

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Département : sciences sociales

Option : psychologie clinique

*Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention de diplôme
de Master*

Thème

*Le vécu psychologique chez la fratrie d'enfants
handicapés mentaux*

Présenté par :

M^{elle} BENREMILA SOUAD

Encadré par

*Mme HADERBECH
LAMIA*

Année universitaire 2013-2014

Remerciements

A travers notre travail de fin d'études, nous tenons à remercier :

-Ma promotrice **Mme. HADERBECH LAMIA** qui m'a orienté tout au long de mon travail, avec ses conseils précieux et remarques pertinentes.

-Tous les enseignants du département des sciences humaines et sociales qui ont contribué à ma formation universitaire.

-Nous tenons aussi à remercier **Mr. BOUMALHA SALAH** le directeur de Centre Psychopédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux.

-**Mr. TALA IGHIL BACHIR** le responsable pédagogique.

-Mes parents, frères et sœurs qui m'ont permis de suivre mes études avec leur soutien moral et matériel.

-A la fratrie de tout enfant handicapé

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

- Mes très chers parents, Rabah et Baya, qui m'ont encouragé et soutenu tout au long de mon parcours d'études ;
- Mes chers frères et sœurs : Hakim, Dalil, Khoukha, Leila, Nassima, Lynda, Lydia et Tinhinane ;
- Ma belle sœur Naima ;
- Mes beaux frères : Zahir, Ali et Azeddine
- Mes neveux et nièces : Cherif, Habib, Kaci, Mélissa, Sofia, Yasmine et les petits jumeaux ryhame et djalal ;
- Ma cousine Dalila et Souhila ;
- Toute la famille BENREMILA ;
- Mes amis : Lynda, Farisa, Wawa, Nadjat, Samia, Lynda, Nadira, Sabrina, Khadîdja, Naima, Faris, Lahkder et Lyes ;
- Mes copines de chambre : Salima, Massiva, et Samira ;
- Mes collègues de travail : Yasmina, Rbiha, Hamida, Hlima, Dalila, DJawida, Soumaya, Fadila, Kahina, Sassa, Massinissa, Abd anour, mouhand et autres
- Les enfants de centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de TIMEZRIT
- A mon petit groupe : Samir, Achour, Dida, Mamina, Rayan, Khaled, Malek, Yanis, Mahdi et Lyes ;
- A la mémoire de ma copine **Samira**.

Sommaire

Introduction général	
La partie théorique	
Chapitre I : L' Handicap mental	
Préambule.....	4
1-Définition de l'handicap.....	4
2-Définition de l'handicapé.....	4
3-Définition de l'handicap mental.....	4
4-Historique du concept handicap.....	5
5-Causes de l'handicap mental	6
6-Statistique de l'handicap mental en Algérie.....	6
7-Types d'handicap mental.....	7
7-1-Trisomie 21.....	7
7-2-Infirmité Motrice Cérébral.....	9
7-3- Autisme.....	12
8-Prise en charge du l'handicap mental.....	14
Conclusion.....	14

Chapitre II : Le vécu psychologique

Préambule.....	15
1-Vécu psychologique.....	15
1-1-Le Traumatisme psychique.....	16
1-1-1-Le traumatisme familial.....	17
1-1-2-Le traumatisme de la fratrie.....	17
1-2-La honte.....	17
1-3-La culpabilité.....	18
1-3-1-Les destins de la honte et de la culpabilité.....	19
1-4-La résilience.....	19
1-4-1-Définition de la résilience.....	19
1-4-2-Historique du concept de la résilience.....	20
1-4-3-La théorie de la résilience.....	21
1-4-4-Déférentes formes et contexte de la résilience.....	21
1-4-5-Vulnérabilité et facteurs de risque.....	21
1-4-5-1-Vulnérabilité.....	22
1-4-5-2-Facteurs de risque.....	22
1-4-6-Résilience et quelques concepts apparentés.....	23
1-4-7-Application clinique de la résilience.....	23
1-4-8-Limite de la résilience.....	24

1-5-La résilience chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux.....	25
1-5-1-La fratrie d'enfants handicapés mentaux.....	25
1-5-2-Fratrie face à l'handicap.....	25
1-5-3-Impacte du l'handicap sur les relations fraternelles.....	25
Conclusion.....	26
Problématique et hypothèse.....	27
La partie méthodologique	
Chapitre III : la démarche de la recherche et population d'étude	
Préambule.....	32
1-Définition des concepts et leur opérationnalisation.....	32
1-1- Définition des concepts.....	32
1-2- Opérationnalisation des concepts.....	34
2-La démarche de la recherche et population d'étude.....	37
2-1- La pré-enquête.....	37
2-2- La méthode clinique.....	38
2-3- Le lieu de la recherche.....	39
3-Population d'étude.....	40
3-1-Sélection de notre population d'étude.....	40
3-2-Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.....	41
Chapitre IV : les techniques utilisées et leur analyse	

I- Les techniques utilisées.....	42
1-L'entretien clinique.....	42
2- L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg.....	47
3- L'échelle d'auto-efficacité personnelle de Sherer.....	50
4-Le questionnaire de résolution de problèmes sociaux.....	51
II- l'analyse des données.....	55
1-L'analyse de l'entretien.....	55
2-L'analyse des échelles.....	56
Conclusion.....	56
La partie pratique	
Chapitre V : Présentation et analyse des résultats.....	57
Chapitre VI : Discussion des hypothèses.....	82
Conclusion générale.....	85
Bibliographie	
Annexe	
Résumé	

La Liste des tableaux

-Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.....	41
-Tableau 2 : Items positifs et items négatifs de l'échelle de l'estime de soi	49
-Tableau3 : Le niveau d'estime de soi	49
-Tableau 4 :Items positifs et items négatifs de l'échelle d'auto-efficacité.....	52
-Tableau 5 : Le niveau d'auto-efficacité.....	52
-Tableau6 : Items positifs et items négatifs du questionnaire de résolution de problèmes	54
-Tableau 7 : le niveau de la capacité de la résolution de problèmes sociaux	54
-Tableau 8-1 : Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi	60
-Tableau 8-2 : Résultat de l'échelle de l'auto-efficacité.....	61
-Tableau 8-3 : résultat de questionnaire de résolution de problèmes sociaux.....	61
-Tableau 9-1 : Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi.....	64
-Tableau 9-2 : Résultat de l'échelle de l'auto-efficacité.....	65
-Tableau 9-3 : résultat de questionnaire de résolution de problèmes sociaux.....	66
-Tableau10-1 : Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi.....	69
-Tableau 10-2 : Résultat de l'échelle de l'auto-efficacité	70
-Tableau 10-3: résultat de questionnaire de résolution de problèmes sociaux.....	71
-Tableau 11-1 : Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi.....	74
-Tableau 11-2: Résultat de l'échelle de l'auto-efficacité	75
-Tableau 11-3 résultat de questionnaire de résolution de problèmes sociaux.....	75
-Tableau 12-1 : Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi.....	78
-Tableau 12-2 : Résultat de l'échelle de l'auto-efficacité.....	79
-Tableau 12-3 : résultat de questionnaire de résolution de problèmes sociaux.....	80

La liste des abréviations

(A F S H M) : Association Frères Sœurs et Handicap Mental.

(A N I T) : Association Nationale de L'insertion des Trisomiques.

(C P E H M) : Centre Psychopédagogique Pour Enfants Handicapés mentaux.

(I M C) : Infirmité Motrice Cérébrale.

(I M O C) : Infirmité Motrice D'origine Cérébrale.

(O M S) : Organisation Mondial De La Santé.

(R E S) : Rosenberg's Self-Esteeme Scale.

(S E S) : Self Efficacy Scale.

(U N A P E I) : Union Nationale des Associations de Parents et Amis des Personne en Situation D'handicap.

Introduction générale

Comme toute situation où quelqu'un entre ou sort de la famille, la venue d'un enfant est un moment de déséquilibre et de rééquilibration (O. Tilmans et Kinoo, 1984).

La cellule familiale qui est par vocation sensée être un lieu de repos, peut parfois, rencontrer plusieurs difficultés qui entravent son chemin, comme la naissance d'un enfant handicapé, ce qui poquera des secousses dans la structure famille. L'enfant souffrira de l'imitation de ses possibilités d'interaction avec l'environnement, causé par une déficience provoquant une incapacité dans un domaine donné, menant à des difficultés intellectuelles ou physiques.

Le lien fraternel constitue l'un des trois grands liens (à côté du lien conjugal, lien parental) qui structurent la famille. Il joue un rôle considérable dans la vie intrapsychique, affective et sociale de sujet. Au-delà de la spécifié de ce lien fraternel, il paraît important d'analyser la dynamique qui se crée entre les deux sous-systèmes de la famille actuelle : le couple et la fratrie, et à ce niveau les théories systémiques sont riches d'exemples et d'enseignements.

En Algérie selon l'office national des statistiques(OMS) près de deux millions de personnes vivent avec un handicap : un handicapé mental, un handicapé moteur, aveugles, sourds-muets et des polyhandicapés.

Un handicapé « est un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouvent compromises» (M. Guidetti et C. Tourrette, 1999, P7).

Le type de handicap dont souffre une personne, sa sévérité et le degré de dépendance qu'il entraîne, influenceront différemment le vécu de la famille et des frères et sœur en particulier, ce phénomène bouleverse non seulement les parents mais aussi la fratrie.

En effet, la naissance d'un enfant handicapé est un événement qui portant des dimensions du fraternel dans le développement de l'enfant, nous pouvons nous attendre à un impact complexe de la présence d'un frère ou une sœur handicapé sur les autres membres de la fratrie. Nous nous attacherons à différencier l'impact de la présence de l'enfant handicapé sur la dynamique familiale et sur les interrelations fraternelles en tenant compte de l'articulation des dimensions horizontale et verticale de la famille.

L'arrivée d'un frère ou d'une sœur handicapée à la fratrie est un événement qui va détruire l'image que la fratrie avait d'elle-même. Malgré ce bouleversement mais la fratrie continue à vivre, mais avec une souffrance de tous les jours des réponses initiale caractérisés par un état de choc, de la honte, de déni qui vont s'installer et qui altèrent la santé physique et psychique.

Notre recherche vise à étudier « le vécu psychologique chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux », dans l'objectif de déterminer le vécu psychologique ainsi que le facteur de la résilience de ces frères. Nous avons choisi comme terrain d'étude le Centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux de Timezrit. L'approche psychométrie avait servi le cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur 5 cas des frères des enfants scolarisés dans ce centre.

Ce présent travail se compose de deux parties complémentaires, une première partie théorique, et une autre pratique.

La partie théorique est organisée en deux chapitres théoriques. Le premier est consacré à l'étude du handicap où nous avons présenté, les définitions de (handicap, handicap mental, handicapé), histoire de concept handicap, causes du handicap mental, types du handicap mental (trisomie 21, IMC, autisme) et la prise en charge. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude du vécu psychologique de la fratrie. Le troisième chapitre concerne le cadre méthodologique où on a traité les points suivants, la démarche de la recherche, le groupe de recherche, présentation de lieu de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode suivi dans la présentation et analyse des cas. Le quatrième chapitre c'est la partie pratique qui concerne la discussion et analyse des résultats. Cette partie comporte successivement les résultats de l'entretien les échelles « *échelle de l'estime de soi* », « *échelle géniale d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle* » et le « *questionnaire de résolutions de problèmes sociaux* ».

Enfin la conclusion de ce mémoire apporte une synthèse, des similitudes et différences des cas, et des propositions pour améliorer cette recherche.

Préambule

Aujourd'hui la santé n'est plus simplement conçue comme l'absence de maladie, mais c'est une notion qui s'est considérablement élargie. Finalement les modèles qui permettent de définir la santé évoluent comme ceux qui permettent de définir l'handicap. Notre chapitre contient historique d'handicaps mentaux, les statistiques de l'handicap mentaux, les causes et plusieurs types d'handicaps mentaux.

1-Définition de l'handicap

Le terme handicap connaît plusieurs définitions dont chacune comporte des aspects intéressants, nous retirons ici la plus courantes.

Selon l'OMS : est appelé handicapé « *celui dont l'intégrité physique ou mental est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitale, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise* » (M. Guidetti, C. Tourette, 1999, p 7).

2- Définition de l'handicapé

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, le terme handicapé « *se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe les facteurs sociaux et culturels* » (H. Bloch., 2003, p421).

3-Définition de l'handicap mental

Edouard Seguin propose la définition suivante : « *physiologiquement, il ne peut pas, intellectuellement, il ne sait pas psychiquement, il ne veut pas ; et il*

saurait, s'il voulait, mais avant tout il ne veut pas ! » (M. De Maistre, 1970, p 31).

Le grand dictionnaire de la psychologie définit l'handicap mental comme : « *Désavantage ou infériorité social et professionnelle résultant d'une maladie mentale. Est une insuffisance congénitale du développement de l'intelligence, qui se manifeste précocement et ne peut, en principe, jamais être comblée. Tout insuffisance psychique, qu'elle soit acquise ou congénitale* ». (H Bloch, 2003, p 239).

4-Historique du concept handicap

Le mot «handicap» littérairement signifie en Anglais « hand in cap »qui est la main dans le chapeau –ce terme a été employé dans le domaine de jeu partir de XVI siècle, et il est rattaché a la notion d'égalité des chances donc de hasard de jeu. Actuellement, il ya en une évolution notable du sens de l'handicap puisque il n y a plus de faute commise, mais des victimes à indemnisés .LOMS a adopté en 1975 les définitions de Wood. Celui- ci fait la distinction entre « déficit » « incapacité »et « handicap ».

Le « déficit »est une perte ou atteinte partant sur un organe ou fonction. Il consiste donc en une limitation organique.

L « incapacité » est l'absence ou la réduction quantitative ou qualitative de la capacité d'agir caractérisant la population « normal ». Il s'agit d'une limitation de l'activité.

Le « handicap » est la somme des frustrations durables ou temporaires qui résultant d'un « déficit » ou d'une « incapacité » entraînant l'impossibilité partielle ou totale d'occuper le rôle ou souhaiter par l'individu dans la société. Il s'agit donc des conséquences des « déficits » ou « incapacité »dans le cadre de vie. Il peut être social, mental, physique, économique, culturel...Il peut

hétérogène quant à ses manifestations (visible ou non). Ceci introduit aussi les notions d'épanouissement et d'autonomie. (J-M, Gillig., 1999, pp 112-115)

5-Causes d'handicap mental

Le déficient mental est un handicap majeur aux étiologies diverses. Chez l'enfant, les étiologies les plus fréquentes sont : les troubles de la maturation fœtale, les accidents d'accouchement (cyanoses, anoxie), les accidents néonataux et la maladie de la petite enfance (méningite, accidents cérébraux). (M.Cuilleret., 2007, p13)

Comme le rappelle l'UNAPEI contrairement aux idées reçues si l'handicap mental est parfois héréditaire, ses origines peuvent être diverses. Dans 30% des cas, elles restent inconnues. Un grand nombre de handicaps mentaux ont une cause génétique. En dehors de causes génétiques, un handicap mental peut résulter d'une malformation cérébrale ou d'un dysfonctionnement du métabolisme. Il peut également être la conséquence d'un accident pendant la grossesse, ou au moment de la naissance voire après celle-ci. (UNAPEI, 2013, p4)

6- Statistiques d'handicaps mentaux en Algérie

L'office national des statistiques a montré que le handicap mental touchait 138.005 personnes dont le quart était âgé de 10 à 24 ans. La plus forte proportion concernait les adultes de 25 à 44 ans avec 41%. La prévalence du handicap mental était de 474.2 pour 100.000 habitants et elle atteignait 194 pour 100.000 habitants pour le groupe d'âge de 25-44 ans, Ce type d'handicap était essentiellement masculin en ce sens qu'il avait été recensé à cette date presque deux handicapés de sexe masculin pour un du sexe féminin. La répartition selon le milieu de résidence, révélait une légère prédominance du milieu urbain avec 58,6% contre 41,4% en milieu rural. (LIBERTE. S. Sofi, 28-07-2003).

