



UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA BEJAIA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

THEME :

**LA RESILIENCE DES PARENTS AYANT UN ENFANT
ATTEINT D'UNE TRISOMIE 21.**

Préparé par :

HAMED KHODJA Thanina.

ZAHAR Mounir.

Encadré par :

Mr. AMRANE Lakhder

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2015-2016.

Remerciements :

On souhaite remercier toutes les personnes, qui ont collaborées dans la réalisation de notre mémoire. En premier lieu, on tient à remercier chaleureusement notre encadreur Mr. Amrane Lakhder, pour l'aide, l'écoute et le soutien qu'il nous a apporté dans notre recherche. On remercie Mme Cherifa Bouatta et les autres enseignants, pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée. On remercie aussi les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Nos remerciements aux personnels des deux centres psychopédagogiques des inadaptés mentaux de la ville de Bejaia, en particulier les responsables, ainsi que les parents des enfants trisomiques, notamment aux mamans de ces enfants qui ont accordés leur consentement à notre recherche et d'avoir accepté de bien vouloir nous accorder un peu de leurs temps pour répondre à nos questions.

A tous on adresse un profond et sincère :

Merci!

Dédicaces :

Je dédie ce travail : A mes chers parents, à mes frères et sœurs, à ma chère nièce Ines

à mon amie Massiva et à ma famille entière. A mes amis, à mes collègues. Aux

trisomiques et leurs familles.

Thanina.

Dédicaces :

Je dédie ce modeste travail à mon très cher père et ma très chère mère, qui m'ont inculqué les vraies valeurs de la vie. A mes grands parents en particulier ma grand mère qui est en vie « source de sagesse et de tendresse ». A mes deux chers frères, je leurs dis la vie n'a pas de gout sans votre présence. Et pour finir je dédie ce travail à mon petit neveu Hanni ainsi qu'à sa respectable maman.

Sans oublier tous les parents des enfants aux besoins spécifiques.

Mounir.

Liste des abréviations :

OMS	Organisation mondiale de la santé
ANIT	Association nationale de l'insertion des trisomiques.

Liste des figures :

Figure n° :01	Visage d'un enfant porteur d'une trisomie 21	P 18
Figure n° :02	Main d'un enfant porteur d'une trisomie 21	P 19
Figure n° :03	Pied d'un enfant porteur d'une trisomie 21	P 19
Figure n° :01	Modèle de résilience de Richardson (2002)	P 42
Figure n° :02	Modèle d'adaptation double ABCX de (Mc Cubbin)	P 43
Figure n° :03	Représentation du modèle des facteurs de risque et résistance dans l'adaptation au handicap (adapté de Wallander)	P 44

Liste des tableaux :

Tableau n° :01	Risque approximatif de survenue d'une trisomie 21 selon l'âge maternel	Page 21
Tableau n°01 jusque à 05	Evolution affective de Mme (A)	P 61 à 64
Tableau n°06	Synthèse de l'évolution affective de Mme (A)	P65
Tableau n°07 jusque à 11	Evolution conative de Mme (A)	P66 à 69
Tableau n°12	Synthèse de l'évolution conative de Mme (A)	P69
Tableau n°13 jusque à 15	Evolution sociale de Mme (A)	P70 à P72
Tableau n° 16	Synthèse de l'évolution sociale de Mme (A)	P72
Tableau n°17 jusque à 21	Evolution affective de Mme C	P77 à 79
Tableau n°22	Synthèse de l'évolution affective de Mme (C)	P80
Tableau n°23 jusque à 27	Evolution conative de Mme (C)	P80 à 82
Tableau n°28	Synthèse de l'évolution conative de Mme (C)	P83
Tableau n°29 jusque à 31	Evolution sociale de Mme (C)	P84 à 85
Tableau n°32	Synthèse de l'évolution sociale de Mme (C)	P85
Tableau n°33 jusque à 37	Evolution affective de Mme (D)	P89 à 91
Tableau n°38	Synthèse de l'évolution affective de Mme (D)	P92
Tableau n°39 jusque à 43	Evolution conative de Mme (D)	P92 à94
Tableau n°44	Synthèse de l'évolution conative de Mme (D)	P95
Tableau n°45 jusque à 47	Evolution sociale de Mme (D)	P95 à 96
Tableau n°48	Synthèse de l'évolution sociale de Mme (D)	P97

Tableau n°49 jusque à 53	Evolution affective de Mme (S)	P102 à105
Tableau n°54	Synthèse de l'évolution affective de Mme (S)	P106
Tableau n°55 jusque à 59	Evolution conative de Mme (S)	P106 à 109
Tableau n°60	Synthèse de l'évolution conative de Mme (S)	P110
Tableau n°61 jusque à 63	Evolution sociale de Mme (S)	P111 à 112
Tableau n°64	Synthèse de l'évolution sociale de Mme (S)	P113
Tableau n°65	Synthèse de l'évolution affective des quatre cas	P 113
Tableau n°66	Synthèse de l'évolution conative des quatre cas	P114
Tableau n°67	Synthèse de l'évolution sociale des quatre cas	P115

TABLE DES MAIERES :

Introduction générale -----01

Problématique et hypothèses :

1-Problématique----- 03

2-Hypothèses ----- 10

3-Définition des concepts----- 11

Partie théorique :

Chapitre I : Handicap, trisomie21, définitions et aspects cliniques :

1-Handicap et trisomie 21 :

Préambule -----13

1-1 Histoire et évolution du concept -----14

1-2 Définitions -----15

1-2-1 Définition du l' handicap -----15

1-2-2 Définition du l' handicapé-----15

1-2-3 Définition de la trisomie 21 -----16

1-3-1 Aspect psychologique -----16

1-3-2 Aspect organique -----17

1-3-2-1 Les caractéristiques d'un enfant trisomique -----18

1-3-2-2 Les problèmes de santé de l'enfant trisomique -----19

1-4 Epidémiologie de la trisomie 21 -----20

1-5 La prise en charge de l'enfant trisomique -----21

Résumé -----23

***Chapitre II : La résilience, résilience parentale, traumatisme et
handicap :***

1-Résilience et résilience parentale :

Préambule -----	24
1-1 Les définitions -----	24
1-2 La résilience selon différentes approches -----	29
1-3 Critères de résilience parentale -----	31
1-3-1 L'altruisme -----	31
1-3-2 L'optimisme -----	32
1-3-3 L'intelligence émotionnelle -----	33
1-3-4 La spiritualité -----	33
1-4 Accompagnement de la résilience parentale -----	34
2-Rsilience, traumatisme et handicap -----	35
2-1 Définition classique de traumatisme -----	36
2-1-2 Définition selon Ferenczi -----	36
2-1-3 Définition selon Freud -----	36
2-2 L'évènement traumatique et handicap -----	37
2-3 Les déterminants de la résilience -----	38
2-3-1 Types de systèmes familiaux -----	38
2-3-2 Processus d'adaptation des parents face à l'handicap de leur enfant -----	41
Résumé : -----	47

Chapitre III : Méthodologie de la recherche :

Préambule -----	48
01-La pré-enquête -----	48
02-Présentation du lieu de la recherche -----	48
03-La méthode de la recherche -----	49
3-1L'entretien clinique-----	50
3-2Définition de l'entretien -----	50
3-3Entretien semi directif-----	51
04-La présentation de l'outil de recherche -----	51
4-1L'observation clinique -----	51
4-2Le guide d'entretien -----	52
4-3L'inventaire de ressources de résilience -----	53
05-Présentation des cas -----	55
06-Le déroulement de la recherche-----	55
07-Présentation, analyse et interprétation des résultats -----	56
08-Les difficultés rencontrées-----	56
Résumé-----	56

Partie pratique :

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses :

1-La présentation, analyse et interprétation des résultats-----	57
1-1Présentation et analyse des résultats de Mme (A) -----	57
1-2Présentation et analyse des résultats de Mme (C) -----	73
1-3Présentation et analyse des résultats de Mme (D) -----	86
1-4Présentation et analyse des résultats de Mme (S) -----	97

-La synthèse de l'évolution affective -----	113
-La synthèse de l'évolution conative -----	114
-La synthèse de l'évolution sociale-----	115
02-La discussion des hypothèses -----	117
-Les limites de la recherche -----	119
Conclusion générale -----	120

Bibliographie

Les annexes

Résumé

Depuis son existence, l'homme a toujours agit et réagit vis-à-vis de l'environnement qui l'entoure, afin d'exprimer soit son adaptation, soit son inadaptation, Cet environnement se constitue de multiple événements, certains ordinaires et tant d'autres extraordinaires.

Les réactions menées face à ses événements différent d'une personne a une autre ; il y' a celles qui font face et s'adaptent facilement, par contre d'autres sombre dans l'abondance face à leurs intensité.

Les personnes qui font preuve de force et de souplesse face à l'événement, sont qualifiées par la psychologie clinique, de personnes résilientes. Par contre celles qui ne peuvent pas manipuler l'événement sont qualifiées de non résilientes.

De ce fait, la résilience n'est pas un simple comportement ou une simple réaction face à un événement qualifié de délétère. La résilience c'est tout un processus complexe, qui englobe plusieurs caractéristiques, psychologiques, physiques et sociales.

Par ailleurs, dans notre recherche l'objectif est de décrire la façon dont le processus de résilience se développe chez les parents ayant un enfant trisomique. autrement dit, c'est de savoir comment ces parents réagissent, et agissent-ils pour dépasser l'intensité de l'événement.

D'après les recherches effectuées, et les lectures différentes sur ce sujet, la sélection des cas s'est précisée sur les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21.

De plus, l'objectif est focalisé particulièrement sur la description de développement du processus de résilience chez ces parents en Algérie.

D'autre part, la naissance d'un enfant pourrait se transformer d'un événement joyeux à un événement traumatisant et cauchemardesque, si l'enfant est né avec

un handicap. Les deux parents seront dans ce cas, soumis à un événement qui les dépassent.

Par contre, ce ne sont pas tous les parents qui réagissent à cet événement de la même façon. Certains parents développent un comportement qui fait preuve d'une grande souplesse et de force ; c'est qui leur permet de garder l'équilibre de leur couple et de leur famille dans une sphère homéostatique. « La résilience suppose un développement spécifique, après la déchirure traumatique. Elle ne se situe pas dans le déni de ce qui s'est passé. Ainsi, après les épreuves, les sujets blessés vont reprendre un autre type de développement, il s'agit d'un néodéveloppement qui se met en place en intégrant l'expérience traumatique». Cyrulnik, Borris, (2004).

Afin de réaliser les objectifs et concrétiser la question de recherche, la partie théorique est organisée en deux chapitres : le premier chapitre aborde le thème du handicap et de la trisomie 21, Le second expose la résilience, résilience parentale, traumatisme et handicap.

La partie pratique est divisée en deux chapitres : le premier comprend la description des méthodes et techniques utilisées, le second chapitre comporte l'analyse, l'interprétation et discussion des résultats de la recherche.

1-Problématique :

La vie de l'homme peut être affectée par des événements plus au moins traumatiques tels que les agressions physiques, maladie grave, deuil d'un proche, viols, terrorisme, catastrophes naturelles, perte d'emploi ou par d'autres événements classés par certains chercheurs comme événements majeurs, traumatisant parfois, tel que la naissance d'un enfant.

Par ailleurs, la mise au monde de l'enfant menacerait l'équilibre psychique et physique de la mère« la grossesse et la mise au monde d'un enfant sont des événements majeurs dans la vie d'une femme, d'un homme, d'un couple ; pour la femme, la grossesse est une étape de maturation qui aboutit à un renforcement de sa féminité ». Belkacem Ourida, (2013). De plus les parents dans cette période sont au comble de leurs représentations de leur enfant, dans sa forme, sa beauté, son intelligence, c'est un enfant perçu comme modèle. Un enfant accomplissement qui satisfait les désirs narcissiques de ses parents .De plus «la mise au monde d'un enfant représente aux parents et surtout pour la maman, une véritable épreuve psychique et physique». Belkacem Ourida. (2013).

D'autre part, afin de souligner la spécificité de certaines modifications du fonctionnement psychique pendant cette période. L'accouchement pourrait être un facteur traumatisant, «L'accouchement est une expérience aigue et très intense, non seulement sur le plan physique mais également sur le plan psychoaffectif». Winnicot, (1956).

En outre, certains analystes l'ont déjà décrit comme une castration subie par la femme qui perdrait sa sensation de complétude. D'autres l'ont décrit en termes de traumatisme psychique. Donc la venue de cet enfant pourrait dans un cas fortifier les assises narcissiques de ses parents en se baignant dans leurs représentations imaginaires d'un enfant en bonne santé, soit ils seront tout de

suite rattrapé par le principe de réalité. Entre autre, L'impact de l'évènement est intense et douloureux, touchera la vulnérabilité de ses parents, «la vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rendre compte de la variabilité et faiblesse patente, immédiate aux différences, peut être comprises comme une impossibilité (incapacité) de résistance aux contraintes de l'environnement.» Marie Anaut, (2008).

Pour certains auteurs, cela correspondra à la notion de risque, «la notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure». Ibid (2008). La naissance d'un nouveau-né présentant une «trisomie 21» et son impact sur les parents, seront éventuellement l'objet de l'étude.

De même, une définition de la trisomie 21 semblera nécessaire dans ce cas afin de comprendre davantage sa spécificité. La trisomie 21 est donc une aberration chromosomique résultant d'une anomalie du nombre des chromosomes. ne touchera pas que la maman ou le papa comme individu à part, ou juste comme un couple mais comme une entité, une cellule, un système familial dans son homéostasie, soit elle sera fragilisée ou dans le cas contraire elle va être totalement déchirée soit dans ses liens affectifs ou relationnels, «chaque famille consiste un groupe qui manne des relations affectives et relations spécifiques» Marie Anaut.

