, il arrive que les membres de la famille soient capables de résoudre facilement les problèmes d'ordre instrumental, alors qu'il éprouve des difficultés à résoudre les problèmes affectifs. Le processus de résolution de problèmes compte sept étapes qui sont :

Tout d'abord définir le problème, puis la communication du problème aux ressources appropriées, rechercher des solutions, ensuite la prise de décision, et passer à l'action, puis le contrôle de cette dernière et enfin l'évaluation (Beaudet, et Montigny, 1997).

### **3.3.4. La distribution des rôles**

La distribution des rôles permet à la famille de faire face aux diverses tâches de la vie quotidienne-se nourrie, se vêtir, etc., aux tâches reliées aux étapes de développement, s'occuper des enfants, planifier des loisirs,... etc., et aux situations difficiles par exemple, la maladie d'un enfant et la mort. Les rôles familiaux correspondent aux façons d'agir habituelles grâce auxquelles les individus s'acquittent de leurs fonctions familiales.

Pour bien comprendre cette dimension du fonctionnement de la famille, on examine d'une part si les fonctions familiales sont assurées et d'autre part qui s'en charge. De plus, on se demande si la répartition des responsabilités entre les membres de la famille est équitable. Un bon fonctionnement familial exige que chacun assume la responsabilité de ses tâches. Par exemple, la personne chargée de faire le marché doit s'acquitter de cette tâche et, en cas d'empêchement, elle

doit avertir les autres pour qu'un remplaçant soit désigné. Si une certaine constance dans la distribution des rôles familiaux facilite le fonctionnement de la famille, il n'en demeure pas moins que les membres de la famille ont avantage à être capable d'assumer divers rôles : ils sont ainsi plus flexibles et éprouvent moins d'anxiété lorsque les rôles doivent être redistribués (Beaudet. L. De. Montigny, 1997, p 23).

### **3.3.5. L'engagement affectif**

L'engagement affectif reflète le degré d'intérêt et de valorisation que chacun accorde aux activités qui passionnent les divers membres de la famille. L'engagement affectif de Chacun des membres de la famille est susceptible de varier selon la nature de sa relation avec les autres et la situation dans laquelle il se trouve.

Lorsqu'il y a absence d'engagement, les membres de la famille ne démontrent pas d'intérêt les uns pour les autres et n'investissent pas dans la relation familiale. On peut dire Que leur interaction se borne à évoluer dans le même environnement physique. Par exemple, lorsqu'un membre est souffrant, les autres restent indifférents ou tardent à réagir. Dans l'engagement dépourvu de sentiments, il existe un certain intérêt mais peu d'investissement sur le plan affectif. Certain intérêt mais peu d'investissement sur le plan affectif. L'intérêt et l'investissement ne sont manifestés qu'en réponse à une demande; ils demeurent toutefois minimales, car les membres de la famille sont isolés les uns des autres.

Pour leur part, les membres d'une famille engagés de façon empathique valorisent les champs d'intérêt des autres, même s'ils diffèrent des leurs, et sont capables de percevoir et de respecter l'importance qu'une personne accorde à une activité, même si celle-ci n'est guère passionnante à leurs yeux. Cette forme d'engagement favorise un bon fonctionnement familial.

Lorsque les membres de la famille sont surprotecteurs ou trop partie prenante dans les activités des autres, on dit qu'ils sont sur engagés. C'est le cas des familles avec adolescents où toute la maisonnée doit participer systématiquement aux activités familiales. Les membres d'une famille peuvent aussi être sur engagés les uns envers les autres par le biais de, sentiments négatifs; tel est le cas par exemple d'une mère et de son fils qui se querellent constamment sur divers sujets.

L'engagement affectif est étroitement lié au développement du concept de soi des membres de la famille. Des recherches ont démontré que les enfants acquièrent une estime de soi plus élevée lorsque leurs parents sont à leur écoute. A l'opposé, si les parents sont indifférents à leurs résultats scolaires et à leurs amis ou s'ils ne les invitent pas à participer aux conversations durant les repas, les enfants ont généralement une estime de soi peu élevée.

N'oublions pas que, paradoxalement, l'un des buts de la famille est de se dissoudre. Aussi les parents doivent-ils favoriser l'autonomie de leurs enfants afin de leur permettre de voler de leurs propres ailes. Il est donc normal et sain que l'engagement affectif des membres de la famille les uns envers les autres évolue au fil des ans (Beaudet, et Montigny, 1997).

### **3.3.6. Le contrôle des comportements**

Cette dimension du fonctionnement familial se définit comme l'ensemble des comportements usuels que la famille adopte pour faire face à trois types de situations: les situations potentiellement dangereuses (par exemple, l'enfant court dans la rue), les situations sociales (par exemple, l'enfant fait une crise de colère au supermarché) et les situations reliées à l'expression et à la satisfaction des besoins et des désirs psychobiologiques (par exemple, l'enfant veut uriner dehors).

Les parents contrôlent les enfants de diverses façons, verbales et physiques, qui incluent notamment la punition corporelle, la privation. Le mode de contrôle utilisé par les parents joue un rôle majeur dans le développement de l'estime de soi chez l'enfant.

La plupart des enfants contrôlent leurs parents, soit en acceptant de se soumettre à leur contrôle, soit en s'y soustrayant par divers comportements: ils pleurnichent, sont agressifs à l'égard de leurs frères et sœurs, pleurent dans but d'apitoyer ou de culpabiliser leurs parents, refusent de leur témoigner leur amour, etc.

Les adultes exercent un contrôle les uns sur les autres de plusieurs façons: paroles, actes, interaction directe ou méta communication. Ce contrôle peut être soit direct, soit indirect.

Face aux diverses situations de la vie quotidienne, la famille établit ses propres normes en ce qui a trait au caractère acceptable des comportements. Elle fixe également une certaine latitude par rapport à ces normes. Par exemple,

d'après la norme familiale, les enfants n'ont pas la permission d'aller au parc seul mais, lorsque leurs cousins leur rendent visite, ils ont le droit de les accompagner (Beudet, et Montigny, 1997).

### **3.4. La famille dysfonctionnelle**

La famille dysfonctionnelle fait référence à un système familial relativement stressant, voire malsain, au moment de l'enfance et/ou l'adolescence, qui fausse les repères par la suite et contamine l'humeur ou la personnalité à l'âge adulte. Au lieu de se constituer en système ouvert et structurant, le système familial dysfonctionnel n'assume pas la fonction de permettre à chacun de développer une identité propre, une autonomie normale et de développer des relations saines à l'intérieur comme à l'extérieur de son giron.

Dans la famille, les enfants et les adolescents sont assujettis aux adultes qui exercent l'autorité sur eux. Une autorité saine et rassurante permet d'encadrer et de soutenir les jeunes. Inversement, la violence, la cruauté, les abus de la part des parents instaurent des rapports de type sadique sur l'enfant. De même, une autorité parentale débonnaire, caractérisée par le laisser-faire ou la négligence, laisse les enfants sans structure suffisante pour se développer.

Les tensions entre les membres d'une même famille ne sont pas rares et dégénèrent parfois en conflits de toutes sortes (vexations, pressions néfastes, blâmes, engueulades, membres qui ne se parlent plus etc.). Ces dynamiques peuvent entretenir, chez les personnes qui les vivent, des malaises, de l'anxiété, une pauvre estime de soi, des frustrations et autres émotions négatives.

Les rivalités entre frères et sœurs sont un phénomène normal et universel. Toutefois, faute d'être régulées par une autorité parentale compétente, elles deviennent alors excessives et viennent souvent empoisonner les relations familiales, parfois durant de longues années.

Les blessures d'enfance ou conflits familiaux non-résolus pourront affecter le fonctionnement de l'individu, qui, une fois adulte, ressentira souvent des malaises sous diverses formes : culpabilité, pauvre estime de soi, mode de relations instables, conflictuelles, incapacité de réguler ses propres émotions, insatisfaction chronique etc. Les modes conflictuels de relations que cet individu aura vécu dans l'enfance pourront se rejouer de façon analogue dans sa vie adulte, dans ses rapports sociaux ou de collégialité, d'où l'importance qu'il en prenne

conscience en vue de les régler (Talon et Laurier, 2007) ([https://www.clinique-psychologues-montreal.ca/problematique.php?prob\\_id=86](https://www.clinique-psychologues-montreal.ca/problematique.php?prob_id=86))

### **3.5. Le système familial**

#### **3.5.1. Définition du système**

Bertalanffy appelait système un ensemble de parties en interaction entre elles et avec leur milieu (en grec : système signifie assemblage).

F. de Saussure disait que le système était « une totalité organisée, faite d'éléments solidaires ne pouvant être définies que les uns par rapport aux autres, en fonction de leur place dans cette totalité » (Albernhe.K,et Albernhe.T, 2004).

#### **3.5.2. Définition du système familial**

Le système familial est homéostatique : il tend à préserver son fonctionnement et à se défendre de certains changements, de manière à maintenir son équilibre et son unité. Il évolue néanmoins au gré des événements heureux ou malheureux (naissance, mariage, déménagement, accident, décès, séparation...) et des étapes du cycle de la vie familiale (<https://www.cairn.info/la-famille-aujourd-hui--9782361064198-page-119.htm>).

### **3.6. L'approche structurale et l'approche contextuelle**

#### **3.6.1. L'approche structurale de Salvador Minuchin**

Salvador Minuchin est un psychiatre argentine, il a élaboré une approche originale en thérapie systémique familiale, que l'on a appelée structurale justement parce qu'elle a toujours cherché à relier les symptômes à des configurations relationnelles ou à des structures familiales dysfonctionnelles, mais toujours dans un contexte social bien particulier.

Cette approche permet donc aussi bien de mettre en lumière l'individuel et l'intrapsychique, que l'ensemble de la famille et l'interrelationnelle (Albernhe.K, et Albernhe.T, 2004).

Les fondements de cette approche comportent quatre concepts essentiels : la structure de la famille, ses règles, ses sous-systèmes, et ses frontières. Donc Minuchin met l'accent sur les modifications de la structure du système familial.

### 3.6.1.1. Principes théoriques de l'approche structurale

Salvador Minuchin fait reposer son approche thérapeutique sur plusieurs axiomes fondateurs.

*L'importance de contexte*, l'individu étant en interaction permanente avec l'environnement. Cette idée n'est pas certes nouvelle, sauf que Minuchin ajoute : « l'individu qui vit à l'intérieur d'une famille est membre d'un système social auquel il doit s'adapter. Ses actions sont régies par les caractéristiques du système, et ces caractéristiques comprennent les effets de ses propres actions passées ». Autrement dit, « le contexte influence les processus internes ».

Parce que Minuchin conçoit la famille comme un système fonctionnant à l'intérieur de contextes sociaux spécifiques, il est amené à écrire que « la structure de la famille est celle d'un système socioculturel ouvert en transformation », qu'elle « se développe en traversant un certain nombre de stades qui exigent une restructuration », enfin que la famille « s'adapte aux changements de circonstances afin de maintenir sa continuité et favoriser la croissance psychosociale de chaque membre ».

*Le retentissement personnel des changements collectifs* : « Les changements dans une structure familiale contribuent à des changements dans le comportement et les processus psychiques internes des membres de ce système ». Un changement dans le contexte pourra donc produire des changements chez l'individu. Minuchin parle de complémentarité pour rendre compte des ajustements réciproques des membres d'une famille les uns par rapport aux autres ; par exemple un cadet passif, doux et introverti, face à un aîné actif, fonceur et extraverti : non seulement le second prend la place laissée par le premier, mais le fait qu'il prenne cette place renforce l'aîné dans sa position ; parfois au contraire, c'est le cadet qui « détrône » l'aîné d'un fief soi-disant imprenable ; ailleurs, au fil du temps, telle position remplace telle autre, notamment lors du remaniement de la personnalité lié à la période d'adolescence (Albernhé. K, et Albernhé.T, 2004).

### 3.6.1.2. La structure de la famille

Minuchin a dégagé la notion de structure de la famille pour rendre compte du fait que les interactions familiales n'étaient nullement le fruit du hasard, mais au contraire s'avéraient extrêmement structurées dans leur fonctionnement intime. Tout ce passe comme si chaque famille possédait son propre canevas pré-

organisé, à partir duquel se jouent toutes les interrelations dans et au dehors d'elle. Cette « structure » n'est pas du même ordre de réalité que les membres de la famille.

### 3.6.1.3. Les règles

Il existe au sein de chaque famille des configurations transactionnelles particulières, qui reflètent des règles précises de fonctionnement. Ces règles témoignent de deux systèmes complémentaires de contraintes :

Un *système général*, constitué de lois que l'on peut retrouver dans toutes les familles : **la loi de hiérarchie** définit par exemple les hiérarchies entre les parents et les enfants (elle témoigne d'une organisation du pouvoir intrafamilial), **la loi des interdépendances** concerne les rapports d'autonomie entre conjoints (elle témoigne d'une complémentarité de fonctions entre parents ;

Un *système spécifique* à chaque famille, rendant comptes des attentes particulières de chaque membre de la famille envers les autres, dans une dynamique de réciprocité (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

### 3.6.1.4. Les sous-systèmes

Les membres de la famille s'organisent en sous-groupes Appelés «sous-systèmes », en fonction de leur âge, de leur sexe et de leurs champs d'intérêt.

Dans chaque sous-système, les membres sont appelés à respecter des règles, à adopter certains comportements, à accomplir des tâches variées et à acquérir des habiletés diverses. Chaque individu dans la famille dispose ainsi d'un niveau différent de pouvoir, selon ses sous-systèmes d'appartenance. Les principaux sous-systèmes sont le sous-système conjugal, le Sous-système parental et le sous-système fraternel (Beaudet, et Montigny, 1997).

#### 3.6.1.4.1. Sous-système conjugal

Lorsque deux adultes s'unissent pour fonder une famille, ils créent un sous-système conjugal à l'intérieur duquel ils élaborent des façons de se soutenir mutuelle ment. Ainsi, ce sous-système constitue pour eux un refuge contre les stress de la vie. Devenus parents, les conjoints doivent non seulement maintenir ce soutien mais aussi acquérir des habiletés parentales afin de s'acquitter des nouvelles tâches reliées à l'éducation et à la socialisation de l'enfant.

#### **3.6.1.4.2. Sous-système parental**

Le sous-système parental traverse souvent une période difficile à l'arrivée du premier enfant. En effet, les nouveaux parents doivent alors se réorganiser et apprendre à fonctionner en triade; ils doivent se faire part de leurs attentes, de leurs sentiments et de leurs besoins individuels, négocier leurs différences et redistribuer les rôles et les responsabilités familiales. Le couple doit être capable de retrouver une certaine intimité et de maintenir des relations affectives et sexuelles de qualité.

Quoique la naissance du deuxième ou du troisième enfant impose aussi un certain stress au système familial, des études ont démontré que le déséquilibre est moins important qu'à la naissance du premier enfant. Les conjoints font face à une situation familière et sont donc plus aptes à surmonter la fatigue, la désorganisation et les changements de rôles. Toutefois, ils connaissent souvent des difficultés d'ordres divers; ils doivent par exemple apprendre à gérer les réactions de l'aîné et à s'occuper de plusieurs enfants dont le stade de développement et les besoins sont différents. Par conséquent, les parents ont moins de temps et d'énergie à consacrer à leur couple, surtout lorsque les enfants sont en bas âge (Beaudet, et Montigny, 1997).

#### **3.6.1.4.3. Sous-système fraternel**

Le sous-système fraternel est, selon Minuchin (1979, p. 75), «le premier laboratoire de vie sociale dans lequel les enfants peuvent faire l'expérience des relations avec leurs pairs». En effet, c'est à travers ses relations avec ses frères et sœurs que l'enfant apprend à négocier, à communiquer, à collaborer, à se disputer et à aimer ; il acquiert ainsi les bases de la socialisation. A l'école, l'enfant utilise avec ses pairs les comportements appris au sein de sa fratrie et, inversement, expérimente et raffine auprès de ses frères et sœurs les façons d'interagir avec les autres qu'il apprend à l'extérieur (Beaudet, et Montigny, 1997).

#### **3.6.1.5. Les frontières**

Ce qui définit le mieux une famille est la frontière qui la sépare, la protège et la différencie du reste du monde.

Les frontières de la famille protègent les individus tout en autorisant la différenciation, ainsi elles régissent les contacts et la possibilité de communiquer avec l'extérieur, elles régissent également les relations à l'intérieur de la famille.



Ces frontières sont définies par des règles très précises indiquant qui peut participer aux différentes transactions intrafamiliales.

Le maintien des frontières et l'établissement des se font grâce à l'aide d'un système de rétroaction : « la rétroaction positive, ce sont les encouragements, les compliments, le soutien, le maternage indispensables à chaque individu pour progresser. La rétroaction négative, c'est le blocage, la punition, la dureté, tout ce qui signifie que les limites ont été dépassées ; c'est ce qui retient l'individu ».

Les frontières varient selon leur degré de perméabilité. Trop rigides, elles restreignent les échanges avec l'environnement; trop diffuses, elles laissent chacun se mêler des activités des autres.

Si les frontières sont bien définies, les membres de la famille connaissent exactement la composition des différents sous-systèmes. Pour assurer le bon fonctionnement familial, chacun doit pouvoir interagir avec les membres de son sous-système sans qu'il y ait ingérence de ses autres sous-systèmes ou du suprasystème.

Lorsque les frontières entre les sous-systèmes sont trop diffuses, ceux-ci sont surengagés A l'opposé, lorsque les frontières sont trop rigides, les sous-systèmes sont désengagés Dans certaines familles, les deux types de sous-systèmes coexistent. Par exemple, lorsque les enfants sont en bas âge, le sous-système mère-enfants a tendance à être sur engagé, les frontières étant plutôt diffuses On observe alors que la mère interrompt régulièrement ses activités pour répondre à l'appel de ses enfants. Ce type de comportement permet bien souvent au sous-système père-enfants d'être désengagé, le père n'ayant pas à répondre à l'appel de l'enfant puisque la mère s'en charge. Par ailleurs, lorsque les enfants entrent dans l'adolescence, il est normal q u 'un désengagement dans le sous-système parents-enfants se produise.