7-Types d'handicap mental

Handicap est la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle. L'handicap prend souvent une place importante dans leur vie et dans leurs proches, ce sont avant tout des personnes qui ont besoin d'être entourées de travailler quand elles le peuvent d'avoir les loisirs, de vivre possible avec et parmi les autres. (G, Cautat)

7-1-Trisomie 21

7-1-1-Définition de la trisomie 21

Erreur de la distribution de chromosomes...

Oui, mais encore ! Nous avons 23 paires de chromosomes et le 21 la paire a un chromosome en trop. Les chromosomes sont de minuscules particules situées dans le noyau de la cellule humaine, Ce dernier est un chef d'orchestre d'où sont important ! Sur 750 enfants qui naissent, l'un d'eux présente une trisomie 21. Il y a trois types de la trisomie 21. La trisomie libre, la trisomie mosaïque et la trisomie par translocation.

Nobert(2004) définit la trisomie comme « *une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome, l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux ; chez l'être humain, on connaît plusieurs formes de trisomies, notamment celle qui affecte les chromosomes 13,18 et 21 qui est la plus fréquente* ». (Nobert, 2004, p, 273).

Selon le dictionnaire de la psychologie « *la trisomie 21 est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un chromosome, l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux* ». (N. Sillamy, 1999, p, 270).

7-1-2- Historique de la trisomie 21

La responsabilité historique de John Langdon Down dans la plupart des pays la trisomie 21 est appelée syndrome de Down (Down's syndrome) ce qui est une triple erreur : historique car ce n'est pas Down qui a décrit cette affection mais Seguin en 1846, peut être précédé par Esquirole en 1838. Scientifique car l'approche raciale proposée par Down était fautive. Moral car le terme mongolisme a déformé gravement le regard qui on portera qui on portera ensuite sur les patients.

John Langdon Haydon Down (1828-1896) : Nommé directeur de l'« Earl Wood Asylum for (Idiots) » à Surry en 1858. Il publie en 1866 dans *clinical lectures and Reports, London Hospital* un article intitulé « Observation on the Ethnic classification of in idiots » il exporte la théorie selon laquelle il est possible de classer les idiots selon les caractéristiques ethniques : type malais et type mongolien. Le grand tournant est dû à Jérôme Lejeune (1926-1994) : Marie depuis 1952 à une danoise, partant couramment plusieurs langues, Il est assistant du prof. Turpin, A l'hôpital Trousseau de Paris, qui lui a confié une consultation d'enfants mongoliens. En étudiant des dessins prélevés chirurgicalement chez ces patients avec une technique que Marthe Gauthier vient de rapporter des USA il montre en 1958 que ceux-ci n'ont pas deux mais trois chromosomes 21

7-1-3-Causes de la trisomie 21

Elles ne sont pas connues parfois, on a évoqué l'âge plus avancé de la mère et d'autres moments, la jeunesse du père ! Les facteurs étiologiques qui déterminent la trisomie sont variés peuvent survenir avant, ou au moment ou après la fertilisation de l'ovule. On considère habituellement qu'il existe des facteurs intrinsèques (héréditaire et liés à l'âge maternel).

7-1-4-Symptomatologie de la trisomie 21

L'absence de connaissances à pendant trop longtemps réduit la symptomatologie de la trisomie aux seuls aspects du morphotype et du déficit intellectuel. Le morphotype des personnes atteintes de trisomie 21, celui qui leur avait valu autrefois d'être baptisé « mongolien » est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Il faut toutefois savoir que ce morphotype n'est pas immuable. Lie pour une très grande part aux troubles de tonus musculaire il peut être considérablement amélioré par une prise en charge adaptée. L'étude de la symptomatologie de la trisomie montre que chaque individu concerné, est confronté à : des troubles d'origines neurocentrale ; des troubles immunologique ; des troubles endocriniens et métaboliques ; des troubles hématologique et des troubles intellectuels. (M. Cuilleret., 2007, p22)

7-1-5-Statistiques d'enfants trisomiques 21 en Algérie

Environ de 80.000 trisomique sont recensé en Algérie et uniquement 1% d'entre eux sont insérés dans des structures scolaires, grâce à l'intervention de l'association nationale de l'insertion des trisomique (ANIT), en raison du manque de moyennes financiers et de subvention, « le membre de trisomique est en progression en Algérie avec pas moins de 80.000 trisomique. L'ANIT a pu intégrer, uniquement, 800 enfant dans des écoles classes adaptées. Selon les statistiques nationales, une moyenne de deux enfants naît chaque jour en Algérie, avec une incidence de 800 enfants trisomique par an (L'expression 19-03-2013).

7-2- Infirmité motrice cérébrale (IMC)

7-2-1- Définition de l'IMC

L'IMC aujourd'hui, selon le professeur Ph. LACERT, n'ont pas chargé de définition lointaine ou M. Tardieu en les différenciant des arrièrè avec

troubles moteurs parmi lesquels il étaient mélangés. Il s'agit d'enfant porteur de lésion encéphalique installées entre la gestation, la naissance et la première année de vie, l'expérience sémiologique prédominante doit être un trouble moteur et il n'existe pas chez ces enfants d'évolutivité lésionnelle ni de déficience intellectuelle ni de trouble premier de la personnalité ou de comportement. L'infirmité motrice cérébrale entraîne des perturbations du tonus musculaire, de la régulation automatique du mouvement et de leur commande volontaire. Les atteintes qui en résultent sont devers sur le plan topographique : localisation quadriplégique (quatre membres touchés), diploplégique (deux membres) hémiploplégique (atteint d'une moitié du corps). (M. Bouchloukh, 2009, p, 37)

Selon le docteur Veronique Leroy – Malherbe, L'IMC résulte de lésions cérébrales précoces non héréditaires, stabilisées (non évolutive) responsables de déficiences, motrices exclusivement ou prédominantes. Autrement dit, IMC est liée à une lésion du cerveau dans la période anténatale. Elle constitue un trouble moteur non progressif, secondaire à un défaut ou une lésion sur un cerveau en maturation. L'atteinte cérébrale, cependant, préserve suffisamment les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation. Cette définition exclut donc les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale, que l'on regroupe sous le terme d'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) et les enfants polyhandicapés (Ibid. p, 21)

7-2-3-Causes de l'IMC

L'IMC peut être anténatale ou prénatale. Les infections contractées par la mère pendant les grossesses, le traumatisme autour de la naissance sont souvent en cause. Les accouchements difficiles sont aujourd'hui rarement responsables de cette pathologie grâce au recours codifié à la césarienne. La souffrance fœtale aiguë peut également résulter d'une anoxie intra-utérine provoquée par une anomalie du placenta ou du cordon, une grossesse prolongée, une hypotension

artérielle, une insuffisance respiratoire chronique, un diabète l'anoxie cérébral peut également se constituer après la naissance lors d'une hémorragie cérébralo-méninge.(Ibid. pp,39-40)

7-2-4- symptomatologie de l'IMC

Il s'agit de répertorier un certain nombre de symptômes observés cliniquement chez l'enfant. Ce répertoire peut-être réalisé de façon individuelle ou de façon collective lors des réunions ou synthèses qui réunissent l'ensemble de l'équipe soignante et les éducateurs. L'état de l'enfant est à considérer selon l'un des deux pôles suivants : L'inadaptation dans le milieu scolaire qui peut éventuellement nous renseigner sur deux catégories de troubles, les troubles de l'apprentissage(langage écrit ou oral) et les troubles du comportement tels que les difficultés relationnelles avec l'instituteur, les enfants du même âge ou le retrait et l'isolement, L'inadaptation dans le milieu familial qui peut évoquer certains troubles tels que l'alimentation et la nourriture, la succion du pouce (niveau oral), les troubles du sommeil (insomnies, terreurs nocturnes cauchemars, difficultés à dormir), les troubles caractériels (colères, destructivité, fugues) et les troubles psychosomatiques (M. Bouchloukhe, 2009,P.123)

7-2-5-Statistiques de l'IMC en Algérie

Selon les statistiques malheureusement officieuses, sur une population de personne handicapées moteur en France on conteraient une dizaine de milliers d'enfant IMC. Attitre comparatif en Algérie, les personnes handicapées moteur évaluées à prés de 3milions recensée, on compterait vingt-cinq et trente mille sujets souffrant d'infirmité motrice cérébrale. (A. Maktour, le Soir d'Algérie 06-11-2004).

7-3-L'autisme

7-3-1-Définition de l'autisme

L'autisme un terme préalablement introduit en psychiatrie adulte par Bleuber dès 1911, pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie consistant en la perte de contact avec la réalité. Pour certains auteurs, l'autisme est psychose et est encore classé dans cette rubrique selon la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée. (C. Tardif, 2003, p9).

7-3-2-Histoire de l'autisme

La psychiatrie moderne a été très marquée par les travaux d'un auteur allemand : Emile Kraepelin. Celui-ci, dans les dernières années du XIX siècle, à regroupé un certain nombre de troubles mentaux affectant les sujets jeunes, dans un cadre unique, la démence précoce, qui allait devenir, après les travaux d'Eugène Bleuler, la schizophrénie. Léo Kanner, un des fondateurs de la pédopsychiatrie aux Etats-Unis, a publié en 1943, la description de onze enfants chez les quels semblait exister, depuis le début de la vie une inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations (R. Mises et PH. Grand, 1997, p 14)

Dans les années 70, les travaux de recherche se multiple dans le secteur des sciences du comportement et un accent particulier est mis sur l'étude de développement de l'individu. Actuellement le terme « d'autisme »est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social, faute de moyens adaptés pour pouvoir communiquer de façon adéquate. (C. Tardif, 2003, pp 10-11) .

7-3-3-Causes de l'autisme

Kanerer et Asperger avaient souligné le caractère potentiellement organique ou constitutif du trouble, avec la notion de prédisposition. Par conséquent, l'idée dominante fut celle selon laquelle l'autisme était le résultat d'un trouble relationnel s'ouvrant dans un lien mère-bébé »défectueux conduisant l'enfant à se replier pour se protéger (ibid., p11)

7-3-4-Symptomatologie de l'autisme

Kanerer en 1984 dans la revue « Nervous child » souligne déjà la précocité des troubles (autisme infantile précoce), l'isolement social ou le retrait, le besoin d'immuabilité, les comportements répétitifs et compulsifs, un langage atypique et quelques latents spectaculaires malgré un développement retardé. On trouve aussi l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations. Parfaitement inconscient de tout ce que l'entoure ; donnant l'impression d'une sagesse silencieuse, « enfants autistes sont venus au monde avec une incapacité innée à développer les contacts affectifs habituels avec les personnes biologiques prévenues, de la même manière que d'autres enfants viennent au monde avec un handicap physique ou intellectuels ».

7-3-5-Statistique de l'autistes en Algérie

(L'Algérie compte plus de 80 000 autistes non pris en charge), a révélé Mohamed Tabari, psychologue spécialiste en autisme. Selon lui, il y a quatre ans, nous avions 40 000 autistes en Algérie, actuellement, les dernières statistiques donnent plus de 80 000 autistes non pris en charge. (LIBERTE. B. Nacer, 12-04-2014)

8- La prise en charge du retard mental

La clinique psychiatrique adopte un traitement basé essentiellement sur la prévention et de dépistage des maladies transmissibles telle la sensibilisation pour les personnes qui occupent des milieux psycho-socio-économique néfastes car tout psychiatre est conduit à aider les familles dans le choix d'un thérapeute à soutenir les parents dans l'accompagnement de leur enfant (g. Ajuriaguerra 1980, P664).

Conclusion du chapitre

Pour conclure, on peut dire que la déficience mentale, c'est une maladie qui à ses causes, qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Cette déficience ne s'aggrave pas et ne menace pas la vie de l'enfant, si elle est bien traitée précocement. Il reste de voir les réactions des frères lors de l'arrivée de cet enfant, le deuxième chapitre est consacré pour étudier le vécu psychologique de la fratrie ainsi que la résilience.

Préambule

Comment survivre au malheur ? C'est l'inévitable question à laquelle doivent répondre très concrètement toute les personnes qui passent ou sont passées par une situation difficile, qu'il s'agisse de victime violence, de patients atteints de maladies graves ou encore l'arrivée d'un enfant ou un frère inadapté mental.

Aujourd'hui des nombreuses chercheurs de plus en plus s'intéressent aux processus qui permettent à quelqu'un de mener une existence normal malgré des blessures importantes. Le terme « résilience », encore peu connu, désigne ainsi l'aptitude à survivre à des événements particulièrement douloureux.

Ce chapitre aborde donc le vécu psychologique de la fratrie d'enfants inadaptés mentaux. Il contient : la définition de notion « vécu psychologique » le « traumatisme », la « honte », la « culpabilité », la « résilience », la résilience chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux et on termine avec conclusion.

1- Le vécu psychologique

-Définition de « vécu »

Selon Le Petit Larousse le terme « vécu » signifie « qui s'est passé ou qui semble d'être passé réellement ». Et « expérience réellement vécu ensemble des faits des événements de la vie réelle » (Le petit Larousse, 2008, p1471).

-Définition de « psychologique »

Terme qui désigne selon le petit Larousse : « relatif à la psychologie, aux faits et «au faits psychologique » et « qui agit sur le psychisme » (Ibid., p923).

-Définition de la fratrie

Selon le petit Larousse « c'est un ensemble de frères et sœurs d'une famille ». (Ibid., p. 237).

1-1-Traumatisme psychique

Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'intensité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durable qu'il provoque dans l'organisation psychique.

En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations (J. Laplanche et J-B. Pontalis, 1996, p499).

Le syndrome psycho-traumatique évolue sur un monde chronique, jusqu'à la fin de vie, avec des relance et des péripéties survenues au gré des événements réévocateurs ou de départ à la retraite qui prive le patient de ses activités de dérivations, on a décrit des variétés particulières selon l'âge (trauma de l'enfant et de l'adolescent) et selon le type d'agression (agression physiques, viol, accident, prise de dommage, torture). Les principes de ces variantes seront présentés plus loin (L. Croq, 2007, p48).