Dans la société Algérienne «la structure familiale perçue comme étant sa base fondamentale, et dans d'autres cas une société sacralisée». Familles, traumatisme et résilience, (2013). en psychologie influencée d'emblée par les études sociologiques qui ont défini la famille comme «un groupe de personnalité en interaction formant une entité dotée d'une existence propre du fait même de l'interaction entre ses membres ». Marie Anaut, (2008).

S'il est vrai que la rencontre avec des situations gravement dommageables provoque souffrances et troubles psychiques, il n'en demeure pas moins que certaines personnes semblent dans ces cas malgré tout s'épanouir et développer une existence riche et créative.

Alors face à cette réalité perçue comme intense, ces parents vont faire preuve de force en se relevant et en se reconstruisant. Selon Cyrulnik, (2004) « la résilience suppose un développement spécifique, après la déchirure traumatique. Elle ne se situe pas dans le déni de ce qui s'est passé. Ainsi, après les épreuves, les sujets blessés vont reprendre un autre type de développement, il s'agit d'un néodéveloppement qui se met en place en intégrant l'expérience traumatique». Or, cela dépend d'un ensemble de facteurs psychologiques.

Les analystes affirment que ces personnes ont utilisé une panoplie de mécanismes de défense matures et adéquats.

Pour les cognitivo-comportementalistes la personne fait recours aux stratégies de coping, qui lui permet de faire face au stress.

Par ailleurs, La psychologie positive postule qu'un environnement défavorable pathologique, amène l'individu à développer une pathologie. Ils ont juste renversé la vision de la résilience, qui est une pathologie comme réalité, Lighezzolo et De Tychev, (2004).

Selon Marie Anaut : «la résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, (conditions biologiques et socio-psychologiques), en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif). D'après (Cyrulnik ; Duval et al), (2006), in la résilience «il faut qu'il y'ait une confrontation à un traumatisme ou à un contexte traumatogène »

Alors que Regie Scelle « la famille est constitué de liens importants qui peuvent accompagner les familles face aux situations traumatisantes.»

Pour Delage (2012), on peut considérer la résilience familiale comme « ce qui permet à une famille de retrouver ou de maintenir une fonctionnalité efficiente de se dégager des expériences vécues». Anthony et al, (1982). La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité mais évoquer d'avantages les propriétés de souplesse et d'adaptation, il ne s'agit pas de réduire ce phénomène à l'invulnérabilité ; l'individu pourrait surmonter ses souffrances, en utilisant des ressources nécessaires qui vont lui permettre de canaliser cette souffrance tout en souplesse».

Notre problématique, dont le choix de sélection, est l'étude du thème de résilience des parents ayant un enfant trisomique, d'où son importance, et son intérêt est porté sur la pertinence sociale et scientifique. L'objectif est de décrire le processus de résilience de ces parents en citant les facteurs intervenants dans ce processus.

Les premiers travaux qui ont été effectués sur ce concept viennent des pays anglo-saxons et nord –Américains. Parmi eux, les travaux de Emmy Werner (1989,1993) psychologue Américaine reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience à travers la recherche longitudinale mené auprès des enfants de Kauai (archipel d'Hawaï.) L'étude montre le devenir d'une cohorte multi sociale de 545 enfants nés en 1955 vivant dans des situations défavorables, d'insécurité et de pauvreté .Elle a constaté que certains de ses enfants malgré le risque accru au quotidien développerait des capacités d'adaptation sociale remarquable et la capacité à rebondir. Marie Anaut, (2008). Elle est de plus en plus située dans une perspective dynamique comme un ensemble de processus psychiques permettant de surmonter selon certains

auteurs les «stress». Et Selon d'autres les traumatismes psychiques .De ce fait, la question de la résilience est de plus en plus fréquemment liée à la clinique des traumas psychiques.

D'autres travaux qui ont été fait par Manciaux (2001) afin de désigner le ressort moral, qualité d'une personne qui ne se décourage pas, ne se laisse pas à abattre. Anaut(2008). Entre autre, HILL » (1949,1953) dans son étude «des évènements de vie» qu'il qualifie de stressant. affirme que le fait que l'évènement soit externe et à la famille pourrait potentialiser la cohésion familiale, alors que si l'évènement est externe (Violence et maltraitance) cela pourrait être un facteur qui augmenterait les risques de division. (Audry Guyard). (2012), « Retentissement du handicap de l'enfant sur la vie familiale ».

Suite aux travaux de HILL, MC Cubbin et Paterson (1982, 1983) ont apporté une extension du modèle de HILL, qui met d'avantage les caractéristiques développementales des familles ayant à gérer un évènement de vie difficile. Selon ce modèle de nouvelles ressources sont développés à la suite de la crise familiale ou sur le plan individuel, décrivant le groupe comme unie et organiser et en fin société étayé sur un réseau d'aide extérieur, (Audry Guyard), (2012).

En fin, l'étude menée par Wagnild, Young sur le thème de (résilience, en élaborant un test psychométrique : « développement and psychométrique évaluation of the résilience scale»,(1993).

A la suite de ces études sur la résilience, il est aussi important de souligner quelques travaux qui ont apportés sur le concept de handicap et sa relation avec la résilience ; on citera d'abord les travaux de S, Sandow et A.D.B Clorcke, (1978) à propos des jeunes enfants gravement handicapés, trisomiques dont l'étude comporte 32 enfants devisés en deux groupes en fonction de la fréquence d'aide que leurs parents ont demandé à recevoir à leurs domicile au cours de trois années. Il confirme l'impact d'une image positive de soi même dans

l'influencé que les parents peuvent avoir sur les enfants handicapé. Zucman, « famille et handicap dans le monde », Kasuo Nihina et Cal, (1980).

E.D. Riesz (1977), décrit, en tant que mère et en tant que pédagogue, les interactions entre sa fille trisomique et elle-même dans la vie journalière, et conclut ainsi sa description de leur vie commune pendant cinq années : "1 'enfant handicapé fait mûrir ses parents".

L'étude de S. Tomkiewicz, (1973), rapporte en termes originaux ses réflexions de chercheur sur sa propre expérience clinique auprès des parents d'enfants arriéré profonds. S. Tomkiewicz propose de dépasser les termes classiques de "rejet" et de "surprotection" qualifiant de manière stéréotypée les comportements des parents, dans la mesure où leurs demandes explicites nécessitent d'être décodées pour être comprises dans leur véritable sens : une demande de placement, par exemple, ne signifie pas nécessairement le rejet de l'errant, et peut être un appel à l'aide. En leurs lieu et place il propose les notions d'équilibre familial et de tolérance de l'enfant qui ne vont pas toujours de pair et sont susceptibles d'évoluer dans leur temps. Prendre en considération les différentes formes d'équilibre familial autour d'un enfant handicapé, c'est accepter, sans avoir à en juger, que 1 'enfant handicapé puisse remplir un rôle positif dans l'économie psychique familiale. Son handicap blesse, mais il peut apporter aussi, selon les cas, aux parents, les bénéfices secondaires d'une possession et d'une aide infiniment prolongées à l'égard de l'enfant, forme douloureuse mais réelle de lutte contre le vieillissement.

Les remaniements de l'équilibre familial original mais souvent fragile font de l'enfant handicapé le révélateur des interactions familiales préexistantes (conflit ou solidarité du couple) et non pas leur agent provocateur, comme il est dit encore trop souvent.

Par ailleurs, les études faites en Algérie à ce sujet, M. Boucebci affirme dans son étude effectuée sur le handicap mental, que les parents qui ont un enfant handicapé, rencontrent des difficultés concernant l'insertion de leurs enfants. Mais cela ne les empêche pas de trouver des solutions qui leurs procurent une base de sécurité. Selon Boucebci « Nous retrouvons souvent chez des parents ce "mythe des soins à l'étranger" représente une sécurité notable pour eux et l'enfant ». Boucebci, Mahfoud, (1984). « Maladie mentale et handicap mental ».

Aujourd'hui on ne compte pas moins de 80 000 cas de trisomie 21 en Algérie, soit 2 naissance par mois en moyenne. La trisomie 21 en effet, toucherait plus de garçon que de filles. Soit 2/1. Selon l'A.N.I.T (page web).

Donc à la suite toute cette exposition et d'articulation menée sur ce thème des parents ayant un enfant trisomique, la question qui se pose devant cette réalité, est comme suit : quels sont les facteurs qui interviennent dans ce processus de résilience ? Quelle est l'attitude adoptée par ces parents face à cet évènement traumatisant ? Est-ce que les parents ayant un enfant trisomique développent un processus de résilience ?

02-Les hypothèses :

Dans ce cas on a opté pour une hypothèse générale et quatre hypothèses secondaires.

Hypothèse générale :

Les parents qui ont un enfant atteint d'une trisomie 21 développent un processus de résilience.

Les hypothèses secondaires :

01)-Les parents dont leur enfant atteint d'une trisomie 21, développent une attitude d'altruisme.

02)-l'intelligence émotionnelle est un facteur émergeant du processus de résilience.

03)-les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21 font preuve d'optimisme.

04)-La spiritualité est un facteur important qui permet aux parents ayant un enfant trisomique de faire face.

03-Définition des concepts :

2-Définition des parents :

Définition théorique :

Selon Catherine Sellenet, (2007): « La parentalité est l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent, indifféremment de la configuration familiale choisie ».

2.1. Définition opérationnelle :

- Le statut parental comme insertion sociale ;
- Le statut parental comme signifiant de l'état d'adulte ;
- Le statut parental comme signifiant d'accordage (empathie) vis-à-vis son enfant.

3-L'handicap :

Définition théorique : La définition s'inspire de la classification internationale de l'OMS.

«Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant ». Art L 114 du 11 Février 2005

4-Définition de la trisomie 21:

La trisomie 21 appartient à l'ensemble des syndromes relevant des aberrations chromosomiques. Ces aberrations concernent des anomalies du nombre ou de la structure des chromosomes. Salbreux, (1985, p.787).

4-1 Définition opérationnelle du handicap:

- Déficience ;
- Incapacité ;
- Désavantage.

4-2 Les caractéristiques d'un enfant trisomique :

Sur le plan physiologique :

- Petite tête,
- Le nez aplati,
- Petites oreilles,
- Une langue qui ne peut contenir une langue légèrement supérieure.
- Petites mains et de petits doigts,
- La peau apparaît marbrée, sèche,
- Les cheveux fins et raides,
- La taille est petite.

Sur le plan cognitif :

- Déficience mentale moyenne à légère (QI entre 70 et 85).
- Troubles psycho-langagiers.

Autres :

- Troubles psychomoteurs.

1-Handicap et trisomie 21 :**Préambule**

La dénomination de cette aberration chromosomique, fait l'objet de controverses. L'appellation de trisomie n'a pas fait l'unanimité au niveau international. En 1961 un groupe des scientifiques, dont le petit fils du Docteur John Langdon Down, propose que le terme de «mongolisme» soit remplacé par celui de «syndrome de Down». En 1965 ce terme est accepté par l'organisation mondiale de la santé. Dans la plupart des pays, la trisomie 21 est appelée syndrome de Down. Dans notre recherche nous allons débiter par un aperçu historique et les définitions du le handicap et du le handicapé. Puis la trisomie 21 ainsi que les aspects cliniques, et nous terminerons par la prise en charge.

1-1 Histoire et évolution du concept du le handicap :

Le terme «handicap» littérairement signifie en anglais hand in cap qui est la main dans le chapeau ;il apparait pour la première fois au 16eme siècle en Grande Bretagne pour désigner un jeux dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau .Actuellement, il y a eu une évolution notable du sens de le handicap puisqu' il n y a plus de faute commise, mais des victimes à indemniser .L'OMS 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 portant sur un organe ou une fonction .Il consiste donc, une limitation organique.

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

-Le «handicap» est la somme des frustrations durables ou temporaires qui résultent d'un «déficit» ou d'une «incapacité» entraînant l'impossibilité partielle ou totale d'occuper le rôle attendu ou souhaité 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, culturelIl peut être très hétérogène quant à ses manifestations (visibles ou non) .Ceci introduit aussi les notions d'épanouissement et d'autonomie. Gillig, JM, (1999, p112-115)

1-2 Définitions :**1-2-1 Définition du handicap :**

Ce terme connaît plusieurs définitions nous retenons ici les plus courantes :

La définition s'inspire de la classification internationale de l'OMS ; « Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant ». Art L 114 du 11 Février 2005.

-Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie, le handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes. Hétall, B, (2005).

1-2-2 Définition du le handicapé :

-L'OMS (organisation mondiale de la santé) propose la définition suivante : est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise Guidetti. M, et Tournette, C, (1999).

-Selon le Grand Dictionnaire de la psychologie, le terme 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 Bloch ,H et al, (2003), (p 421).

1-2-3 Définition de la trisomie 21:

La trisomie 21 appartient à l'ensemble des syndromes relevant des aberrations chromosomiques. Ces aberrations concernent des anomalies du nombre ou de la structure des chromosomes. Ces dernières supposent toutes la survenue de cassure entraînant soit la perte de matériel chromosomique, soit divers remaniement, soit le transfert de matériel chromosomique d'une paire à l'autre. Salbreux, (1985). Donc la trisomie 21 est une anomalie congénitale d'origine chromosomique, qui se caractérise dans 95% des cas, par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire. Là où les personnes ordinaires ont 46 chromosomes dans chaque cellule, les personnes porteuses de trisomie 21 en ont 47 (trois chromosomes 21 au lieu de deux). Cette anomalie, dans peut se présenter, soit dans chacune des cellules de leur corps, et dans ces cas on dit que la trisomie 21 est libre et homogène ; soit plus rarement, dans une partie d'entre elles, et il s'agit alors de trisomie 21 dite en mosaïque; soit sous forme encore plus rare : par fusion du chromosome surnuméraire à un autre chromosome; on parle alors de trisomie 21 par translocation. Il existe enfin des trisomies 21 partielles où seule une partie du chromosome 21 est en surnombre. C'est pourquoi on l'appelle trisomie 21.