Lorsque tous les sous-systèmes familiaux sont orientés vers le pôle «surengagement», le moindre changement de comportement chez un membre se répercute immédiatement sur tous les autres. À l'inverse, quand les sous-systèmes sont orientés vers le pôle «désengagement», le stress d'un individu n'aura de répercussions sur les autre membres que s'il atteint un niveau très élevé (Beaudet, et montigny, 1997).

## **4.6.2 L'approche contextuelle Ivan Boszormenyi-Nagy**

### **4.6.2.1. Une brève historique de la pensée de Boszormenyi-Nagy**

Ivan Boszormenyi-Nagy est le fondateur de la thérapie contextuelle, qui regroupe des éléments empruntés à la fois aux thérapies individuelles et aux thérapies familiales classiques. Ses premiers travaux dans le champ des thérapies familiales systémiques remontent à la fin des années 1950. C'est à partir de cette époque qu'il inventa une nouvelle approche thérapeutique des troubles psychiques (en particulier des psychoses), qu'il baptisa successivement : la psychothérapie familiale intergénérationnelle dialectique, puis la thérapie familiale contextuelle, enfin la thérapie contextuelle

L'approche contextuelle s'inscrit dans un champ large des relations humaines et des préoccupations humanistes où l'individu naît (c'est-à-dire dans son contexte familiale), se développe et se construit en relation à l'autre.

Pour Nagy le contexte est « l'ensemble des individus qui se trouvent dans un rapport d'attente et d'obligation ou dont les actes ont un impact sur l'autre » (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

### **4.6.2.2. Les canons théoriques de l'approche contextuelle**

Ivan Boszormenyi-Nagy a construit sa théorie sur base de l'œuvre de Martin Buber l'idée centrale est « toute vie est rencontre ». Dans la thérapie contextuelle, il convient d'amener les partenaires à un effort de description. Il s'agit donc de faire parler les acteurs de la relation en tant qu'expert de leur propre point de vue subjectif. Quant au thérapeute, il soutient la personne dans sa tentative de formuler une description correcte et toujours plus concrète de sa réalité relationnelle. Par la suite, le thérapeute soutient davantage un effort commun de description afin de parvenir à un récit authentifié des faits relationnels.

Nous voyons dès lors que le centre de la question est la notion de justice qu'il y a au sein de chaque relation. L'éthique relationnelle peut être définie comme « la prise en compte de la réalité primordiale de l'équité dans une relation », comme « la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte ».

Selon Nagy, il existe une règle universelle qui consiste en la justice des relations. C'est la raison pour laquelle les humains se sentent parfois obligés de donner, de rendre, de recevoir,...

Les relations, selon Nagy, sont fondées sur deux pôles : **réciprocité et équité**. Il doit y avoir un équilibre entre le donné et le reçu dans les relations.

Il est donc évident qu'une relation ne peut se construire que si les deux protagonistes de la relation se donnent la possibilité de rétribution équilibrée dans leurs échanges avec, une permutation des positions de débiteur et de créancier. La notion de confiance est également un élément qui traverse le concept d'éthique relationnelle. En effet, « la clé de la dynamique relationnelle est la confiance méritée ». La confiance méritée est une confiance justement gagnée dans une relation par la réciprocité.

Cette confiance acquise dans une relation permet aux protagonistes de supporter les moments de déséquilibre entre le donné et le reçu puisqu'ils savent prévoir de manière plus ou moins fiable le comportement de l'autre. En outre, l'existence d'une dette peut également être perçue comme une assurance de relation. Ce lien n'a de sens que dans cette relation précise et ne représente pas une valeur générale des individus. Lorsqu'une confiance est ébranlée, sa restauration devient alors un objectif thérapeutique.

Lorsqu'il y a eu un déséquilibre dans une relation particulière dans la balance de justice, la culpabilité apparaît (Warnotte, et all, 2007).

Selon Boszormenyi-Nagy, tout thérapeute de famille devrait distinguer trois niveaux, de systèmes relationnels :

*Niveau purement intrapsychique* (par exemple, les relations entre les instances intrapsychiques : le Moi, le Surmoi, etc.);

*Aspects internes du niveau interpersonnel* (par exemple, les loyautés envers un parent ou un conjoint) ;

*Aspects existentiels du niveau interpersonnel* (par exemple, le fait d'avoir ou non des parents, des enfants, etc.) (Salem, 1982, p 750).

#### **4.6.2.3. La légitimité**

Pour mieux saisir la dynamique de la relation, il faut en un élément fondamental à savoir : la légitimité. Ce point est d'une importance thérapeutique cruciale. Il correspond aussi à l'optimisme de l'approche contextuelle.

La légitimité apparaît donc comme un réservoir à plusieurs entrées [...] est un droit qui s'acquiert dans chaque relation par le biais du partenaire mais qui ne provient pas de lui. Elle est également le résultat de l'histoire relationnelle réelle de chacun, elle est le facteur essentiel de Co-motivation qui pousse à l'action (Michard, et Guenièvre, 1996).

Nagy a distingué deux types de légitimité : légitimité constructive et destructrice.

*La légitimité constructive* : estimant agir pour le bien de ses patients, le thérapeute gagne une possibilité de légitimation (entitlement). Il puise dans son travail une satisfaction intérieure qui le motivera à s'améliorer encore davantage, ce qui le fait entrer, non dans un « cercle vicieux », mais dans une bienfaisante et altruiste « spirale de la légitimité constructive ». il s'en suivra un « gain de légitimité », d'ordre dialectique, reflétant le fait que c'est à travers ce que l'on donne que l'on reçoit.

*La légitimité destructrice* : elle concerne ceux les enfants en particulier qui s'estiment lésés et développe un vécu de victime ; d'où la recherche d'une restitution ou d'une compensation, processus qui peut parfois prendre une allure paranoïaque (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

La notion de légitimité et de mérite reflète la dignité humaine : c'est dans l'échange interpersonnel que se justifie la valeur de la personne. Donner, recevoir, échanger valide la personne, elle se construit dans la relation.

Le concept de mérite évoque l'inscription d'un acte dans le grand livre, celui de légitimité reflète la somme des mérites d'un individu.

« La légitimité est un droit ». Chacun possède une sorte d'identité éthique, a des droits différents des autres, un compte personnel issu de sa famille et toujours enregistré dans le grand livre. Il est donc impossible d'établir une règle universelle, on ne peut faire l'économie de l'histoire passée de chacun.

La thérapie contextuelle est donc un dialogue entre personnes ayant des besoins, des droits et des identités éthiques différents. Le livre de compte restant infiniment ouvert, rien ne se perd (warnotte, et all, 2007).

#### **4.6.2.4. Les dimensions de la réalité relationnelle**

Nagy distingue quatre dimensions, sur des plans différents, pour rendre compte de la réalité relationnelle de chaque individu : les dimensions des faits, de la psychologie individuelle, des transactions, de l'éthique.

#### **4.6.2.4.1. Dimension des faits**

Les faits, c'est-à-dire ici la réalité, dans ses aspects divers biologique (par exemple le sexe), médical (par exemple un handicap physique), social (par exemple la pauvreté) ou historique (par exemple le fait d'avoir été adopté, d'appartenir à une ethnie particulière, etc.), ont une importance capitale en thérapie contextuelle du fait de leurs conséquences sur la « balance éthique » des relations. C'est ainsi que l'on pourra être enclin par exemple à avoir de la gentillesse envers quelqu'un qui aura été malmené par la vie, ou à envier un battant, etc.

#### **4.6.2.4.2. Dimension de la psychologie individuelle**

La théorie de la thérapie contextuelle a englobé, et à sa façon revisité, les grands concepts psychanalytiques (instances psychiques, mécanismes de défense, fantasmes, etc.), ainsi que psychogénétiques (pour l'essentiel liés aux découvertes de Jean Piaget), en tant que déterminants fondamentaux du fonctionnement psychique. Dans le cas du traitement d'un symptôme névrotique, on s'efforcera de faire prendre conscience au patient des répercussions pénibles qu'a ce symptôme sur les membres de l'entourage ; ainsi l'amendement du symptôme apportera-t-il un mieux-être collectif.

#### **4.6.2.4.3. Dimension transactionnelle des relations interpersonnelles**

Le thérapeute contextuelle étudie particulièrement la forme que prennent les transactions et la communication au sein de la famille ; il exprimera cela en termes de structures, de règles, d'alliances, de rôles, etc. en entretien, il s'adressera à tour de rôle à chacun des membres de la famille, afin de comprendre comment il perçoit la réalité et en quoi sa vision personnelle affecte les autres. Il explore plus particulièrement la part de vulnérabilité de chacun ou au contraire sa part de responsabilité à l'égard des autres.

#### **4.6.2.4.4. Dimension de l'éthique relationnelle**

C'est en cherchant à aider les patients psychotiques que Nagy s'est rendu compte que toute relation, fut-elle la plus dysfonctionnelle, avait d'incontournables sous-bassements éthiques. Il montra que les relations interpersonnelles étaient la plupart du temps basées sur des questions de loyauté, de confiance, de fiabilité, de légitimité, d'équité, concepts jusqu'alors délaissés par les autres systémiciens.

Nagy a approfondi tous ces concepts, leur faisant jouer le rôle de puissants moteurs relationnels (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

#### 4.6.2.5. La famille au fil des générations

Au fil des générations, les descendants chercheraient à améliorer leur façon de faire (tenter d'être meilleur parent que ses propres parents) : il s'agirait là d'un phénomène tout à fait normal, que l'on pourrait qualifier de « bonification transgénérationnelle », et qui trouve d'ailleurs d'autres champs d'application (pensons au progrès technologique, par exemple).

Nagy a également remarqué que, pour qu'une génération soit véritablement épanouie, il lui faut avoir bien négocié l'héritage de la génération précédente. L'expression métaphorique courante de l'enfant qui « paye les pots cassés » témoignerait de ce phénomène que Nagy a décrit sous les termes de balance de justice intergénérationnelle ; il montre qu'un problème non résolu dans une génération antérieure (par exemple un secret de famille lié à une union incestueuse, à un crime, etc.) émerge nécessairement dans une ou plusieurs générations suivantes, sous forme d'un symptôme présenté par un « maillon faible » de la chaîne de transmission (un enfant par exemple). Là encore, Nagy fait appel à la métaphore pour rendre accessible sa pensée : l'ardoise pivotante témoigne des « dettes », des phénomènes impayés, non soldés, non liquidés, transmission à la génération suivante (qui, faut-il le rappeler, est « innocente ») : dans une famille, on hérite des bonnes choses autant que des mauvaises...

Il existe donc pour Nagy deux grands types de relations interhumaines :

*Les relations symétriques*, basées sur des attentes réciproques d'échanges égaux entre des protagonistes ayant chacun un niveau de pouvoir comparable (cas d'une relation d'amitié, de certaines relations d'affaires, etc.) ; il parle ici d'une égalité des échanges ;

*Les relations asymétriques*, dans lesquelles un protagoniste est très dépendant d'un autre (le paradigme étant la relation de totale dépendance d'un nourrisson à sa mère) ; il parle dans ce cas d'une éthique de la sollicitude. L'important dans une relation est de rendre, en fonction de ce que l'on a soi-même reçu, mais pas forcément à la personne de qui l'on a reçu : pour reprendre l'exemple de la relation dyadique mère-bébé, il est peu fréquent que l'enfant, devenu adulte à son tour, ait l'occasion de rendre autant de sollicitation à la mère, entre temps devenue âgée (à moins qu'elle ne soit devenue handicapée, complètement dépendante de lui). Il lui est en

revanche possible de s'acquitter de sa dette en reproduisant cette sollicitude auprès de son propre enfant, et ainsi de suite (d'où la dimension transgénérationnelle du principe d'équité, basé sur la réciprocité du donner et du recevoir) (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

Chacun, en venant au monde, hérite naturellement d'un patrimoine familial (Iegacy), qu'il le veuille ou non. Ainsi, chacun reçoit de sa famille non seulement les biens indispensables à sa survie, mais les habitudes propres à sa famille, à son clan : bonne ou mauvaise réputation, tel passé inévitable, etc. Par exemple, dans la Genèse, telle famille se reconnaît spécifiquement à l'usage de tel instrument agricole, telle autre famille à sa façon de vivre sous tente, et ainsi de suite. Selon la formule de Josef Duss von Werdt, il est impossible de s'arracher à ses racines; on peut se soustraire à une autorité, à un statut professionnel ou social, mais pas à son origine - que nul ne peut nier. En ce sens, la généalogie constitue une partie fondamentale de l'identité sociale de tout être humain.

Le patrimoine dont on hérite doit être également transmis aux générations suivantes. Il s'instaure de la sorte une (chaîne) verticale.

Ainsi, chacun reçoit, et il doit donner à son tour, sous peine de devenir déloyal, de devenir un traître au clan, ce qui engendrerait sa culpabilité existentielle et signerait son malheur. Cette restitution, cette façon de s'acquitter de ce que l'on doit, s'effectue dans les deux sens : vers l'aval (génération suivante) et vers l'amont (génération précédente) (Salem, 1982).

#### **4.6.2.6. La loyauté**

Le concept de loyauté en tant qu'ensemble des attentes et des injonctions familiales intériorisées constitue le pivot de la pensée de Nagy, qui en a d'ailleurs fait un concept inséparable de deux autres : la confiance et la légitimité. Peut-être parce qu'il reflète l'idée d'une fidélité de chacun à ses propres origines et de la trace indélébile qui en résulte, il a eu chez Nagy une résonance toute particulière, eu égard à son parcours personnel d'émigré hongrois aux États-Unis (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

Boszormenyi-Nagy affirmait que pour comprendre les relations familiales, il ne suffisait pas de déchiffrer le monde interne de chacun des membres de la famille ou d'envisager la famille comme un système ouvert à la manière des systémiciens. Pour lui, ni la santé, ni la pathologie de la famille, ne pouvait s'expliquer sans une prise en compte des loyautés familiales et de ce qu'il avait défini comme l'éthique relationnelle.

Pour Boszormenyi-Nagy, la loyauté familiale fait partie du domaine de l'éthique relationnelle parce qu'elle est avant tout basée sur une attente de justice entre les générations. Elle trouve son origine dans la disponibilité que les parents manifestent envers leurs enfants et ensuite seulement dans la dette des enfants à leur égard. Si les rapports familiaux sont basés sur la confiance mutuelle et la loyauté réciproque, nous pourrions compter sur le soutien des nôtres dans les tournants difficiles de notre vie. Nous saurions aussi ne pas nous décourager devant l'adversité. La loyauté familiale basée sur l'éthique relationnelle devient alors une source de résilience pour chacun des membres de la famille. (<https://doi.org/10.3917/ctf.044.0027>).

#### 4.6.2.6.1. Principales caractéristiques de la loyauté

Le terme de loyauté (dont l'étymologie rappelle la référence à la loi) ne doit pas être pris ici au sens philosophique moral de « sentiment de loyauté ».

La loyauté n'est pas un concept normatif : on ne « choisit » pas d'être loyal envers son enfant, il s'agit là d'une évidence naturelle. On n'est pas loyal parce qu'on le « doit », mais parce qu'on le ressent ainsi.

La loyauté est un concept « ontique » en ce sens qu'elle s'origine dans une réalité existentielle : la relation de dépendance de l'enfant envers ses parents. L'enfant « leur doit tout », ce qui témoigne d'une relation totalement asymétrique.

La loyauté dépasse le simple attachement à une personne. Il est ici question d'enracinement affectif, très profond, qui participe à la construction de l'identité du sujet.

La loyauté représente un concept triadique (l'attachement à une personne exclut une autre personne : la loyauté se construit nécessairement au détriment de quelqu'un). Ainsi elle a une dimension transgénérationnelle. Nagy estime qu'il existe un « héritage de loyauté » qui se transmet au fil des générations. A chaque génération, existe un « lien primitif de loyauté » entre parent et enfant (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

La loyauté est par définition « invisible » en ce sens qu'elle est cachée, latente, le plus souvent inconsciente. Un enfant peut continuer à rester loyal envers son ascendance, tout en se séparant physiquement d'elle ou en faisant des choix qui en apparence n'ont rien à avoir avec elle. Ce que Nagy appelle « loyauté invisible » est un phénomène un peu différent : il traduit le fait que cacher volontairement une loyauté est parfois une nécessité, un mal pour un bien.



La loyauté prend souvent la forme d'un message implicite transgénérationnel. Par exemple, dans une famille d'enseignant où la réussite sociale compte beaucoup, peu importe que les enfants deviennent professeurs, artistes, ou architectes, l'essentiel est qu'ils réussissent brillamment.

La loyauté présente une force très importante dans le développement psychoaffectif du sujet, puisqu'elle le relie à la fois horizontalement (dans ses choix relationnels) et verticalement (dans son ascendance). Elle repose sur trois concepts à la fois : les mérites acquis, la dette, et la réserve de confiance.

La loyauté transcende les inimités intrafamiliales. Elle permet notamment la sourde des membres de la famille en cas d'attaque, un peu comme les doigts d'une main qui se replie ensemble pour avoir davantage d'impact pour donner un coup de poing (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

#### **4.6.2.6.2. Différents formes de loyautés**

Nagy distingue la loyauté entre relations verticales (parents-enfants) et entre relations horizontales (entre pairs). Si la première est asymétrique et irrésistible, la seconde est égalitaire.