« Un événement comme un traumatisme provoquera certainement un très grand dérangement de l'économie énergétique de l'organisme, et mobilisera tous les mécanismes de défense possible ». Ainsi Freud en 1920 avait découvert une action de la vie psychique qui tendait à la répétition, une « contrainte à répéter » qui allait au-delà de principe du plaisir. Il affirme que le psychisme réagit à l'irruption de masses stimulation en géant un imposant contre-investissement au bénéfice duquel tous les autres systèmes psychiques s'appauvrissent. (A-M, Nicolò et E. Strinata 2007, p67).

La psychanalyse a repris ces termes (chez Freud on rencontre que Trauma) en transposant sur le plan psychique trois significations qui y étaient impliquées : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celle de conséquences sur l'ensemble de l'organisation. (J. Laplanche et J-B Pontalis, 1996, P, 500).

1-1-1-Le traumatisme familial

Un deuil traumatique peut avoir des répercussions importantes sur la famille, surtout en cas de perte de plusieurs membres. Le trou béant laissé par la disparition de ses membres peut provoquer une désorganisation des liens et des rites familiaux qui, si elle n'est pas parlée peut devenir pathologique, la famille doit alors être considérée comme un système soumis à une agression extérieure qui présente des réactions immédiates et postérieures. (L. Croq, 2007 p80).

1-1-2-Le traumatisme de la fratrie

Le traumatisme du handicap affecte la souffrance des frères et sœurs. Lors de la découverte du handicap, le désarroi des parents se répercute sur le climat familial. Il reste une question confuse pour les frères et sœurs car dans le cas avéré on se dépond de nommer précisément les choses par peur de figer une situation dont on espère une évolution. (AFSHM. 2013).

1-2-La honte

Freud a toujours lié la honte à l'action des forces refoulantes destinées à lutter contre le surgissement des pulsions. Ce qui est initialement objet de plaisir devient, par effet des forces refoulantes objet de pudeur, de dégoût ou de honte. Freud cite d'ailleurs toujours ensemble, dans ses premiers écrits, « la honte, le dégoût, la moralité ». Cette approche s'est précisée en plusieurs étapes. (T. Serge, 2007, P7).

La honte est une forme de lien social qui place les frères et sœurs face à une alternative : soit privilégier le lien au sujet honteux (dans ce cas la fratrie devient aussi honteuse par contagion). Soit prendre distance par rapport au pair déficient et donc risquer de le juger et de souffrir d'avoir rompu la solidarité familiale.

Pour Tisseron, la honte est déjà une dimension traumatique, un signal d'alarme et le silence peut provoquer, une sidération. En parler, permettrait de la symboliser et de la gérer psychiquement.

La colère, la culpabilité, le désespoir et la haine sont les voies de dégagement de la honte. (P. Trenoye, 2009, p.44).

Tout comme la position d'un objet sur un plan est définie à tout moment par son ordonnée, toute honte doit être comprise en référence à deux axes : le premier lié à l'histoire passée du sujet et à ses traces en lui ; le second lié à la dynamique de ses investissements actuels. Ces deux axes peuvent être appelés « historique » et « actuel », et l'approche de la honte peut se biaiser pour permettre de rendre compte de la façon dont elle peut résulter, de combinaisons de déterminations multiples. (T. Serge, 2007, p.37).

1-3-La Culpabilité

La culpabilité est liée à la notion de faute commise. Elle est rarement réelle, souvent liée à un manque d'information et généralement involontaire (quand elle est arrivée). Le recours à la culpabilité est effectué lorsque la personne est dépassée par quelque chose et qu'elle tente de reprendre le contrôle en attribuant une responsabilité à quelqu'un (soi-même ou autre). Cette tentative de maîtrise se fait pour éviter l'angoisse liée à l'impuissance. (P. Trenoye, 2009, p.54).

Freud considérait la culpabilité comme d'apparition tardive, après l'intériorisation du sur moi lui-même tardif, et comme liée à la situation œdipienne. (C. Albert et F. Alain, 2009, p.24).

1-3-1-Les destins de la honte et de la culpabilité

Si la culpabilité est habituellement traitée par le refoulement, le destin le plus banal de la honte est l'enfouissement. La honte n'est jamais oubliée, elle implique des conduites d'évitement et de contournement. Elle noyauté la vie psychique de sujet, prête à suggérer à la moindre occasion. La représentation de savoir honteux peut surgir inopinément, que le sujet soit seul ou en groupe, au décours d'une série associative elle implique alors différentes réactions. La culpabilité occupe une place centrale dans tous les courants, un élément fondamental, quand à la conception psycho-dynamique du fonctionnement psychique, la culpabilité a été considérée dès le début comme au fondement du développement psychique. (Ibid., 80).

1-4-La résilience

1-4-1Définition de la résilience

Le concept « résilience » est utilisé pour décrire des personnes surtout des enfants présentant un fonctionnement psychologique sain en dépit de contextes pathogènes de violence, de maladie mentale chez l'un des parents ou placements répétés (M. Kedia, et al, 2008, p185).

Le terme résilience se définit comme suivant « c'est l'aptitude des individus et des systèmes (les familles les groupes et les collectivités) à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Cette aptitude évolue avec le temps, elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le milieu, elle contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci » (I.F.S.I. de Cannes, 2003, p 3).

Il est aussi défini comme « la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et de ressaisissement de soi après un traumatisme. (M. Anaut, 2005, p7).

En psychologie, le concept de résilience n'appartient pas à une théorie précise dans le sens où il a été adopté par plusieurs théories et approches, ainsi nous retrouvons une variété de définition en rapport avec ce concept. (F. Moussi, 2010 p313).

1-4-2-Historique du concept de « résilience »

L'auteur du concept « résilience » c'est Rutter (1985-1994). Ce concept est issu des observations de Werner (1992) étude publiée très tard menées dans les années quatre-vingt auprès d'une cohorte d'enfants de l'île de Kannai. Cet auteur a observé que certains enfants vivant les situations de stress chronique étaient parvenus à mener une existence adulte équilibrée et riche de sens (meaningful). À la même époque, Pines (1979) observe que certains enfants avaient non seulement survécu à des événements aversifs et parfois dramatiques. Mais qu'ils s'en sortaient mieux que les autres enfants. En fait, ces enfants étaient capables de développer dans diverses situations des stratégies d'ajustement adéquates (M. Poirot, 2007, p12).

La résilience est un terme français, issu de latin *resilientia*. Dans le texte de la métallurgie, la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tiennent à la fois de l'élasticité et de la fragilité qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression contenue. D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier signifie donc littérairement « ce sauter en arrière », se rétracter. La résilience se situe donc dans le processus de désengagement. Il ne s'agit pas de réduire ce phénomène à « l'invulnérabilité » (Au Thony et al, 1982) qui pourrait correspondre à une

résistance au choc mais également signerait « un état pouvant entrainer la paralysie du sujet : Une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité se qui s'éloigne totalement de la souplesse nécessaire à la résilience. (M. Anaut., 2005, p35).

1-4-3-La théorie de la résilience

Le développement de fonctionnement résilient d'un individu repose sur une base de trois données : sentiment d'avoir une base de sécurité interne : le fait d'avoir quelqu'un qui soutienne l'individu, membre de la famille ou pas, apparait comme très important pour le développement du sentiment de sécurité interne. Estime de soi ou (auto-estime) : la construction d'une estime de soi est fondé sur la compétence : relation amoureuse, amicale sécurisante et harmonieuse, le fait d'avoir succès dans les relation des tache sont considérées comme importante – sentiment de sa propre efficacité : les observations montrent que les parents peuvent soit encourager l'enfant à accomplir des tache de manière efficace et autonome ou bien le maintenir dans l'idée qu'il doit être aidé, assisté. (L. Andrey, M. Karine et T. Olivier, 2002-2005, p3).

1-4-4-Déférentes formes et contexte de la résilience

La notion de résilience n'est réservée à une seule catégorie d'âge et de personnes. Il se rencontre dans différente étapes de la vie depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, dans des familles, collectivité et communautés. (Ibid., p 3).

1-4-5--Vulnérabilité et facteur de risque

Les termes vulnérabilité, risque et protection étant associés à la résilience, il s'avère essentiel de les définir.

Tout d'abord, le risque prédispose les individus ou les groupes à l'apparition de conséquence négative, le risque résulte d'un traumatisme, d'un événement de vie majeur ou de stress chronique. La vulnérabilité consiste pour

sa part en une augmentation de la probabilité d'apparition de conséquences négatives en présence du risque. Donc la notion de vulnérabilité n'a de sens qu'en présence du risque. Finalement, à l'inverse, la protection diminue la probabilité d'apparition des conséquences négatives, toujours en présence du risque. (I. Benghalem, 2011, p 55).

1-4-5-1-Vulnérabilité

La « vulnérabilité » se définit comme « l'état de moindre résistance aux nuisances et agression et rend compte de la variabilité interindividuelle ». En sciences humaines, le terme de vulnérabilité (vient du latin vulnera qui veut dire blesser) est employé pour désigner des individus ou des groupes considérés comme vulnérables du fait de prédisposition à la maladie, à un dommage ou à une issue négative. Chez l'enfant, la vulnérabilité peut se révéler face à des facteurs de risque que sont des événements stressants ou une situation personnelle ou environnementale qui augmente la probabilité pour le sujet de développer des troubles psychologique ou du comportement qui peuvent compromettre l'adaptation de l'enfant à son milieu. La notion de vulnérabilité s'appuie sur le constat que des enfants soumis à des facteurs de risque équivalents se développent différemment. (M. Anaut, 2005, p 13).

1-4-5-2-Les facteurs de risque

La notion de « risque » implique la probabilité de subir un dommage, d'être exposé à une blessure. Les chercheurs en psychologie restent attachés à l'analyse des problèmes et à des perturbations des enfants, voire des psychopathologies et ont pour but principal d'essayer de les comprendre en leur attribuant un sens. La définition des facteurs de risque au sens général peut être empruntée à Mercelli (1996) qui considère comme facteur de risque : « toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieur à celui que l'on

observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologique ». Dans cette perspective, il s'agit avant tout d'identifier les indices de risque permettant de comprendre les perturbations présentées par les enfants et parfois leur entourage, afin de participer au traitement des problèmes et éventuellement de les prévoir. Les facteurs de risque comprennent différentes dimensions : biologiques, relationnelles et sociales. Selon Garmezy (1996) un facteur de risque pourra être « un événement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la probabilité pour l'enfant de développer des problèmes émotif ou de comportement » (Ibid., p 23).

1-4-6-Résilience et quelques concepts apparentés

-Le coping : c'est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, permettant de gérer des demandes externes ou internes spécifiques évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources de la personne » (Lazarus et Folkman, 1984).

-Sentiment de cohérence : « est une orientation dispositionnelle pouvant aider à prévenir une déstructuration et une rupture en cas de situation très stressante » (Antonovsky, 1998).

-Empowerment : « est un processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus en moins incapacitantes, développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale » (Le Bossé et Lavallée, 1993). (M. Bernard, 2009).

1-4-7-Application clinique de la résilience

Le rôle de la psychologie est d'explorer ces domaines et de découvrir les possibilités du patient. Selon l'approche de la cognition créative, la créativité est

un phénomène qui provient de l'application des processus cognitifs. Les recherches récentes ont démontré que les talents exceptionnels sont plutôt faits que nés. Pour Mihaly Csikszentmihaly, la psychopathologie n'est pas juste l'étude des pathologies, les faiblesses, les dégâts c'est aussi l'étude des forces et des vertus. Le traitement n'est pas seulement de réparer ce qui est cassé, c'est aussi d'éduquer ce qui est le meilleur. La psychologie s'intéresse aux traits positifs individuels comme la valorisation, le courage, la compétence interpersonnelle, la persévérance, l'acceptation de soi et l'originalité (F. Mahran, 2006, p 211).

Le terme résilience concerne la recherche des possibilités et ressources des être humains, il est possible qu'un patient qui n'est pas résilient dans un domaine le soit dans un autre encore insoupçonné. (Ibid.)

1-4-8-Limites de la résilience

Rutter affirme que la résilience n'est jamais absolue, elle a des limites variables absolue, elle a des limites variables selon les risques, variable dans le temps et toujours à la fois d'origine intrinsèque et épi-génétique. (B. Guillon, 2007, p 29).

Le même enfant, résilient à la perte de ses parents, s'effondra peut être à la suite d'abus sexuel. Un enfant résilient pourra aller à l'école et supporter le choc du cours préparatoire, mais va s'effondrer quand il ira au service militaire ; un autre au contraire, qui détestait l'école, va trouver son salut dans l'armée. (K-B. Cyrulink et al, 2005, P 51).

Cyrulink affirme aussi que « ce qui détermine la qualité de la résilience et est la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après. (L. Andrey, M. Karine et T. Olivier, 2005, p5).

1-5-Résilience chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux

L'identité, les relations sociales, la vie affective et professionnelle des parents portent des liens fraternels vécus dans l'enfance. On doit se demander quel impact a le handicap d'un enfant sur ses frères et sœurs, et ce, à chaque une des étapes importantes de leur vie. Ainsi n'est ce pas de la même manière qu'ils seront affectés par l'atteinte durant leur enfance, au moment de croiser un conjoint, de décider d'avoir un enfant ou d'opter pour telle ou telle profession. (J-M. Dutrenit, 1997, P. 12).

1-5-1-La fratrie de l'enfant handicapé

Les parents tendent à se protéger contre le regard sur l'ensemble de la fratrie. Ce silence est destiné à protéger le narcissisme parental et familial, à défendre la fratrie comme si l'enfant handicapé était un possible agent de contamination. Cet aspect défensif est compréhensif, mais aussi parfois nuisible pour les autres enfants, qui resteront ainsi sans soins (P. Ferrari). Ces enfants se présentent hyper-matures, sérieux et graves, cachant, sous une adaptation de surface, un noyau dépressif important. La présence de l'enfant handicapé modifie aussi la relation fraternelle elle-même. (M. Bouchloukhe, 2009, P.118).

1-5-2-Fratrie face à l'handicap

Compte tenu du rôle important des dimensions du fraternel dans le développement de l'enfant, nous pouvons nous attendre à un impact complexe d'un frère ou d'une sœur handicapé sur les autres membres de la fratrie. Les recherches sur cette question sont récentes à la fois pour des raisons qui ont trait à l'évolution de perception de la fratrie dans notre société, mais aussi pour des raisons inhérentes aux modes de réaction intrafamiliaux.

1-5-3-Impact du handicap sur les relations fraternelles

Les relations fraternelles jouent un rôle considérable dans la construction identitaire de l'individu permettant de passer de l'intrusion narcissique à l'identification à l'autre, et donc de l'alter ego à l'altérité. Or s'identifier à un

frère à une sœur atteint dans son intégrité psychique ou corporelle peut être source d'angoisse et constituer une menace identitaire ou narcissique, remettant en cause la possibilité de s'appuyer sur l'identification pour se construire. (R. Scelle, 2003).