1-3 L'aspect psychologique :

Un pourcentage important de personnes porteuses d'une trisomie 21, présentent des troubles du comportement et de la personnalité. Entre autres ; (mutisme généralisé ou sélectif, agressivité généralisé ou plus souvent ponctuelle et réactionnelle, isolement, déconnexion de la réalité, troubles de l'humeur, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs, stéréotypés et répétitivité comportementale, dépression, plus rarement imagination délirante). Ces difficultés sont traitables, ou au moins améliorables, avec les mêmes outils et techniques psychologiques ou psychiatriques que pour les personnes non

porteuses d'une trisomie 21. Certaines d'entre elles, à une étape de leur vie ou leurs vie durant, auront besoin d'un cadre protégé, qu'il faut cependant toujours souhaiter le plus ouvert possible, et en relation étroite avec le monde extérieur; d'autres bien plus nombreuses que nous ne pourrions l'imaginer, sont en mesure, à l'aide et l'accompagnement nécessaire, d'apprendre, de travailler et de vivre en milieu ordinaire.

Mais pour cela, il est nécessaire qu'elles soient véritablement accueillies et respectées dans leurs différences et que chacun fasse l'effort de s'adapter à leurs singularités et à leurs capacités. Elles sont à même, comme d'autres, de réaliser des progrès souvent surprenants, au niveau de leurs acquisitions scolaires, professionnelles, relationnelles et comportementales. Un aspect de leur personnalité mérite d'être mis tout particulièrement en lumière. Pour des raisons aussi difficiles à saisir qu'à expliquer et qui gardent leur part de mystère, elles sont dépositaires de trésors de gentillesse, de bonté, de sensibilité, de générosité et de tendresse, qu'elles soit naturellement et spontanément prêtes à partager avec leur entourage.

1-4 L'aspect organique :

Il existe d'importantes différences individuelles chez les personnes porteuses d'une trisomie 21. Les renseignements qui suivent, tant sur le développement physique que les aspects médicaux, sont donc à prendre avec certaine réserve dans la généralisation. Ces personnes comme les autres personnes, sont les enfants de leurs parents ; ce qui signifie qu'elles ou ils ont hérité des gènes maternels et paternels avec les effets phénotypiques caractéristiques de l'héritabilité génotypique en interaction avec les facteurs environnementaux au long de l'existence.

1-4-1 Caractéristiques de l'enfant trisomique:

Sur le plan physiologique, on reconnaît facilement certaines stigmates physiques de ces enfants atteints d'une trisomie 21 : la tête de l'enfant est plutôt petite, le nez aplati dans sa partie supérieure, les yeux sont souvent légèrement bridés, de petites oreilles, de même que la bouche qui ne peut contenir une langue normale ou un peu plus volumineuse que la normale. Le coup est typiquement court. Quant aux mains, elles sont petites avec des doigts courts. La paume de la main ne présente le plus souvent qu'un pli palmaire au lieu de deux normalement. Les pieds peuvent comporter un léger espacement entre le premier et le second doigt avec un court sillon entre eux au niveau de la plante du pied. La peau apparaît souvent marbrée, facilement sèche, les cheveux clairsemés, fins et raides. La taille est généralement petite et l'apparence du corps est trapue.



Figure N°01: Visage d'un enfant porteur d'une trisomie



Figure N° 02 ; 03 : Main et pied d'un enfant portant d'une trisomie 21.

1-4-2 Problèmes de santé d'un enfant trisomique :

Environ un tiers des personnes porteuses d'une trisomie 21 ont des problèmes de santé. Un suivi médical est fortement recommandé dès les années d'enfance. Ces problèmes sont indépendants des capacités intellectuelles bien qu'ils puissent gêner le développement et la scolarité. L'enfant trisomique est confronté à des malformations somatiques et parmi les plus fréquentes, citons surtout la cataracte, pour les yeux, et d'autres en ce qui concerne le système cardiovasculaire. Aussi, des malformations digestives qui touchent les intestins ou l'œsophage peuvent avoir lieu. En ce qui concerne les organes de sens, un strabisme, une myopie, ou des troubles auditifs sont fréquents. Les enfants trisomiques ont également une forte propension aux infections dans les premières années de leur vie, à cause de l'existence chez eux d'un trouble immunitaire, expliqué par une diminution de l'activité des lymphocytes T, ce qui perturbe les mécanismes naturels de défenses de l'organisme contre les agents infectieux. Il en résulte une vulnérabilité accrue aux affections du système respiratoire ; digestif et apparition des troubles d'origine neuro-centrale et des troubles psychomoteurs. Ainsi avec les moyens médicaux et pharmacologiques disponibles aujourd'hui, ces problèmes peuvent être traités

avec succès dans la plupart des cas. Les cas les plus difficiles sont ceux, heureusement rares, où plusieurs pathologies se combinent pour compliquer le tableau clinique. Quant au vieillissement, au-delà de 40/50 ans, toutefois, on relève une tendance à un vieillissement prématuré. L'espérance de vie a progressé considérablement chez les personnes porteuses d'une trisomie 21 au cours des cinquante dernières années. (Baird & Sadovnick, 1987,1988, 1989). On l'estime aujourd'hui autour de soixante ans, et des progrès sont encore attendables à moyen terme.

1-4-3 Epidémiologie de la trisomie 21 :

Son incidence est constante sur tous les continents et dans toutes les races et oscille entre 1, et 1,6%. Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Selon Salbreux (1985). l'incidence est directement liée à l'âge de la mère; elle passe de 1 pour 2000 naissances lorsque la mère à 20 ans, à 1 pour 50 naissances au-delà de 45 ans. Les deux tiers des trisomiques sont nés de femmes de plus de 30ans. Aussi, le fait d'avoir déjà eu un enfant trisomique, surtout de type translocation, constitue avec l'âge de la mère un facteur de récurrence. C'est-à-dire le risque d'avoir un enfant trisomique pour les mères ayant eu déjà un.

Lesly Ann Page, (2004), nous présente le tableau suivant :

<i>Age maternel (années:)</i>	Risque de la trisomie 21 :
Globalement	1,2 -1,5 pour 1000
30	1 pour 1000
35	1 pour 375
40	1 pour 100
45	1 pour 50

Tableau N° :01 : Risque approximatif de survenue d'une trisomie 21 selon l'âge maternel-(In le nouvel art de la sage-femme, page 367).

Le taux d'occurrence observé à travers le monde, est le plus élevé de toutes les anomalies génétiques ou chromosomique (entre 1/600 et 1/800 naissances vivantes). Environ 80,000 trisomiques sont recensés 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 trisomiques (ANIT). Selon les statistiques nationales, une moyenne, de deux enfants trisomiques naissent chaque jour en Algérie, avec une incidence de 800 enfants trisomiques par an. Il s'agit de la plus fréquente des maladies génétiques. La prévalence diffère d'un pays à un autre et ces variations correspondent à plusieurs raisons.

1-5 La prise en charge de l'enfant trisomique :

La clinique du handicapé a évolué au cours de ces dernières décennies, dans le domaine de la prévention des sur-handicaps à la fois, et dans l'intervention auprès des enfants handicapés, ainsi pour l'accompagnement des parents et cette prise en charge est très adapté dans le domaine psycho-langagiers et les suivis psychologiques. Cela se fait en intervention du psychomotricien ou de l'orthophoniste bien sûr pour aider à franchir les deux étapes fondamentales de

l'humanisation que son l'acquisition de la marche et la maîtrise de la parole. Mais il reste un axe celui de l'éducateur qu'il soit parent ou professionnel et qui sont confrontés à un quotidien déroutant et éreintant. Ils doivent alors retrouvés leurs spontanéité et fournir une aide et une stimulation qui ne sont guère fondamentalement différentes de celles apportées à tout enfants.

Selon R. Portray (2007; p09.) «La famille est le pivot de l'éducation de l'enfant (trisomique), les parents sont les principaux éducateurs, les professionnels sont là pour les aider». Donc il est important selon l'auteur de connaitre les besoins des parents sur tout ce qui concerne la trisomie de leur enfant et sur ce qu'ils peuvent faire pour lui. Surtout durant les premières années de prise en charge, le professionnel est toujours amené à aider le parent à retrouver pleinement son identité de parent. Tandis que cette prise en charge se déroule soit au niveau d'une institution; il s'agit donc de l'insertion de l'enfant handicapé dans des centres spécialisés tels que les centres médicaux-psycho-pédagogiques (Ey, H ; 1969-1989, p593).

A l'intervention des professionnels ;(psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, médecins et éducateurs). IL existe aussi d'autres prise en charge qui se fait à domicile à partir des services de consultations, ce type de guidance parentale à domicile est destiné surtout aux enfants socialement défavorisés S.W.Gray et J.Montenegro cité par P.Mittler (197 ; p100) qui montrent que les programmes de stimulation précoce ont un meilleur et plus durable impact sur l'enfant, lorsque ils comportent une action à domicile parce qu'ils peuvent donner un rôle plus actif et plus individualisé aux mères qui s'en trouvent revalorisées à leurs propres yeux . Cette orientation pluridisciplinaire amorcée depuis quelques années et destinée à s'accélérer doit pouvoir fournir les ingrédients nécessaires pour une amélioration considérables des potentiels de développement et de fonctionnement des personnes porteuses d'une trisomie.

Ainsi pour répondre avec souplesse aux besoins des parents dans une fonction globale d'accompagnement.

Sur le plan médical, les travaux contemporains tant en pharmacothérapie qu'en thérapie épigénétique et génétique sont prometteuses pour une amélioration importante des potentialités des personnes porteuses d'une trisomie 21. A terme une approche curative aboutisse à une normalisation soit maximale effective dès les premiers moments de l'ontogénèse. Vu aujourd'hui, et sans doute encore de demain, nos meilleures chances d'arriver à optimiser le développement et le fonctionnement des personnes porteuses d'une trisomie, résident dans une conjonction des moyens à disposition au sein d'une approche pluridisciplinaire bien coordonné. (Warren, 2002 ; Rondal, 2010b, & Peresa, 2011)

Résumé :

Ce syndrome est le plus étudié et le mieux connu après plus d'un siècle de recherche, et il reste toujours un sujet complexe; qui nécessite l'intervention d'une équipe spécialisée pour garantir une meilleure prise en charge. Ce qu'il reste à savoir c'est les premières réactions des parents lors de la révélation de la trisomie de leur enfant et le processus d'adaptation face à ce handicap; c'est ce que nous allons traiter dans la seconde partie du prochain chapitre.

Préambule :

Depuis quelques temps, le concept de la résilience est omniprésent dans la littérature scientifique francophone en sciences humaines et sociales. Il semble venir à la rescousse pour répondre à la problématique du traumatisme psychique sur ces différentes formes. Nous ce qui nous intéresse le plus dans notre recherche, c'est le traumatisme parental autour du le handicap de leur enfant, c'est ce que nous allons aborder dans la deuxième partie du chapitre présent. En commençant tout d'abord par quelques définitions de la résilience et les concepts associés à cette dernière, ainsi l'accompagnement de la résilience parentale et ces différents critères qui correspondent à nos hypothèses du travail, et en terminera par le processus d'adaptation des parents face à le handicap de leur enfant.

1- Résilience et résilience parentale.

1-1 Définitions :

1-1-1 Définition de la résilience :

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre » Dictionnaire Robert.

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme *resilier* est étymologiquement signifie sauter en arrière, salire (bondir) ou se rétracter. Ainsi, la résiliation est l'acte par lequel on met fin à un engagement.

Selon Manciaux et al. , (2001) « la résilience est un potentiel présent chez tout un chacun. Cependant, elle peut être différemment développée en fonction des

étapes du développement psychologique, du cycle de vie et des circonstances environnementales. »

Marie Anaut (2008) « La résilience, est un processus qui permet de sortir vainqueur d'une épreuve traumatique et de continuer à se construire malgré l'adversité. »

« La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif).

Selon Cyrulnik, Duval et al. , (2006). « Pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y'ait eu confrontation a un traumatisme ou à un contexte traumatogène. »

1-1-2 La résilience familiale :

Selon Hauley et De Haan(1996) ont défini la résilience familiale, à partir des ressources de cette dernière perçu comme étant un système ayant un fonctionnement résilient « chemin suivi par une famille lorsqu'elle s'adapte et évolue dans le présent et dans le temps. Les familles résilientes répondent de façon positive à ces conditions, de manière unique selon le contexte, le niveau de développement, la combinaison interactive des facteurs de protection et le point de vue partagé de la famille ».

1-1-3 Définition de la résilience parentale :

La résilience des parents est perçue comme un ensemble de facteurs indispensables, intervenant dans l'émergence du processus. Réunissant à la fois les facteurs individuels et les facteurs familiaux.

Selon Masten et Gramzey, (1991), ont défini la résilience parentale en se basant sur les facteurs de protections individuels et sociaux des parents, « les facteurs de protection individuels se définissent par la présence d'un tempérament actif, un sentiment d'auto efficacité et d'estime de soi, des compétences sociales, un lieu de contrôle interne, l'humour » ; selon Druss et Douglas, (1988) elle se résume en « le courage et l'optimisme face à l'adversité » ; selon (Rutter, 1985), « l'adaptabilité au changement ».

Werner, (1989) pour lui ça serait de « l'autonomie, l'indépendance et les habiletés à résoudre les problèmes ».

D'autre part, les facteurs de protection familiaux se traduisent, quant à eux, par la présence de parents chaleureux et de soutien parental, de bonnes relations parents/enfants, l'harmonie parentale (Garmezy et Masten, 1991). Et enfin, pour (Fonagy et al. 1993) c'est « l'absence de conflits avec les parents ».

1-1-4 -Concepts associés à la résilience :

Pour chaque chercheur débutant et piètre dans le domaine de la recherche scientifique, est appeler à connaître et à maîtriser le sens exact des concepts liés à sa recherche scientifique. Par ailleurs, dans le domaine de la psychologie clinique, ou chaque approche théorique apporte des concepts, qui sont liés à d'autres concepts qui se retrouvent dans la même dimension, mais, n'ont pas la même signification, ce qui pourrait affecter la trajectoire prise par le chercheur. Dans son ouvrage sur la résilience Marie Anaut, (2008) l'avait si bien expliqué « devant la multiplicité et la diversité des recherches fondées sur des définitions différentes, nous pouvons avoir l'impression que les contours de la résilience sont perméables et, parfois, les discours des chercheurs comme des cliniciens peuvent paraître confus ou discordants. Pour mieux comprendre les particularités et la complémentarité de ses concepts, il convient de se repérer à

partir des définitions et des méthodologies et de saisir à quel abord de la résilience nous sommes conviés ».