La loyauté envers le père n'est pas de même nature que la loyauté envers la mère. En effet, d'emblée le nouveau-né est davantage dépendant de la mère que du père. Tout se passe comme si le père, même s'il s'investit beaucoup, prenait du retard par rapport à la mère. C'est lorsqu'il assumera pleinement sa responsabilité de parents qu'il rattrapera ce retard; il s'établira ensuite un rapport de dette entre l'enfant et son père analogue au rapport de dette entre l'enfant et sa mère.

La loyauté horizontale, par exemple entre amis, repose le plus souvent sur des choix existentiels (cependant que la loyauté verticale est imposée : personne ne choisit ses parents, sauf cas exceptionnel d'adoptions tardives...).

Nagy a également décrit le phénomène des loyautés clivées, qui s'exprime par exemple au sein de familles dans lesquelles un enfant se trouve parentifié (protégeant à outrance ses propres parents, adoptant un rôle parental à leur égard, et du coup s'interdisant d'avoir des enfants afin de ne pas disperser ses forces affectives). Dans de telles familles, le monde extérieur est vécu comme indigne de confiance. La famille qui vit en autarcie, complètement repliée sur elle-même, fait le lit des « vieilles filles » et des « vieux garçons » (Alberhne.K et Alberhne. T, 2004).

Quand une génération succède à une autre, les loyautés « verticales » entrent souvent en conflit avec les loyautés « horizontales ». (Les loyautés « verticales » sont dirigées vers les générations précédentes et suivantes, alors que les loyautés horizontales sont orientées vers la fratrie, les conjoints, les pairs).

Au cours des phases développementales de la famille nucléaire, tous les membres doivent faire face à de nouveaux ajustements des obligations; naissances, croissances, maturation, séparations, mariages, vieillissement ou deuils exigent ainsi un rééquilibrage des obligations et des rôles dans le contexte familial (salem, 1982).

#### **4.6.2.6.3. Les conflits de loyauté**

Il n'est pas rare qu'une loyauté verticale s'oppose à une loyauté horizontale. Une immense partie de la littérature tragique classique a développé ce thème : pensons par exemple à Roméo et Juliette, ou à Chimène amoureuse de Rodrigue dans le « Le Cid » de Corneille (dans un célèbre dilemme cornélien que l'on n'a pas manqué de caricaturer par la formule : « ah ! Qu'il est beau l'assassin de papa... »). Un choix s'impose, particulièrement cruel car mobilisateur d'affects intense, archaïque et violents. La tragédie théâtrale transfigure la lutte intérieure du sujet, lequel passe intérieurement en revue toutes les issues possible, y compris la mort (meurtre ou suicide). Mais en fin de compte, devant l'impossibilité de concilier les deux loyautés, un « choix » a lieu, consciemment (sans guillemets), ou inconsciemment (avec guillemets) et alors presque toujours dans ce dernier ce sous formes d'un passage à l'acte.

La réalité de la vie se charge donc de faire s'entrecroiser les loyautés verticales et les loyautés horizontales, ce qui oblige, à chaque fois, à la recherche d'un nouvel équilibre, faute de quoi le système dysfonctionne et le symptôme apparaît. Cet équilibre s'exprime, d'après Nagy, par la métaphore de la balance (« le mouvement de balance ») : tantôt sur un axe (la loyauté verticale, primordiale), tantôt sur l'autre (la loyauté horizontale) (Albernhe. K, et Albernhe.T, 2004).

## **Conclusion du chapitre**

La famille est un ensemble uni que forment les parents et leurs enfants. C'est dans la famille que l'individu construit son identité et apprend le respect, et les différentes valeurs humaines. Génération, solidarité, légitimité sont chacune des facettes de la famille.

La naissance d'un enfant trisomique provoque une réorganisation de la vie familiale et met la famille en état de stress et de bouleversement. Et cela peut provoquer des perturbations et des conflits dans les relations intrafamiliales.

# **Chapitre 03 :**

## **Méthodologie de la recherche**

## Préambule

Toute recherche scientifique ne peut être en tant que telle que lorsqu'elle se repose sur une méthodologie et une théorie scientifique afin de prouver une hypothèse en lien avec une question précise. Avant d'approcher le terrain d'étude, on est sensé d'abord de faire une préenquête pour recueillir le maximum d'informations concernant notre thème de recherche, et cela avant d'aborder l'enquête.

Ainsi, chaque recherche nécessite une démarche méthodologique dans un protocole standard, afin de rendre le travail objectif.

Dans ce chapitre nous allons présenter le déroulement de notre travail sur le terrain afin de vérifier les hypothèses. Il s'agit à ce niveau d'expliquer l'ensemble des techniques utilisées pour mener notre étude.

### 1. La préenquête

C'est une phase de préparation qui est primordiale dans chaque projet de recherche. Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le plus possible d'informations sur notre thème de recherche ou le sujet à étudier et de l'envelopper. Cette phase est une phase de terrain assez précoce, dont les buts essentiels sont de permettre la construction d'une problématique plus précise et surtout à émettre des hypothèses valides et fiables qui seront argumentées par la suite.

Notre préenquête en relation avec notre thème de recherche s'est effectuée comme suite :

Au début nous nous sommes renseignés sur les différentes associations existantes à Bejaïa, puis nous avons visité le terrain de la recherche qui est le centre Psychopédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux (C.P.P.E.I.M) d'Akbou en tant que stagiaires en psychologie clinique dans le cadre d'un projet de fin d'études.

Dans cette optique, nous avons parlé avec le responsable pédagogique du centre qui nous a orienté vers la directrice, afin d'obtenir l'accord et l'autorisation de faire un stage pratique. Ensuite, après avoir eu son accord, elle nous a orientées, à son tour, vers la psychologue clinicienne du centre qui va nous encadrer.

Au cours de cette première rencontre avec la psychologue, nous avons discuté sur notre thématique de recherche et sur les cas de familles, ainsi que la catégorie d'âge des enfants avec qui nous souhaitons travailler. Puis, elle nous a affectées dans deux groupes déferents où il y avait l'échantillon que nous cherchons.

Par la suite, nous avons rejoint nos groupes, où nous avons fait un premier contact avec les enfants trisomiques. Nous avons eu, de la part des éducatrices, des informations à propos de plusieurs cas. Parmi ces cas, nous avons choisi, dans premier temps quatre (04) avec lesquels nous pouvons travailler. Puis, dans un deuxième temps, nous avons choisi d'en éliminer trois (03) qui ne conviennent pas aux critères d'inclusion de groupe d'étude.

Après avoir terminé avec le choix de cas, nous avons également choisi, en plus de l'observation qui aura lieu du début à la fin de stage, le test à appliquer à l'enfant, qui est le FAT. En ce qui concerne les parents, nous avons opté pour l'entretien circulaire systémique comme outil adéquat à enquête.

Avant d'appliquer le test sur notre cas, nous avons préféré, dans un premier temps de le faire sur un autre enfant, afin de nous faire une expérience et de voir le résultat que ça donne, ce qui va nous donner plus de chance pour réussir notre test sur l'enfant désigné. Ce prétest s'est déroulé comme prévu, ce qui nous a laissé passer à l'application du test final.

La consigne de test FAT, que nous avons appliqué sur notre cas, est la suivante :

***« J'ai une série d'images qui montrent des enfants et leur famille. Je vais te les montrer une par une et toi de me dire s'il te plaît ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et surtout, rappelle-toi qu'il n'y a ni bonne réponse ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter tes réponses pour que je puisse m'en souvenir ».***<sup>1</sup>

<sup>1</sup> « s3igh 21 n les photos zeysent arach imechetah aku dimawlan-sen, akedseknagh yeweth yeweth, omb3ed ketchi aydinit mala ma3lich dacu iyterane g les photos ni, wahi dacu ayterone, dacu itehosun l3ivad ni, wahi amk atefak taqsite ni, ulac ayen aydinidh yelha nagh dirith ayen idenidh aku yelha, inid aku ayen itehosodh »

Le test FAT contient vingt-et-une (21) planches. Voici deux exemples de planche :

### **Planche 01 : Le diner**

Un homme, une femme et trois enfants (deux garçons et une fille) sont assis autour de la table du diner, les adultes discutent, alors qu'un seul enfant mange.

### **Planche 03 : La punition**

Un garçon est agenouillé à côté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversées. Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon.

## **2. Présentation du lieu de la recherche**

Notre recherche s'est déroulée au niveau du centre Psychopédagogique pour Enfants Inadaptés Mentaux (C.P.P.E.I.M) d'Akbou. Il est situé au chef-lieu communal de la ville d'Akbou sur la route nationale n° 26 à 70 km au sud-ouest de la wilaya de Béjaia.

Le centre est d'une superficie de 5506 m<sup>2</sup>, dont 2649m<sup>2</sup> construite et 2857m<sup>2</sup> non construite. Il a été construit en 1992 comme une crèche, puis réaménagé pour accueillir les enfants inadaptés mentaux.

Le nombre d'enfants pris en charge est de 134 enfants, dont 86 garçons et 48 filles. Ils sont répartis comme suit : 127 admis en demi-pension et 07 internes. Il existe une liste d'attente de 32 enfants dont 14 sont autistes.

## 2.1. Infrastructure de l'établissement

### 2.1.1. Infrastructures administratives

Tableau N° 01:

N°	Bureaux
01	Du directeur
02	De l'économiste
03	Du personnel
04	De secrétariat
05	D'inventaire
06	Magasin général

### 2.1.2. Infrastructures pédagogiques

Tableau N° 02 :

Nombre	Bureaux
01	Bureau pour le secrétariat pédagogique
01	Cabinet de consultation pour le médecin
10	Salles pour les activités pédagogiques
07	Ateliers
05	Bureaux de consultations psychologiques
01	Salle de psychomotricité
01	Salle de détente
01	Salle de jeux
01	Bibliothèque



**2.1.2.1.1. Bloc Restauration**

Cuisine

Réfectoire

**2.1.2.1.2. Annexes**

Chaudière

Atelier d'entretien

Logements

Aire de jeu

**2.1.2.1.3. Parc Auto**

Fourgon Hyundai 15 place dotation 2004

Véhicule KIA Pregio 06 place dotation 2004

Microbus 07 place dotation 2012

**2.1.3. Les moyens pédagogiques****2.1.3.1.1. Équipement des locaux pédagogiques**

Quatre classes parmi les dix salles sont équipées d'un mobilier adapté récemment acquis.

La salle de psychomotricité est suffisamment équipée.

Atelier couture est équipé d'une seule machine à coudre domestique d'une table et d'un fer à repasser.

Atelier coiffure est équipé d'un mobilier répondant aux normes d'un salon de coiffure

Atelier culinaire est doté d'un équipement de cuisine : cuisinière, four électrique, microonde, élément de cuisine et ustensiles.

Atelier informatique/ bibliothèque et médiathèque est équipé de huit (08) microordinateurs, d'une photocopieuse, d'une table de réunion et d'éléments bibliothèque et des livres.

Atelier jardinage est doté d'une petite serre horticole et des outils.

Atelier élevage est doté de deux aquariums et d'une bassecour.

## 2.1.4. La répartition des élèves

- Selon l'âge

Tableau N° 03

<b>03 à 06 ans</b>	<b>06 à 12 ans</b>	<b>12 à 14 ans</b>	<b>14 à 18 ans</b>	<b>Plus de 18 ans</b>
11	53	18	47	05

- Selon type de déficience

Tableau N° 04

<b>Trisomie 21</b>	<b>Épileptique</b>	<b>Psychotique</b>	<b>IMC</b>	<b>Autre déficience</b>
46	08	09	08	63

- Selon le degré de déficience

Tableau N° 05

<b>Déficience profonde</b>	<b>Déficience sévère</b>	<b>Déficience moyenne</b>	<b>Déficience légère</b>
06	20	89	19

### **3. La démarche de la recherche**

#### **3.1. La démarche méthodologique**

« La méthode peut se rapporter à une façon d'envisager, et d'organiser la recherche, elle dicte, alors, une manière de concevoir, et planifier son travail sur un objet d'étude en particulière, elle peut intervenir de façon plus ou moins impérieuse, et plus ou moins précise, à toutes les étapes de la recherche l'une ou l'autre ».

Elle désigne : « l'ensemble des méthodes, et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche, et qui guide la démarche scientifique » (Angers, 2009, P 59).

### **4. La méthode de recherche**

Pour notre étude, nous avons choisi la méthode clinique et la technique de l'étude de cas.

#### **4.1. La méthode clinique**

La recherche en psychologie clinique vise à fournir des informations et des connaissances fines et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, de décrire et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé (Chahraoui, et Benony, 2003, p 105).

La « méthode clinique » vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la productivité en sont nécessairement réduites, elle suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite (Pedielli, 1999).

### 4.1.1. L'étude de cas

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux (Pedielli, 2005, p 18).

Nous avons opté pour un guide d'entretien systémique qui comporte deux axes :

**Axe 01** : renseignements sur le patient désigné et sa famille afin de rédiger une carte familiale.

**Axe 02** : renseignements sur le contexte familial et la dynamique relationnelle au sein de la famille.

## 5. Présentation de groupe d'étude et ses caractéristiques

À la lumière de la définition du thème, la formulation de notre problématique, l'objet de notre recherche, et les critères particuliers, nous devons être très précis dans le choix et la délimitation du groupe visé, ainsi que le choix de la tranche d'âge qui va répondre à notre thème de recherche. Selon **Grawitz, 1988** : « *le groupe d'étude est un ensemble fini ou infini des éléments définis à l'avance sur lesquels portent nos observations et notre étude* »

Nous avons sélectionné d'une manière volontaire un (01) cas d'enfant trisomique (âgés de 12 ans) et sa famille. Cet enfant n'est pas scolarisé selon les critères d'inclusion suivant :

### 5.1. Critères d'inclusion de groupe d'étude

Nous avons sélectionné notre groupe d'étude selon les critères suivants :

La famille doit avoir un enfant trisomique

Les enfants sont insérés dans le centre

L'âge de l'enfant doit être entre (09 ans et 13 ans)

Les enfants ne sont pas atteints des difficultés de langage, ou d'aperception.

Les parents vivent sous le même toit.

**Tableau N°06: récapitulation des caractéristiques de la famille**

<b>Famille</b>	<b>Nombre de la famille</b>	<b>L'âge du patient désigné</b>	<b>Niveau d'étude</b>
Famille de Hakim	Constitue de huit (08) membres	12 ans	Non scolarisé

Ce tableau représente les caractéristiques de la famille que nous avons choisies pour notre étude. Le patient désigné est un garçon, qui s'appelle Hakim, âgé de 12 ans.

## **6. Les outils et les instruments utilisés pour la réalisation de cette recherche**

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour recueillir les données, qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations, et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables, et réunissant de qualités d'objectivité, et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques (AKtouf, 1987, P81).

Pour répondre à notre problématique, et vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour un entretien familial dont nous avons préparé un questionnement circulaire associé d'un entretien de génogramme et un test le FAT:

### **6.1. Entretien familial**

L'interrogation circulaire et les questions circulaires. L'interrogation circulaire désigne le processus interactif d'entrevue pris dans son ensemble. Durant cette entrevue l'intervenant pose des questions inspirées par les réponses de la famille, celle-ci répondant suivant les questions posées par l'intervenant. Quant aux questions circulaires, elles sont désignées ainsi du fait qu'elles explorent la circularité existant au sein du système familial et avec les autres systèmes en cause dans la situation problème.

Karl Tomm, de l'université de Calgary, a repris le questionnement circulaire de Milan et en a fait la base d'une approche qu'il appelle interventive questioning. Dans une série d'articles dont les références sont présentées dans la

bibliographie il décrit son approche de façon remarquable. Citons, tout particulièrement, le texte paru dans les Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, dans lequel il présente de façon détaillée et vivante toute une série de questions réflexives susceptibles de mobiliser les capacités d'auto-guérison de la famille. Plusieurs auteurs ont contribué à perfectionner la théorie et la technique du questionnement circulaire, dont Peggy Penn, de l'Institut Ackermann à New York. S'inspirant des mots-clés (métaphores) de la famille, celle-ci compare ce qui est dit avec les comportements analogiques des différents membres du système (<https://doi.org/10.7202/706668ar>).

## 6.2. Le génogramme

Un génogramme est une façon de dresser l'arbre généalogique d'une famille. Il contient des informations sur les membres de cette famille et leurs relations pendant au moins trois générations. Ils fournissent des infos graphiques de la famille et permettent d'obtenir une image rapide de modèles familiaux complexes. Ils constituent une riche source d'hypothèses sur la manière dont un problème clinique peut être relié au contexte familial ainsi que sur l'évolution à la fois du problème et de son contexte.

Il n'y a pas de principe sur la 'bonne manière' d'établir un génogramme et il n'existe qu'un faible consensus quant aux informations spécifiques qu'il faut rechercher, sur la manière de les enregistrer et sur leur signification.

Tout comme le langage rend possible et organise notre processus de pensée, les diagrammes familiaux, qui dressent la carte des relations et des modèles de fonctionnement, peuvent aider les thérapeutes à penser de façon systémique la manière dont les événements et les relations dans la vie de leurs patients sont étroitement liés à des patterns de santé et de maladie. L'info du génogramme peut être mieux comprise d'un point de vue systémique.

L'entretien pour un génogramme doit être vu comme faisant partie d'une évaluation systémique globale. Il est établi au cours de la première séance et est révisé si des nouvelles infos nous parviennent. Chaque interaction du thérapeute avec la famille influence l'entretien et par conséquent influence la prochaine intervention.

Il peut aider les familles à se voir de façon nouvelle et apparaît comme un moyen primordial d'engager les familles en thérapie. Il met le thérapeute à même de recadrer, de détoxiquer et de normaliser des comportements charges

émotionnellement en créant une perspective systémique qui aide à comprendre les réponses familiales dans un espace et dans un temps définis.