En effet, l'enfant handicapé, dans sa fonction de double, peut renvoyer aux frères et sœur dont l'identité n'est pas encore solidement établie, une image spéculaire qui risque de mettre en cause leur intégrité et leur autonomie. (Ferrari, 1988 ; Korff-Sausse. 1996). Il leur est souvent difficile, et cela peut même leur paraître dangereux, de ressembler cet autre abimé : un fantasme de « contagion » ou de « contamination » circule souvent chez les frères et sœurs qui s'interrogent sur la part de handicap en eux compte tenu de leur proximité génétique, issus des même père et mère. (R.Scelles, 1997).

Le handicap peut alors se confondre avec une part archaïque en soi qui s'active : en soi qui s'active : il peut être absorbé comme un « monstrueux défaut », créant un sentiment d'anormalité dont l'enfant à d'autant plus de mal à se défendre que son origine est confuse. (Boucher et Derome, 2006).

Nous nous attacherons à différencier l'impact de la présence de l'enfant handicapé sur la dynamique familiale et sur les interrelations fraternelles en tenant compte horizontales et verticale de la famille.

Conclusion du chapitre

La résilience n'est pas un syndrome d'invincibilité ni d'insensibilité, mais évoque l'idée de souplesse et d'adaptabilité. C'est caractère variable chez le même individu dans le cours de son développement et cela explique qu'un sujet ne soit pas résilient à tout et tout le temps. On peut dire qu'avoir un frère handicapé mental a des effets nuisibles non seulement sur la santé psychique de ses parents mais aussi il perturbe le vécu psychologique de la fratrie.

Problématique et hypothèse

La famille est une communauté composée d'un homme et d'une femme unis par un lien de mariage, avec ou sans enfants. Elle est dotée d'une personnalité juridique d'un nom et d'un domicile et crée entre ses membres une solidarité morale.

La nature des liens intrafamiliaux se ressent, à une relation père-enfant référée à une autorité formelle et légale se substitue une relation fondée beaucoup plus sur la douceur des sentiments, les rapports entre père et fils deviennent plus intimes et plus doux. Aussi les rapports entre frères et sœurs sont marqués par l'intimité et par l'épanouissement des sentiments.

Dans une très grande majorité des cas, la rencontre entre une personne et son frère évoluera vers un épanouissement mais aussi des moments très difficile et d'avoir divers obstacles et problèmes.

Parmi les problèmes qui peuvent rendre la vie plus difficile, c'est d'avoir un frère différent, inadapté, un frère qui naît avec un handicap. Il est défini par l'organisation mondiale de la santé (OMS) « *est appelé handicapé celui dont définitivement diminué soit congénitalement, soit sous autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouvent compromises* » (Guidite, M. et Tourrette, C. 1999, P7)

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

L'OMS (organisation mondiale de la santé) a donné les statistiques concernant le handicap, le nombre des personnes handicapés est en

augmentation dans le monde, plus un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale sur la base des estimations démographique pour l'année 2010. le chiffre est plus élevé que les estimations qui datent des années 1970 et qui évoquaient une proportion aux alentours de 10% pour la charge mondial de morbidité .l'handicap est aussi mesuré chez les enfants de (0-10ans),on estime qu'il concerne 95million d'enfants (5,1%)dont 13million (0,7) ayant un handicap sévère (O.M.S,2011,p8).

Les statistiques en Algérie donnée par le journal El-Moudjahid du 5 décembre 2006 .Il aurait 1,750 million d'handicapes en Algérie selon le ministre de l'emploi et de la solidarité national, M. Djamel ould Abbés. (M. Bouchloukh, 2009, p, 19).

Le handicap préoccupe aussi les auteurs et les scientifiques qui lui ont donné plusieurs classifications comme celle de l'OMS, donc il existe plusieurs types d'handicap, handicap moteur, sensoriel et handicap mental. C'est ce dernier qui nous intéresse dans notre recherche : l'handicapé mental qui est définit selon le grand dictionnaire de la psychologie, « *se dit d'une personne atteint d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limité l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considère en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturelles* ». (B .Hattel, P, 421).

Le grand dictionnaire de la psychologie définit le handicap mental « *désavantage, ou infériorité social et professionnelle, résultant d'une maladie mentale* ». (B. Hattel, 2005, p.421).

Pinel Fut le premier médecin a avoir libéré les font du XVII Siècle des grands fermement, car a cette époque la maladie mental n'avait pas le

droit au soins, et on ne parlait de le handicap mental, car il n'existe aucune classification relevant d' handicap mental. Les recherches actuelle ont largement contribué a connaitre le développement de l'enfant handicapé, certaines recherches ont un aspect sociologique qui tentent d'expliquer le coté social, on peut distinguer une recherche de Jean Sebastien Eid Liman, dans sa thèse de doctorat soutenue en 2008 à l'école de hontes, étude des science sociales/école normal supérieure de paris, intitulé « spécialiste par obligation des parents face a le handicap mental », on évoque aussi la recherche sur « famille et handicap dans le monde »réalisé par, fait par (CTNERHI) Elizabeth Zucman, c est une étude qui vise à connaitre le vécu des parent avec les institutions et leurs travaux, ainsi leurs dépenses économique.

On s'intéresse dans notre recherche à l'handicap mental, car on a contacté d'une part, dans notre vécu quotidien l'existence d'un grand nombre de cette catégorie de personnes qui vit dans des difficultés immenses et l'exclusion. D'autre part, on a remarqué les souffrances et les craintes de leurs familles notamment leurs frères.

De nombreuses études de recherche ont été faites sur l'impact de l'arrivée d'un enfant handicapé sur les frères, notamment l'étude effectuée par Régine Scelle et ces travaux sur la fratrie notamment dans son article « Réflexion autour de double fraternel ». (R .Scelle, 2005) ou elle a bien expliqué que le lien fraternel peut être envisagé comme prototype relationnel de l'appareil créateur et transformateur de liens aux autres. Ainsi, selon elle, le frère peut être pensé comme matrice de l'espace interne et de la subjectivité. Avec ce frère, le sujet expérimente la mise en place du contrat narcissique, d'alliances conscientes, inconscientes, préconscientes, il intègre progressivement des modèles

d'identification qui détermineront pour partie ses choix d'affiliation futures. (R.Scelle, 2005, PP71-83).

La manière pour les frères et sœur de prendre conscience et de vivre le handicap est influencé par la représentation positive ou négative de cette atteinte dans leur tête, chez leurs parents, chez les intervenants et dans la société. Elle dépend aussi de leur âge respectif et leur rang dans la fratrie ainsi que de l'annonce du handicap (paroles dites, mots utilisés, qui a annoncé ?).

Lorsque les enfants grandissent et à chaque étape de leur évolution, les frères et sœurs doivent remettre en cause leur équilibre et renégocier leurs relations fraternelles (T. Tremoye, 2009).

A cette égard la résilience se définit comme « la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait peut être traumatique, avec une force renouvelée .la résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressassement de soi après un traumatisme ». (M. Anaut, 2005, p7).

Michael Rutter dans une entrevue paru en1998 dans le journal des psychologues. Explique que « la résilience est la capacité des individus placés des circonstances défavorable de « s'en sortir » et de mener malgré tout une existence satisfaisante » et aussi « la résilience était considère comme une caractéristique de l'individu, ou comme ce que l'individu faisait lors d'un stress. (M. Poirot, 2007, p12).

L'objectif de cette recherche dans sa globalité c'est de déterminer le vécu psychologique de la fratrie des enfants handicapés mentaux à savoir notamment explorer la présence d'une résilience chez la fratrie de ces handicapés mentaux.

Pour réaliser notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique semi directif ainsi qu'une échelle de l'estime de soi, une échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle et un questionnaire de résolutions des problèmes sociaux.

Notre question de recherche est ainsi formulée : Quelle est la nature de vécu psychique de la fratrie d'un enfant handicapé mental ?

1-La fratrie d'un enfant handicapé mental s'adapte-t-elle face à la déficience mentale de son frère inadapté mental ?

2- le processus de la résilience existe-t-il chez la fratrie d'un enfant handicapé mental ?

Hypothèse

La fratrie d'un enfant handicapé mental présente Le processus de la résilience

Préambule

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas au côté théorique, mais elle doit être fondée sur le côté méthodologique qu'est un fil conducteur entre le côté théorique et le côté pratique.

Dans ce chapitre, on va présenter l'ensemble des étapes de la réalisation de notre thème qui est « le vécu psychologique chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux » notre choix de ce thème découle du fait qu'il aborde la présence d'une résilience chez la fratrie des enfants handicapés mentaux, d'autre part pour mener notre recherche sur ces frères nous avons choisis mener un entretien clinique semi-directif et d'appliquer une échelle de l'estime de soi, une échelle générale d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle et un questionnaire de résolution de problèmes sociaux.

1-Définitions des concepts et leur opérationnalisation

1-1- Définitions des concepts

1-1-1-Le vécu psychologique

Vécu : « qui s'est passé ou qui semble d'être passé réellement »(le petit Larousse, 2008, P.1471).

Psychologique : « relatif a la psychologie, au fait psychologique » (Ibid. P. 923).

La variable qu'on retenu dans notre travail est « la résilience »

1-1-2-La résilience

Le concept de résilience n'appartient pas à une théorie précise dans le sens où il a été adopté par plusieurs théories et approche, ainsi nous

retrouvons une variété de définition en rapport avec ce concept. (F .Moussi, 2010, P313)

La résilience se manifeste dans les notions qui sont « estime de soi », « sentiment d'efficacité personnelle » et « résolution de problèmes sociaux ».

1-1-3-La fratrie

Un ensemble de frères et sœurs d'une famille (Petit Larousse, 2008).

1-1-4-Le handicap

« Est handicapé toute personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou encore se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de sa collectivité » (M, Bouchloukh, 2009, P, 32)

Le retard mental : « est un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neurocentrales et intellectuelles. Elle influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuels, psychoaffectif, et comportementaux . Les atteintes sont sélectives. Elles sont irréversibles et n'ont pas d'origine génétique directe (M. Cuillert, 2007, P, 16)

Trisomie 21

La trisomie 21 est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un chromosome figure en trois exemplaires au lieu de deux.

Infirmité motrice cérébrale

L'IMC désigne un état pathologique lié à des séquelles de lésions cérébrales anti-péri ou poste natale, non évolutives avec une prédominance de trouble moteurs spécifiques, sans déficit intellectuelle majeur.

Autisme

Trouble envahissant du développement par opposition aux autres troubles de développement qui touche surtout un aspect particulier du développement.

1-2-Opérationnalisation des concepts

1-2-1- Résilience

- Vie satisfaisante ;
- Vie bien construite ;
- Vie équilibrée ;
- Positivité de soi ;
- La création ;
- Bonne auto-évaluation ;
- Absence de symptôme pathologique : dépression, angoisse, anxiété ... après un événement violent, traumatique ...

L'estime de soi

- Valorisation de la personnalité ;
- La capacité de faire les choses mieux que les autres ;

- Attitudes positive ;
- La satisfaction de soi ;
- Sentiment d'être utile ;

Sentiment d'efficacité personnelle

- Capacité de faire les projets en fonction ;
- L'autonomie ;
- L'évitement ;
- L'abandonnement ;
- Confiance de soi

Résolution de problèmes sociaux

- Une bonne technique pour résoudre un problème ;
- Penser aux conséquences ;
- Penser souvent à plusieurs solutions ;
- Penser aux différentes façons possible ;
- Difficultés à comprendre un problème ;

1-2-2-Fratrie

- Frères et sœurs d'une même famille ;
- Enfants issus d'un même couple ;
- Enfants ayant au moins un parent en commun,
- Lien biologique ;

-Lien affectifs tissé entre les membres ;

1-2-3-Handicap

-Présence de déficience ;

-Incapacité intellectuelle ;

-Incapacité physique ;

Trisomie 21

-Peau sèche, pieds large, petits et plats, doigts courts, bouche petite;

-Retard dans le développement postural ;

-Instabilité articulaire et de la coordination ;

-Hypotonie qui est généralisé presque dans tout le corps ;

IMC (Infirmité motrice cérébrale)

-Difficulté dans le contrôle des mouvements ;

-La spasticité (raideur dans les membres) ;

-Flasque (manque d'énergie) ;

-Altération de la posture ;

-Hypertonie, hypotonie ;

-Troubles de langage ;

-Salive, strabisme ;

Autisme

-Isolement social ;

- Le retrait ;
- Les comportements répétitifs et compulsifs ;
- Un langage atypique ;
- L'incapacité à établir des relations de façon normale avec autrui ;
- L'inconscience de tout ce que l'entoure ;

2-La démarche de la recherche et la population d'étude

2-1- la prés-enquête

La prés-enquête c'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifique, elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche et sur la population visée. Ainsi nous aide à construire nos hypothèses.

Après d'avoir déterminé les variables de notre sujet de recherche on a désigné notre population d'étude qui va nous aider à vérifier nos hypothèses de notre thème de recherche.

Donc on a réalisé la pré-enquête dans un centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux, on a expliqué au responsable pédagogique l'objet de notre projet de recherche. Il nous a alors orienté vers les sujets après leurs accords (consentement) que nous allons entretenir tout en long de notre stage. Ensuite on les a informés sur les techniques de recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien semi-directif à fin d'étudier l'impact de l'handicap, de leur frère chez eux.

Selon leur disponibilité, des rendez-vous ont été organisés pour réaliser des entretiens, certains ont préféré le déroulement de l'entretien à

domiciles, d'autre au niveau de CMP Timezrit, une autre séance pour la passation, on a réalisé l'échelle de l'estime de soi, l'échelle générale d'évaluation des sentiments d'efficacité personnelle, ensuite un questionnaire de résolutions de problèmes sociaux.

A fin de vérifier les hypothèses de notre thème de recherche ;on a entamé l'enquête et on s'est basé sur la démarche clinique qui se définit par Lgach comme la méthode qui a envisagé « La conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible, la manière d'être et l'agir d'un être humain concret et complet aux prise avec cette situation, à en établir le sens, à structure et la genèse, décoller les conflits qui la motive et les démarches qui tendent à résoudre ses conflits »

(K, chahraoui et H, Benony, 2003, p11)

On a réalisé notre recherche sur ceux qui ont donné consentement de travailler avec nous de plus on a gardé l'anonymat des sujets dans notre recherche.

2-2 La méthode clinique

La méthodologie de recherche « un ensemble de méthode et de technique qui oriente l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (M. Angers, 1994, P, 58).

L'étude de cas

Cette démarche clinique permet une observation profonde et contenue des cas, sachant que cette dernière se centre surtout sur la dynamique des conflits psychologique chez les individus.

Elle, est aussi « la méthode qui permet par le moyen de recueil des données la compréhension de la personne totale en situation et en interaction (A. Glami et M. Plaza, 1989, P18).

La méthode clinique se fonde sur un tryptique comprenant : l'observation ; la mesure ou dimensialisation de trai ; la prise en compte de la relation clinicien /sujet.