1-Adaptation et compétences comportementales :

Pour bien comprendre la relation entre adaptation et résilience, une décortication du concept d'adaptation est obligatoire. Selon (Gramzey, 1996), l'adaptation est liée inextricablement au concept d'inadaptation, pour lui afin de comprendre l'adaptation il faut connaître le sens de l'inadaptation. Cela voudrait dire qu'au cours de son développement l'individu peut être confronté à des situations dont il est capable de poursuivre son processus de développement.

Par ailleurs, si les événements rencontrés sont de degrés d'intensité plus élevés, l'individu dans ce cas fera preuve d'une inadaptation. Donc la différence entre ses deux variables sont d'ordre quantitatif. Selon Patterson et al. (1994) décrivent la résilience comme « l'habileté de fonctionner de façon adaptée et de devenir compétent lorsque des événements de vie stressants se présentent ».

D'autres part, le concept de compétences comportementales, par rapport au processus de résilience, signifie pour certains chercheurs, le regroupement de trois dimensions « la capacité d'une personne à faire face » ; à une situation délétère, alliée à la « capacité de continuer à se développer » et également à « augmenter ses compétences » à partir de la situation adverse. Donc les compétences comportementales sont importantes pour qu'une personne puisse développer un processus de résilience.

2-Empowerment :

Ce concept a été traduit en différentes langues selon différents chercheurs. Pour les francophones serait « la capacitation » Manciaux, (1999) ; Theis, (2001). Par contre les chercheurs canadiens francophones utilisent le terme de « Habilitation ». Empowerment désigne alors la capacité d'auto appréciation, d'estime de soi, ou d'autonomie ; et le pouvoir de maîtrise de l'environnement.

Alors, ce sont des capacités individuelles développées face à des situations traumatisantes. Selon Le Bossé et Lavalée, (1993) « il s'agit d'un processus par lequel, une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus au moins incapacitantes, développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur ses aspects de sa réalité psychologique et sociale ». Enfin, empowerment, trouve des articulations avec la résilience dans la mesure où il s'agit « de prendre en considération les habiletés des individus qui peuvent participer au processus de résilience, mais il n'en est qu'un de ses aspects possibles ». (Marie Anaut, 2008).

3- Concept de coping ou processus d'ajustement :

Le coping est un concept qui signifie l'ensemble des réactions produites par une personne face à des situations stressantes, pour maîtriser ou réduire l'impact négatif de cette situation. Le coping n'est pas que des comportements, qui sont produits d'une façon aléatoire, mais c'est un processus qui englobe des capacités cognitives ainsi que comportementales, qui favorisent un comportement adéquat face à la situation, et d'une manière consciente. Selon Lazarus et Folkman, (1984) le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes, qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ». Cependant le coping et la résilience apparaissent à première vue très étroits, mais il ne s'agit pas de les confondre. Le coping apparaît comme une forme de résilience. Autrement dit la résilience est un processus plus vaste et il continue dans le temps, contrairement au coping qui reste une réaction synchronique vis-à-vis une situation délétère. Selon Manciaux, (1999) « les comportements de coping concernent les réponses à une situation donnée, donc indique comment le sujet ou le groupe va faire face à un moment donné ; alors que la résilience qui est « pour partie innée et pour partie acquise par un précieux travail d'adaptation » se construit et s'inscrit dans la durée ».

1-2 La résilience selon différentes approches :

1-2-1 Approche transversale de la résilience.

Cette approche apporte une vision globale du processus de résilience, en effet elle a jumelé entre la conceptualisation de l'approche développementale et celle de l'approche psychosociale.

Par ailleurs, Gilligan(1997), fondateur de ce courant, explique que le processus de résilience chez les individus se construit selon un tripode « 3 buildings blocks of résilience » ; qui serait en effet constitué de trois concepts essentiels :

1)-Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne : Renvoi au concept d'attachement développé par (John Bowlby), qui postule que ce sentiment de sécurité se développerait au cours du développement de l'enfant auprès de ses parents, qui avec leurs présence physique et émotionnelle serait un paramètre indispensable de favoriser ou non l'émergence de la base de sécurité interne, qui favorise à l'âge adulte un fonctionnement résilient face aux situations délétères. Par ailleurs, Rutter, (1996), postule que ce sentiment de sécurité interne se développe à travers les relations familiales et les relations professionnelles.

2)-L'estime de soi : autrement dit « l'auto-appréciation » de ses propres qualités, de son image de soi, et de ses compétences. En effet, ce sentiment de valorisation se développe chez l'individu dès les premiers âges de sa vie expérimentale en relation avec sa maman ; ce qui s'appelle le « narcissisme ». Selon Rutter, (1985), l'estime de soi dans son sens positif pourrait se développer selon deux principes :

-Des relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses ;

Le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches qui sont

considérées comme importantes pour l'individu et donc au centre de ses intérêts.

3-le sentiment de sa propre efficacité : être parent ne signifie pas que génitorialité. Le fait d'être un parent signifie être responsable de son enfant, de son développement, et donc de répondre aux besoins de son enfant continuellement. En effet la parentalité selon Marie Anaut, (2008), « s'entendant comme des modes relationnels et d'éducation des parents qui vont modeler de l'enfant, dès le plus jeune âge ».

1-2-2 Approche dynamique de la résilience :

Afin de bien comprendre les principaux points de cette approche, nous avons jugé qu'une définition spécifique de deux concepts fondamentaux qui sont « traumatisme et trauma » selon le point de vue psychanalytique semblerait nécessaire.

-Le trauma : selon les psychanalystes français « correspond à la violence externe et à son effraction physique ».

-Le traumatisme : renvoie aux effets psychiques du « trauma » sur le sujet.

D'après cette approche, l'événement ou la situation pathogène entraînent une perturbation chez le sujet ; ce qui peut se traduire par un dysfonctionnement du Moi, dans le sens que le trauma déclenche un conflit dans le moi qui provoque une régression de la force du Moi, qui à son tour n'arrive pas à mettre en place, les mesures défensives adéquates face à cette effraction émotionnelle. Mais pour les individus résilients ; ils trouvent souvent des issues pour surmonter l'événement traumatisant. Ainsi, le fonctionnement psychique de la résilience chez un sujet peut être composé en deux étapes principales. Une première phase centrée essentiellement sur la réduction des effets du trauma ; et une deuxième qui installe véritablement le processus de résilience.

1)-la première phase de résilience :

Elle consiste en l'utilisation des mécanismes défensifs d'urgence par le Moi afin de réduire l'intensité de l'événement aversif «déni, répression des affects, déplacement, passage à l'acte, l'imaginaire ».

2)-La deuxième phase de la résilience :

Elle consiste en effet l'implication du traumatisme afin de réparer l'impact du trauma sur les fonctions essentielles du Moi. Cela peut passer par l'abandon des mécanismes de défense d'urgences par des mécanismes défensifs beaucoup plus souples et matures par: ex., substituer le « déni » par « l'altruisme » ; «intellectualisation » ; « sublimation ».

1-3 Critères de la résilience parentale :

Face à la naissance de leur enfant atteint d'une anomalie congénitale et chronique, ces parents font preuve de certaines caractéristiques extraordinaires, qui leurs permettent de faire face à ce sort qui exigent d'eux de déployer d'immenses ressources au quotidien. Dans notre étude, on s'est basé sur quatre caractéristiques de la résilience parentale que nous allons citer comme suit :

1-3-1l'altruisme :

On constate que cette caractéristique se développe beaucoup chez les parents (couple), qui ont subi un événement traumatique ; en essayant de porter une aide aux personnes qui ont vécu le même problème ; dans le but est aider les autres parents à surmonter leur malheur. Donc pour ces parents ça reste un moyen de combler leurs carences et leurs douleurs.

Selon les chercheurs en psychologie, l'altruisme désigne le fait d'accorder une aide à autrui sans que l'on ait l'intention d'obtenir un avantage en retour.

Par ailleurs, il est considéré comme un mécanisme de défense mature, de degré d'adaptation élevée, utilisé par un sujet dans son processus de résilience. Mais cela dépendrait de la nature de l'environnement familial dans lequel il vit (système familial) dont nous allons aborder dans la dernière partie de ce chapitre théorique. Selon Thienemann et al. (1998), « l'utilisation des mécanismes de défense matures pourrait se développer dans un milieu familial cohérent, harmonieux, avec des caractéristiques familiales positives » D'après Vaillant et al. , ont montré dans leur études que l'utilisation de ce type de mécanisme de défense serait, une signification de la bonne santé mentale et physique. Selon Plutchik, (1995), l'altruisme serait une stratégie de coping qui signifie «renversement», donc au lieu que ces parents attendent à recevoir une aide d'autrui, c'est eux par contre qui vont envers les autres en les aidant. Mécanismes de défense et coping, (p.154).

Donc, ce comportement d'altruisme développé par ses parents au quotidien envers les autres témoigne de leurs vrais sentiments ressenties et partagées, et de leur vraie bonheur de voir les autres se porter mieux en les accompagnants dans leur émois. En citant l'exemple

; Des associations qui sont ouvertes par des parents qui ont un enfant trisomique.
Selon

Selage Chavel, (2011), (p.91), « pour qu'il y'est altruisme il faut qu'il y'est empathie, qui est la capacité de se mettre à la place de l'autre, de ressentir ce qu'il ressent, aussi ce qui permet d'agir envers l'autre », et selon le même auteur l'altruisme se différencie de la sympathie qui est selon lui « être juste attentif ».

1-3-2 l'optimisme :

Les parents ont tendance dans des situations extrêmes à percevoir l'avenir et le devenir de leur enfant ainsi que de leur vie familiale, conjugale, sous un aspect positif et envisager le futur sous un jour favorable. Bruchon, Shweister, (2001),

l'optimisme fait partie des traits de personnalité protecteur et qui forgent la robustesse de la personne face aux événements de vie à critère aversif. D'autres chercheurs en psychologie ont apporté une autre appellation « optimisme comparatif » selon lequel la plupart des individus ont tendance à croire que les événements positifs vont leur arriver plus probablement qu'ils ne vont arriver aux autres, et, inversement, que les événements négatifs vont plus probablement arriver aux autres qu'à eux même.

1-3-3 L'intelligence émotionnelle :

Dans leurs travaux parus en 1990 sur l'intelligence émotionnelle, « Salovey et Mayer » ont distingué entre deux types d'intelligences (conative et cognitive) dont le premier renvoi à l'intelligence émotionnelle conative et le deuxième à une intelligence cognitive, qui seraient des facteurs d'adaptation à une situation inhabituelle.

Par ailleurs, pour ses deux chercheurs, l'intelligence émotionnelle serait en effet un moyen efficace de faire face aux situations troublantes qu'à l'intellectualisation (intelligence cognitive).

L'intelligence émotionnelle est la capacité de gestion de ses propres émotions, en faisant preuve d'une maîtrise, de compréhension, et de savoir leurs issues. Et au même temps de comprendre l'émotion de l'autre et de les partager.

Pour Mayer et Salovey (1990), ce critère est un maillon important pour la survie de système comme les couples qui constituent une paire importante dans la cohésion de la famille.

1-3-4 la spiritualité :

La spiritualité qui est considérée comme un critère conatif dans le processus de résilience. En effet, elle rend compte d'une attitude générale qui pousse l'individu à s'interroger en permanence sur le sens de ce qu'il vit.

D'après H. Aponte (2001) la spiritualité comme dimension à penser, à parler, à travailler, tout particulièrement pour les familles qui ont subi de graves dommages. Donc ça reste un moyen pour les parents de s'organiser autour de leur vie respective, en se consolidant avec une pensée qui tend vers la résolution intellectuelle des événements traumatiques afin de s'y adapter et de développer un comportement correct et adéquat.

Dans le même sens nous citant « Delage » qui selon lui la spiritualité «c'est ce qui mène les êtres humains, qu'il s'agisse d'opinions philosophiques, de convictions religieuses, d'idées sur le sens de la vie, sur la justice.

Trouver un sens aux épreuves, s'investir dans un idéal, avoir foi en l'avenir pour les générations futures, développer l'idée d'un sacrifice utile aux autres, avoir le souci de transmettre l'espoir, sont autant d'éléments pouvant constituer des sortes d'organismes comportementaux et relationnels, d'autant plus efficaces s'ils sont le fait de quelqu'un dans la famille susceptible de mobiliser les autres par la position centrale qu'il occupe. » Delage, (2002) ; aide à la résilience familiale, (p.282).

1-4 Accompagnement de la résilience avec les parents :

Le modèle de résilience actuellement n'est pas considéré comme juste un processus mais devenu un outil dans la prise en charge des familles, parents en situation de vulnérabilité. L'objectif est d'accompagner ces parents à mieux connaître leurs ressources leurs compétences dans le but de les activer. Cet accompagnement se fait à partir d'un cadre bien précis, est appelé par les professionnels du domaine « cadre d'accompagnement du processus de résilience » ou « cadre clinique d'intervention » dont on peut l'exposer comme suit :

-Analyse des processus de protection et des compétences individuelles et familiale (parentale) : personnalité, aspects cognitifs et comportementaux, mécanismes défensifs.

-Identification des modes de protection opérants et de ceux qui seraient à réajuster : processus défensifs rigides, comportements inadéquats.

-Exploration de nouvelles ressources possibles : expériences valorisantes, insertion sociales, anticipation des actions et des réponses aux problèmes.

-Elaboration de la culpabilité et de la honte : réappropriation de l'histoire et attribution d'un sens aux blessures.