L'information structurelle, relationnelle, fonctionnelle de la famille sur un géno peut être lue à la fois horizontalement à travers le contexte familial et verticalement à travers les générations. Examiner la teneur du contexte familial actuel permet au clinicien d'établir des liens qui existent entre les participants immédiats dans le drame familial, et ceux qui existent avec le système plus large et d'évaluer les ressources et les faiblesses en rapport avec la situation plus large.

Les génogrammes sont souvent associés à la théorie de Bowen dites des systèmes familiaux. : Les problèmes et les symptômes reflètent une adaptation du système à son contexte global à un moment donné. Les efforts d'adaptation des membres du système se reflètent à travers de nombreux niveaux du système, du biologique, à l'intrapsychique et l'interpersonnel, c'est à dire au niveau de la famille nucléaire et de la famille élargie de la communauté, de la culture et au-delà.

Par exemple, la place dans la structure familiale peut influencer le fonctionnement, les patterns relationnels ou le type de famille que vous formerez pour la génération suivante. Walter Toman (1976) a souligné l'importance de cette place pour le profil des relations dans une fratrie et pour les caractéristiques probables de personnalité ainsi que des problèmes de compatibilités relationnelles.

Les familles se répètent. Ce qui arrive dans une génération se rejouera souvent dans la suivante, c'est-à-dire que les mêmes solutions sont adoptées d'une génération à l'autre bien que le comportement actuel puisse revêtir une grande variété de formes. Bowen appelait cela la transmission multi générationnelle de patterns familiaux (Monica, et Andy, 1985).

### **6.2.1. Construction de génogramme**

Créer un génogramme implique trois niveaux : dresser la carte de la structure familiale, recueillir les informations concernant la famille, délimiter les relations familiales.

- **Dresser la carte de la structure familiale**

La base d'un génogramme, son épine dorsale, est une description graphique des divers liens biologiques et légaux qui unissent les différents membres entre

eux et les différentes générations entre elles. Cette carte est un ensemble de figurations des personnes et des lignes représentant leurs relations.

Ex. :

Homme □ Femme ○

Les différents symboles seront donnés le jour de la présentation.

Chaque membre est représenté par un carré ou par un cercle suivant le sexe, les hommes par un carré et les femmes par un cercle.

Pour la personne désignée (ou le patient identifié), autour de laquelle le génogramme est construit, les lignes sont doubles.

Pour une personne qui est décédée, une croix est mise à l'intérieur du signe. Les dates de naissance ou de décès sont notées au-dessus de la figure.

Les grossesses, fausses couches, avortements et mort-nés sont indiqués par d'autres symboles (cf. feuille en annexe).

Les figures représentant les membres de la famille sont reliées par des traits qui indiquent leurs liens biologiques et légaux.

Les époux sont reliés par des traits descendants qui se rejoignent, le mari place à gauche et l'épouse à droite. « M » suivi de la date indique l'année de mariage, la ligne de mariage est aussi celle où l'on indique les séparations ou les divorces. Les traits signifiant une interruption de la relation conjugale, un trait (/) pour une séparation et deux traits (//) pour un divorce.

Les différents mariages se suivent dans l'ordre, de la gauche vers la droite, le mariage le plus récent s'inscrivant en dernier lieu.

Si un couple a une liaison ou vit ensemble sans être légalement marié, leur relation est tracée comme pour un couple marié, mais on utilise une ligne pointillée. Quand un couple a des enfants, chaque figure de représentant est accrochée à la ligne qui relie le couple. Les enfants sont inscrits de la gauche vers la droite en partant de plus âgé vers le plus jeune. Une ligne en pointillés est utilisée pour relier un enfant adopté ou un enfant recueilli et cette ligne le relie donc à la ligne parentale. Des lignes convergentes relient des jumeaux à la ligne parentale. Si les jumeaux sont des vrais jumeaux, une barre les relie entre eux.

Des lignes en pointillés sont utilisées pour relier les membres d'une famille qui vivent sous le même toit.



- **Recueillir des informations à propos de la famille**

Lorsque la structure familiale est esquissée, nous pouvons ajouter des informations :

*De type démographique* (âge, dates de naissance et de décès, l'endroit de vie, les occupations professionnelles et niveau d'éducation).

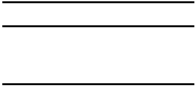
*De type fonctionnel* (fonctionnement médical, émotionnel et comportemental ex. : absentéisme, conduite alcoolique...).

*Concernant des évènements critiques* (changements importants, changements de relation, les migrations, les échecs, les réussites).

- **Indiquer les relations familiales**

La troisième étape suppose qu'il faille délimiter les relations entre les membres de la famille. Nous nous basons sur le témoignage des membres de cette famille et sur des observations directes.

Différents traits sont utilisés pour symboliser les différents types de relation entre les membres d'une famille. (cf. feuille annexe)

Exemple :  Très proche et fusionnel

- **L'entretien d'élaboration du génogramme**

Le recueil d'informations pour établir un génogramme se présente souvent sous la forme d'un entretien avec la famille. Vous ne pouvez pas recueillir des informations pour le géno en faisant fi de la plainte de la famille,

L'effet Rashomon

Nous retrouvons dans les entretiens différentes versions que les membres de la famille nous proposent à partir d'un évènement unique.

- **Mode de recueil des informations**

On pourrait comparer le processus de recueil d'infos à un filet métaphorique tendu pour saisir les infos intéressantes concernant la famille et son contexte le plus large. Ce fil s'étend dans plusieurs directions :

Du problème actuel au contexte le plus large du problème.

Du foyer immédiat à la famille étendue et aux systèmes sociaux plus larges.

De la situation actuelle de la famille à une chronologie historique des événements familiaux.

De questions faciles et non menaçantes à des questions plus difficiles suscitant de l'anxiété.

De faits objectifs à des opinions sur le fonctionnement et les relations existantes pour en arriver à des modèles d'hypothèses.

- **Le problème présent et la famille vivant sous le même toit**

Qui vit sous le même toit

Quels sont les liens qui unissent ces différentes personnes

Où vivent les autres membres de la famille

Que connaissent les membres de la famille du problème

Comment chacun l'a ressenti et y a répondu

Quelqu'un dans la famille a-t-il eu un problème semblable

Dans ces situations-là, quelles décisions ont été prises et par qui

- **La situation en cours**

Qu'est-ce qui est arrivé récemment à votre famille

Y a-t-il eu des changements récents dans la famille (gens qui sont partis ou nouveaux venus, maladies, ...).

- **Le contexte familial élargi**

Le but est d'obtenir des informations sur au moins trois générations, y compris les parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs, les conjoints et les enfants du patient concerné. Le niveau d'information devrait s'étendre au-delà de la structure biologique et légale de la famille et inclure les relations de concubinage, les fausses-couches, les mort-nés, les avortements, les enfants adoptés et les enfants recueillis.

- **Le contexte social**

Investigation devrait être menée par rapport aux amis, au clergé, aux concierges, aux médecins, ... qui ont été importants dans le fonctionnement familial.

- **La perspective historique**

Examiner la famille dans une perspective historique suppose que l'on relie passé, présent, futur et que l'on repère la possibilité pour la famille de s'adapter aux changements.

- **Les relations familiales et les rôles**

Il est important de s'informer sur les différents types de relations que les membres entretiennent entre eux ainsi que les fonctions et les rôles que chacun assume au sein de la famille.

- **Établissement des priorités pour organiser l'information du génogramme**

Pour suivre une règle, les données sont examinées de la manière suivante :

Un symptôme répétitif de patterns relationnels ou de fonctionnement relève dans la famille au cours des générations, des triangles répétés, des coalitions, des ruptures, des patterns de conflits, un sur- ou sous-fonctionnement, sont essentiels dans l'interprétation du génogramme.

Les coïncidences de dates

L'impact d'un changement et les transitions du cycle de vie qui se produisent en dehors du temps normal, les changements dans le fonctionnement et les relations qui correspondent à des événements familiaux critiques. Les changements hors norme du cycle de vie (Monica, et Andy, 1985).

### **6.2.2. Interprétation des génogrammes**

Chaque catégorie représente un ensemble de postulats dont chacun engendre ses hypothèses de travail pertinentes sur les modèles familiaux. Chaque catégorie peut se superposer.

#### **Catégorie 1 : La structure familiale**

On peut émettre beaucoup d'hypothèses simplement en examinant la structure relationnelle, en incluant la composition familiale, les constellations fraternelles et les configurations familiales inhabituelles. En examinant la structure familiale seule, on peut émettre des hypothèses sur certains thèmes, rôles et relations qui peuvent être approfondies en cherchant de plus amples informations sur la famille.

**Catégorie 2 : le cycle de vie**

Les âges et les dates sur le génogramme nous permettent de voir à quelles étapes du cycle de vie la famille s'adapte et si les événements et les moments où ils se produisent restent dans les marges et des délais prévus. Quand ce n'est pas le cas, les difficultés probables rencontrées dans la résolution de cette phase du cycle peuvent faire l'objet d'explorations ultérieures.

**Catégorie 3 : Modèles répétitifs à travers les générations**

Un principe pour interpréter des modèles de répétitions à travers des générations, modèles répétitifs de relation, de fonctionnement ou de structure familiale, est la possibilité qu'ont ces modèles de continuer dans le présent et dans le futur. Les reconnaître permet d'aider les familles à dépasser ces modèles.

**Catégorie 4 : Le cycle de vie et le fonctionnement de la famille**

Rechercher les fonctionnements critiques et les changements dans le fonctionnement d'une famille nous permet d'établir des liens systémiques entre ce qui semble être des coïncidences, et d'affirmer l'impact des changements traumatiques dans le fonctionnement familial et sa vulnérabilité à des stress ultérieurs, de dépister les réactions aux anniversaires et alors de tenter de comprendre de tels événements dans un contexte plus large qu'il soit social, économique ou politique.

**Catégorie 5 : Les modèles relationnels et les triangles**

Le génogramme permet au clinicien de repérer l'intensité des relations dans une famille. En fournissant la structure et la position dans le cycle de vie de la famille, il permet de formuler un certain nombre d'hypothèses quant aux modèles triangulaires importants et aux frontières de cette famille. Comprendre de tels modèles triangulaires est essentiel pour planifier une intervention clinique. De trianguler est un processus clinique important au cours duquel les membres d'une famille sont amenés à se libérer d'un modèle triangulaire rigide.

**Catégorie 6 : Équilibres et déséquilibres familiaux**

La lecture du génogramme pour y déceler des modèles de contraste et d'équilibre dans la structure familiale, les rôles, le fonctionnement et les ressources permet au clinicien d'émettre des hypothèses sur les capacités d'adaptation de la famille face aux déséquilibres qui peuvent aggraver un système (Monica, et Andy, 1985).

### **6.2.3. Emploi clinique du génogramme**

Le génogramme en thérapie familiale :

Il existe quatre principales applications :

Engager la famille tout entière dans le processus thérapeutique

Débloquer le système

Clarifier les modèles familiaux et patterns

Recadrer et assainir des comportements familiaux, ces comportements étant compris comme des réponses aux problèmes.

Souligner les raisons pour lesquelles une famille est comme elle est et ne peut changer, cela amène parfois un changement. Les patterns du génogramme sont utilisés dans un modèle thérapeutique, en premier lieu pour amener une compréhension positive de la situation dysfonctionnelle présente et donc paradoxalement, défier la rigidité de la stabilité actuelle. Lorsque le changement se produit, l'information du géno est utilisée à nouveau pour renforcer les patterns émergents et pour souligner l'évolution de la famille vers la normale.

### **6.2.4. Les applications du génogramme dans la pratique médicale et familiale**

Les familles peuvent vivre à la fois un facteur de stress et un facteur d'aide au moment où apparaît une maladie somatique. Le génogramme est un instrument crucial pour les soins de santé.

Les génogrammes utilisés dans une pratique médicale peuvent suggérer qu'ils sont également utilisés pour mesurer de quelles ressources le patient dispose pour l'aider face à sa maladie, quels problèmes sont du ressort de la médecine, quels stress familiaux peuvent intensifier les difficultés et quel type d'intervention psychosociale ultérieure peut être nécessaire de façon à inclure d'autres personnes dans les visites médicales suivantes.

### **6.2.5. L'avenir du génogramme**

Trois domaines se révèlent prometteurs :

La recherche sur le génogramme comme outil clinique

La recherche sur des familles et sur des processus familiaux utilisant le génogramme pour l'entretien

Les génogrammes issus de l'informatique

En conclusion, les auteurs se sont efforcés de montrer l'utilité des génogrammes en thérapie familiale. Leurs souhaits seraient que ces efforts servent de témoins pour un développement futur du géno à la fois comme outil thérapeutique et comme outil de recherche. Les auteurs croient que la potentialité du point de vue de la recherche du géno a été à peine effleurée. Ils voient le développement du géno comme un outil de recherche et l'informatisation du génogramme comme allant de pair pour mener tous deux à une meilleure utilisation clinique, plus vaste, ainsi qu'un savoir plus étendu (Monica, et Andy, 1985).

### **6.3. Le FAT (Family Apperception Test)**

#### **6.3.1. Définition**

Le FAT a été élaboré afin de réunir dans la pratique clinique l'évaluation individuelle et l'évaluation familiale. Dans le champ de la santé, et plus particulièrement dans la mise en place de programmes thérapeutiques, la prise en compte des caractéristiques du système familial est de plus fréquente.

#### **6.3.2. Présentation des planches**

Le FAT comprend une série de 21 planches, un manuel et une feuille de cotation. Les 21 planches, décrites ci-dessous mettent en scène des situations, des constellations et des activités familiales habituelles. Elles suscitent un large éventail d'associations projectives sur les processus et les structures familiales, ainsi que des réactions affectives en rapport avec des interactions familiales spécifiques (Henry, et al, 1999).

#### **Planche 01 : Le diner**

Un homme, une femme et trois enfants (deux garçons et une fille) sont assis autour de la table du diner, Les adultes discutent, alors qu'un seul enfant mange.

#### **Planche 02 : La stéréo**

Un garçon agenouillé devant une chaine stéréo tient un disque .Un personnage féminin se trouvant en premier plan lui tend un objet rectangulaire.

**Planche 03 : La punition**

Un garçon est agenouillé à côté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversées. Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon.

**Planche 04 : Le magasin de vêtements**

Dans un magasin de vêtements. Une femme montre une robe à une jeune fille. La jeune fille croise les bras, l'expression de son visage ne peut être discernée.

**Planche 05 : Le salon**

Un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévision. Une jeune fille à la main posée sur les boutons de la télévision, un cinquième personnage, debout au fond de la pièce, fait face aux autres, sa main est posée sur la poignée d'une porte entrouverte.

**Planche 06 : Le rangement**

Un personnage féminin, debout sur le seuil d'une chambre à coucher, est face à un garçon qui, assis sur le lit, tourne le dos à l'observateur. Un tiroir de la commode est ouvert, un ballon de basket se trouve sur le sol, une chemise et un livre sont jetés sur le lit défait.

**Planche 07 : Le haut des escaliers**

Un enfant regarde depuis une chambre à coucher vers un escalier éclairé. Le lit est défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11h30.

**Planche 08 : La galerie marchande**

Une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessous, devant un magasin où sont présentées, dans la vitrine, des chaussures ainsi qu'une pancarte : « soldes ». La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant.

**Planche 09 : La cuisine**

Un homme est assis à la table de la cuisine, faisant des gestes avec une main et regardant le bloc-notes qu'il tient dans l'autre main. Une femme, debout devant une gazinière, tourne une cuillère dans une casserole, sur le pas de la porte, un enfant regarde la scène.

**Planche 10 : Le terrain de jeux**

Deux garçons en tenu de baseball sont debout l'un à côté de l'autre. Chacun tient une batte de baseball, un seul d'entre eux porte un gant. Une partie est en train de se dérouler à l'arrière-plan.

**Planche 11 : La sortie tardive**

Deux adultes âgés (un homme et une femme) et une femme plus jeune font face à un jeune homme, debout, dont la main est posée sur la poignée d'une porte qui mène au-dehors. Il désigne une pendule qui indique 21h. La lune apparaît à travers une fenêtre.

**Planche 12 : les devoirs**

Une jeune fille. Tournée vers l'observateur, est assise à un bureau, un crayon à la main ; devant elle, un livre et un cahier sont ouverts.

Un homme et une femme sont debout derrière elle et regardent par-dessous son épaule.

**Planche 13 : L'heure du coucher**

Un personnage ambigu est assis dans le lit ; un homme, assis sur le lit également, est tourné vers lui. L'homme a une main posée sur la cuisse du personnage, son autre main est posée sur ses propres genoux.

**Planche 14 : Le jeu de balle**

Un homme et un jeune garçon sont debout, face à face. ILS ont des gants de baseball et une balle. Sous un porche, un autre garçon et une jeune fille les regardent. L'entrée principale de la maison est ouverte.

**Planche 15 : le jeu**

Deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à côté d'un arbre de Noël. Un personnage féminin les regarde, debout. À l'arrière-plan, un autre personnage, allongé sur un canapé, tient un livre ouvert.

**Planche 16 : les clés**

Un homme et un garçon sont debout devant une voiture. Le garçon montre la voiture d'une main alors qu'il tend l'autre main vers l'homme. L'homme tient un jeu de clés.



**Planche 17 : le maquillage**

Un personnage féminin se met du rouge à lèvres en se regardant dans le miroir d'une salle de bain ; une autre femme, debout près de la porte, lui fait face.

**Planche 18 : L'excursion**

Un homme et une femme sont assis à l'avant d'une voiture. Un garçon, une fille et un troisième enfant sont assis à l'arrière. Le garçon et la fille sourient en levant leurs poings l'un vers l'autre.

**Planche 19 : le bureau**

Une jeune fille est debout devant un homme assis à un bureau, des papiers devant lui. Il la regarde ; elle a une main posée sur le bureau.