La méthode clinique implique toujours une composante très importante d'observation dans les conditions particulières de la situation clinique. La composante de mesure est également un facteur de la méthode, dans les tests psychométrique. Mais elle est présenté aussi dans le classement que l'on peut effectuer des conduites ou des réponses des sujets sur les échelles nominal, plus qualitative. (P. Roger et Coll, 2006, P 124).

2-3- Présentation du lieu de la recherche

Notre recherche se déroule au sein de centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Timezrit

Décrit de création : 4/203 de 19/07/ 2004

Lieu d'implantation : IDERAKEN TIMEZRIT

Date d'ouverture : 01/10/2005

Adresse complet : Cite ideraken timezrit wilaya de Bejaia

3-Population d'étude

3-1-La sélection de notre population d'étude

Les critères homogénéités retenus

Notre population d'étude est composé de 5 cas de frères des enfants inadaptés mentaux, ces frères ont accepté facilement de travailler avec nous, et se sont montré très compréhensifs et ont répondu facilement a notre objet d'étude.

L'âge tout les cas sont des adultes

Les critères non pertinents pour la sélection

Niveau socioculturelle

On n'a pas pris en considération le niveau d'instruction, la fonction et leur situation social parce qu'il est dissemblable entre les cas, car ce phénomène peut toucher tous les cas sociaux.

Le sexe Dans notre recherche on a étudié les deux sexes

3-2-Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

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

Prénom	Âge	Etat civile	Niveau d'instruction	profession	L'âge de l'enfant handicapé	Sexe de l'enfant handicapé
Rania	23 ans	Célibataire	4 AM	Aide éducatrice	14 ans	garçon
Daya	24ans	Célibataire	Etude supérieure	éducatrice	4 ans	garçon
Tinhinane	21ans	Célibataire	Etude supérieure	étudiante	15 ans	fille
Sabina	26ans	Célibataire	9 AF	Femme au foyer	10 ans	garçon
Dalil	20 ans	Célibataire	3 AS	lycien	14 ans	garçon

Les techniques utilisées et leurs analyses

I- Les techniques utilisées

Pour avoir des informations pertinentes et des données une certaine fiabilité a nos résultats et afin de répondre à nos hypothèses de recherche on a choisi d'utiliser l'entretien clinique plus une échelle d'estime de soi, une échelle d'auto-efficacité et un questionnaire de résolution de problème sociaux.

1-L'entretien clinique

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

Selon M, Grawitz : l'entretien clique « *comporte peu de question, c'est l'enquête qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder. Le plus souvent, il monologue, tous ce qu'il dit intéressent l'enquêteur, dans quelques domaines ou ordre d'idées que se soit. Une série d'interviews est nécessaire. L'enquêteur dans ce type d'interview, s'intéresse non seulement au contenu manifeste, ce que dit le patient, aussi la façon il le dit.* » (M, Grawitz. 2011, p646)

Pour Collette Chiland, l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande de patient, c est une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. (C. Chiland., 1983, p10)

De même l'entretien clinique ce n'est pas un interrogatoire mais c'est une écoute. Le sujet doit être placé, le plus possible, à l'aise les conditions matérielle (temps, lieu, distance, argent) ou affective (disponibilité, authenticité, empathie) revêtent une importance extrême .la durée peut aller de quelques minutes (quitte

à répéter les entretiens quand l'angoisse est trop marquée et semble insurmontable) à a une heure mais il ne convient jamais de dépasser cette limites, le paiement (directe ou indirecte) ou la gratuité de l'acte présent tous deux des avantages comme des inconvénients qu'il ne faut pas méconnaître. (J. Bergeret., 2008, p128).

Dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur les quels il se propose de mener son investigation. Ces question ne sont pas posées d'une manière hiérarchique ni, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à fin d'une association du sujet par exemple (H. Bénony et KH. chahraoui. 1991, p 16).

Il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi directif. Dans notre recherche et en vue de la qualité des l'information recherchée, nous avons opté pour l'entretien semi directif.

1-1-L'entretien semi directif

L'entretien semi directif est définit comme « c est une technique directe scientifique auprès d'individu pris isolement, mais aussi, dans certain cas au prés de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeur les informations. » (M. Angers., 1999, p144).

L'entretien semi-directif est un guide d'entretien avec plusieurs question préparées à l'avance mais non formulées d'avance, donc le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations et moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de découler son récit. (H. Bénony et coll., 2003, P143)

1-2-Le déroulement de l'entretien semi-directif

La partie pratique de notre recherche est effectuée au sein de centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux, de 06 Avril au 30 Mai durant la pratique on a utilisé un guide d'entretien semi-directif, deux échelles et un questionnaire. L'entretien semi directif avec la fratrie s'est déroulé dans le centre avec deux cas, et dans leur domicile avec trois cas. Pendant l'entretien on a expliqué aux sujets qu'on va inscrire leur réponse et ils ont accepté. On a remarqué que les frères d'enfants handicapés mentaux ont une grande motivation de participer à notre travail de recherche pour donner des réponses à notre question, en utilisant la langue Kabyle à cause de l'incapacité la pluparts de nos cas à comprendre la langue française.

1-3-L'attitude du clinicien

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

Il doit en effet se laisser mener un temps aux rythmes de l'autre, adopte et module selon les contenus et de son discours. Une attitude systématiquement muette de l'investigateur ou cette attitude peut être nuisible qu'une activité d'intervention pour un autre (P. Marty, 1990, p 72)

Selon R .Debraye, le clinicien doit accompagner les associations s'ils existent et les stimuler si c'est possible et d'essayer de revitaliser la relation si le contexte 'association est absent ou fragile. (R.Debray, 1996, p40)

1-4-Le guide d'entretien

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

Le guide d'entretien est défini comme un «ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewé » (Blonchet et Gotmen, 1999).

Dans notre recherche on a établi un guide d'entretien composé de cinq axes :

Les informations personnelles

- Quel est votre âge ?
- Nombre de frères et sœurs ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est le sexe de votre frère handicapé ?
- Quel est l'âge de votre frère handicapé ?
- votre frère handicapé est scolarisé ou non ?

AXE I : l'annonce de l'handicap au frère

- Pouvez-vous nous raconter comment vous avez reçu l'annonce d'avoir un frère handicapé ? A quel moment ?
- Comment s'est déroulé l'arrivée de frère à la maison d'après vous ?
- Quelle était votre réaction ?
- Existe-t-il des antécédents d'une déficience dans votre famille ?
- Avez-vous reçu des informations sur la déficience mentale de votre frère ? Lesquelles ?

AXE II : Description : Etat de frère handicapé

- De quel handicap souffre votre frère ?
- Pouvez-vous décrire les troubles qu'il a et comment manifestent-ils ? (Expliquer) ?
- Quelles sont les fonctions atteintes et les troubles associés ?
- Votre frère souffre-t-il des problèmes de santé ?
- Quel âge avait votre frère quand vous avez pris conscience de son handicap dans ses différentes dimensions ?

AXE III : Relation fratrie-enfant handicapé

- Comment avez-vous réagi lorsque vous êtes devenu conscient que vous attendez un frère ?
- Envisagez-vous d'avoir un autre frère ?
- Est-ce que s'est déroulé comme vous le souhaitiez ? Expliquez ?
- Est-ce que vous jouez, vous sortez avec votre frère ?

AXE IV : Etat psychique du frère de l'enfant handicapé

- Comment était votre état psychique avant et après avoir eu ce frère ?
- Quel regard avez-vous sur l'handicap ?
- Quelle image avez-vous de votre frère ?
- Quel sentiment éprouvez-vous à l'égard de votre frère ?
- Parlez-vous de votre frère à vos amis et autres connaissances ?
- Parlez-vous de votre souffrance à quel cun ? Ou préférez-vous rester seul ?

-Est que vous arrivez à gérer les difficultés ?

-Est- ce que vous parlez de votre frère à vous amis ? Pourquoi?

AXE V : Le regard vers l'avenir

- Comment envisagez-vous l'avenir de votre frère ?

- Comment voyez-vous l'avenir de votre famille ?

- Que souhaitez-vous ?

-Avez-vous des projets familiaux ? Et avec votre frère ?

-Avez-vous autres choses à rajouter ?

2-Echelle de l'estime de soi de Rosenberg

Historiquement, peut de domaines d'étude ont soutenue autant l'attention des chercheurs en psychologie que celui du concept de soi (Blad-Win 1897 ; Couley1902 ; Harter1983 ; James(1890) 1963 ; Mead 1943 ; Rosenberg 1965, 1979, 1986,1987).ainsi, en 1982 Ostrow estimait aux environs de sept mille le nombre d'articles publiés sur le concept de soi. Plusieurs définitions conceptuelles de l'estime de soi ont été proposées, et parmi celle-ci, celle de Rosenberg(1979,1985) apparait sans doute comme l'une des plus dignes d'intérêt(Harter1983) .Selon Rosenberg(1985) l'estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction à l'égard de soi tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. De plus, l'estime de soi élevé implique le respect pour soi-même. Rosenberg différencié deux niveaux de respect, soit les niveaux inconditionnels et conditionnels. Le respect inconditionnel suppose que l'individu se respecte en tant qu'être humain, indépendamment des ses qualités ou accomplissements alors que le respect conditionnel comporte une congruence entre les standards personnels de compétence, de moralité, d'excellence et les sentiments d'accomplissement à

l'égard de ces standards. Selon Rosenberg, l'absence d'un respect conditionnel différencie la personne ayant une estime de soi élevée de celle possédant une faible estime de soi.

Parmi les instruments de mesure qui tentent de capter la notion générale de l'estime de soi globale, notons ceux de Copersmith(1967), de Piers et Harris(1969) et le « Rosenberg's Self-Esteem Scale »(RSE) de Rosenberg (1965). Le RSE est un instrument de nature unidimensionnelle, construit à partir d'une conception phénoménologique de l'estime de soi et qui permet de capter la perception globale des sujets quant à leur propre valeur. Cet instrument de 10 items permet d'évaluer à quel point l'individu se considère généralement comme une personne de valeur, comme possédant un certain nombre de belles qualités, comme ayant une attitude positive à l'égard de lui-même, comme ne se considérant pas comme un échec, ou un bon à rien. Cet instrument possède des indices de fidélité et de validité très acceptables. (Evelyne.F Vallières et Robert.J Vallerand pp, 305-306).

2-1-Le mode d'administration

L'emploi du terme « estime de soi » doit être évité. On notera que sur la feuille de réponse, ce terme n'apparaît pas dans le titre.

2-2-Les consignes d'administration

On demande aux sujets de noter chaque item sur une échelle de 4 points

1. pas du tout d'accord.
2. pas d'accord
3. d'accord
4. tout à fait d'accord

Les items positifs : on additionne les points.

Les items négatifs : on convertit les notes pour ensuite les additionner (1 vaut 4, 2 vaut 3, 3 vaut 2, 4 vaut 1)

La totalité donne une note de l'estime positive de soi. La plus basse note est 10 et la plus haute 40. (Ibid., 309)

Tableau n° 2

L'échelle constituée donc de 10 items dont 5 positifs et 5 négatifs

Items positifs	1	2	4	6	7
Items négatifs	3	5	8	9	10

2-3-Le niveau d'estime de soi

Tableau n° 3 : Le niveau d'estime de soi

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
01	<25	Très faible
02	25-31	Faible
03	31-34	Moyen
04	34-39	Fort
05	>39	Très fort

D'après ce tableau de l'estime de soi est très faible quant la limite est de 25 ou inférieure, l'estime de soi est quant la limite est de 25 à 30, estime de soi

moyen entre 31 à 34 et un estime de soi est fort, celui de 34 à 39 et le plus élevé est la limite de 40.

L'interprétation des résultats de l'échelle se réfère à cet étalonnage du moyen pour identifier le niveau d'estime de soi pour notre group de recherche. Les résultats est identique pour un homme ou une femme (Evelyne, F Vallieres, J Robert et P. Vallerand).

3-Echelle générale d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle de Scherrer 1982 : The self-efficacy scale(Sherer et al ; traduit en longue française)

Parallèlement à l'entretien clinique, nous avons utilisé l'échelle générale d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle, de Sherer et al. Pour mesurer la perception de sentiment d efficacité personnelle.

Le SES est un instrument développé par sherer et coll (1982) qui évalue les perceptions d'efficacité personnelle chez un individu. Une traduction française a été réalisée par Chambon et l'instrument s'intitule l'Echelle d'Evaluation du Sentiment d'Efficacités Personnelle. La notion de perception d'efficacité personnelle réfère au jugement personnel d'une personne en regard de capacité à faire face à une situation donnée. Dans le cas présent, l'évaluation des perceptions d'efficacité personnelle se réfère principalement aux « self-efficacy expectancies », c'est-à-dire, aux convictions personnelles qu'une personnelle peut accomplir avec succès les comportements requis dans une situation précise.

3-1-La Validité

Les concepts évalués par le SES ont été mis en relation avec différents autres construits associés à la personnalité qui sont également reliés à l'efficacité. Les résultats du SES ont, notamment, été mis en comparaison avec

l'Internal-External Control scale (I-E ; Rotter, 1966). Certains résultats suggèrent que les individus ayant un locus de contrôle interne (attribution des succès à ses habiletés) soient davantage portés à avoir une perception positive de leur efficacité personnelle, contrairement à ceux ayant un locus de contrôle plutôt externe (attribution des succès au hasard ou à la chance) (Sherer et al, 1982)

En outre, le sentiment d'efficacité personnelle, ainsi que les expériences antérieures de succès ou d'échecs sont des facteurs contribuant au développement de l'estime de soi. Certains résultats ressortant de la comparaison entre le SES et le Rosenberg Self-esteem Scale appuient ce construit (Sherer et al.1982). Ces résultats tendent donc à confirmer la validité de construire du SES. (Ibid.)

3-2-La cotation

Les réponses sont notées sur une échelle de Likert à 5 niveaux :

1. Jamais
2. Rarement
3. Quelque fois
4. Souvent
5. Toujours

Nous avons utilisé la partie de l'échelle de Sherer et al « The self-Efficacy Scale » concernant la perception d'efficacité générale (auto-questionnaire de 17 items).

Les items positifs : définie par l'addition des réponses obtenues aux 17 items, les items négatifs : les scores ont été inversés.

Le score total maximum était de 85.

Le score du sentiment 'efficacité personnelle (noté sur 85) variait d'une valeur minimale de 35 à une valeur maximale de 82. La valeur médiane était de 65.

Tableau n°4 : items positifs et négatifs de l'échelle d'auto-efficacité.

Items négatifs	2-4-5-6-7-10-11-12-14-16-17
Items positifs	1-3-8-9-13-15

Le test est constitué donc de 17 items dont 6 positifs et 11 négatifs

3-3 Le niveau de sentiment d'efficacité personnelle

Tableau n°5 : le niveau de sentiment d'efficacité.

Score	Limites des scores	Niveau d'estime de soi
01	<35	Très faible
02	35-65	Faible
03	65-70	Moyen
04	>82	Fort

D'après ce tableau le niveau de sentiment d'efficacité personnel est très faible quant la limite est de 35 ou inférieur, il est faible quant la limite est de 35 à 65, sentiment d'efficacité est moyen à 65 et il est fort lorsqu'il est supérieur à 82.