-Identification des potentiels de résilience des parents comme étant un élément clé au sein de la famille : valeurs, attitudes, pratiques éducatives, sentiment de compétence, croyances, représentation, étayages sociaux.

-Exploration des ressources et des compétences péri familiales : pairs, réseaux sociaux, tuteurs de résilience.

Enfin, ce modèle d'accompagnement de la résilience a ouvert de nouvelles visions clinique et pratique afin d'optimiser les chances de consolider ce processus au prés de couples, parents, familles, groupe d'individus en situation de vulnérabilité, « ce modèle a ouvert la voie à de nombreuses applications sur les terrains des pratiques cliniques auprès des individus et des groupes familiaux, en contribuant à promouvoir des formes nouvelles d'accompagnement et de soin » .Marie Anaut,2012 ; (p.160).

2-Résilience, traumatisme et handicap :

Le terme du traumatisme psychique, ne se limite pas à la survenue des évènements agressants ou menaçants pour la vie d'un individu. Mais aussi il existe d'autres évènements perçu comme traumatiques, qui touchent à l'intégrité psychique du sujet et qui altèrent sa perception, ses attentes et son image narcissique.

2-1 Les définitions classiques du traumatisme:

2-1-2 Ferenczi (1932, 1934) :

Ce dernier décrit le traumatisme comme un choc inattendu, violent, «une commotion psychique» soudaine qui anéantit le sentiment de soi, la capacité de résister d'agir, de penser, de se défendre · l'angoisse traumatique est la conséquence de l'impuissance, l'incapacité de s'adapter. Une telle expérience traumatique mobilise des stratégies de survie, comme la sidération, « le clivage narcissique», «la fragmentation», l'«anesthésie». Par le clivage narcissique, la fragmentation, le sujet désintègre l'unité de sa personnalité, il se fragmente en morceaux. De fait, il cesse d'exister, tout en moins comme moi global. Les fragments isolés peuvent souffrir, ne ressent plus la douleur infligée puisqu'il n'existe plus. Il «rend son âme», dit Ferenczi. Mais rendre l'âme permet de survivre corporellement à la mort, et de commencer à revivre, à rétablir l'unité de la personnalité, avec des amnésies des fragments de personnalité clivés qui contiennent les parties «mortes», dans l'agonie. On peut dire que la fragmentation, le clivage, l'asthénie inactivent la zone traumatique, à fin de permettre la survie de la partie vivante du moi qui se continue de se développer. Ciccone, A et Ferrant, A, (2009, p26)

2-1-3 Freud, (1915-1917):

On trouve chez Freud des descriptions des processus du traumatisme, descriptions dans les quelles dominant la plupart du temps le point de vue économique. Le traumatisme correspond à un accroissement d'excitation qui ne peut être liquidé ou élaborée par les moyens normaux, ordinaires ce qui entraîne des troubles durables (Freud, 1915-1917). Le traumatisme est l'effet d'une effraction du pare-excitations, et met hors-jeu le principe de plaisir, imposant à la psyché la tâche urgente de lier les excitations pour permettre leur décharge, ce

qui explique la compulsion de répétition. Le traumatisme est par ailleurs l'effet d'une impossible anticipation, et d'une absence d'«angoisse signal», c'est-à-dire de l'absence d'une dose suffisante d'angoisse qui permettrait au moi de se préparer à affronter l'évènement, et donc de ne pas être totalement désorganisé Freud (1925). Dans l'un de ses derniers textes, *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1939), Freud signale les deux types d'effets de traumatisme : des effets négatifs : qui tendent à ce qu'aucun élément de l'expérience ne puisse être remémoré ni répété, des effets positifs permettant de remettre en œuvre le traumatisme, pour remémorer l'expérience oubliée, la rendre réelle, en vivre une répétition.

2-2 L'évènement traumatique et handicap :

Chaque père et mère se prépare à avoir un enfant qui va répondre à leurs attentes. Un enfant beau et en bonne santé, qui va se concrétiser avec la naissance qui sera pour eux un événement de fête et de bonheur. Dans le cas contraire, la majorité de ses parents ne sont pas préparés ou même envisager d'avoir un enfant handicapé. Par ailleurs, pour chaque parent le handicap est que « pour les autres » ; mais lorsqu'ils seront confrontés à cette dure réalité, le handicap s'imisce dans leur vie à jamais.

Ce handicap s'abat sur eux comme une agression, un scandale, un crime, qui les laisse désemparés, vidés. La phrase formulée par le médecin et tant soignée : « votre enfant est handicapé. » si simple et si courte qu'elle a portent des conséquences très intenses sur la vie psychique et physique de ses parents. C'est un instant vécu comme une déchirure, l'entrée dans un monde chaotique, de solitude et d'impuissance ou tout s'arrête. Pour la maman cela représente pour elle une perte de capacités à répondre aux besoins de son enfant comme le disait Winnicott « la maman suffisamment bonne ». Cyrulnik a ajouté à propos de ce dernier point le concept de la mémoire traumatique qui s'emble s'activer au

moment même du traumatisme, selon Hannam.C qui disait lors de sa propre expérience au moment où il a révélé à sa femme le handicap de leur enfant d'où il décrit le parfum que sa femme portait ainsi que de ses vêtements : «la révélation de le handicap de notre premier enfant m'impose encore actuellement une remémoration immédiate de cet instant douloureux ». En effet cette description est semblable à celle d'un événement traumatique. Les études faites dans ce sens par Hannam.c, (1980) pédagogue anglais, et parent d'un enfant trisomique, rapporte qu'a révélation du diagnostic à un caractère ineffaçable, toujours prêt à ressurgir dans le vécu parental. De plus cet instant s'accompagne d'un trouble émotionnel intense et d'un sentiment de meurtre à l'égard de l'enfant. Mais ce qui fait beaucoup plus mal c'est le sentiment de culpabilité et d'auto dévalorisation qui ne quitte jamais ses parents ; selon l'étude menée par l'association française des parents de trisomiques en (1977).

Lonsdal, (1978), en décrivent les circonstances de la révélation de le handicap grave de l'enfant aux parents tel que la trisomie 21, suscite un nombre de réactions négative à l'égard de cette nouvelle. Lonsdal de plus décrit les phases successives du traumatisme tel est vécu sur le plan conscient est-il retient : refus ; souffrance ; la crainte du futur et le sentiment de désarroi formulé ainsi « le handicap oblige à un jeu social dont on ignore les règles » ; et si on essaye de formuler ce désarroi en questions posées par ses parents, ça donnera le contenu suivant : comment notre enfant va devenir au futur ? ; Comment les autres vont le percevoir ? ; Comment peut-on lui satisfaire ses besoins ? Et tout cela sous un air de crainte.

2-3-Les déterminants de la résilience parentale :

2-3-1 Types de systèmes familiaux :

La nature du système familial, autrement dit, la nature des interactions, de communication, des échanges intrafamiliaux et extrafamiliaux et du degré de sa

Flexibilité et d'ouverture, au contexte environnemental est un facteur important intervenant dans le processus de résilience.

Le système familial ouvert (système qui est en interaction avec le contexte environnemental « la communauté d'appartenance, culture ») ; pourrait éventuellement dépasser et de gérer les changements internes comme les décès ou comme dans le cas d'avoir un enfant handicapé, par sa flexibilité d'acceptation d'aides et de par son harmonie interrelationnelle de faire preuve de force et de résistance. Selon l'idée développée par l'approche systémique, Murray Bowen, Boszarmenyi-Nagy.

Dans son étude de typologie des familles structurales, (Salvador Minuchin), (1987), a sélectionné chaque famille en un type de fonctionnement et d'organisation interne soit qui favorise un état familial d'équilibre et d'homéostasie. Ce qui permet une meilleure protection contre les événements de nature intense. Dans notre étude nous retiendrons trois de ses types.

Le premier type :

1) Les familles flexibles ou (adaptatives) :

Les modes de communication et d'échange sont caractérisés par la sensibilité, l'empathie, l'ouverture, la solidarité, la communication, l'offre d'un soutien dans le respect de l'autonomie de chacun. Ces familles sont capables de se transformer pour répondre aux circonstances.

Cependant, le fait d'avoir des membres d'une même famille en interaction constante pourrait dans le cas contraire du système flexible, engendrer un dysfonctionnement et un étouffement interne et une isolation au monde externe qui rigidifie d'avantage le potentiel de cette famille. Pour cela on a exposé le

deuxième type d'organisation familiale, afin de comparer entre un système a potentiel résilient et système a potentiel rigide.

2) Les familles « enchevêtrées » (ou intriquées).

Ces familles sont repliées sur elles-mêmes, isolées du monde extérieur. A contrario, les échanges internes sont caractérisés par l'implication excessive entre les membres du groupe familial, les relations familiales sont marquées par l'interférence ; l'intrusion ; le contrôle ainsi qu'un non-respect de l'espace, des besoins de l'autonomie de chacun avec une confusion des responsabilités (parents-enfants). Donc les fonctions de protection de ce système familial sont défailantes.

3-les familles « désengagées ».

Ces familles sont caractérisées par des relations formelles et l'évitement des sentiments. Les échanges sont marqués par l'ignorance mutuelle, l'insensibilité entre les membres du groupe familial, le manque de solidarité. Les parents peuvent se désengager envers les difficultés de leurs enfants, comme dans le cas du handicap, la communication entre les membres est très difficile. Alors les fonctions de protection sont donc défailantes et handicapées à la fois.

2-3-2 Le processus d'adaptation des parents face à le handicap de leur enfant :

Face à une situation de stress et d'angoisse permanente, les parents font preuve de résistance, de maîtrise au quotidien pour le bien de leur(s) enfant(s) et pour le leur.

Ceci signifie que ses parents en fin de compte cherchent premièrement à s'adapter à leur nouvelle situation qui les définit comme étant insupportable. Donc ce concept d'adaptation qui a attiré l'attention de plusieurs chercheurs

spécialistes du domaine, n'est pas un simple concept ou un mot facile à le rendre concret en réalité, cela demanderait un ensemble de facteurs, de potentiels afin d'y arriver. Donc on peut le considérer comme étant un processus.

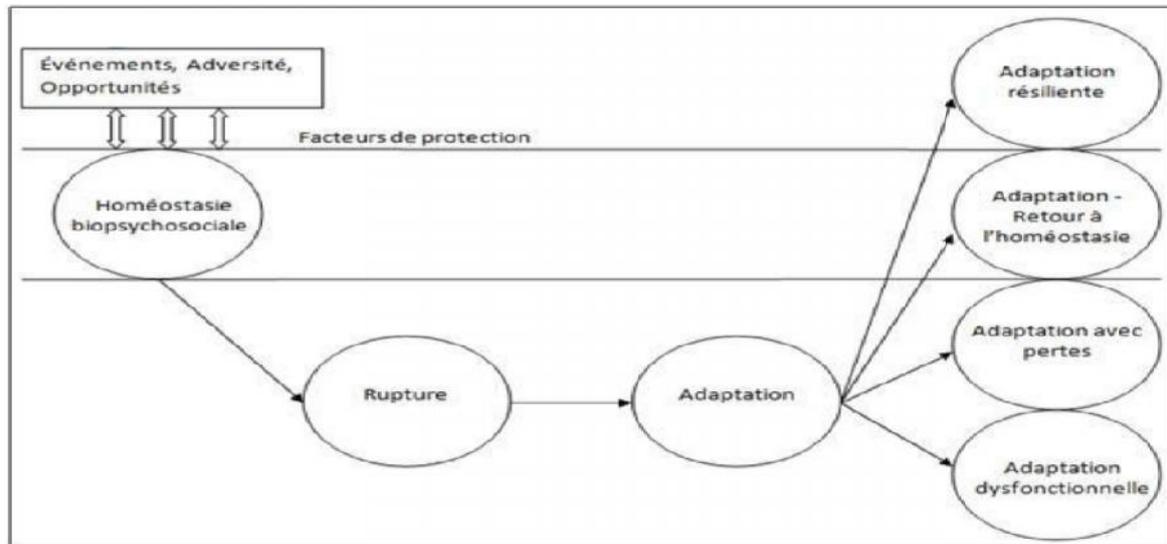
Pour étayer notre point de vue concernant ce concept, nous avons rapporté un ensemble de points de vue théorique. Regroupés sous formes de modèles en premier lieu et

2-3-2-1 Processus d'adaptation des parents face à l'handicap de leur enfant :

-Modèles d'adaptation et de résilience :

1) Le modèle de résilience de Richardson, (2002) : qui se base en effet sur l'adaptation comme critère important du processus. Il postule que tout individu possède des capacités d'adaptation qui lui sont propres et que ces dernières varient d'une personne à l'autre lorsqu'elle est confrontée aux stressés rencontrés, qu'ils soient négatifs ou positifs. Par ailleurs ses parents donc face aux événements stressants de la vie développeraient avec leurs caractéristiques personnelles (facteurs de protections) qui s'associeront avec les facteurs environnementaux sollicités un état d'équilibre et d'adaptation qui se diviserait en quatre niveaux d'adaptation. Et le modèle ci dessous expose l'idée de (Richardson).

Figure 1 : Modèle de résilience de Richardson (2002)



2. Modèle d'adaptation double ABCX de Mc Cubbin.

Selon (Mc, Cubbin et Patterson,1983), la résilience au sein d'une famille ; d'un couple parental est la faculté d'adaptation contrairement à une simple mise en place de stratégies pour faire face au coup par coup, la résilience est durable et positive, elle s'installe dans le temps. Chacun des membres de la famille enclencherait un processus d'ajustement positif, grâce à un sentiment de compétence, de confiance en soi, une redéfinition de ses objectifs personnels. Ce modèle détermine le processus d'adaptation des parents en se focalisant sur les ressources dont disposent ses derniers. Pour en arriver à l'adaptation il faut qu'il y est interaction de trois éléments en situation de stress qui provoque une rupture d'un état d'homéostasie.