**Planche 20 : le miroir**

Un enfant, tournant le dos à l'observateur, est debout devant un grand miroir. Le reflet du miroir est voilé.

**Planche 21 : L'étreinte**

Un homme et une femme sont debout, tenant chacun les bras de l'autre serrés. Aux pieds de l'homme, il y a un porte-document. Une fille et un garçon, portant des livres d'école, sont debout près d'une porte ouverte et regardent le couple.

**6.3.3. Procédure d'administration**

Le FAT a été conçu pour être utilisé par des psychologues formés à la passation et à l'interprétation des tests projectifs, la passation du FAT ressemble à celle des autres techniques projectives, mais la consigne met l'accent sur l'évocation d'un cadre de référence cognitif et affectif centré sur la famille. La pièce ou le lieu de la passation doit être bien éclairée, calme et exempte de toute possibilité de distraction, les 21 planches doivent toute être présentées au sujet une passation complète prend approximativement 30 à 35 minutes. Une version abrégée du FAT peut faire l'objet d'une cotation indicative et permettre l'élaboration d'hypothèses cliniques. Les réponses doivent être notées mot pour mot sur des feuilles séparées.

La consigne suivante est recommandée lors de l'utilisation du test avec des sujets âgés de moins de 18ans.

*« J'ai une série d'images qui montrent des enfants et leur famille. Je vais te les montrer une par une et toi de me dire s'il te plaît ce qui se passe sur l'image, ce qui a conduit à cette scène, ce que les personnages pensent ou ressentent et aussi comment l'histoire va se terminer. Utilise ton imagination et surtout, rappelle-toi qu'il n'y'a ni bonne réponse ni mauvaise réponse dans ce que tu diras au sujet d'une image. Je vais noter tes réponses pour que je puisse m'en souvenir »* (Henry, et al, 1999).

Pour des sujets adultes, la même consigne peut être utilisée, avec une modification de la première phrase qui devient : « J'ai une séries d'images sur lesquelles figurent des familles. » Les consignes seront perçues comme claires et explicites par une grande majorité. Certains sujets, cependant, pourraient avoir plus de difficultés à comprendre la tache.si une réponse contient un récit incomplet, une enquête additionnelle doit être effectuée pour permettre d'obtenir des réponses complètes et cotables. Cette enquête s'articule autour de cinq questions de base :

Qu'est-il en train de se passer ?

Que s'est-il passé auparavant ?

Que ressent il /elle ?

De quoi parle il /elle ?

Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

#### **6.3.4. La cotation**

##### **6.3.4.1. Catégories de cotation**

Le système de cotation du FAT a été conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémiques .cette cotation permet la formulation d'hypothèses sue le fonctionnement du système familial à partir des réponses d'un seul membre de la famille.

Les catégories de cotation suivante permettent la transcription et la compréhension diversifiée des relations et des processus familiaux.

- **Conflit apparent**

Conflit familial.

Conflit conjugal.

Autre type de conflit.

Absence de conflit.

- **Résolution du conflit**

Résolution positive.

Résolution négative ou absence de résolution.

- **Définition des limites**

Appropriée/adhésion.

Appropriée /non-adhésion.

Inapproprié/adhésion.

Inappropriée/non-adhésion.

- **Qualité des relations**

Mère=alliée.

Père=alliée

Frère/sœur=alliée.

Conjoint(e)=alliée(e).

Autre=alliée.

Mère=agent stressant.

Père=agent stressant.

Frère/sœur=agents stressants.

Conjoint=agent stressant.

Autre=agent stressant.

- **Définition des frontières**

Fusion.

Désengagement.

Coalition mère/enfant.

Coalition père/enfant.

Coalition autre adulte/enfant.

Systeme ouvert.

Systeme fermé.

- **Circularité dysfonctionnelle**

- **Mauvais traitements**

Maltraitance.

Abus sexuel.

Négligence/abandon.

Abus de substance.

- **Réponse inhabituelle**

Refus.

Tonalité émotionnelle.

Tristesse/dépression.

Colère/hostilité.

Peur/anxiété.

Autre type d'émotion.

## **7. Déroulement de la recherche**

Notre stage pratique a duré deux mois (2), du 28 mars jusqu'au 28 mai. Durant cette période nous avons choisi notre groupe d'étude, et par la suite nous avons informé les parents du patient désigné sur notre démarche.

Les parents ont donné leur consentement pour contribuer à notre étude en se déplaçant au centre pour effectuer des entretiens avec eux. Ils nous ont autorisés, également, d'appliquer le test FAT sur leur enfant. Il est à signaler que les enfants trisomiques disposent des capacités intellectuelles et verbales pour effectuer ce test dans un cadre précis et d'une recherche scientifique.

L'application du test FAT sur Hakim s'est déroulée dans un cadre favorable. Nous avons commencé par le préparer moralement à ce test, puis nous lui avons expliqué la consigne (avec sa langue maternelle, le kabyle) d'une manière très simple pour qu'il puisse comprendre.

Hakim a fini par reprendre à toutes les planches sans aucune difficulté et sans aucun refus. Le test a duré 45 minutes.

Par la suite, nous avons mené, dans de bonnes conditions, notre entretien familial systémique circulaire avec les parents de Hakim. L'entretien s'est basé sur un consentement libre et clair, d'où nous avons commencé par un entretien de génogramme qui nous permet d'esquisser une carte familiale afin de décrire le fonctionnement du système familial. Ensuite, nous avons continué à enquêter sur le contexte familial et la dynamique relationnelle au sein de la famille selon un guide d'entretien. La durée de cet entretien, qui s'est effectué en langue maternelle qu'est le kabyle, est d'environ 35 minutes. Nous avons insisté tout au long de l'entretien sur le secret professionnel.

## 8. Les difficultés de la recherche

La non-disponibilité de la documentation sur les deux approches : structurelles et contextuelles en langue française.

La rareté des cas pendant le stage pratique.

Distance de lieu de stage.

## Conclusion du chapitre

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique, ce chapitre nous a servi pour une bonne organisation de notre travail de recherche et nous a permis de connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. De plus, il nous a permis aussi d'apprendre l'utilisation des techniques à suivre dans l'analyse de contenu des cas, cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail à savoir : la méthode utilisée, le cadre de la recherche, la population d'étude ainsi que les outils et les étapes de la recherche.

# **Partie pratique**

## **Préambule**

La partie pratique est l'outil le plus important pour le recueil des informations sur le sujet de la recherche, elle consiste à éclairer ce qui a été fait dans la partie théorique en s'appuyant sur la partie méthodologique. La partie pratique aide pour arriver aux résultats de la recherche et elle permet la validation des hypothèses d'une façon objective et méthodologique.

Dans cette partie pratique, nous allons dans un premier temps présenter les données recueillies au cours de l'entretien avec la famille de Hakim, puis dans un deuxième temps nous allons les discuter.

### **1. Présentation et discussion des données de l'entretien familial avec la famille de « Hakim »**

#### **1.1. Présentation des données de l'entretien**

Hakim est un enfant trisomique âgé de 12 ans (c'est le patient désigné), il a été diagnostiqué dès la naissance à l'hôpital. Il n'est pas scolarisé, mais à ce jour il est pris en charge par le centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux d'Akbou.

Fils de monsieur Bezza, enseignant en physique âgé de 57 ans et de madame Nacera âgée de 48 ans qui est femme au foyer. C'est un couple qui vit sous le même toit. Cette famille nucléaire est composée de huit (08) membres : le père, la mère, cinq (05) filles et un garçon.

Durant l'entretien familial, les deux parents ainsi que le patient désigné ont été présents et l'entretien s'est déroulé dans de bonnes conditions.

Avant d'entamer l'entretien circulaire, nous avons commencé par un entretien de génogramme pour avoir des renseignements à propos de la famille afin de réaliser une carte familiale.

Au début de notre entretien, nous avons expliqué aux parents que chacun doit répondre aux questions qui lui sont adressées. Nous avons commencé avec la maman en lui demandant de décrire la réaction de son mari lors de la naissance et du diagnostic de leur enfant. La réponse de la maman été comme suite: « Lors de la naissance de Hakim, il n'y a pas eu lieu de diagnostic malgré que le nouveau-né nous a apparu morphologiquement anormal. Une semaine après, Hakim a été

transporté à l'hôpital pour des soins et c'est à ce moment-là qu'il a été diagnostiqué enfant trisomique de type mosaïque. Mon mari s'est mis à pleurer ».<sup>2</sup>

Cette même question a été posée au Papa, ce dernier nous a informé que sa femme était restée figée, son visage exprimait une grande inquiétude et sans rien dire, elle s'est mise à pleurer. Le père a ajouté qu'il a essayé de lui expliquer que c'était le destin.

Par la suite, nous avons demandé à chacun des deux de nous décrire la réaction des autres membres de la famille en apprenant la nouvelle. Les deux parents ont donné la même réponse : « au début nous n'avons pas avoué à la famille que notre enfant été diagnostiqué trisomique, par peur de leurs réactions et qu'il sera refusé, mais après quelque temps, nous avons fini par leur dire la vérité, ce qui les a mis dans un état de stress, puis au fil du temps, ils ont accepté cette situation ».<sup>3</sup>

Puis, nous les avons interrogés si la situation de leur enfant les inquiète ? Et qui est, parmi eux, le plus inquiet ? À cette question, nous avons eu la même réponse de leurs parts : « au début, oui nous étions trop inquiétés, mais plus maintenant. La plus inquiétée c'est la maman ».<sup>4</sup>

Notre quatrième question porte sur ce que ressentent les parents sur la situation de leur enfant : Nacera a dit : « je me sens que sa situation s'améliore de plus en plus, car il est autonome, et je vois qu'il peut s'en sortir » et pour le papa : « pour moi je ne ressens rien, tout est normal ».<sup>5</sup>

Ensuite, nous avons posé la question suivante : d'après vous comment réagit-il votre époux/épouse quand vous êtes inquiète ? Et que font les enfants après ?

Nacera : « il est nerveux, il se met en colère rapidement, j'essaye toujours de le calmer, je lui disais laisse les choses pour le destin ». L'époux : « quand elle s'énerve, je m'énerve plus qu'elle, j'ai remarqué ces derniers temps qu'elle est devenue trop fragile ».<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Nacera : « assmi iddilul mmi 3eqlageth machi normale, mais thazewara ughednin kera, après ami iguhelek ighdnan g l'hôpital mithewen, trisomique (du type mosaïque), imi ighidennan argaziw iterou ».

<sup>3</sup> thazwara nefer f ath wekham nugad otheqablen ara, omb3ed imisenena bli mithenagh trisomique tqelqan felas, haznan, omb3ed qevlante aken yela ».

<sup>4</sup> « thazwara neteqelaq felas mlih, mi thora khati, d yemas iyteqelqen akether felas ».

<sup>5</sup> Nacera: « tehosogh bli lhala ynes thetweeni3, akhater zeragethid izmer iyemanis »  
l vavas inad: «nki otehosogh ikera, kolch normal ».

<sup>6</sup> Nacera: « netan d buqelaq, ifeqa3 rapide, qarghas sla3qel, tikher idunith ».



Et concernant la réaction de leurs enfants, les deux parents nous ont dit : « ils nous disent calmez-vous, pourquoi à chaque fois vous faites ça, car cela les inquiète et les met en état de stress ».<sup>7</sup>

Puis, nous leur avons demandé de nous parler de leur relation du couple avant la naissance de cet enfant et après ? que fait-il/elle pour stabiliser cette relation?

Bezza « pour moi rien n'est changé, notre relation est la même, juste quand elle est tombée enceinte j'étais fâché pour un moment, car je ne voulais pas avoir encore des enfants, mais elle non, elle insiste toujours sur un garçon, mais quand elle m'a dit que c'est un garçon, j'étais tellement content et heureux ».

Nacera « pour moi le souci majeur de notre relation ce n'est pas Hakim, mais plutôt c'est la bière, on dispute à cause de cette dernière, il est alcoolique, il a fait un accident et il a passé des années à la prison à cause d'elle, c'est ce qui m'a poussé à détester la couleur verte, d'ailleurs même Hakim est touché par son père, à chaque fois il lui demande de laisser l'alcool, donc pour moi rien n'a changé ».<sup>8</sup>

Dès que Hakim a entendu parler de la bière, il s'est intervenu directement : « moi aussi je déteste la couleur verte, je n'aime pas voir mon père bu de l'alcool ».<sup>9</sup>

Concernant la relation familiale, nous voulons savoir qui est plus proche à cet enfant, le père ou la mère ?

Bezza a répondu : « ma femme est plus proche à sa fille (l'ainé) », et l'épouse : « il ne fait pas la différence entre eux, pour lui sont tous pareils ».<sup>10</sup>

Et sur la relation conjugale, nous avons posé cette question: quand votre conjoint/conjointe se fâche comment réagissez-vous ?

Argazis: « asma atefqa3 nki feq3egh kether, thagaritha toghal fragile ».

<sup>7</sup> F deryansen: « qarnaghed sla3qel kan, iwach yel tikelte aka itekhedmem, akhatar noutheni daghen teqliqen yednagh, tehzanan ».

<sup>8</sup> **Bezza**: « nekk ar ghorri kra urivedel, dachu kan mi itherfedh s thadiste feq3egh uveghigh ara ad narnou dareya, achoukan netath thevgha ad arnu aqcic, imi idena d aqcic ferhagh ».

**Ncera**: « nekk ar ghouri aghevel amuqran machi d Hakim, ma3na tissith n cherab, netnagh 3eladjal-is si zik, ikhedem l'accident ikcem gh lehves 3elajal-is dayen iyidjan kerhagh la couleur tharvi3ith, ula d Hakim isqlqith melih w anchetha, yal thikelt iqaras a vava ejit, aghouri kra urivedel ».

<sup>9</sup> Hakim: « neki daghen kerhagh la couleur tharvi3ith, uhmilghara asma athezeragh itess ».

<sup>10</sup> **Bezza**: « tamtohiw teqerav gh ilithenagh tamqerant ».

**Nacera**: « neta oyekhedmara lkhilaf darasen, aghores kif kif ikel ».

La réponse de Nacera : « il ne peut pas résister trop juste un moment et il me cherche pour discuter », et Bezza : « elle pleure, et elle reste seule dans la chambre jusqu'à que je lui parle ». <sup>11</sup>

Et que font vos enfants ? Les deux ont dit que : « nos enfants s'inquiètent, et se stressent surtout Hakim ». <sup>12</sup>

Nous les avons interrogés sur la relation de Hakim avec sa fratrie ? Ils ont répondu par « ses sœurs le traitent bien, mais juste lui il est jaloux de sa grande sœur ». <sup>13</sup>

Nous avons posé une question pour l'épouse qui est la suivante : pouvez-vous nous parler de la manière par laquelle vous accomplissez vos tâches quotidiennes ? Et comment votre l'époux s'implique-t-il ?

« Je fais mes taches facilement sans aucun problème, et mon mari ne m'aide pas du tout ». <sup>14</sup>

Puis nous avons demandé de nous dire qui, parmi eux, s'occupe le plus de cet enfant ?

Bezza « c'est sa maman qui prend soin beaucoup plus de lui, ainsi ses sœurs ».

Nacera « personnellement je vois que c'est moi qui s'occupe le plus de lui ». <sup>15</sup>

Actuellement, que pensez-vous de l'avenir de la relation qu'entretienne votre famille ? Et les autres, d'après vous, que pensent-ils ?

Bezza : « concernant notre relation du couple, je vois qu'on est dans la bonne voie, même si on a des petits soucis, mais on arrive toujours à les résoudre, bahh je m'en tape de l'avis des autres je vis pour moi ».

Nacera : « pour moi s'il va continuer dans ce chemin je ne vois pas les choses qu'elles vont se terminer bien pour notre relation. Et pour les gens qui nous entourent, ils pensent toujours qu'on ne va jamais continuer ensemble ». <sup>16</sup>

<sup>11</sup> **Nacera:** « oysebrara chitoh kan adyas aydihder ».

**Bezza:** « thetetro, teqimay imanis g thekhamte alma rohagh asehadregh ».

<sup>12</sup> « Deryanagh teqeliqen wahi heznan, aladgha Hakim ».

<sup>13</sup> « Tem3amalent dides bien, lama3na hakim itasem g wultmas iyelan zenigas ».

<sup>14</sup> « khedmagh lcheghalathiw bla i3ewiqen s sehala, mala dargaziw oyit3awanara ».

<sup>15</sup> **Bezza** « nekk ghouri d yemmas ig tehlayen zyes melih, aku d yesethemas ».

**Nacera:** nekk ghouri hacha nekk itehlayen zyes ».

<sup>16</sup> **Bezza:** « ayen ya3nan le3alaqa nagh zerghad aqlagh g verid l3ali ghas nse3a kra ighulifan lama3na nsawadh ath-nefru, ma dwiyadh uythoqi3ara zeysen t3ichigh i neki ».

**Nacera:** « ar ghuri ma ykemel aka udezerghara l3alaqa nagh atefro bkhir, l3ivad zarnaghd toujours ».

En ce qui concerne la trisomie de votre enfant, pensez-vous qu'elle renforce votre relation dans la famille ? Ou bien ça désengage les uns et les autres ?

Bezza : « Hakim n'est pas pour moi un obstacle, au contraire son arrivé à renforcer notre relation familiale, je vais l'aimer davantage pour le meilleur et le pire à vie ».