L'interprétation des résultats de l'échelle se réfère à cet étalonnage du moyen pour identifier le niveau sentiment d'efficacité personnel pour notre groupe de recherche, Les résultats est identique pour un homme ou une femme.

4-Questionnaire de résolution de problèmes sociaux

C'est un instrument qui a été construit par D'Zurilla et al, basé sur la théorie de résolution de problèmes sociaux. La version anglaise de cet instrument est utilisée depuis plusieurs années et a été révisée en 1996. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré permettant de mesurer les habiletés de résolution de problèmes. Il a été utilisé dans plusieurs recherches non seulement parmi les personnes atteintes d'une maladie chronique, mais aussi parmi différents types de population (anxiété, suicide, dépression).

Pour la mesure relative à la résolution de problèmes sociaux, nous avons eu recours à une version abrégée de l'inventaire de la résolution de problèmes sociaux et al de Dugas (1996) contenant 35 questions, laquelle est une adaptation française de l'inventaire de résolution de problèmes sociaux (IRPS, D'Zurilla et Nezu, 1982) qui comporte 70 items. Ce questionnaire abrégé comprend deux dimensions principales, à savoir les habiletés de résolution de problème et l'orientation au problème.

Ce questionnaire utilisé dans notre recherche comporte 15 items de type Likert à 5 niveaux variant de « pas de tout d'accord » à « tout à fait d'accord »

Les items positifs : on additionne les points.

Les items négatifs : on convertit les notes pour ensuite les additionner (1 vaut 4, 2 vaut 3, 3 vaut 2, 4 vaut 1).

4-1 Les consignes d'administration

Voici une série d'énoncés décrivant comment certaines personnes pourraient penser, se sentir et se comporter lorsqu'elles font face à des problèmes de la vie quotidienne. Il s'agit de problèmes importants qui pourraient avoir un effet significatif sur votre bien-être ou celui de gens que vous aimez par exemple, ses problèmes concernent la santé, une dispute avec un membre de

vosre famille ou vosre entourage. S.V.P. lisez attentivement chaque énoncé et choisissez un des chiffres ci-dessous afin d'indiquer à quel point l'énoncé est vrais pour vous. Tenez compte de vosre façon habituelle de penser, de vous sentir et de vous comporter lorsque vous êtes aux prises avec des problèmes de la vie quotidienne ces jours-ci.

1. Pas de tout d'accord
2. Pas d'accord
3. d'accord
4. tout à fait d'accord

Tableau n°6 : Les items positif et négatifs de questionnaire de résolution de sociaux

items positifs	1	2	4	6	7
Items négatifs	3	5	8	9	10

4-2-Le niveau de capacité de résolution de problèmes sociaux

Tableau n°7 : Le niveau de capacité de résolution de problèmes sociaux

Les scores	Limites des scores	Niveau de la capacité de résolution de problèmes sociaux
1	<50	Très faible
2	55-60	faible
3	60-65	moyen
4	65-70	fort

5	74	Très fort
---	----	-----------

D'après ce tableau la capacité de résolution de problèmes sociaux est très faible quand la limite est de 50 ou inférieur, faible quand la limite est de 55 à 60 moyens entre 60 à 65, fort celui de 65 à 70 et le plus élevé est la limite de 75.

L'interprétation de résultat de questionnaire se réfère à cet étalonnage du moyen pour identifier la capacité de résoudre les problèmes sociaux pour notre groupe de recherche, les résultats est identique pour un homme ou une femme.

II-Technique d'analyse

1- L'analyse de l'entretien semi-directif

L'analyse de l'entretien semi-directif s'est fait suivant la méthode d'analyse, elle est définie comme : « une démarche discursive de reformulation d'explication ou de théorisation de données d'enquête, dont la logique participe est la découverte et à la construction du sens » (Paillé, Mucchielli, 2005, p 5)

De son coté, Bardin estime que l'analyse de contenu « est un instrument d'investigation applicable à des messages de nature très différentes : diffusions de masse, entretiens clinique ou matériaux d'enquête » (Bardin, 2003, p14)

Cette interprétation thématique appelée aussi analyse thématique représente un outil précieux pour notre travail pour sa simplicité, sa rapidité et son efficacité.

L'analyse s'est faite en rapport avec l'orientation de recherche, c'est-à-dire la problématique et ses questions.

2-L'analyse et cotation des échelles

L'analyse des deux échelles (échelle d'estime de soi e, échelle d'auto efficacité) et le (questionnaire de la résolution de problèmes sociaux) est fait tout d'abord par la cotation de chaque item on a basé sur la grille de correction, on compte les points qui correspond a chaque item de ses échelles et ce questionnaire. Les notes obtenu sont réparti ses derniers qui seront inscrites sur la feuille de réponse de chaque échelle, après on va présenter les résultats obtenu dans des tableaux. On va baser sur le niveau de chaque échelle et de questionnaire.

La note totale de chaque épreuve s'obtient par l'addition des items chaque et de questionnaire, la note maximale de l'estime de soi est 40, auto-efficacité » est 85 et la résolution de problèmes sociaux est 65.

Conclusion du chapitre

Le chapitre méthodologique est très important dans un travail scientifique, il est nécessaire pour avoir une bonne organisation dans notre travail, car il est la base pour atteindre l'objectif essentielle de notre recherche et cela a travers le respect des étapes dans l'enchaînement et le déroulement de notre travail.

1-Présentation et analyse des résultats

1-1-Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 1

Présentation de cas n° 1

Rania âgé de 23 ans, est éducatrice, elle est la deuxième d'une fratrie de huit enfants, célibataire, son niveau d'instruction est de quatrième année moyenne. Rania est la sœur d'un frère trisomique âgé de 14 ans, il est scolarisé dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux (CPEHM).

L'entretien avec Rania s'est déroulé dans le centre psychopédagogique.

Données et analyse de l'entretien du cas n°1

Avant d'entamer l'entretien, on a remarqué que Rania est dynamique, active et sérieuse dans son travail, mais elle ne parle pas beaucoup avec ses collègues et elle s'amuse pas avec les enfants de centre, et en particulier avec son frère, elle a accepté l'entretien avec nous, après l'explication de notre objet d'étude.

Rania a découvert l'état de son frère après un an de sa naissance. La découverte du handicap selon elle n'est pas un choc, donc à ce moment la Rania n'a pas fait le deuil d'un frère fantasmé. Elle dit « oulache felesse hasbaghte dakchiche amneta amiyadhe ». « Ça fait rien je le trouve comme lui comme les autres enfants normaux », S Freud dit à cette égard « le deuil est une réaction de perte d'une personne avancé ou une abstraction mise à sa place : la partie, la liberté, un idéal. De ce fait la douleur est la réaction propre à la perte d'objet (J-L. Pedinielli et A. Bernoussi, 2004, p.79).

On a constaté chez elle un signe d'adaptation à l'handicap de son frère a propos de son opinion par rapport aux autres « Arghouriaugkhousara, on dirait machi handicapé ou yarna delmektoub ». « Pour moi il est normal on dirait ce n'est pas un handicapé et encore c'est le destin ». On voit dans cette phase une ambivalence dans les sentiments de Rania d'un côté, elle affirme qu'elle se représente son frère comme un enfant normal et d'un autre côté, elle recourt à la religion pour donner un sens à l'handicap de son frère et aussi trouver un soutien spirituel.

Aussi on a constaté que Rania présente un sentiment de son fierté quant elle nous a décrit son frère son frère « Ihreche, itete, itedouiwahdesse, isaaifassen, itarene, ou yarna ihadere, imougue amnecni ». « il est malin, il mange, il parle, il marche tout seul, il est autonome dans toute les façon il est comme nous ».

D'après l'analyse de l'entretien de Rania, on a remarqué aussi qu'elle n'est pas sociable, elle ne partage pas ses difficultés avec les autres, elle aime l'isolement « hadraghe des fois akdyma, machihawla, tajaghekoulchi ou goulawe, thabighe adekimaghe iwadhi, des fois tetroughe » « je partage des fois mes difficultés que avec maman, si non je laisse tout dans mon cœur et encore j'aime rester seule, par fois je pleure ». Ici on note la présence de deux mécanismes de défense : tels que l'évitement et l'isolement où elle dit « j'aime rester seule, parfois je laisse tout dans mon cœur » et le mécanisme de refoulement quand elle a dit « je préfère laisser tout dans mon cœur ».

Rania a accepté facilement son frère handicapé et elle partage des bons sentiments avec lui « thabighe aduraghe wa adefghaghe wahi idhessa » « j'aime jouer et sortir avec lui » cela veut dire veut dire

qu'elle ne présente pas le sentiment de la honte vis-à-vis de l'état de son frère.

Aussi quand elle a dit « Itghitiyi, des fois je pleur et je me sens triste » d'après ce passage on constate une ambivalence et une contradiction, d'une part elle voit son frère comme les autres enfants normaux, d'autre part elle pense qu'il est inadapté » la c'est une adaptation a la situation, qui est un mécanisme de défense contre le choc et le trauma.

Finalement quand au regard vert l'avenir Rania est une personne optimiste, elle souhaite beaucoup de choses à son frère pour l'avenir

« kouleche moumkine, izmer adeghe, adissäou akhame tomobile izmer adizwege ... » « tout est possible il peut devenir intellectuelle, il peut avoir une maison, une voiture et il peut se marier... ».

Quand nous avons demandé à Rania si elle veut ajouter quelque chose elle nous a dit qu'elle souhaite à son frère le bonheur. Mais elle peur d'avoir un enfant handicapé, je veux avoir deux filles et deux garçons en bonne santé physique et mental.

Les derniers mots de Rania nous renseignent combien est dur en réalité pour elle d'avoir un frère handicapé, même si elle semble à travers ses propos accepter sa présence.

Conclusion de l'entretien

Après l'analyse de l'entretien on remarqué que Rania n'a pas accepté l'handicap de son frère, elle éprouve un conflit intrapsychique et une souffrance interne.

1-2-Présentation et analyse de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Tableau n° 8-1 : Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Les items	positifs	score	négatifs	score
1	1	4	3	1
2	2	4	5	2
3	4	4	8	3
4	6	2	9	4
5	7	3	10	1
Le total des scores	17		11	
	28			

On a constaté que Rania a eu une estime de soi faible, elle voit qu'elle est une personne de valeur et elle possède des belles qualités, mais elle n'est pas fière d'elle et parfois elle se voit comme une personne inutile malgré que le totale des scores positifs plus élevés par rapport au totale des scores négatifs

1-3 Présentation et analyse de l'échelle de l'auto-efficacité de Scherer**Tableau n°8-2 Résultat de l'échelle d'auto-efficacité**

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
Items positifs	1		3		8		9		13	15	21	38
Score	5		1		4		5		3	3		
Items négatifs	2	4	5	6	7	10	11	12	14	16	17	
Score	1	4	1	1	3	1	1	2	2	1		

A partir de l'application de l'échelle de l'auto-efficacité, on a remarqué que le score obtenu de notre sujet se réfère à une faible efficacité personnelle, elle n'a pas confiance en soi malgré qu'elle se voie qu'elle est de faire les choses en capacité qu'elle n'abandonne pas facilement et aussi elle n'est pas une personne hésitante.

1-4-Présentation et analyse de questionnaire de résolution de problèmes sociaux**Tableau n°8-3 Résultat du questionnaire de résolution de problèmes sociaux**

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15					
Items positifs	1	2	6	7	9	10	12	13	14	15	37	

Score	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3		
Items négatifs	3		4		5		8		11			50
Score	1		3		2		3		4		13	

Après l'application de questionnaire de la résolution des problèmes sociaux on a constaté que Rania a une très faible capacité de résolution de problèmes et se manifeste au score total obtenu 50.

Conclusion des échelles et de questionnaire

Après l'application et l'analyse des échelles (estime de soi et l'auto-efficacité) et le questionnaire de résolution de problème sociaux, les scores obtenus réfère que Rania a une faible estime de soi, une faible efficacité personnel et elle n'est pas capable de résoudre les problèmes sociaux.

Conclusion du cas

Après l'analyse de l'entretien, avec l'application de deux échelles et le questionnaire, on peut dire que Rania vit dans une situation conflictuelle, et d'une souffrance interne, dans le refus total de l'handicap de son frère. Ce qui signifie que Rania une personne qui n'est pas résiliente.

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

Présentation de cas n°2

Daya âgée de 24 ans, est éducatrice, elle est la deuxième d'une fratrie de six enfants, célibataire, son niveau d'instruction est licence,

Daya est la sœur d'un frère trisomique âgé de 6 ans scolarisé dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

L'entretien avec Daya s'est déroulé dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

Donnée et analyse de l'entretien de cas n°2

Durant l'entretien Daya s'est montré très calme souriante confiante en elle, elle répond spontanément à nos questions d'une façon structurée et argumentée.

L'annonce d'un handicap selon Daya est un choc « Imi idena yema gmame trisomique chokighe » «lorsque ma mère m'a annoncé que, mon frère est un trisomique j'étais en état de choc ».Après l'annonce de l'handicap à Daya, elle été terrifiée, la prise de la connaissance que son frère est un trisomique est un choc pour elle, elle a perdu l'image d'un frère fantasmé « machi aken inwighe idifaghe maginighthide dakchiche normal » «ça ce n'est pas déroulé comme je l'ai souhaité »

Après l'analyse de l'entretien on a constaté chez elle le sentiment de la pitié « itghitiyéhawla iges3da ikimeguesbitarachhaleoutiwikiaara g l' handicap iguesaa anechte iharaghe glahlak ini iguesaaaken » « il m'a fait pitié, il a beaucoup souffert et il été hospitalisé je ne m'arrête pas sur son handicap mais ce qui m'intéresse c'est sa maladie de cœur ». Elle s'est préoccupée de son problème de cœur.

On suite on a constaté qu'elle éprouve le sentiment de l'inquiétude par rapport l'amélioration de son état sanitaire « ihlek oulisse anuighass ougtejara » « il était très malade je croyais qu'il vat pas guérir » on note aussi une angoisse de mort chez cette sœur, c'est l'angoisse de perdre son

frère, elle dit « ougathaghe a cause n lahlakini ademethe » j'ai peur qu'il meurt cause de cette maladie » c'est une angoisse de perte d'objet.

Enfin Daya est trop attaché a son frère elle sort elle joue avec lui elle s'occupe de lui. Aussi elle n'a pas des difficultés dans ses relations sociales, elle fréquente les gens elle a des amis et aussi elle a beaucoup de copines.

Finalement quant au regard vers l'avenir, Daya nous a dit « thayi en Algérie ourisaara l'avenir » « la en Algérie il n'a pas d'avenir » elle montre que son frère n'a pas d'avenir dans notre société, mais elle une autre vision optimiste lorsque elle a dit « athyawiaami a franssa après mara adyinghoure ouritghamara dayi » « il va partir en France avec mon cousin dés qu'il grandira il ne va pas rester ici ».