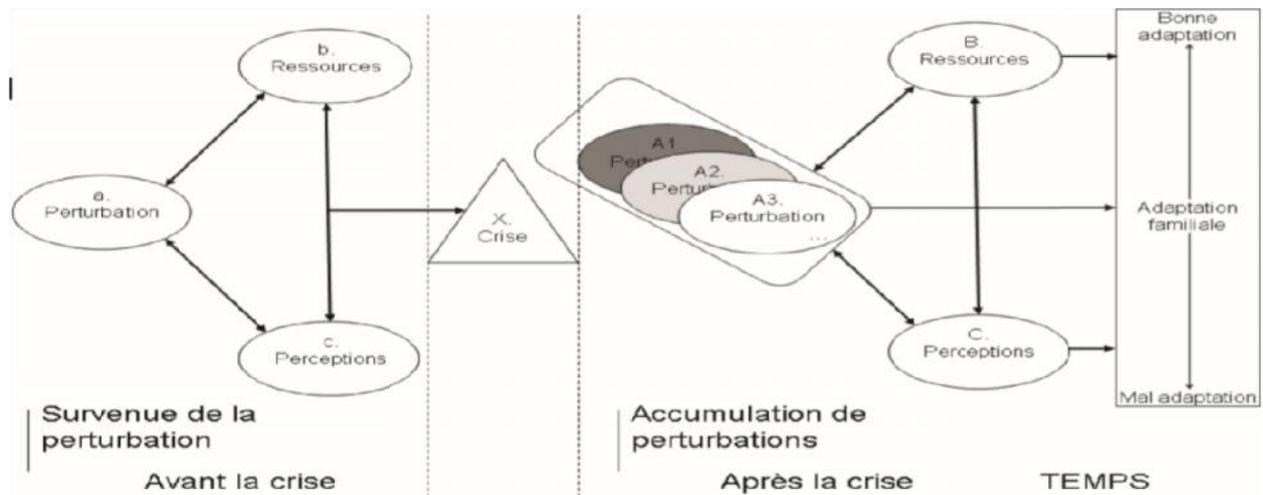
A : facteurs ou événements stressants ; perturbants l'équilibre familial.

B : les ressources disponibles.

C : la perception de l'événement.

X : la crise.

Figure 2 : Modèle d'adaptation double ABCX de (Mc Cubbin)



Le troisième modèle adapté par Wallander, (1989), explique le processus d'adaptation d'une

Famille comme un degré à atteindre. En effet pour que les parents arrivent à s'adapter à un environnement hostile au quotidien, il faut qu'il y'est interaction de deux types de facteurs principaux, que nous allons voir comme suit, en l'étayant avec une présentation sous forme de figure adapté par Wallander.

Le premier, est le facteur de risque dont trois catégories sont mises par Wallander : 1)-les caractéristiques de la maladie ou de la déficience : handicap servers, trisomie, autisme, déficience.

2)-l'indépendance fonctionnelle : est liée à la santé psychologique, physique et au fonctionnement social d'aide et de prise en charge de l'enfant malade.

3)-facteurs de stress psychosociaux : liés a le handicap de l'enfant ; les craintes quotidiennes.

Le deuxième, est le facteur de résistance, trois catégories sont présentées :

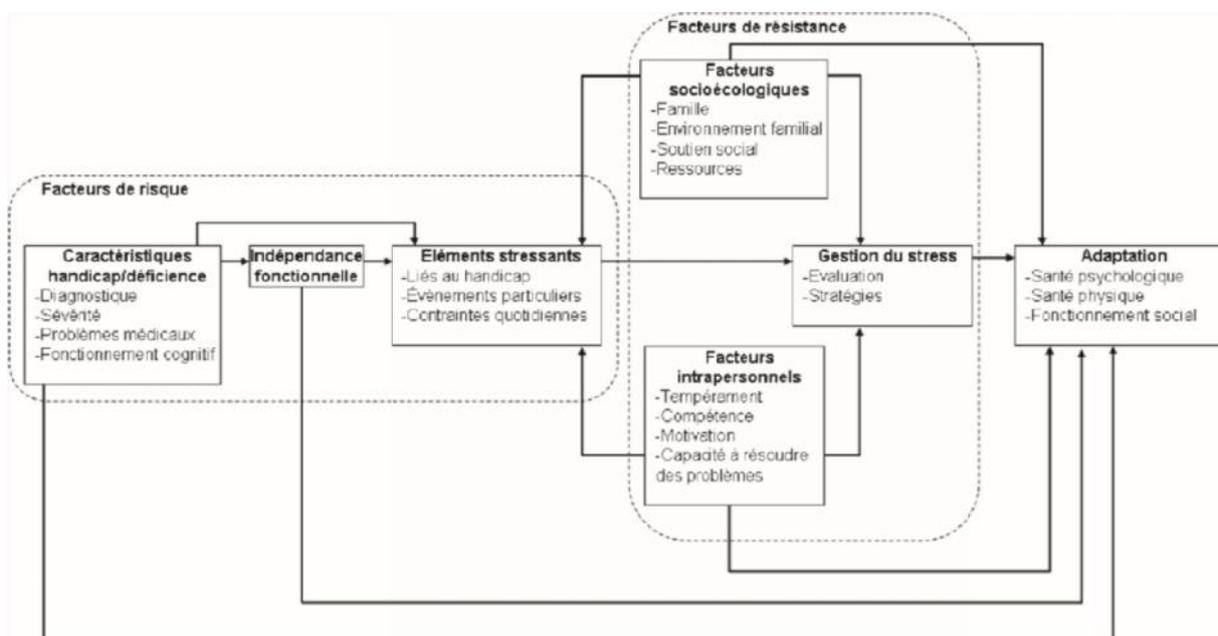
1)- les facteurs intra personnels : Wallander s'est basé sur ce facteur comme principe pour déterminer le processus d'adaptation dans son modèle. Et parmi

eux : le tempérament ; les compétences ; la motivation, et la capacité à résoudre les problèmes.

2)-les facteurs socio- écologiques et la gestion du stress : correspond au soutien social, l'environnement familial, les ressources, la famille.

3)-la gestion du stress consiste en la capacité d'évaluation cognitive et stratégies d'adaptation.

Figure 3 : Représentation du modèle des facteurs de risque et résistance dans l'adaptation au handicap (adapté de Wallander)



2-3-2-2 Processus d'adaptation selon Evans (1976) et Drotar (1975) :

Ce processus vécu par les parents se caractérise par un ensemble des émotions et des réactions négatives qui succèdent. Qui se traduit par le chagrin qui afflige les parents. Ce chagrin est un processus déclenché par une vive émotion et un sentiment intense de nostalgie à l'égard de l'enfant imaginé, attendu et désiré, ce cheminement de parents décrit par Evans (1976) et Drotar(1975) en cinq étapes qui sont les suivantes :

1-Le choc :

Le choc selon Evans (1976), une personne est en état de choc lorsque, placée devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité. Les parents se trouvent devant un enfant infirme, qui ne correspond pas à l'image de l'enfant désiré. Chaque parent comment s'exprime face à cette réalité lors des premiers moments, l'état de choc peut se manifester par une explosion émotionnelle ou par une indifférence apparente. Mais les parents éprouvent toujours des sentiments d'effolement, d'égarement et de confusion et se posent une foule de questions (Lamarche, C, in santé mentale au Québec, P 36-45)

2-La déniation :

Pendant cette période, les parents désirent que la réalité se transforme et que le chagrin disparaisse. Certains parents résistent à la réalité en devenant super actifs et en refusant d'entendre toute information sur l'état de leur enfant. D'autres rejettent le diagnostic et recherchent une opinion médicale favorable. D'autres encore affichent une certaine indifférence (Lamarche.C ; P37).

3-Le désespoir, la colère, l'anxiété et la tristesse :

Le désespoir et la colère succèdent à la négation. C'est alors que les parents se rendent compte de l'incapacité réelle ou du handicap de leur enfant. Les problèmes occasionnés par la présence de l'enfant passent au premier plan. La colère qui se manifeste durant cette troisième étape est dirigée vers soi-même, vers le conjoint, vers l'enfant, vers les professionnels ou vers l'entourage

4-Le détachement et l'adaptation : Malgré une certaine acceptation apparente aux limites de l'enfant. Mais les parents évitent quand même de communiquer ou de partager leurs sentiments envers l'enfant. A ce moment-là les parents

commencent à s'organiser en fonction de la réalité, mais ils ne sont pas encore capables de comprendre ou de maîtriser tous, leurs sentiments et leurs émotions. C'est une étape transitoire entre l'étape précédente et la réorganisation. Dortar (1975) soulignent une diminution progressive de l'anxiété et de l'intensité des réactions émotionnelles. Il remarque de plus l'adaptation progressive des parents, ils prennent l'initiative de la prise en charge de leur enfant, ils commencent à retrouver le goût de la vie. En fait ils voient qu'ils ne sont pas les seuls à traverser ces moments difficiles. Leurs sentiments négatifs s'atténuent de plus en plus, et ils réalisent que la vie continue. (Lamarche, C ; P37).

5-L'acceptation, la réorganisation :

Cette phase se manifeste par la reconnaissance des limites et des potentiels de l'enfant. Les parents admettent les contraintes des professionnels et des programmes, ils participent dans l'éducation de leur enfant, ce dernier trouve sa place au sein de la famille. Evans (1976) signale que la reconnaissance des limites et les capacités de l'enfant, survient au même moment que la prise de conscience par les parents et leurs propres sentiments envers leur enfant. C qui permet une réduction de tension. La situation de l'enfant est maintenant cerner dans un angle positif et les attitudes à son égard changent. Et les parents se donnent à fond pour lui, et pour lui donner toutes les chances d'un développement harmonieux. Lamarche, C, in santé mentale au Québec, (1985; P40)

Résumé :

Dans ce chapitre on a traité le sujet de la résilience, notamment celle des parents et ces différentes ressources, face à le handicap de leur enfant. Ainsi les différents acteurs qui participent à l'émergence de processus de la résilience sur le plan intra personnel et interpersonnel.

En décrivant les premières réactions parentales autour de l'annonce du le handicap qui engendre chez eux un traumatisme psychique .Et leur confrontation à cette situation qui s'enchaîne par différentes phases, on arrivant au stade de l'acceptation et la réorganisation. Les connaissances retenues dans ce chapitre seront pour nous un matériel qui sert de support d'analyse des entretiens des cas qu'en vas étudier.

Préambule :

Chaque travail de recherche nécessite de suivre une méthodologie, ce qui permet au chercheur d'organiser son travail en tenant compte des techniques de recherche et du choix d'une méthode qui répond à son objectif. Dans notre étude en a opté pour la méthode clinique utilisée en psychologie clinique, dans le but de la description des aspects des sujets qu'on veut étudier, s'en basent sur les techniques de l'entretien clinique et l'observation clinique pour la collecte des données, à notre sujet de recherche qui est :

«La résilience chez les parents, ayants un enfant atteint d'une trisomie 21». Particulièrement c'est ce que vas nous permettre, de passer à l'analyse et à l'interprétation des résultats, dans le chapitre qui suit.

01-La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape indispensable dans chaque travail de recherche scientifique, elle permet au chercheur de prendre contact avec le terrain, à fin d'y répondre à certains questionnements de sa recherche. Lors de la pré-enquête nous avons pris contact avec le personnel du centre des inadaptés mentaux sis à Iheddaden, ou nous avons effectué notre stage. Par ailleurs ça nous permit de nous familiariser avec l'ensemble du personnel et plus précisément avec les psychologues, psychopédagogues ainsi que les éducateurs qui travaillent au centre. Cette étape nous a permis essentiellement de vérifier la disponibilité des cas, dont nous avons besoin pour notre recherche et de vérifier et d'ajuster notre outil de travail (guide d'entretien, observation clinique et l'inventaire de ressources de la résilience).

02-Présentation du lieu de la recherche :

Le champ du terrain nous permet d'explorer le phénomène qu'on veut étudier, et la récolte des donnés qui nous servira dans la vérification de nos hypothèses. Notre recherche s'est effectuée au niveau du centre psychopédagogique pour

enfants et adolescents de la ville de Béjaia situé à Iheddaden. Dans ce centre la prise en charge est destinée à un nombre important d'enfants et d'adolescents âgés entre cinq et dix-huit ans, qui rassemble les inadaptés mentaux de différents troubles, infirmité motrice cérébrale, retard mental et notamment la trisomie. Ce centre dispose d'une équipe psychopédagogique composé de trois psychologues cliniciens, deux psychologues orthophoniste, un chargé pédagogique, une assistante sociale et une psychomotricienne. Ainsi une équipe d'éducateurs et d'autres personnels. Cette équipe pluridisciplinaire veille sur une meilleure prise en charge de ces enfants sur le plan psychomoteurs, cognitif et psychopédagogique.

03-La méthode de la recherche :

La méthode qui semble méthodologiquement la plus adéquate pour notre recherche, est celle qui répond à notre étude, afin de concrétiser le plus fidèlement les données respectives récoltées lors des entretiens. Par ailleurs la méthode descriptive, qui est considérée par nombre de chercheurs comme l'objectif de la recherche. Elle est définie comme suit : «...essaie de décrire des phénomènes tels qu'ils existent plutôt, que de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets». Western, (2000, p.62). Et ce que nous cherchons dans notre étude c'est de faire ressortir les éléments du processus de résilience des parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21.

L'approche dont nous nous basons dans notre étude est l'approche qualitative, qui permet de « donner sens au-delà de l'observation, de la description, de l'interprétation et de l'appréciation du contexte du phénomène. » Edo Kodjo Maurille Agoboli, (2014).

Cette méthode recourt à des techniques de recherche qualitatives pour étudier des faits particuliers (études de cas, observation, entretiens semi-structurés ou

non-structurés...etc.). Le mode qualitatif fournit des données de contenu, et non des données chiffrées.

L'entretien clinique :

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique. A la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ces émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside l'entrevue.

Définition de l'entretien :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petit Robert, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive.

Clinique est à l'origine un terme médical issu du grec kliné qui signifie «lit». L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens, à un sens quelque peu différent de celui utilisé en médecine ; il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Dans le sens évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique Alain Blanchet, (1997).