Nacera : « comme je vous l'avais dit déjà, ce n'est pas Hakim le problème de notre famille, mais plutôt les comportements et le passée de mon mari qui influence sur notre relation avec la famille ». <sup>17</sup>

## 1.2. Discussion des données de l'entretien

Afin de discuter les résultats de l'entretien familial avec la famille de « Hakim », nous allons adapter notre analyse du contenu au modèle structural de Minuchin, qui se base sur les principes suivants :

- Le pouvoir dans la famille
- Le rôle
- Les sous-systèmes
- Les limites
- La qualité des relations

D'après les résultats de l'entretien familial avec la famille de « Hakim » il paraît que :

Le pouvoir n'est pas distribué entre le couple parental, car c'est la mère de Hakim qui a plus de pouvoir et de responsabilité familiale pour subvenir aux besoins affectifs de cette famille. Le père apparaît distant et désengagé, il ne s'implique pas trop en tant que père et n'assume pas sa tâche, ce qui a compliqué le rapport et la relation avec son épouse. Cette relation se caractérise par des conflits conjugaux qui peuvent provoquer un déséquilibre au niveau des sous-

---

ontekemilara lewahid ».

<sup>17</sup> **Bezza:** « Hakim machi d a3wiq ar ghuri, au contraire g mi idilul theqwa le3alaqa n twachulte nagh, je vais l'aimer davantage pour le meilleur et le pire à vie ».

**Nacera:** « aken ikontidenigh yakan machi d Hakim id aghevel, d lef3ayel n wargaziw aku d wayen inse3eda ig touchine l3alaqa nagh wahi twachult ».

systemes (parental-fraternel), la mère peut sentir une grande responsabilité face à son engagement individuel à assumer le pouvoir et pourquoi pas pour avoir plus de force et de prérogatives dans la famille et avoir le porte-parole de la famille ! Mais qui lui a permis d'être dans cette position ? Est-ce que son époux est démissionnaire à ce point ? Qu'en est-il des autres membres de la famille face à cette situation ? Y aura-t-il un conflit de pouvoir entre la mère et ses enfants plus tard ? Peut-on dire que cette famille se caractérise par le matriarcal !

Au niveau du rôle, l'abandon du père pour son rôle dans cette famille peut engendrer des crises au niveau du système familial, car on peut assister aux conflits et à l'apparition des coalitions des sous-systèmes contre le père ou bien se forme une solidarité symptomatique, sorte d'assister à d'autres problématiques dans la famille. À travers les dires du père, il paraît résistant et montre une certaine responsabilité superficielle auprès de son fils, Hakim, qui se manifeste à travers son recours au destin et le pouvoir du dieu au lieu de s'alimenter avec son pouvoir qui a délaissé à son épouse ! Et une raison de plus quant à sa dépendance à l'alcool, comme une façon d'être solidaire avec son fils en le rejoignant et pourquoi pas de participer à assumer une certaine symptomatologie familiale.

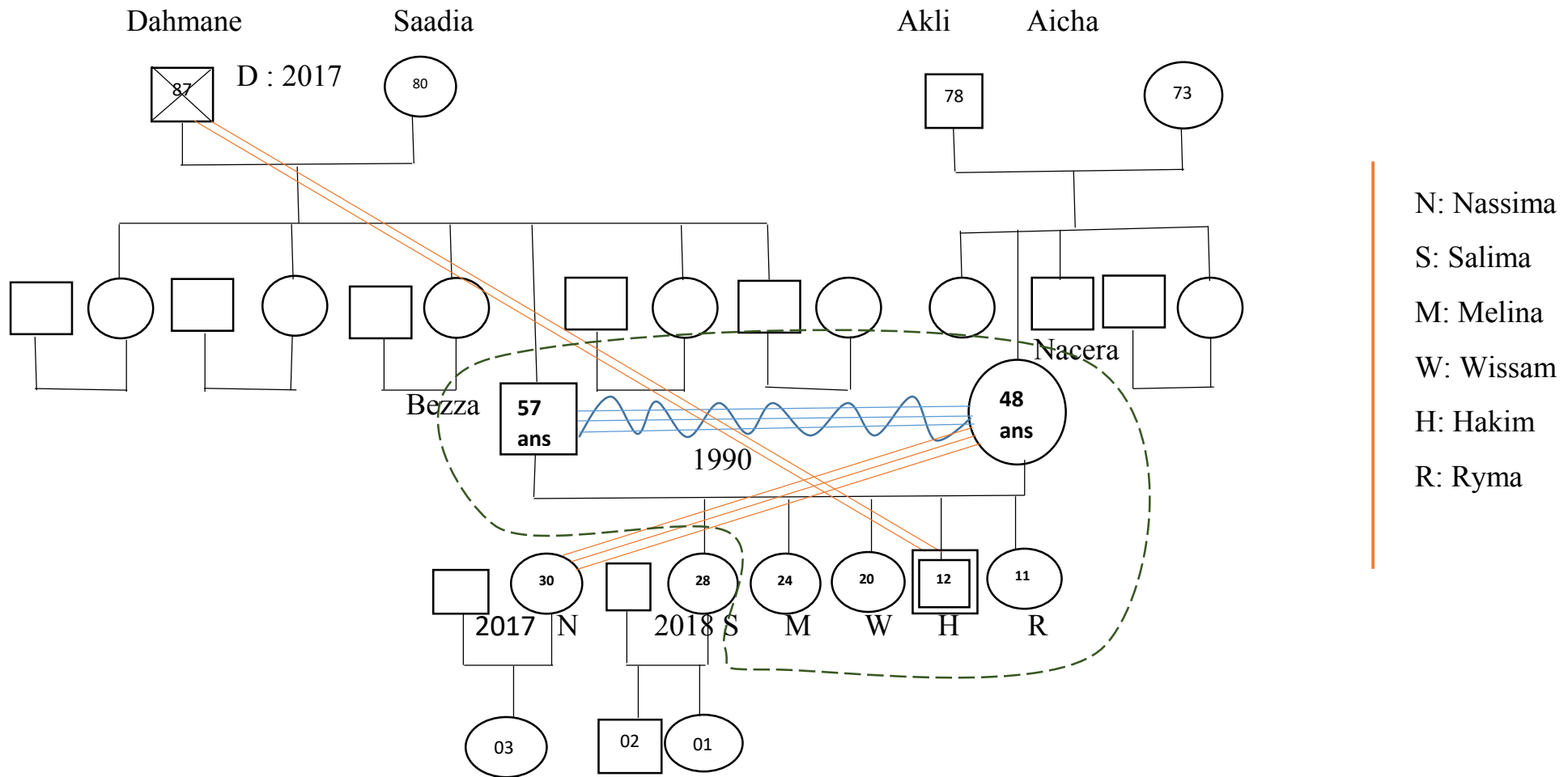
Le sous-système conjugal est caractérisé par la distance émotionnelle entre les deux parents, et quand c'est le contact : cela crée des tensions et des conflits qui les séparent à nouveau, même des fois on assiste à des tentatives de résolution des conflits, mais sont plus dans la culpabilisation au lieu de la communication saine, cela engendre sans doute l'inquiétude et des situations stressantes dans sa relation avec le système fraternel (S. Système parental-Système fraternel) ce qui va donner naissance à une rupture au niveau des sous-systèmes pour laisser une distance importante dans les frontières de cette famille.

Les limites se manifestent d'une manière très claire quand la dispute des parents se produit et tout en impliquant les enfants ! cela engendre la peur et la crainte de séparation parentale ce qui pousse le système familial à réagir par l'apparition des symptômes pourquoi pas que l'arrivée de « Hakim » est une manière de dire que la famille aura l'occasion d'être soudée tout en s'occupant de lui par les deux parents et avec les autres membres de la même famille. Cela revient à la capacité du système familial à se réorganiser au niveau de ses sous-

systemes et avec l'implication et l'engagement des deux parents/et le système conjugal dans les affaires familiales et les crises qui les provoquent. Tout en gardant une bonne frontière entre les sous-systèmes pour ne pas les impliquer dans les rapports et relations purement conjugales.

## 2. Présentation de génogramme de la famille du patient désigné

**Figure N°03** : la forme du génogramme et la carte familiale de la famille de Hakim



### 3. Interprétation du génogramme

#### 3.1. La structure familiale

La famille de Hakim est composée de :

**Bezza** : le père de la famille âgé de 57 ans, retraité, son père est décédé en 2017 suite d'un cancer de pommons, il a quatre (04) sœurs mariées et un (01) frère marié aussi. Bezza s'est marié avec Nacera en 1990.

**Nacera** : la mère de Hakim âgé 48 ans, femme au foyer, ses deux parents sont vivants, elle a deux sœurs une mariée et l'autre célibataire, et un frère.

**Nassima** : l'aînée de la famille, âgée de 30 ans mariée, femme au foyer, elle a une fille âgé de trois (03) ans.

**Salima** : c'est la deuxième sœur âgée de 28 ans mariée, femme au foyer, mère de deux enfants (une fille elle a un et un garçon de 02 ans).

**Melina** : elle est classée la troisième dans la famille âgée de 24 ans, étudiante.

**Wissam** : la quatrième de ses sœurs, âgée de 20 ans, étudiante.

**Hakim** : c'est le patient désigné, il est classé l'avant-dernier, âgé de 13 ans, inséré dans le centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux depuis 2015.

**Ryma** : la petite de la famille, âgée de 11 ans, élève au CEM.

#### 3.2. Le cycle de vie

La famille du patient désigné est composée de six (06) membres, avant la naissance de Hakim l'époux ne voulait pas avoir encore des enfants ce qui a créé un problème entre eux, l'épouse a voulu avoir un garçon à tout prix. Pendant la grossesse, il s'est avéré que c'est un garçon, ce qui a rendu l'époux heureux.

La famille a connu des conflits conjugaux à cause du papa qui est alcoolique depuis des années, ce qui lui a subi de vivre une période très difficile. Bezza a fait un accident de voiture, car il était enivré, puis il a passé quelques années en prison. Tout cela a influencé négativement sur sa femme ce qui l'a laissé vivre des moments de tristesse et de stress. Elle était obligée d'être, à la fois, le papa et la maman de ses enfants (porte-parole de la famille).

Malgré tout ce qui s'est passé, il ne cesse pas de prendre la bière, qui était la source des conflits. L'image du papa alcoolique a laissé une cicatrice chez Hakim au point où il a détestais la couleur verte.

Hakim n'a jamais été un obstacle pour sa famille, ils l'ont considéré toujours comme un enfant normal.

### **3.3. Modèles répétitifs à travers les générations**

Selon l'entretien que nous avons établi avec le sous-système, nous constatons que le modèle répétitif à travers les générations est l'abus de substance, qui est répété dans deux générations : le grand-père et le père. D'ailleurs la cause du décès du grand-père été un cancer des poumons provoqué par l'abus de l'alcool et de la cigarette, ainsi nous constatons que Bezza a suivi le même chemin que son père.

### **3.4. Le cycle de vie et le fonctionnement de la famille**

Selon le génogramme, nous avons observé que Hakim était plus proche de son grand-père que de son père qui été absent, voir désengagé et défaillant (démissionnaire). Par conséquent, le décès du grand-père a mis Hakim dans un état de stress et de traumatisme.

Un autre évènement stressant vient toucher cette famille et bouleverse son fonctionnement qui est l'accident de Bezza et son emprisonnement. Cela a laissé une trace douloureuse chez les membres de ce système familial, notamment l'épouse et le patient désigné Hakim. Ces deux évènements tragiques nous confirment que le Bezza veut être loyal à son père décédé. C'est une manière de s'étouffer à la prison comme son père a été étouffé de sa maladie (poumons), une tentative d'être désengagé définitive de la responsabilité familiale (accident) et pourquoi pas c'est une manière d'acquiescer la légitimité destructive et de payer les dettes de sa loyauté envers son père sorte d'être créancier.

### **3.5. Les modèles relationnels et les triangles**

La famille a vécu des évènements stressants, mais cela n'a pas influencé sur la structure de la famille, car les frontières de cette dernière sont rigides, malgré la présence des conflits.

Concernant les relations entre les membres de la famille, nous constatons que Hakim est très proche de son grand-père.

La maman est très proche de sa fille aînée, et le papa a une bonne relation avec Hakim, mais ce dernier refuse son désengagement, cela à créer beaucoup de coalition, de triangle pervers.



Par rapport à sa fratrie Hakim semble aussi avoir une bonne relation avec les membres de la famille, sauf qu'il est jaloux de sa grande sœur.

Figure N °04 : Feuille de cotation du patient désigné

FAMILIALE		Nom : _____		Date : _____		Feuille de cotation																		
Alexander Julian III, Wayne M. Sotile, Susan E. Henry et Mary O. Sotile		Age _____		Position dans la famille _____ (ex. père, fille, grand-mère)																				
Catégories		Numéros des planches																				Notes		
		Dîner	Stéréo	Punition	Mégaain de vêtements	Salon	Rangement	Heur des escaliers	Galerie marchande	Cuisine	Terrain de jeux	Sortie inactive	Devoirs	Heure du coucher	Jeu de ballon	Jeu	Criels	Mapouillage	Excursion	Bureau	Miroir		Ereinte	
<b>CONFLIT APPARENT</b>																								
Conflit familial		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Conflit conjugal		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Autre type de conflit		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Absence de conflit		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>RÉSOLUTION DU CONFLIT</b>																								
Résolution positive		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Résolution négative ou Absence de résolution		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>DÉFINITION DES LIMITES</b>																								
Appropriée / adhésion		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Appropriée / non-adhésion		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Inappropriée / adhésion		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Inappropriée / non-adhésion		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>QUALITÉ DES RELATIONS</b>																								
Mère = alliée		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Père = allié		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Frère/sœur = alliés		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Conjoint(e) = allié(e)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Autre = allié		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Mère = agent stressant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Père = agent stressant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Frère/sœur = agents stressants		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Conjoint = agent stressant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Autre = agent stressant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>DÉFINITION DES FRONTIÈRES</b>																								
Fusion		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Désengagement		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Coalition mère / enfant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Coalition père / enfant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Coalition autre adulte / enfant		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Système ouvert		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Système fermé		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE</b>																								
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
<b>MAUVAIS TRAITEMENTS</b>																								
Maltraitance		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Abus sexuel		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Négligence / abandon		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Abus de substances		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>RÉPONSES INHABITUELLES</b>																								
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
<b>REFUS</b>																								
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
<b>TONALITÉ ÉMOTIONNELLE</b>																								
Tristesse / dépression		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Colère / hostilité		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Peur / anxiété		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Bonheur / satisfaction		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Autre type d'émotion		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		

Index Général de Dysfonctionnement

#### 4. Protocole du FAT du patient désigné « Hakim »

N° de planches	Réponses obtenues « histoire raconter »
01	Emm, Argaz, thametouth, aqchich, tamtouth, taqchichet theten imensi, wayi d Hakim ithet cherba omba3d havsagh erwigh inayid vava ghiwel kemlit, mala d vava, yema, ryma, d wissam qimen kan heznan, mais uzrighara iwach iheznan, après inayid vava lawud atchat khila aken atemeghoret.
02	Hakim itenezih la tv wahi d mama, thefkayid tiwriqin ad qeragh, yma tefrah, nki ferhagh akhatar d remtan, neqim la3cha neheder lwahi, nki qimagh g l qa3a tefagh amchich.
03	wayi d hakim ak d vava, khedmagh adfel ferhagh, tewerdthin ihin teyragher, a lqa3a, ayou l vase ni irez aku, vava idem tawriqeth g fuis iferit, zrighethid ifqa3 ogadagh, inayid akar ssina iwach ara thidedmed ketchi ad jrehet afus-ik.
04	Yemma wahi d ryma talayent tiqendeyar g tekhamtis, ferhant akhatar qriv l3id, nki ligh g tekhamt n vava tel3avagh.
05	Vava, yemma, ryma, d wissam qimen tenezihen la tv la3cha heznan akhatar g l film ni yewen wergaz ingha egmas, ryma thetro, nki vedegh ledigh tawurth adruhagh akhater ugadagh.
06	Neki dagui g tekhamt, yemma tela yidhi tehadriyid tenayid ami ejma3 lqechik g l qa3a, nki ogigh akhatar la3bagh l ballon ferhagh hemlagh l ballon.
07	Dayi nki ligh g tekhamt vedagh gh tewurth, thekesed tawurth erighet, d 12h30 a3yigh
08	Neki, d vava, yemma ak d wissam nroh esvah avrid avrid g lakhela netedo gh teviv helkagh ta3boutiw terough haznagh mi iyteqerah.
09	Dayi ligh g tekozinte vedagh a tewurth, yemma theseway imensi, vava iqim gh tavla isusem kan ihetev idrimen omb3ed ihedrass i yemma sela3quel kan adruhagh adaghagh thaqre3et yemma thfeqa3 fellas thedewar aqarouy is, nekk ogadagh directe, zerigh dachou itaqre3et.
10	Chefigh neki d vava nroh anel3eb l ballon wahi dumdaklis wahi lan atas n irgazen, nekk i3ejviyi lhal lan warach dina, rohagh ad la3bagh didssen mais uguine adla3ben yidi.