Conclusion de l'entretien

Après l'analyse de l'entretien on peut conclure, que le cas présentait un état de choc après l'annonce de l'handicap de son frère, et des symptômes d'angoisse par rapport a l'état de la santé de son frère, suivi d'un attachement envers lui et un sentiment de pitié. Daya a accepté son frère comme il est.

1-2-Présentation et analyse de l'échelle de l'estime de soi

Tableau n° 9-1 Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Les items	Items positifs	Score	Items négatifs	Score
1	1	4	3	2
2	2	4	5	2
3	4	4	8	4

4	6	4	9	2
5	7	4	10	2
Total des scores	20		12	
	32			

Après l'application de l'échelle de l'estime de soi on a constaté que Daya a une estime de soi fort, elle se sent autonome, elle se voit qu'elle est une personne de valeur et elle s'est satisfaite d'elle. Le total des scores se réfère à 32 et le total des scores positifs plus élevé(20) que le total des scores, négatifs qui est(12).

1-3-Présentation et analyse de l'échelle de l'auto-efficacité de Scherer

Tableau n°9-2 Résultat de l'échelle d'auto-efficacité

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Totale	
	9	10	11	12	13	14	15					
Items positifs	1		3		8		9		13	15	28	65
Score	4		5		5		5		4	5		
Items négatifs	2	4	5	6	7	10	11	12	14	16	37	
	5	3	4	3	4	3	4	5	3	3		

A partir de la présentation de cette échelle, et son application on a constaté que Daya a une efficacité personnelle moyenne, le score obtenu d'après cette échelle réfère à 65.

1-4-Présentation et analyse de questionnaire de résolution de problèmes sociaux

Tableau n°9-3 Résultat du questionnaire de résolution de problèmes sociaux

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15	16				
Items positifs	1	2	6	7	9	10	12	13	14	15	46	67
Score	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4		
Items négatifs	3		4		5		8		11		21	
Score	4		4		5		3		5			

L'application de ce questionnaire permet nous de constaté que a une très bonne capacité de résolution de problèmes, elle cherche à résoudre les problèmes sociaux par des bonnes solutions, c'est une personne qui cherche à atteindre a ses objectifs.

Conclusion des échelles et le questionnaire

On a constaté après l'application des échelles (estime de soi et l'auto-efficacité) et le questionnaire (résolution de problèmes sociaux) que

Daya elle a une estime de soi fort, une efficacité personnelle moyenne et une bonne capacité de résoudre les problèmes sociaux.

Conclusion du cas

A partir de l'analyse de l'entretien et l'application des échelles et de questionnaire on a conclu que Daya accepte la situation, elle s'est adapté à l'handicap de son frère, ce qui signifie que Daya une personne résiliente.

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

Présentation du cas n°3

Tinhinane âgée de 22 ans, est étudiante, célibataire, elle est l'innée d'une fratrie de 4 enfants, Tinhinane est la sœur d'une fille IMC âgé de 15 ans, est scolarisée dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

L'entretien avec Tinhinane s'est déroulé dans le domicile familial

Donnée et analyse de l'entretien du cas n°3

D'abord on remarqué que Tinhinaneest très calme, modeste, le contacte avec elle est très facile, elle parle de la situation de sa sœur avec beaucoup de franchise, et elle donne des réponses structurées.

L'analyse de l'entretien révèle, que Tinhinane a pris conscience que sa sœur est atteinte d'un IMC quand elle a l'âge de 10 ans « asseniydenanetrughethghatiyiakhatarmachiakayiidloule » « lorsque ils m'ont dit que ma sœur est IMC j'ai pleuré parce qu' elle était en bonne santé », ici Tinhinaneéprouve un sentiment de sensibilité vis-à-vis sa sœur.

On constate chez elle un signe d'attachement vers sa sœur « nekiititawinear le médecin mara ate3ou un rendez-vous la rééducation » « c'est moi qui l'accompagne aux séances de la rééducation »

« thadaraghtegoukhameakthibaratakghasse les conseilles » « je fais attention à elle et je lui donne des conseils ».

Tinhinane accuse ses parents, elle projette sa souffrance sur eux « tahlekmlihe la3cha tes3a tawla mais ourtiwinaraar l'hôpital » « elle été très malade la nuit elle a eu une fièvre aigue mais ils ne l'ont pas pita l'hôpital » elle voit que ses parents sont coupables de l'état de santé de sa sœur.

D'après ses propos on note une contradiction, d'une part elle se montre qu'elle est courageuse « mara ates3ou une crise j'essaie amekatkalmighe surtout zdathe nyema mais après thtroughe » « le moment ou elle a une crise j'essaie de la calmer surtout devant ma mère mais après je pleur » ce qui signifie qu'elle vit dans un conflit intra psychique ou elle refoule sa souffrance devant ses parents.

On a remarqué chez Tinhinane qu'elle est généreuse sociable elle a beaucoup d'amis, pour dépasser sa souffrance psychique elle partage ses difficulté avec ses amis « hadragheak d les amis inou mara adhousaghe ça va pas » « je partage mes difficultés avec mes amis quand je ne me sens pas bien ».

Tinhinaneà une vision optimiste consternant la guérison de sa sœur elle dit « inayid le médecin a partir de l'âge de 15 ans atakhdeme l'opération » « le médecin nous a dit qu'a partir de l'âge de 15 anson va lui faire une intervention » « s3ighe l'espoir » « je garde toujours l'espoir ».

Enfin elle n'a pas de craintes par rapport à l'avenir de sa sœur « on a des projets pour elle et encore j'ai proposé à mon père de l'intégrer dans une école privé ».

Conclusion de l'entretien

Après l'analyse de l'entretien on conclut que Tinhinane accepte situation elle est très attaché a sa sœur, elle a une vision optimiste par rapport à l'avenir de sa sœur ce qui signifie que Tinhinane est une personne résiliente.

1-2-Présentation et analyse de l'échelle de Rosenberg de l'estime du soi

Tableau n° 10-1 Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Les items	Items positifs	Score	Items négatifs	score
1	1	4	3	3
2	2	3	5	4
3	4	4	8	4
4	6	4	9	3
5	7	4	10	1
Le total des scores	19		15	
	34			

Après l'utilisation de cette échelle on a constaté que Tinhinane a un sentiment d'estime de soi fort, elle voit qu'elle est une personne de valeur et elle est fière de ses capacités et ses attitudes.

Les résultats de cette échelle épreuve (montre) que l'addition des scores des items positifs plus élevés(19) par rapport à l'addition des scores négatifs(15) ce qui signifie elle est contente de sa façon de vie.

1-3-Présentation et analyse de l'échelle de l'auto-efficacité de Scherer

Tableau n°10-2 Résultat de l'échelle d'auto-efficacité

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
Items Positifs	1		3		8		9		13	15	25	
score	4		5		5		4		4	3		
Items négatifs	2	4	5	6	7	10	11	12	14	16	41	66
Scores	3	5	4	5	5	3	5	5	3	3		

L'application de cette échelle permet à nous de voir que Tinhinane a une efficacité personnelle forte, elle sent autonome, elle est optimiste et elle est sûre de ses capacités.

D'après les scores que nous avons obtenus on a constaté que malgré Tinhinane évite de faire face aux difficultés mais elle est caractérisée par la confiance de soi, elle n'hésite pas et elle n'abandonne pas facilement

1-4-Présentation et analyse de questionnaire de résolution de problèmes sociaux

Tableau n°10-3 Résultat du questionnaire de résolution de problèmes sociaux

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15					
Items positifs	1	2	6	7	9	10	12	13	14	15	40	61
Score	5	3	2	4	4	5	5	3	5	4		
Items négatifs	3		4		5		8		11		21	
Score	3		4		5		5		4			

A partir de la présentation de ce questionnaire on déduit que Tinhinane a la capacité de résolution des problèmes sociaux et se manifeste à un score total obtenue qui est 61, on a constaté qu'elle essaie habituellement de trouver une meilleure et efficace solution à résoudre un problème.

Conclusion des échelles et de questionnaire

A partir de l'application des échelles (estime de soi, auto-efficacité personnelle) et le questionnaire (résolution de problèmes sociaux), on a d'après les scores obtenus réfère que Tinhinane a une bonne estime de soi une forte efficacité personnelle et une capacité de résoudre les problèmes sociaux.

Conclusion du cas

En guise de conclusion après l'analyse de l'entretien et l'application des échelles et le questionnaire, on a conclut que Tinhinaneest une personne optimiste, elle est dans la situation de l'acceptation de l'handicap de sa sœur, ce qui signifie que Tinhinaneest une personne résiliente.

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

Présentation du cas n°4

Sabina âgé de 26 ans elle est la troisième d'une fratrie de 6 enfants, célibataire, son niveau d'instruction est 9AF, elle est la sœur d'un frère trisomique âgé de 10 ans scolarisé dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

L'entretien avec Sabina s'est déroulé dans le domicile familial

Donnée et analyse de l'entretien du cas n°4

Au début de l'entretien, on a remarqué que Sabina se comporte bien avec nous et aussi avec son frère trisomique, elle parle et en même temps elle s'amuse avec lui, on a remarqué aussi qu'elle est dynamique, active et souriante, elle collaborait facilement avec nous. En plus elle nous donnait des réponses très claires sans complexité.

Durant l'entretien, Sabina nous a raconté comment était l'annonce de l'handicap pour elle et comment était son interaction « après kra oussane imi idiloule yahlek, neouithear le médecin, inayaghd belli handicapé » « après quelques jours de sa naissance, il est tombé malade, on a consulté un pédiatre qui nous a dit que c'est un handicapé » l'annonce de l'handicape pour Sabina c'était pas un choc, c'est pour ça

qu'elle n'a pas fait le deuil d'un frère fantasmé' elle dit « arghouri oulach fellasse » « pour moi c'est très normal »

Pendant l'entretien avec elle, on a constaté chez elle les facteurs qui renvoient à la personne résiliente dans plusieurs passages « zaraghtid akam arrache nidhèn » « je le vois comme les autres enfants » « ourkhèdmaghara la différence garas ak d ouayèthman idhèn » « je ne fais pas la différence entre lui et mes autres frères » « aghouri kifkif nsanak » « pour moi ils sont tous pareils » « tiswi3ine thtoughebeli handicapé

« Des fois j'oublie comme quoi c'est un handicapé » « elmouhime issaa kouleche » « l'essentielle il a tout ».

Sabina éprouve aussi un sentiment de fierté à l'égard de son frère « ihrach ikhaddemkoullech iouahdes » « il est malin et autonome »

Et par conséquent, cet événement n'a pas provoqué chez elle le sentiment de la honte « ntefagh ak louahi , thabigh adouraragh ak yidass même nettadaghèn » « on sort ensemble et j'aime jouer avec lui »

On note aussi un mécanisme de défense tel que le refoulement « ouhakoughihad les problèmes issaigh » « je ne raconte à personne mes difficultés » aussi un autre mécanisme de défense tel que l'isolement d'après ses propos « oussaighara timdoukal, tivitigh akmeddan » « je n'ai pas de copine, j'évite tout le monde » se qui signifie que chez Sabina n'est pas sociable.

Enfin, Sabina a une vision optimiste concernant l'avenir de son frère « ellant hawla lahouayadje igazmar adikhdam par exemple le sport » « il ya beaucoup de choses qui eut faire dans l'avenir, par exemple le sport ».

Conclusion du cas

Après l'analyse de l'entretien, on a constaté que Sabina n'était pas choquée après un moment qui suit l'annonce de l'handicape de son frère, elle présente un sentiment de sensibilité à l'égard de son frère et aussi un sentiment de fierté pour l'amélioration de l'état psychique de son frère, elle n'a aucun conflit interne et elle ne présente pas le sentiment de la honte, ce qui signifie que notre sujet est une personne résiliente.

1-2-Présentation et analyse de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Tableau n° 11-1 Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Items	Items positifs	Score	Items négatifs	Score
1	1	4	3	4
2	2	3	5	4
3	4	4	8	3
4	6	4	9	2
5	7	4	10	2
total	19		15	
	34			

Sabina a une estime de soi fort elle se voit qu'elle est une personne de valeur elle est fière d'être capable de faire beaucoup les choses en efficacité, on a remarqué que l'addition des scores positifs et plus élevés

par rapport à l'addition aux scores négatives ici on voit qu'elle a une vision positive vis-à-vis elle-même.

1-3-Présentation et analyse de l'échelle De l'auto-efficacité de Scherer

Tableau n°11-2 Résultat de l'échelle d'auto-efficacité

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
Items positifs	1		3		8		9		13	15	26	
Score	5		5		4		5		3	4		
Items négatifs	2	4	5	6	7	10	11	12	14	16	40	66
Score	5	4	4	4	3	4	5	3	4	4		

Après l'application de cette échelle cette échelle nous permet de conclure que Sabina a une forte efficacité personnelle, malgré qu'après un échec elle abandonne mais c'est un type qui met la confiance en soi et elle est autonome.

1-4-Présentation et analyse du questionnaire de résolution de problèmes

Tableau n°11-3 Résultat du questionnaire de résolution de problèmes

Items	1	2	3	4	4	5	6	7	8		Total
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	-------

	9	10	11	12	13	14	15					
Items positifs	1	2	6	7	9	10	12	13	14	15	46	68
Score	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5		
Items négatifs	3		4		5		8		11		22	
Score	4		5		4		4		5			

On remarqué après l'application de questionnaire de la résolution de problème sociaux que Sabina a une bonne capacité de résolution de problème et se manifeste à le score total obtenue de cette échelle qui est 68.

Conclusion des échelles et de questionnaire

Après l'application des échelles (estime de soi et l'auto-efficacité personnelle) et le questionnaire de (résolution de problème sociaux) on a constaté d'après les scores obtenus, que Sabina a une estime de soi fort, une bonne efficacité personnelle et une bonne capacité à résoudre les problèmes.

Conclusion de cas

En guise de conclusion après l'analyse de l'entretien et le questionnaire on a conclut que Sabina a accepté l'état de son frère handicapé et elle n'a aucun conflit intrapsychique, ce qui signifie que Sabina est une personne résiliente.

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas n°5

Présentation du cas n°5

Dalil âgé de 20 ans, lycien, il est l'inné d'une fratrie de deux enfants, célibataire, son niveau d'instruction est 3^{ème} AS, frère d'un enfant autiste, âgé de 14 ans et scolarisé dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

L'entretien avec Dalil s'est déroulé dans le domicile familial.

Donnée et analyse de l'entretien du cas n°5

Pendant l'entretien, on a remarqué que Dalil est très intelligent, il donne des réponses précises, mais très claires, il est calme, posé et sage.

L'annonce de l'handicap d'après lui n'était pas un choc « normale ounazmiranakhdamekra et encore degma » « normale, on ne peut rien faire et encore c'est mon frère »

On constate que Dalil était très content d'avoir un frère, c'était un très bon événement « ami iaalmagh adesaoughe gma farhaghbezzaf » « j'étais très content lorsque j'ai pris la connaissance d'avoir un frère » mais l'arrivée d'un frère handicapé est un malheur d'après lui « vghigh adessaoughe gma normale » « je veux avoir un frère normal », ici on constate que Dalil n'a pas accepté l'arrivée d'un frère handicapé à sa famille et aussi d'être un frère d'un enfant handicapé.