En clinique l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes .Il apparait donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut

comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte de l'apparition de ses difficultés.

Entretien semi directif :

Il existe trois types d'entretien de recherche en psychologie, on distingue l'entretien non directif, l'entretien semi-directif et l'entretien directif. Dont chacun à ses propres caractéristiques et le choix de l'un de ses types, dépend de l'objet d'étude et qui répond à l'objectif du chercheur. Nous reconnaissons dans l'entretien de recherche semi-directif l'outil ou la technique la mieux adaptée pour notre recherche.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. L'entretien clinique ; Bénony.H et Chahraoui, Kh (1999).

04-La présentation des outils de recherche :

On a opté pour trois outils de recherche :

4-1-L'observation clinique :

L'observation comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse constitué d'hypothèses et de concepts avec leurs dimensions et leurs indicateurs est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables. Au cours de cette phase, de nombreuses informations sont donc

rassemblées. Par ailleurs, on peut la définir comme un travail de terrain ; qui est une étape essentielle dans toute recherche en sciences sociales. Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy, (2011, p140)

4-2-Le guide d'entretien :

Dans ce type d'entretien de recherche on s'appuie sur un document formalisé. Comme on l'avait déjà défini, il s'agit de construire une trame souple de questions concrètes formuler simplement, à poser à l'interlocuteur.

Ce guide tel que nous l'avons construit est structuré en thèmes, chaque thème regroupe une série de questions par lesquelles les relances proposées permettant d'affiner les données recueillies. La formulation est faite en fonction des informations que nous cherchons à recueillir, pour objectif de description des différentes représentations et des attitudes des enquêtés. Selon M, Angers, (1990), « Cette technique est toute indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir à travers la singularité de chaque rencontre des causes communes à leurs comportements. »

Notre guide d'entretien est reparti en quatre axes essentiels. Dont chaque axe comprend un nombre de questions :

Axe I: Contient les données personnelles, des parents et de l'enfant handicapé.

Axe II: Période de grossesse et de l'accouchement ainsi les premières réactions parentale face à cet évènement, l'impact de ce dernier sur leurs relation de couple et sur la perception de leurs enfant trisomique.

Axe III: Cet axe se compose de questions, autour de l'handicap de l'enfant et la place qu'il occupe dans la vie de couple et dans la vie familiale.

Axe IV: L'ensemble de questions, comprenant les sources de la résilience, dont on distingue des questions sur la nature des relations de parents d'un enfant

trisomique avec leur famille et leur entourage. Et d'autres questions en relation avec les différentes ressources de la résilience parentale.

4-3 Présentation de l'inventaire :

Toute recherche, a besoin d'être étayer par un outil de recherche. Nous de notre part, on a opté pour cet outil afin de bien concrétiser notre question de départ, et par ailleurs, vérifier nos hypothèses avancées dans la partie théorique.

L'inventaire de ressources de résilience a été élaboré par les auteurs Pourtois, Humbeeck et Dasmé ; (2012). Cet outil vise avant tout à comprendre comment l'individu (re)construit son monde avant, pendant et après un épisode de vie qu'il a lui-même perçu comme fracassant.

Il s'agit, des lors, de mettre à jour la connaissance qu'il avait de sa manière de se positionner face au monde avant d'être confronté aux risques de l'épreuve, et de constater les attitudes, ou les comportements nouvellement acquis, qui nourrissent ou non une trajectoire de néo-développement qui suggère la résilience.

L'inventaire de ressources de résilience permet l'appréhension des indices sous forme de données observables ou de réalités subjectivement vécues. Il permet de rendre compte de la manière dont ces signes se manifestent aux yeux du sujet lui-même, ou de façon dont ces indices peuvent être perçus par son entourage. Puis la conversion des indices en indicateurs plus précis sur le plan sémantique en favorisant une compréhension plus nuancée. En suite la traduction des indicateurs en concepts pour permettre une analyse conceptuelle.

4-3-1 L'usage de l'inventaire :

L'inventaire des ressources de résilience peut, d'une part, être utilisé comme un outil de recherche qui repère et identifie empiriquement les facteurs de résistance, de désistance, de résilience ou de résilience. Dans notre recherche par

contre, nous avons utilisé cet outil pour identifier et repérer uniquement les ressources de résilience. Afin de faire une évolution complète de l'individu face à une épreuve de vie difficile :

- l'évolution des ressources affectives ;
- l'évolution des ressources cognitives ;
- l'évolution des ressources sociales ;
- l'évolution des ressources conatives.

Par contre pour vérifier nos hypothèses l'outil pourrait les vérifier en mesurant l'ensemble des ressources proposées par ce dernier, en outre, les ressources affectives, conatives ainsi que la sociabilité et la socialité qui englobent les variables de nos hypothèses partielles. Dans le but de comprendre le rôle de ses ressources dans le développement de processus de résilience des parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21.

La passation de l'entretien est accompagnée par celle de l'échelle de l'inventaire au même temps. À travers les entretiens semi-directifs nous avons pu récolter les données nécessaires de chaque cas. L'échelle de l'inventaire présente des tableaux, et chacun de ses tableaux contient des indices qui représentent l'évolution de chaque ressource de la résilience.

Après chaque entretien, on analyse le contenu à partir des indices qui sont mentionnés dans chaque grille. En suivant l'ordre des questions sur trois axes : avant le fracas ; pendant le fracas ; après le fracas. Chaque réponse obtenue et selon les indicateurs proposés par l'échelle, et toujours en faisant référence à l'ordre des axes, on cote par (+) pour confirmer la présence de l'indice et (-) pour l'absence de l'indice. À la fin on calcule l'ensemble des + et - pour chaque période avant ; pendant et après le fracas sur le nombre d'indices mentionnés dans chaque tableau, pour donner enfin les résultats de chaque évolution.

05-Présentation des cas :

Les personnes enquêtées ont été choisies parce qu'elles correspondent à des caractéristiques établis pour les fins de notre recherche. Il s'agit de quatre mamans des enfants trisomiques, âgées entre 33 ans et 51 ans. De différentes régions de la ville de Béjaia, et parmi elles il 'y avait une seule qui exerce la profession d'enseignant et d'autres qui sont des femmes au foyer. Les entretiens ont été effectués au niveau du centre psychopédagogique de la ville de Béjaia, à l'aide des rendez-vous qui ont été pris à l'avance, et lors de consultations externes pour les enfants les plus jeunes qui ne sont pas encore insérer dans le centre. On a opté pour l'étude du cas qui est la méthode la plus utilisé en pratique clinique et vise «non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes.» Huber, (1993). Il s'agit donc des personnes qui ont été impliquées dans la situation concrète que l'on veut analyser, qui est bien les différents facteurs qui déterminent la résilience chez ces parents face à la trisomie de leurs enfants.

06-Le déroulement de la recherche :

6-1-La passation de l'entretien :

Le lieu de conduite de l'entretien est important. Soigneusement le chercheur est dans l'obligation de trouver un espace convivial pour son interlocuteur et pour lui-même aussi. Dans notre cas nous avons passé nos entretiens dans un bureau bien aménagé qui nous a d'ailleurs facilité l'ensemble des points essentiels à mettre en évidence avant de commencer notre travail ; par ailleurs, rassurer l'interlocuteur, lui expliquer le consentement et les objectifs.

07-Présentation et analyse des résultats :

Ici dans notre recherche on a utilisé des techniques de recherche déjà citées, dans cette étape l'analyse des résultats se fait par une analyse du contenu des entretiens de chaque cas, on faisant référence à nos hypothèses du travail. Cette analyse permet de comprendre les contenus ou significations. Elle va nous servir pour coder les résultats d'entretiens, de révéler les attitudes et de repérer des éléments sous-entendus.

08-Les difficultés rencontrées :

Comme notre thème de recherche l'indique, en s'est basé sur la résilience chez les parents ayant un enfant trisomique, mais en a rencontrés les mamans de ces enfants seulement, les papas ne se présentent pas au centre lors des entretiens pour de différentes raisons, c'est ce que nous avons trouvé comme difficultés durant notre période du stage.

Donc la conduite des entretiens ne répond pas vraiment à ce que on veut étudier, vu le manque des cas. Nous en a choisi d'étudier la résilience chez les deux parents puisque ce type d'évènement ne touche pas uniquement la maman, mais le père aussi se heurte devant cette réalité, c'est pour cela qu'en a visé sur tous les deux, dans le but de récolter des données qui correspondent à notre thématique, et c'est ce que vas nous aider dans l'analyse des résultats pour vérifier nos hypothèses du travail et pour la pertinence de notre travail de recherche.

Résumé :

Notre chapitre méthodologique, comporte les étapes de la démarche de la recherche qu'on a suivie au cours de notre étude. Qui se focalise sur l'étude de cas, qui va nous fournir des données sur ces sujets de recherche, à partir de lesquelles on peut analyser et interpréter les résultats obtenus lors des entretiens.

1-Présentation, analyse et interprétation des entretiens :

-Présentation et analyse de l'entretien avec Mme (A) :

Présentation du cas :

Mme (A) est âgée de 39 ans, mariée à l'âge de 29 ans, et a eu 4 enfants dont le troisième « Tiko » âgé de 4 ans et demi, est atteint d'une trisomie 21.

Elle a un niveau terminal et femme au foyer. Ce qui lui permet de s'occuper pleinement de son fils. Mais cela ne l'empêche d'avoir des ambitions pour son avenir. Son époux est fonctionnaire qui a un revenu moyen, mais, qui leur permet de prendre soin de leur fils « Tiko ».

Mme (A) se présente en bonne santé physique, et n'avait aucune complication ou anomalie pendant la période de sa grossesse. Ni lors de son accouchement.

Elle entretient de bonnes relations avec son mari et sa famille, ainsi que sa propre famille. Par ailleurs, lorsque nous lui avons expliqué le cadre méthodologique. Et lui ont présenté le consentement éclairé de notre recherche, Mme (A) a répondu favorablement à notre demande et a répondu à toutes nos questions.

-La relation conjugale, la période de grossesse et de l'accouchement.

Mme (A) et son époux semblent avoir désiré cette grossesse, pour la maman c'était un événement important. Elle était toute heureuse de l'avoir su ainsi que son mari. La période de grossesse s'est bien passée sans complications majeurs. Ainsi que son accouchement.

La maman dans cette période semble vivre un conte de fées, en se préparant à cet événement important qui semble lui apporter beaucoup de bonheur. Son époux était dans le même état, le couple s'attendaient à avoir un enfant qui répond à leurs désirs les plus profonds, un enfant beau et en bonne santé. Le couple était très heureux et épanoui.

-Le handicap et la vie familiale :

Après la période d'accouchement de quelques heures, Mme (A) a été confrontée à l'une des surprises de sa vie, dont elle ne s'attendait jamais, c'est celle d'avoir un enfant à besoins spécifiques. Mme (A) à ce moment eu une réaction qui résume de sa capacité d'acceptation, lors de l'annonce du diagnostic. « ...kaniyithid Ken Almagh belli c'est un trisomique. » souriante, la maman ajouta qu'elle a accepté directement l'enfant sans avoir eu ou ressenti de la colère ou de la tristesse ; aussi pour son mari.

D'après ce fragment d'entretien, le couple et spécialement la maman, ne semble pas avoir été bouleversée ni choquée par l'annonce. Ceci peut être résumé d'un fonctionnement psychique souple dont la fonction du pare-excitation ne semble pas avoir été perturbée à ce moment-là et le Moi continue à utiliser les mécanismes de défense d'une manière adéquate et appropriée.

L'annonce du diagnostic n'a pas bouleversé leurs assises narcissique peut être par ce que le fait d'avoir d'autres enfants en bonne santé ; à empêcher de développer un fonctionnement pathologique.

Mme (A) entretient une relation particulière avec son enfant « ...je prends soins de Tiko plus que ses frères et sœurs » avec un léger sourire. Elle décrit son fils comme un enfant très calme et qui ne dérange personne « Tiko est calme kther melazem ». Pour elle « Tiko » ne doit manquer de rien, pas moins que les autres enfants de son âge, «... il ne doit manquer de rien. ».

Ce handicap semble ne pas affecter la vie des deux parents. Par ailleurs, ils s'organisent au quotidien afin que « Tiko » ait un environnement favorable.

-Les ressources de résilience :

La maman fait preuve d'adaptation aux difficultés de la vie, mais d'une manière progressive sans pour autant renoncer à ses buts, ou à ses objectifs,

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

malgré les difficultés rencontrées «... loukan atsalmet dachu idse3edagh gedounithiw. » toujours en gardant le sourire. D'après les dires de Mme A son adaptation est un paramètre qui contribue au processus de résilience. Autant que parent ce fonctionnement fait objet d'une adaptation fonctionnelle « Richardson ».

Cependant, Mme (A) n'a jamais ressenti un sentiment de culpabilité et de colère vis-à-vis l' handicap de son enfant, mais elle le ressentait fortement lorsque « Tiko » tombait malade. «... tserough, Tiko ne doit pas tomber malade. » ce qui signifie, que le sentiment de culpabilité est exprimer, que lorsque la maman n'arrive pas à protéger son enfant des éléments externes. Gérard Poussin, (1999).

Le handicap de « Tiko » ne semble pas affecter la vie de couple de cette maman. Au contraire cela les a plus réuni et souder leurs relations. Pour Mme (A) un couple doit se parler, communiquer, se dire tout afin de pouvoir trouver la cohésion et la complémentarité parfaite. En ajoutant que la communication les a beaucoup aider, en plus elle qui est issu d'une famille ou ce paramètre est un indispensable dans leur éducation. « ... Mon père nous a toujours éduqué avec la parole ».

Mme (A) est une femme sociable, et fait preuve d'altruisme afin d'aider les autres. D'autant plus elle le perçoit comme un paramètre qui lui permet d'apaiser ses souffrances psychiques. « ... tshebiggh ad3iwnagh... » .