11	Neqim neki d vava aku d jeddi netqssir, therouhed yemma inayas vava rouh rouh ar thekouzint, neqim nefrah akhatar youssad jeddi. Jeddi ihemliyi ath irhem rebbi.
12	Ryma thedmed ateghar aku d vava, illa ifqa3 fellas wahi d yemma, khatar thegouma ateghar, d la3cha ur thegheri kera.
13	G thekhamet n yemma illa ghours vava, hedren yemma thela thehlek , inayas vava ayad anouh gh teviv thegouma akhatar d ledjanaza g akham nagh, imouth jeddi messkin , teroun aku, nekk trough melih imi yemouth.
14	Imdoukal iw lan g vara tel3aben l ballon, nekk veghigh ad la3vagh ma3na yemma thegouma thenayid uthetfaghet ara, heznagh.
15	g salon neqim n tel3ab , hakim d wissam, ryma, aku d vava itel3ab didenagh, yemmagh thetlaq theqar thakthouveth, wissam thekar adawi aman, theved gh twurth thekhezar yemma.
16	Dayi g vara nerouh nekk aku d vava gh la piscine, ferhagh melih, tehibigh ad 3oumagh, netrouh gh levhar g nevduu, yemma theqim g akham, thefrah imi rouhagh aku d vava, theqim thekhdem lechoughal.
17	Yemma g la douche thet brossée thoughmasis, wissam theved gh twurth thekhezrit aken ad rouhent ad guenent, Nekk ligh g thekhamet guenagh uqvel.
18	Aprés nerouh gh levhar, yemma, wissam, ryma, nekk aku d vava, yemma thetalay f taq thessousem, vava inehar kan ital gh yemma, iwach ithgouma at hedar dides, wissam d ryma tenaghent meyitafent g chekouh, nekk talayeghthent kan sefq3netiyid, nighasent ahaaa bareka.
19	Yemma thekred sevah zik, thehlek, iwit vava gh teviv, nekk heznagh, uhemmlagh ara ad zeragh yemma thehlek, dewwa yens netakaset thetssit, iwach ithehlk yemma (avec un visage triste).
20	Dayi nekk talayagh imaniw khati khati d vava, italay imanis g lemri, ma ichevah leqchis aaken ad irouh gh l'école.
21	Vava d yemma tenaghen sevah zik g akham,vava illa ifeqa3 melih, wissam d ryma lant gh thewurth tedount ad rouhent gh vegayeth qiment aken vedent khel3ent imi idesslant ila3yad ni dewerned ar ghourssen ad zerent iwach, terount, nekk ugadagh qimagh kan g thekhamet.

#### 4.1. L'analyse des huit (08) questions

La feuille de cotation complétée présente des notes obtenues à partir du test appliqué sur notre patient Hakim, sous toutes les catégories de cotation.

A ces réponses obtenues et selon les directives données sous forme de huit (08) questions, nous proposons l'analyse suivante :

1. le protocole est- il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Hakim peut permettre la cotation, car il n'y a pas de refus et/ou une réponse inhabituelle.

2. Dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est élevé (56) cela peut renvoyer à l'existence de conflit non résolu à l'intérieure de la famille.

3. Où le conflit se situe-t-il ?

Le protocole de « Hakim » indique un faible niveau de conflits conjugaux (n :03) et d'un niveau du conflit familial (n :04) plutôt élevé, ainsi un niveau faible de conflit extra familial (n :01), ces observations pertinentes suggèrent qu'il y a un conflit familial non résolu, et la difficulté de cette famille à fonctionner efficacement avec le monde extérieur dans ses relations. Tous ces résultats renvoient, soit à la distance affective qui caractérise la relation conjugale, soit au fait que les parents désignent Hakim comme une victime de leurs propres problèmes ou conflits conjugaux.

4. Quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille à l'égard de la gestion des conflits est très significative, elle éclaire en profondeur les modalités relationnelles dans cette famille. Le nombre de résolutions négatives (n : 17) est élevé par rapport aux résolutions positives (n : 03), la présence de modalités inappropriées (n : 01) très faible par rapport à la non-adhésion des enfants (n : 04) aux règles imposées par les parents, ce qui provoque une dynamique relationnelle qui mène au mécontentement des membres de la famille, ce qui engendre des frontières trop rigides. Ceci rend compte d'un fonctionnement parental formé sur la fusion (n : 09), cela rend ce dernier immature, qui conclue un désengagement de l'un des parents de sa fonction.

5. Quelles sont les hypothèses possibles sur la qualité des relations apparentes dans cette famille ?

les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse, la colère, et la peur prédominent dans le récit de « Hakim » dont le total (n : 17) est élevé par rapport au bonheur (n : 08), et que les deux parents et la fratrie se perçoivent en tant que des agents stressants (n : 06), et on note que la mère est plus alliée (n :04) que le père (n :03), et la note (n :0) pour autre agent stressant qui indique que les enfants sont soumis directement aux conflits interfamiliaux. Cela indique le désengagement du père, et sa non-implication dans la définition des limites.

6. Quelles sont les hypothèses possibles sur les aspects systémiques des relations au sein de cette famille ?

L'analyse du protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière fusionnelle. La faible note de conflit conjugal (n : 03) rend d'une manière possible un sous-système peu différencié à l'intérieur de la famille, même si les règles sont imposées d'une manière intéressante appropriée (n : 08), mais cela reste insuffisant, car elle ressort du côté de la mère, et la note de conjoint stressant (n : 03) plus que la note pour conjoint allié (n : 02), ce qui peut indiquer une relation homéostatique du système familial bien que la relation conjugale n'est pas saine, et on note que le système familial est modérément ouvert (n : 02).

7. Y a-t-il des indices d'inadaptation majeure ?

Ce protocole contient deux (02) réponses sur la maltraitance, deux (02) réponses sur la négligence et une réponse sur l'abus de substance. Par contre il n'y a aucun refus et aucune réponse inhabituelle. Cela peut renvoyer à l'utilité d'une prise en charge plus approfondie.

8. Existe-t-il dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la formulation d'hypothèses cliniques utiles ?

Cette famille nécessite une intervention systémique et familiale pour reconstruire la structure de cette famille au niveau du pouvoir, les rôles et la définition des tâches de chaque sous-système. Cela peut aider la famille à se fonctionner d'une manière mature.

## 5. Synthèse sur le cas de la famille de Hakim

L'analyse du contenu de l'entretien familial, de génogramme et du test FAT nous a permis de confirmer que cette famille vit des conflits conjugaux à cause de désengagement du père qui s'éloigne de ses tâches principales en tant que père et époux. Dans cette famille les rôles ont été changés, la maman est devenue responsable et porte-parole de la famille, car le Bezza a délaissé son rôle de père et d'époux, ce qui a engendré un dysfonctionnement dans les sous-systèmes parental et fraternel. Bezza a tendance d'être loyer à son père, car pour lui c'est une manière de se désengager définitivement de la responsabilité familiale. À première vue, le père apparaît responsable alors qu'en réalité il est distant et démissionnaire.

Le système conjugal est caractérisé par une distance de cohésion entre les deux parents ce qui ne permet pas la résolution des conflits, car ils n'ont pas d'habiletés de communication du couple saine. Cela a provoqué, non seulement le stress et l'inquiétude dans la relation du sous-système conjugal avec le sous-système fraternel, mais aussi une rupture au niveau des sous-systèmes en question, ce qui a engendré une distance dans les frontières de la famille.

C'est le symptôme de la famille qui a unifié les parents après la peur et la crainte de séparation. Ce qui fait que le système familial est capable de se réorganiser au niveau de ses sous-systèmes.

Enfin, nous pouvons confirmer que la dynamique relationnelle chez les familles ayant un enfant trisomique est caractérisée, d'une part par la présence de conflits, des rôles confus et des relations désengagées, d'autre part par des conflits de loyauté et des circularités dysfonctionnelles à travers les générations.

## 6. Discussion des hypothèses

Dans ce chapitre, nous allons reprendre nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique afin de les confirmer ou les infirmer.

### La première hypothèse

« Sur le plan structural la dynamique relationnelle se caractérise par la présence des conflits, des rôles confus et les relations désengagées ».

Après avoir analysé l'entretien circulaire systémique avec Bezza, Nacera et Hakim, ainsi que le test du FAT avec le patient désigné, nous avons déduit que cette famille présente des conflits conjugaux dont le couple n'arrive pas à résoudre. Cela est dû à l'absence d'une communication saine entre eux et au manque de responsabilité du côté de père, qui a provoqué un désengagement dans la relation du couple, ce qui a mis la maman dans l'obligation de prendre le rôle du papa et d'être la responsable de la famille.

À partir de ces résultats obtenus, nous pouvons confirmer que la dynamique relationnelle est caractérisée par la présence des conflits, des rôles confus et les relations désengagés.

### La deuxième hypothèse

« Sur le plan contextuel on assiste à des conflits de loyauté et des circularités dysfonctionnelles à travers les générations ».

À travers l'analyse de l'entretien de génogramme et le protocole du FAT, nous constatons que la famille de Hakim présente un degré de dysfonctionnement élevé à 56, qui se caractérise par des conflits de loyauté et des circularités dysfonctionnelles dont Bezza est loyal de son père. Ce qui va dans le sens de confirmer notre deuxième hypothèse.

# **Conclusion**



### Conclusion

En guise de conclusion, nous rappelons que le présent travail s'est fixé comme objectif de faire connaître les difficultés relationnelles que les enfants trisomiques rencontrent avec leurs système familles.

Il est important de signaler que plusieurs études ont été menées au sujet de la trisomie 21 et la dynamique relationnelle, cependant, aucune ne s'est penchée sur la dynamique relationnelle au sein d'une famille ayant un enfant trisomique (ça reste peut être inaccessible), selon l'approche systémique. Ce qui fait l'originalité de notre sujet de recherche.

Avant de commencer notre étude, nous nous sommes interrogés si la dynamique relationnelle se caractérise sur le plan de la structure et contextuel de la famille.

A ces questions de recherche nous avons émis, dans un premier temps, l'hypothèse de sens qui suit : « la dynamique relationnelle de la famille ayant un enfant trisomique est perturbée ».

À cette hypothèse générale s'ajoutent les hypothèses secondaires suivantes : la dynamique relationnelle perturbée se caractérise :

3. Sur le plan structural la dynamique relationnelle se caractérise par la présence des conflits, des rôles confus et les relations désengagés.
4. Sur le plan contextuel on assiste à des conflits de loyauté et des circularités dysfonctionnelles à travers les générations.

Dans le but d'affirmer ou d'infirmer ces hypothèses de départ, nous avons effectué un stage au niveau du C.P.P.E.I.M d'Akbou d'une durée de deux mois, dans lequel nous avons mené un entretien de génogramme et un entretien circulaire systémique avec une famille d'un enfant atteint de la trisomie 21. En plus de ces entretiens, nous avons appliqué le test du FAT sur le patient désigné.

L'analyse des entretiens et le résultat du test FAT, que nous avons réalisé au cours de notre stage, nous ont permis d'affirmer nos hypothèses de départ. Ce qui fait que la dynamique relationnelle dans une famille ayant un enfant trisomique se caractérise, sur le plan structural et contextuel, par la présence des rôles confus, des relations désengagées et des conflits, notamment ceux de loyauté, ainsi que des circularités dysfonctionnelles à travers les générations.

# **Liste bibliographique**

## La liste bibliographique

### Ouvrages

1. Ajuriaguerra. J, (1980), « Manuel de psychiatrie de l'enfant », 2<sup>ème</sup> éd, Masson, paris.
2. Aktouf.O, (1987), « méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique », Montréal.
3. Albernhe.K, et Albernhe.T, (2014), « les thérapies familiales systémiques », 4<sup>ème</sup> édition,
4. Angers.M, (2009), « Initiation pratique à la méthodologie de sciences humaines », 5<sup>ème</sup> éd.
5. Beaudet.L, et Montigny.F, (1997), « lorsque la vie eclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille ».
6. Boucif-Debab.Z, et al, 2018. Ethical reflection on the cytogenetic and sociodemographic aspects of trisomy 21 in western Algeria. *Ethique et Sante* 15, 225–232. (<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.07.002>).
7. Boutefnouchet.M, (1982), « la famille algérienne evolution et caractéristiques récentes », 2<sup>ème</sup> édition, Alger.
8. Cartron.A, et Winnykamen.F, (1999), « les relations sociales chez l'enfant », genèse, développement, fonctions.
9. Catherine.C, et Michèle.C, (2007), « Déficience intellectuelle et in tégration sociale », éd Mardaga.
- 10.Catherine.D.Nagy, (2010), « Loyautés familiales et processus thérapeutique » récupéré de (<https://doi.org/10.3917/ctf.044.0027>).
- 11.Chahraoui.Kh, et Bénony.H, (2003), Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique.
- 12.Cuillert.M, (2007), « Trisomie et handicaps génétiques associés : potentialité, compétence, devenir», 5<sup>ème</sup> éd, éd Elsevier Masson SAS.
- 13.Denis.v, (1997), « Accompagner l'enfant trisomique ».
- 14.Echavidre. P et al, (1985), « éducation et scolarisation des enfants trisomique », in « le mongolisme ».

15. Goffinet .M, (2008), « Le vécu des parents de personnes trisomique 21 et attentes vis-a- vis le médecin traitant », L'Université Claude Bernard-Lyon 1.
16. Guenièvre.Sh.A, et Pierre.M, (1996), l'approche contextuelle, paris.
17. Guidetti.M, (2002), « Les étapes du développement psychologique », éd Armand colin, paris.
18. Henry, et al (1999), « Family Apperception Test », éd ECPA.
19. Lacombe.D, et Brun.V, (2008), « Trisomie 21, communication et insertion », 13<sup>ème</sup> éd, édition Masson, paris.
20. Lebovici.S, (1985), «Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », éd presses universitaire de France-PUF.
21. Mahir.N, (2018), « la prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent », Université Cadi Ayyad, marrakach.
22. Merzouki.H, (2004), étude de la relation familiale chez l'enfant victime de Maltraitance Parentale, thèse de magister en psychologie clinique, psychologie Traumatique, Université des frères Mentouri, Constantine.
23. Monica.M, et Randy.G, (1985), « Génogramme et entretien familial », Collection Sciences Humaines Appliquées, ESF Editeur.
24. Noach.N, (1997), « éléments de réflexion sur le développement et les caractéristiques psychomotrices du sujet porteur de la trisomie 21 », éd Solal.
25. Pedinielli.J.L, (1999), « Introduction à la psychologie clinique », 2<sup>ème</sup> éd, France.
26. Perrault.C, (2015), « Annonce de trisomie 21 à la naissance : formulation, conséquences, et accompagnement », université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines.
27. Poussin.G, et Sayn.I, (1990), « un seul parent dans la famille, approche psychologique et juridique de la famille monoparentale », édition le centurion, paris.
28. Roland.Ch, et al, (2011), « le grand dictionnaire de la psychologie », éd Larousse.
29. Rousseau.J.J, (1792), «Emile ou de l'éducation ».
30. Salem.G, et al, (1982), « l'évolution psychiatrique ».

31. Salois. R et al, « Consultation sur les enjeux éthique du dépistage prénatal de la trisomie 21, ou syndrome de down, au Québec », 2007, éd Chantal Racine récupéré de ([https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/Trisomie/CSBE\\_RapportdeConsultationTrisomie.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2008/Trisomie/CSBE_RapportdeConsultationTrisomie.pdf)).
32. Santé et services sociaux Québec, « programme Québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 », récupéré de ([Www.Msss.gouv.qc.ca/dépistage-prénatal](http://www.msss.gouv.qc.ca/dépistage-prénatal)).
33. Spano. M, al, (1999), « perception motrice, et compétences de l'enfant trisomique 21 ».
34. Sillamy. N, (1980), « Dictionnaire encyclopédique de psychologie », Paris, éd Bordas.
35. Sillamy.N, (1999), « Dictionnaire de psychologie », éd Larousse, paris.
36. Thérèse.L, (1994), « La circularité du questionnement et des questions dans l'entrevue circulaire » récupéré de (<https://doi.org/10.7202/706668ar>).
37. Talon.j, et Laurier, (2007), famille dysfonctionnelle, récupéré de [https://www.clinique-psychologuesmontreal.ca/problematique.php?prob\\_id=86](https://www.clinique-psychologuesmontreal.ca/problematique.php?prob_id=86).
38. Vinter.Sh, et Rondal.J.A, (2002), « langage et cognition chez les personnes porteuses de trisomie 21 », éd PUFC.
39. Yang.Q, et Friedman.J, (2002), « le vrai suivi médical des personnes porteuses de trisomie 21 », Paris.
40. Warnotte.V, et al, (2007), « la thérapie contextuelle de Boszormenyi Nagy ».

### Sites internet

1. <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2018-2-page-169.htm?contenu=resume>.
2. <https://www.echoroukonline.com/enfants-trisomiques-en-algerie-pres-de-100-000-etres-fragiles-vivent-caches>.

# **Les annexes**

- **Annexe 1 : Entretien semi-directif (circulaire)**
- **Annexe 2 : Quelques symboles de génogramme**
- **Annexe 3 : Feuille de cotation du F.A.T**
- **Annexe 4 : Planche du F.A.T**

## **Entretien semi-directif (circulaire)**

### **I : renseignement sur le patient désigné et sa famille**

(Âge, scolarisation, difficultés associées, etc)

### **II : renseignement sur le contexte familial et la dynamique relationnelle eu sein de la famille**

1. Lors de la naissance, et de diagnostic de votre enfant comment votre épouse/époux a réagi ?
2. Comment chaque membre de la famille réagit-il face à la trisomie de votre enfant ?
3. Est-ce que la situation de votre enfant vous inquiète ? Et qui est le plus inquiet parmi les membres de la famille ?
4. Pouvez-vous nous décrire ce que vous ressentez ?
5. d'après vous comment réagit-il votre époux quand vous êtes inquiète ? et que font les enfants après ?
6. Pouvez-vous nous parler de votre relation du couple avant la naissance de cet enfant et après ? que fait-il ou elle pour stabiliser cette relation ?
7. De qui le père/la mère est plus proche ?
8. Quand votre conjoint/conjointe se fâche comment réagissez-vous ?
9. Lorsque vous vous-fâchez que font les enfants ?
10. Pouvez-vous nous parler sur sa relation avec sa fratrie ?
11. Pouvez-vous nous parler de la manière par laquelle vous accomplissez vos tâches quotidiennes ? et comment votre l'époux s'implique-il ?
12. D'après vous, Qui s'occupe plus de l'enfant ?
13. Pensez-vous que ces difficultés influent sur votre relation du couple ?
14. Qu'en pensez-vous de l'avenir de la relation qu'entretienne votre famille ? et les autres d'après vous que pensent-ils ?
15. Pensez-vous que la trisomie de votre enfant renforce votre relation dans la famille ? ou bien ça désengage les uns et les autres ?