Il projette sa souffrance à sa mère « des fois issefkaiyé mais beaucoup plus issoufriyema » « des fois il me met en colère mais beaucoup plus c'est maman qui souffre de lui » il voit que son frère est un obstacle pour lui et pour sa mère.

D'après Dalil être un frère d'un enfant handicapé est une souffrance, selon ce qu'il dit où il fait recourir à la religion pour donner sens à l'handicap de son frère aussi trouver un soutien spirituel.

« L'handicapini negma tginiaqhe mais delmektoub » « l' handicap de mon frère nous gêne ».

On a remarqué que Dalil présente un sentiment de honte « outerarghara outefaghara akyedess si non athetaassaghe kane » « on ne joue pas et on ne sort pas ensemble si non je vais le surveiller tous le temps »

Enfin, Dalil a une vision pessimiste concernant l'avenir de son frère « ouryessaara l'avenir, izmereadaïche kane » « il n'a pas d'avenir il peut seulement vivre » il s'exprime avec un regard triste.

Conclusion du cas

Après l'analyse de l'entretien on a constaté que Dalil n'a pas accepté l'handicap de son frère en plus il éprouve un sentiment de la honte suivi d'une vision pessimiste concernant l'avenir de son frère, il vit dans un conflit intra psychique important.

1-2-Présentation et analyse de l'échelle du Rosenberg de l'estime de soi

Tableau n° 12-1 Résultat de l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi

Les items	Items positifs	score	Items négatifs	Score
1	1	4	3	1
2	2	4	5	4

3	4	4	8	3
4	6	4	9	2
5	7	3	10	3
Le total des scores	19		13	
	32			

Le résultat d'application de cette échelle nous permet de conclure Dalil a une estime de soi moyenne, il a obtenu 32 sur 40 points de la note totale. Dalil se voit qu'elle est une personne de valeur, il est content de ses capacités et qu'il a de belles qualités et aussi est une personne compétente. Après la lecture des scores on a remarqué que l'addition des items positifs qui est 19 et plus élevée par rapport à l'addition des items négatifs qui est 13.

1-3-Présentation et analyse de l'échelle de l'auto-efficacité

Tableau n°12-2 : Résultat de l'échelle d'auto-efficacité

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
Items négatifs	1		3		8		9		13	15	25	51
Score	5		4		4		4		3	5		

Items négatifs	2	4	5	6	7	10	11	12	14	16		
Score	3	2	3	3	4	1	4	3	1	2	26	

On a remarqué que a partir de présentation de cette échelle que le score obtenue de notre sujet se réfère a une faible efficacité personnelle et ce la épreuve dans la totalité des score qui est 51, tous ça épreuve selon les réponses qui nous a donnés notre sujet et d'après les scores que nous a obtenue durant l'application d'échelle.

1-4-Présentation et analyse de questionnaire de la résolution de problèmes sociaux

Tableau n°12-3Résultat du questionnaire de résolution de problèmes

Items	1	2	3	4	5	6	7	8			Total	
	9	10	11	12	13	14	15					
Items positifs	1	2	6	7	9	10	12	13	14	15	37	
score	4	4	3	3	3	4	3	4	5	4		
Items négatifs	3		4		5		8		11		15	52
Score	2		3		3		2		5			

Dalil a une faible capacité de résolution de problèmes sociaux et se manifeste à le score totale obtenue de cette échelle qui 52.

Conclusion des échelles et de questionnaire

Après l'application des échelles (estime de soi et auto- efficacité personnelle) et le questionnaire de résolution de problèmes sociaux, on a constaté que Dalil, a une faible estime de soi, une faible efficacité personnelle et une faible capacité de résoudre les problèmes sociaux.

Conclusion de cas

Après l'application de l'entretien, l'échelle et le questionnaire, on peut dire que Dalil malgré qu'il est calme, posé, sage et intelligent, mais il ne peut pas accepter la situation de son frère, il refuse l'existence d'un enfant handicapé au sein de la famille.

Discussion des hypothèses

Après l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et à travers les deux échelles « échelle de l'estime de soi » et « échelle générale d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle » et le « questionnaire de résolution des problèmes ». On va passer à la discussions de notre hypothèse de recherche.

Rappelons le principe de cette hypothèse qui dicte « **la fratrie d'enfants handicapé mentaux sont des personnes résiliente** ».

On souligne que la fratrie d'enfants handicapés mentaux présente le processus de la résilience, les résultats de cette enquête confirment notre hypothèse pour les cas suivant Daya, Sabina et Tinhinane. Néanmoins on a constaté deux cas qui l'infirmement par les cas Dalil et Rania. Malgré ces deux cas et par rapport à notre groupe constitué de 5 sujets, on constate que la majorité confirme notre hypothèse (3 sujets) d'où notre hypothèse est confirmée.

D'après l'analyse de l'entretien du **cas de daya**, on constate que elle était choquée par l'annonce de l'handicap, elle a perdu l'image qu'elle s'est faite pour son frère et comme quoi il n'est pas déroulé comme elle l'a souhaité, mais la prise de connaissance que son frère a un problème cardiaque qui a provoqué chez Daya une autre vision elle s'est occupé de l'état de santé de son frère que son retard mentale où elle n'est pas honte de son cas et elle a accepté enfin ce dernier. La on déduit que Daya est une personne résiliente.

Revenant au **cas de Sabina** on déduit qu'elle n'était pas choquée par l'annonce de l'handicap de son frère. Malgré qu'elle ne fait pas des relations sociales et elle n'est pas généreuse mais elle n'a aucun conflit psychique, elle présente un sentiment de sensibilité à l'égard de son frère

en plus elle est contente pour l'amélioration de l'état psychique de son frère et elle n'éprouve pas le sentiment de la honte, ce qui signifie que Sabina est une personne résiliente.

Suite à notre entretien avec **Tinhinane**, on déduit qu'elle est une fille très attachée à sa sœur qui souffre de l'IMC, elle n'a pas de conflit interne, elle ne présente pas le sentiment de la honte à l'égard de sa sœur, elle a une vision optimiste par rapport à l'avenir et à la guérison de sa sœur, dont elle prépare avec sa famille des projets pour elle.

En ce qui concerne ces trois cas au score calculé élevé aux moyennes (34) pour l'échelle de l'estime de soi, (65) pour l'échelle d'auto-efficacité et (67) pour le questionnaire de résolution de problèmes sociaux. On résulte que nos sujets ont une bonne estime de soi due à plusieurs facteurs comme ce sont des sujets qui ont le sentiment de leur propre valeur, se croient valables, capables et importants. Aussi pour le sentiment d'auto-efficacité et la résolution de problèmes sociaux se traduit par plusieurs indicateurs, tels que la confiance en soi, l'autonomie, le sentiment d'être capable de mener les tâches et l'accomplir, la capacité à faire face aux difficultés, la confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes avec des meilleures solutions.

Contrairement aux deux sujets non résilients qui sont des personnes qui souffrent d'un conflit intrapsychique, on note cela d'après l'analyse de leurs entretiens et selon les résultats de deux échelles et le questionnaire qu'on a utilisé.

Commençant par le **cas de Rania** où elle n'est pas sociable elle ne partage pas ses difficultés avec autrui, elle s'est caractérisée par trois mécanismes de défenses tels que le refoulement, l'évitement et l'isolement. On a constaté une ambivalence et une contradiction, d'une

par elle voie son frère normal, d'autre part elle pense qu'il handicapé et elle fait recoure a la religion pour trouver un soutien spirituel, durant l'entretien Rania a pleuré plusieurs fois ce qui signifie un mauvais indice de résilience et une hypersensibilité par rapport à la question de l'handicap.

Dalil n'est pas un jeune homme sociable généreux, on a remarqué qu'il est intelligent et très calme, mais il n'a pas accepté la présence de son frère handicapé, il présente le sentiment de la honte a l'égare de son frère suivi d'un conflit intra psychique important, Dalil a une vision pessimiste pour l'avenir de son frère, il voie qu'il n'a pas d'avenir.

Ces deux cas non résilient ont une faible estime de soi, faible efficacité personnelle et faible capacité de résolution de problème sociaux, tous ça s'ont montré selon le niveau des scores qui sont moins de la moyenne. La moyenne de score calculé pour l'estime de soi est (30) pour l'auto-efficacité personnelle (45) et (51) pour la résolution de problèmes sociaux.

Conclusion

Pour conclure cette discussion on peut dire que notre hypothèse est confirmée par rapport à la plupart des cas de la population d'étude. On constate que la fratrie d'enfant handicapé mentant éprouve le processus de la résilience.

Conclusion générale

A travers cette recherche on a essayé d'abordé la question de l'enfant handicapé mental et son effet sur la santé psychique de la fratrie en se basant sur les observations constatés lors de la pré-enquête. A partir de différents entretiens, l'application de plusieurs échelles et un questionnaire apporté auprès de la fratrie participer a cette étude.

L'objectif principal de cette recherche intitulée « le vécu psychologique chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux » était de déterminer la nature de vécu psychologique de ses frères et d'expliquer l'existence de processus de la résilience chez cette fratrie.

Nous avons réalisé une étude de recherche de 5 cas, et pour réalisé et montrer cette étude, on à choisi la méthode clinique, on a utilisé l'entretien clinique semi-directif, échelle de l'estime de soi, échelle générale d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle et questionnaire de résolution de problèmes sociaux.

Ensuite, après l'analyse de contenu de l'entretien et application des échelles et le questionnaire qui mesurent la résilience du groupe de cette recherche, nous permet de constaté spécifiquement que chez la fratrie d'enfant handicapés mentaux présentent en majorité les critères d'une personnalité résiliente.

Par ailleurs, nous avons remarqué que le vécu psychologique diffère d'un frère à un autre et cela en raison de :

- le différent type de l'handicap mental
- la vision positive / négative vis-à-vis l'handicap mental
- l'adaptation et l'acceptation

-présentation de plusieurs mécanismes de défense

Malgré les lacunes que peut présenter notre recherche, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autre recherche. Nous espérons à travers cette recherche avoir contribué à faire sortir l'handicapé de son abri et son silence, comprendre ses souffrances les transmettre et surtout lui accorder une écoute et prise en charge. Aussi particulièrement d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour autre recherche ultérieure.

Enfin, on espère avoir contribué à la connaissance de la problématique de la résilience chez la fratrie d'enfants handicapés mentaux. et comme question de perspective on propose :

-Est-ce que les mères d'enfants handicapés souffrent-elles de trouble psychique ?

-Qu'elles sont les stratégies de coping chez la fratrie d'enfants handicapés ?

Liste Bibliographique

1 /Les ouvrages :

- 1- Anaut. M, (2005), «**La résilience surmonter les traumatismes**», Ed Armand, Espagne.
- 2- Angers. M, (1994), «**l'initiation pratique a la méthode des science sociales** », Ed Casbah, Alger.
- 3- Ajuriaguerra. J(1974), « **manuelle de la psychologie** », Ed Masson paris
- 4- Bardin. L, (2003), « **l'analyse de continu** », PUF, Paris.
- 5- Ciccone. A et Firant. A, (2009), « **Honte, culpabilité et traumatisme** » Ed Dunod, Paris.
- 6- Chahraoui. KH et Bénony. H, (1999), « l'entretien clinique », Ed Dunod, Paris.
- 7- Cuilleret. M, (2007), **Trisomie et Handicaps génétiques associer** » Ed Masson, Paris
- 8- Croq. L, (2007), « **Traumatisme psychique, prise en charge psychologique des victimes** » Ed Masson, Paris.
- 9- Chiland. C, (1983), « **l'entretien clinique** », Ed, PUF, Paris.
- 10- Grawitz. M, (2006), « **Méthodes des sciences sociales** », 11em édition France.
- 11- Pidinielli. J-1 et Bernoussi. A,(2007) « **Les états dépressifs** »,Ed Armand Colin.
- 12- Kedia. M, Sabouran-Seguin. A et al, (2008), « **psycho-traumatologie** », Ed Dunond, Paris.
- 13- Laplanche. J et Pontalis. J-B (1996), « **Vocabulaire de la psychanalyse** », Ed Delta.
- 14-Mahran. F, (2006), « **traitement de trouble de la personnalité. Borderline, thérapie cognitive émotionnelle** », Ed Elsevier Masson, Paris.

15-Tardif.C, (2003) « **autisme** », Ed Nathan / VEUF, Tours.

2 / Thèses Doctorat :

- 1- Nicol. A. M et Strinati(2007), « **Transmission du traumatisme et défense transe personnelle dans la famille** ».
- 2- Benghalem. I, (2010), « **étude des facteurs de résilience chez les enfants victime de divorce** ».
- 3- Dionne. L, (2005), «**L'expérience de la résilience et la maladie chronique** ».
- 4- Bouchloukhe. M, (2009), « **rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs** ».

3 / Les journaux :

- 1- L'expression 19-03-2013.
- 2- Le soir d'Algérie 06-11- 2004.
- 3- Liberté 12-04-2014.

4 / Les Dictionnaires

- 1-**Le Petit Larousse** (2008)
- 2- **Le Grand Dictionnaire de la Psychologie** (Hatall. B, 2005).Ed Larousse
- 3- **Le Grand Dictionnaire de la Psychologie** (Hatall. B, 2003). Ed Larousse.

5 / Les Articles

- 1-Dutrenit. J-M, (1997), « **l'influence de l'handicap d'une personne sur ses frères et sœur** » Ed L'Harmattan, Paris.
- 2-Michallet. B, (2009), « **La résilience de la théorie a la pratique** ».
- 3-Mises. R et Philippe. G, «**Parents et professionnels devant l'autisme**
Ed CTNERHI.
- 4- Scelle. R, (2005), « **Réflexion autour de double fraternel** ».

4-Trenoye. P, (2009), « **L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs** ».

Résumé

La naissance d'un enfant handicapé est un événement qui portant des dimensions du fraternel dans le développement de l'enfant, nous pouvons nous attendre à un impact complexe de la présence d'un frère ou une sœur handicapé sur les autres membres de la fratrie.

L'arrivée d'un frère handicapé à la fratrie est un événement qui va détruire l'image que la fratrie avait d'elle-même. Malgré tout, certains continuent de vivre, de dépasser la souffrance et s'en sortent mieux. Cette catégorie des sujet est appelés « résilient ».

L'objectif de cette recherche dans sa globalité c'est de déterminer le vécu psychologique de la fratrie des enfants handicapés mentaux à savoir notamment explorer la présence d'une résilience chez la fratrie de ces handicapés mentaux.

Suit a ce phénomène, cette catégorie de personnes, fratrie d'enfants handicapés, ont l'aptitude de dépasser les obstacles, de trouver la capacité d'adaptation a la situation et d'acceptation l'existence d'un enfant handicapé dans la fratrie, en mettant la lumière des critères (L'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité et la capacité de résolution de problèmes sociaux), qui constituent une base solide pour le fonctionnement résilient.

Mots clés : Handicapé mental, Fratrie, Honte, Culpabilité, Vécu psychologique, Résilience