## Entretien semi-directif (circulaire) en kabyle

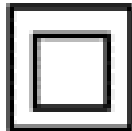
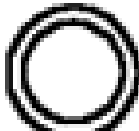
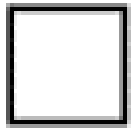
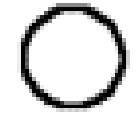
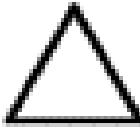
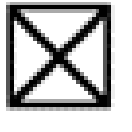








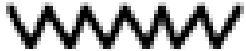






### I. renseignement sur le patient désigné et sa famille

(La3mer n wuqchich/thaqciceth d imawelan-is, iqar nagh khati, i3wiqen niden megal atan\_is...).

### II. renseignement sur le contexte familial et la dynamique relationnelle eu sein de la famille

1. Assmi idilul mithewen/yelithwen aku d w assemi iwendnan belik trisomique nargaz-im/ thamtuth-ik, amek ig/ ith khde (réagi) ?
2. Amek koul yiwen g thewacult-nwen ikhdmen imi zeran mithewen: yelithwen?
3. Lehala n mithwen/yelithwen thecheghvikun? menhou ig teqlqen g thewacult-nwen kether ?
4. Thezmrem aghedinim achou ith tehulfum?
5. Ma ara thetqlqed amek ith khedem themtuth-ik /amek ikhdem urgazim? i darya nwen achou ikhdem ?
6. Zemred aghedinid amek thela le3alaqa ynek/ynem d urgaz-im/temtuth-ik uqvel thalalith n mithwen/yelithwen d umb3ed mi idilul?
7. Gh menhu ith qarvet melih g daryak/m?
8. Asma ukethetla3ara / ukmitel3ara, themtouth-ik/ argaz-im achou ith khedemt?
9. Asma uthetmla3im ara, darya nwen achou ikhdemen?
10. Thezmred aghedinid f le3alaqa n mik/mim, yelik/yelim d yessethmas?
11. Thezmrem aghedinim amek ith khedmem lechughal nwen n yal ass, amek ikit3awan w argaz-im / amek ith te3awaned thamtuth-ik?
12. Menhou itoughalen lemendad i mithwen/yelithwzn s w atas?
13. Thes3im i3wiqen aku d mithwen? I3wiqen ayi temassayen (touchayen) le3alaqa nwen?
14. Amek ithezared le3alaqa nwen gh zath? ar ghoure/ ar ghourem, wiyad amek id zaren le3alaqa nwen ?
15. Thezaremed lehala n mithewen/ yelithewen, thesqway le3alaqa nwen aku tewachult nwen, nagh thesskheravit?



		Patient, patiente
		homme, femme
		sexe indertiminé, enfant à naître
		homme ou femme décédé(e)
		fausse couche, avortement, jumeaux
		relation maritale
		union libre
		fratrie, adoption
		séparation, divorce
		unité familiale
<b>Liens affectifs</b>		
		conflictuel
		faible
		intense
		fusionnel (liens excessifs)
		conflictuel et fusionnel
		rompu

**FAT**  
 Alexander Julian III, Wayne M. Sotile,  
 Susan E. Henry et Mary O. Sotile

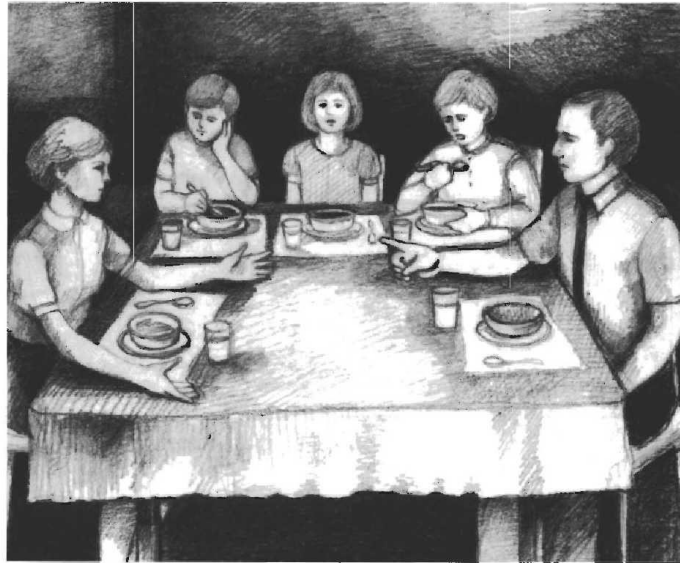
Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Position dans la famille \_\_\_\_\_  
 (ex. père, fille, grand-mère)

Feuille de  
 cotation

Catégories	Numéros des planches																					Notes
	Dîner	Stéréo	Punition	Magasin de vêtements	Salon	Rangement	Haut des escaliers	Galerie marchandise	Cuisine	Terrain de jeux	Sortie tardive	Dévois	Heure du coucher	Jeu de balle	Jeu	Chats	Maquillage	Excursion	Bureau	Miroir	Ehénia	
<b>CONFLIT APPARENT</b>																						
Conflit familial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conflit conjugal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>RÉSOLUTION DU CONFLIT</b>																						
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Résolution négative	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ou Absence de résolution																						
<b>DÉFINITION DES LIMITES</b>																						
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>QUALITÉ DES RELATIONS</b>																						
Mère = alliée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Frère/sœur = alliés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Mère = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Père = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>DÉFINITION DES FRONTIÈRES</b>																						
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE</b>																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>MAUVAIS TRAITEMENTS</b>																						
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
<b>RÉPONSES INHABITUELLES</b>																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>REFUS</b>																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
<b>TONALITÉ ÉMOTIONNELLE</b>																						
Tristesse / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Colère / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre type d'émotion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Index Général de Dysfonctionnement



1



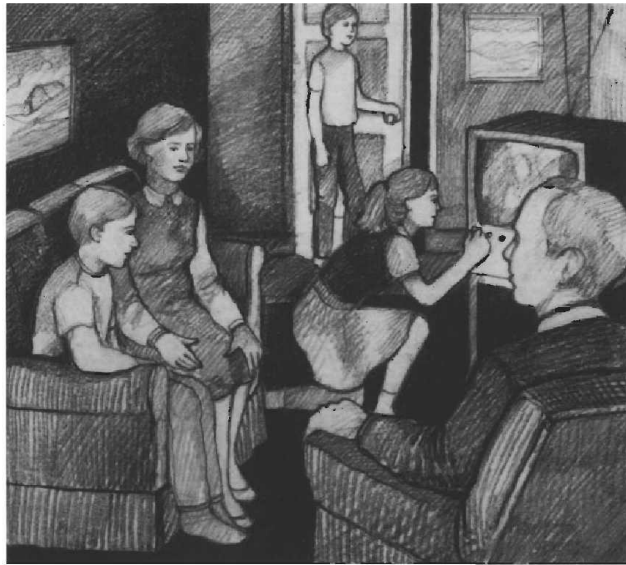
2



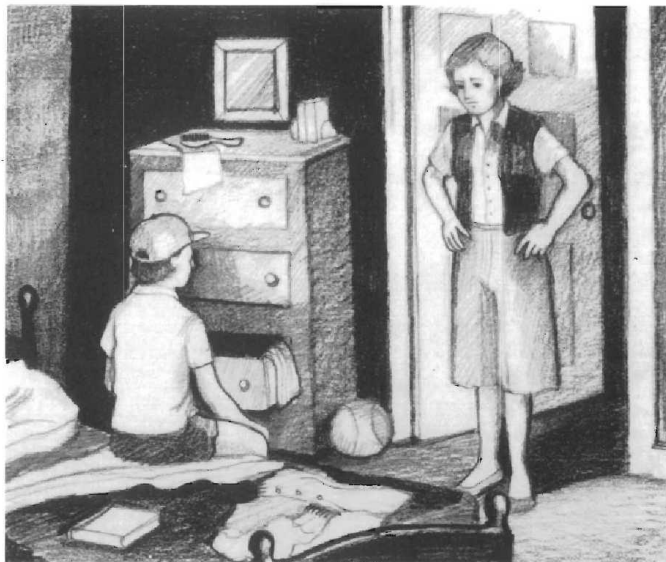
3



4



5



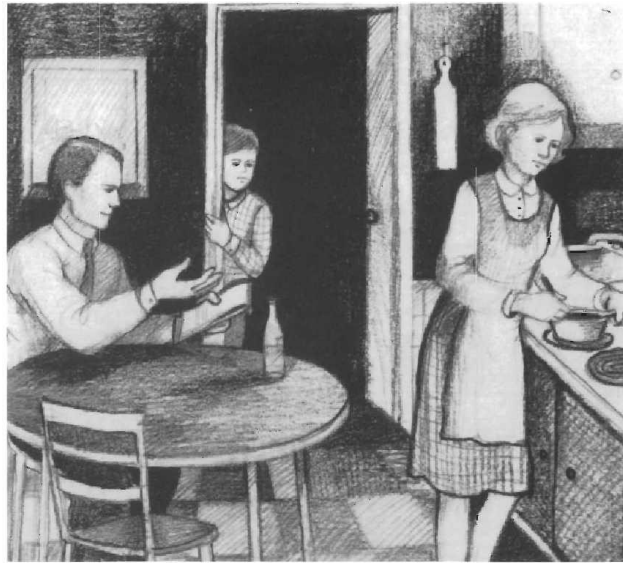
6



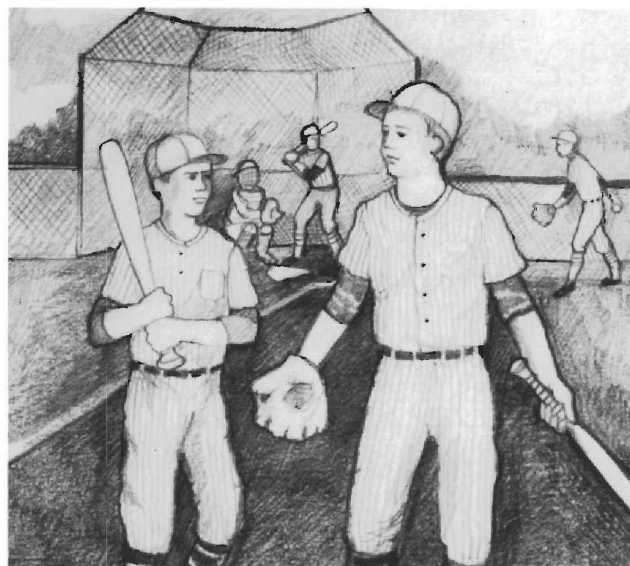
7



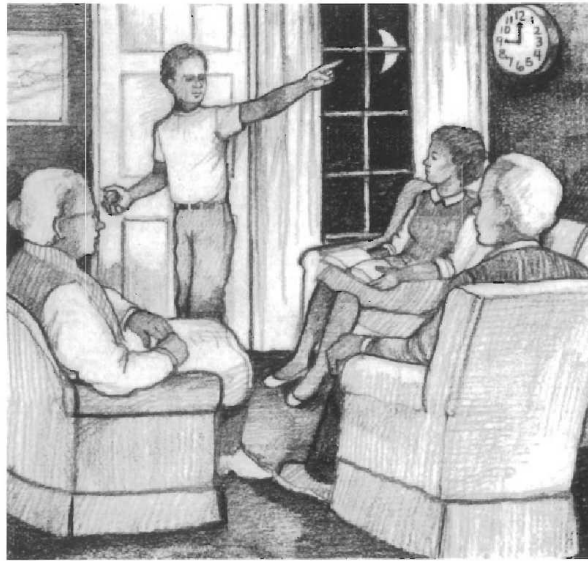
8



9



10

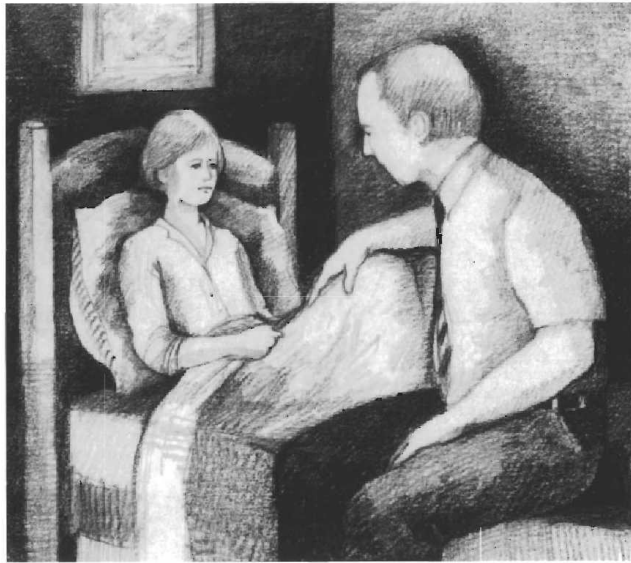


11

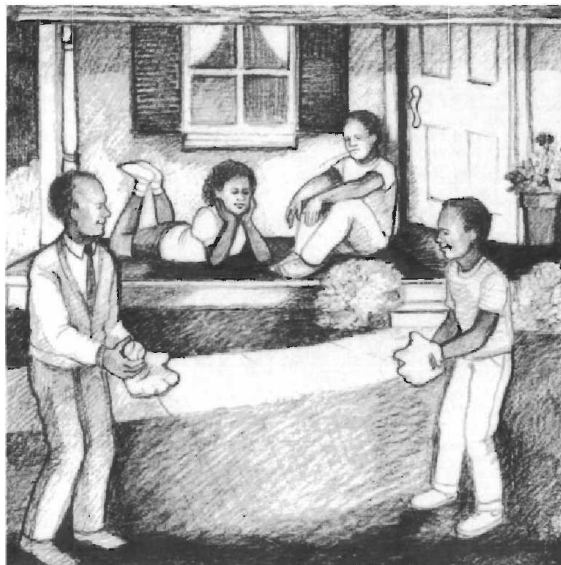


12

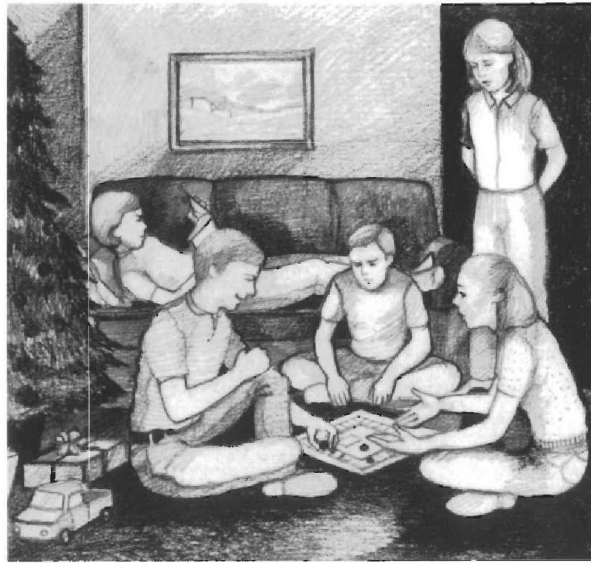




13



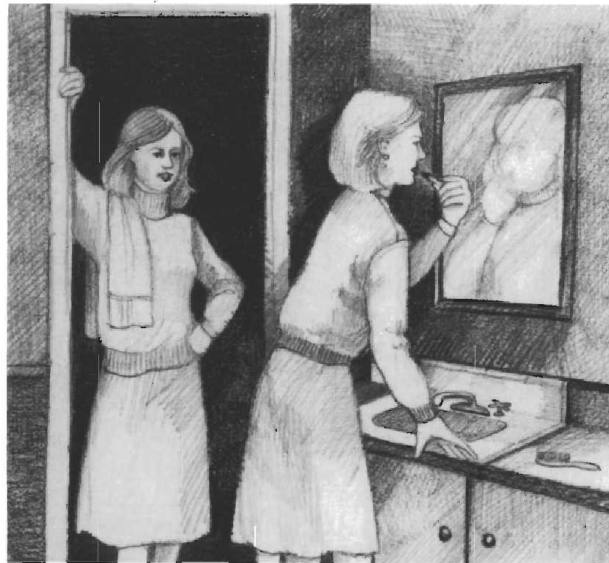
14



15



16



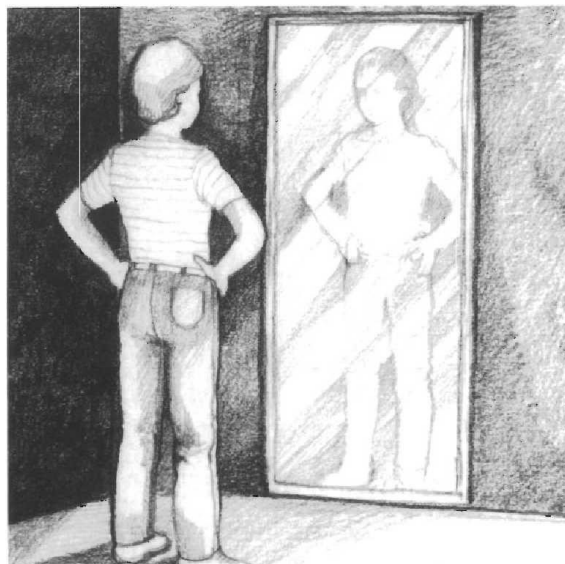
17



18



19



20



## Résumé

Le développement est un processus actif qui mène progressivement vers l'état adulte. Ce dernier, en union, fonde une famille qui se constitue fondamentalement par des liens relationnels.

Devenir parent est l'une des plus grandes transitions de la vie familiale. cela peut être plus compliqué dans le cas d'un enfant trisomique, ce qui va perturber le fonctionnement et la dynamique relationnelle d'un système familial.

L'approche systémique est l'une des approches qui nous permet de voir clairement les caractéristiques du fonctionnement familial et de la dynamique relationnelle.