Sur le plan émotionnel, nous avons constaté que Mme (A) est très empathique à l' égard des autres parents qui sont dans la même situation « ...tsghitniyi bezef, tshoussegh ayen itshousoun... » . De plus elle fait preuve d'une intelligence émotionnelle qui lui permet de comprendre ses émotions, de les contrôler et de vouloir les partager avec les autres. Et d'après ce qu'elle nous a raconté.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Sur le plan relationnel, la dame fait preuve d'ouverture, d'acceptation des aides que peuvent lui apporter les autres. Ainsi que son aptitude et sa disponibilité à porter à son tour de l'aide aux autres parents, et spécialement les mamans. Mais spécialement qu'avec les conseils « tshebig ad3iwnagh swawal, tsebiraghten... ».

D'après ses caractéristiques recueillis, nous constatons que cet ensemble de facteurs contribuent fortement au développement du processus de résilience. Mais en plus contribuent à la mise en place d'un type de système familial ouvert caractérisé par un sous type familial qui est flexible. Dont la confiance, la communication, l'acceptation d'autrui sont présents. « J'aimerais bien ouvrir un atelier de couture, et mon mari d'ailleurs me soutien dans mon projet ».

Mme (A), nous a confirmé dans ses propos, que la religion occupe une place très importante dans sa vie, c'est ce qui lui a permis d'accepter l'état de son fils comme il est. Pour nous, ça nous a beaucoup aidé à affronter la réalité et l'accepter comme telle, et ça contribué à changer ma vision des choses dans un sens positif. « Hamdoullah, hamdegh rebbi koul youm. Au debut dessah ligh fek3agh mais toura, ayen ideka rebbi almagh belli delmektoub... » . Dans ce dernier fragment, on observe une spiritualité assez importante et une aptitude à accepter les faits beaucoup plus facilement.

Concepts opératoires :

1-Evolution affective

1-1 Sourit d'une manière attachante.

Avant le fracas	Sourit d'une manière attachante	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	-	+
+	bienveillant	-	+
+	apaisant	+	+
+	attractif	+	+

Tableau N°01 : sourit d'une manière attachante

Interprétation :

Il semble que Mme (A) avant le fracas perçoit le sourire comme un atout important dans la vie quotidienne , c'est ce qu'il lui permet de créer des liens avec autrui, et dans le même sens, c'est un critère de bienveillance, d'apaisement ainsi que d'attraction lors de toute relation entretenue avec d'autres personnes.

Par contre, lors de la période de fracas, Mme (A) semble avoir perdue la notion du sourire juste après l'annonce du diagnostic de son enfant, dans la dimension de créateur de lien et de bienveillance, pour elle, c'est une façon d'exprimer sans désarrois qui semble une réaction toute a fait normale, vu que cette maman a passé par une période de deuil non exprimé directement lors de l'entretien. Mais les deux autres critères semblent restés intact. Ce qu'il lui permet de garder un niveau d'équilibre au niveau de son sourire.

Lors de la période post-traumatique, on constate une nette évolution de son sourire au niveau de créateur de lien et de bienveillance. Et un retour à l'état initial.

1-2 fait preuve de sens de l'humour :

Avant le fracas	Fait preuve de sens de l'humour	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	-	+
+	bienveillant	-	+
+	Réducteur de tension	+	+

Tableau N°02 : fait preuve de sens de l'humour.

Interprétation :

Le sens de l'humour semble être développé chez le sujet (A). Elle le perçoit comme une faculté qui lui permet de créer des liens, et d'exprimer son intention de bienveillance à l'égard des autres, ainsi qu'un réducteur de tension lors des situations de tension. Par contre, on constate que pendant la période de trauma, le sujet (A) a perdu de son humour l'aspect relationnel et de bienveillance. Mais reste un réducteur de tension, d'autant plus Mme (A) est issue d'une famille qui semble voir l'humour comme caractéristique nettement privilégiée. Après le fracas, Mme (A) retrouve son sens de l'humour dans tous ses aspects. Permettant ainsi un état affectif équilibré.

1-3 Fait preuve d'amabilité et de charme :

Avant le fracas	Fait preuve d'amabilité et de charme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Désir de stimuler un lien affectif	-	+
+	Aptitude a manifesté des signes d'affection adaptés	-	+
+	Aptitude à recevoir de l'affection	+	+

Tableau N°3: fait preuve d'amabilité et de charme :

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Mme A exprimait une forte prédisposition à stimuler un lien affectif avant le fracas, vu que c'est une personne qui est tolérante et ouverte dans ses relations (avec le sexe féminin), d'après l'entretien passé avec elle. Mme manifestement développe une aptitude positive par rapport aux signes d'affection adaptés, une femme qui exprime de la joie, tendresse et d'amour à l'égard de sa famille d'une manière équilibrée et correcte semble-t-il.

Son amabilité et son charme est de signe positif, vu qu'elle fait preuve d'aptitude à recevoir de l'affection.

Après le diagnostic de son enfant, la maman semble ne pas avoir de désir à créer des liens affectifs vu qu'elle a passé une période de deuil courte. Et une faible tendance a exprimé une aptitude adaptée vis-à-vis ses signes affectifs, cela est expliqué par le fait que cette maman a subi un chamboulement dans son fonctionnement affectif, lorsque son fils tombe malade, ce qui résume l'apparition de signe négatif dans le tableau. Par ailleurs, après le fracas, on constate une nette amélioration et une réapparition de désir à stimuler un lien affectif, ainsi qu'une aptitude a manifesté des signes d'affection adaptés et à recevoir de l'affection.

1-4 Fait preuve d'optimisme :

avant le fracas	Fait preuve d'optimisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude a envisagé les événements dans leurs aspects positifs.	+	+
+	Aptitude à anticiper favorablement le dénouement d'une situation difficile, embarrassante ou inquiétante.	+	+
+	Aptitude à ne pas s'inquiéter des embarras présents et à en projeter la signification dans un avenir favorable.	-	+

Tableau N°04: fait preuve d'optimisme.

Interprétation :

L'optimisme de Mme (A) paraît particulièrement étoffé, significativement avant le fracas Mme à ne semble avoir aucun signe de pessimisme majeur. Par ailleurs ses aptitudes à envisager les événements dans leurs aspects positifs, à anticiper positivement le dénouement d'une situation inquiétante ou À ne pas présenter des signes d'inquiétudes sont des caractéristiques nettement exprimées par Mme (A) de par son expérience de vie son entourage familial étayant. Par contre, ce qui a attiré notre attention, c'est l'état de l'optimisme qui est resté pendant l'épisode traumatique et post-traumatique particulièrement riche. Sauf pendant le fracas, Mme (A) a exprimé une aptitude moins positive et semble être affectée par le fracas, ce qui a changé sa perception des choses. Et qu'il lui a permis d'exprimer une certaine inquiétude, mais juste pour une durée limitée.

1-5 Epreuve un sentiment d'acceptation :

Avant le fracas	Epreuve un sentiment d'acceptation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Sentiment d'être considéré positivement au sein de la famille.	+	+
+	Aptitude à créer autour de lui un espace affectif ou il se sent en sécurité.	+	+
-	Capacité d'amener les membres de son entourage à lui consacrer librement leur temps	+	+
+	Tendance à disposer au sein de son environnement affectif d'un droit à l'organisation personnelle.	+	+

Tableau N°05 : Epreuve un sentiment d'acceptation.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Le sentiment d'acceptation paraît dans ce cas de figure en équilibre parfait avant, pendant, et après le fracas. Le sujet par contre, n'a pas l'air d'être affecté sur ce point. L'entourage familial a joué un rôle important en lui aménageant un espace de soutien et sécurisant. Ce qui a permis à la maman de développer des aptitudes qui favorisent le sentiment d'acceptation. Entre autre, Tendance à disposer au sein de son environnement affectif d'un droit à l'organisation personnelle, fait preuve d'un système familial équilibré (flexible) « Minuchil » favorisant le développement du processus de résilience

1-6 Synthèse de l'évolution affective :

Avant le fracas	Concepts affectifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Sourire attachant	2/4	4/4
3/3	Sens de l'humour	1/3	3/3
3/3	Amabilité/charme	1/3	3/3
3/3	optimisme	2/3	3/3
3/4	Acceptation	4/4	4/4

Tableau N°06 : concepts affectifs.

Interprétation :

Avant le fracas, l'évolution affective de Mme (A) semblé être en parfaite cohésion, ce qui signifie au niveau de son fonctionnement mental, un bon fonctionnement. Par contre, on constate, pendant le fracas, Ya une nette diminution de ses aptitudes affectives. Entre autre, on observe, absence de son sourire, diminution au niveau de sens de l'humour et amabilité ainsi que l'optimisme. Mais son niveau d'acceptation reste élevé dans toutes les périodes, peut être que l'environnement familial était un facteur déterminant dans ce cas.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

2-Evolution conative :

2-1 Fait preuve d'empathie :

Avant le fracas	Fait preuve d'empathie	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Tendance à se soucier de l'état émotionnel des autres	+	+
+	Aptitude à identifier les émotions des autres	+	+
+	Aptitude à identifier ses propres émotions et à les différencier de celles qui sont éprouvées par les autres.	+	+
+	Aptitude à concevoir l'état émotionnel de l'autre sans le partager ou le ressentir à sa place.	+	+

Tableau N° 07 : fait preuve d'empathie

Interprétation :

On constate que Mme A avant le fracas fait preuve d'empathie amplement ce qui fait un des critères de sa personnalité. Par ailleurs, son empathie est resté parfaitement intacte soit pendant ou après le fracas sans changement apparent. Selon certains auteurs notamment psychanalytiques, cela revient à la capacité d'être altruiste.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

2-2 Fait preuve d'intelligence émotionnelle :

Avant le fracas	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à s'émouvoir	+	+
+	Aptitude à identifier et comprendre ses émotions	-	+
+	Capacité d'exprimer ses émotions d'une manière socialement acceptable	-	+

Tableau N°08 : fait preuve d'intelligence émotionnelle.

Interprétation :

Lors de la période de trauma, Mme (A) semblé ne pas éprouver une compréhension de ses émotions et les émotions des autres. Cela s'est exprimé dans cette période par la colère qu'elle a ressentait au moment où son fils tombait malade. En occurrence, on observe une réappropriation de ses aptitudes de compréhension de ses émotions et de les exprimer d'une manière socialement acceptable. Donc son degré d'intelligence émotionnelle s'est réadapté à la situation et a permis à Mme (A) de développer le processus de résilience.

2-3 Fait preuve de motivation :

Avant le fracas	Fait preuve de motivation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à se fixer un but.	+	+
+	Aptitude à se mobiliser en fonction de ce but.	+	+
+	Aptitude à trouver l'énergie, à se doter des moyens et identifier des incitants pour atteindre le but fixé.	-	+

Tableau N°09: fait preuve de motivation.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Mme A lors de sa grossesse semble avoir un comportement qui favorise la réalisation de ses objectifs, à s'organiser et de trouver les ressources nécessaires pour le bien de son avenir familial. Pendant le fracas, Mme (A) n'a pas changé de perception des choses. Elle a su faire preuve de motivation, entre autre, à se mobiliser et à trouver les incitants après le fracas ; afin de pouvoir réaliser ses objectifs qui sont le bonheur de ses enfants. Par contre, on observe dans le dernière case (pendant le fracas) que Mme A ne développe plus l'aptitude à trouver de l'énergie ailleurs, peut être que cette période la forcé a développer un comportement de renfermement juste pour une période limitée.

2-4 Fait preuve de spiritualité :

Avant le fracas	Fait preuve de spiritualité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	aptitude	-	+
+	Aptitude à organiser ses convictions en système de croyance et à les aménager en fonction de ce qu'il vit	+	+
+	Intérêt pour les questions religieuses ou philosophiques	+	+

Tableau N°10 : fait preuve de spiritualité :

Interprétation :

Mme (A) est une femme très croyante, son aptitude spirituelle est nettement patente avant qu'elle soit sujette à l'événement traumatique. On peut l'observer par les signes positifs attribués à chaque habileté. Par contre, juste après le fracas, Mme (A) fait preuve de changement de perception en exprimant un état de colère à ce moment-là. Mais après le fracas la spiritualité de Mme (A) est redevenue à son état initial, c'est-à-dire sa perception des choses est basée sur la spiritualité.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

2-5 Fait preuve de sens esthétique :

Avant fracas	Fait preuve de sens esthétique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Motivation a la perception et la sensation du beau	+	+
-	Aptitude à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté.	-	-
+	Aptitude à apprécier ce qui plait universellement	-	+

Tableau N°11 : fait preuve de sens esthétique

Interprétation :

Le sens esthétique chez Mme (A) varié entre le positif et le négatif ; même avant le fracas elle ne semble pas une tendance à développer d'aptitude qui correspond aux lois de la beauté. Par contre l'aptitude à apprécier ce qui plait universellement et la motivation à la perception et la sensation du beau sont présentes. Pendant le fracas Mme (A) être fragilisée ses assises narcissiques relativement par l'annonce, ce qui nous permet d'observer un nette effondrement au niveau de sa perception de la beauté vis-à-vis ses exigences. Par contre son appréciation de ce qui plait universellement a changé de négatif en positif après le fracas. Sinon, la Motivation à la perception et la sensation du beau ne semble pas être affectée.

2-6 Synthèse de l'évolution conative :

Avant le fracas	Concepts conatifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Fait preuve d'empathie	4/4	4/4
3/3	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	1/3	3/3
3/3	Fait preuve de motivation	2/3	3/3
3/3	Fait preuve de spiritualité	2/3	3/3
2/3	Fait preuve de sens esthétique	1/3	2/3

Tableau N°12 : Synthèse de l'évolution conative :

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

On constate que l'évolution conative chez Mme (A), se présente sous un aspect fragile et appauvrit pendant la période de trauma. Notamment ceci est observé dans les cases d'intelligence émotionnelle et d'esthétique contre une légère apparition des aptitudes de motivation et de spiritualité. Mais sans que ça dure longtemps ; Mme (A) a fait preuve de réappropriation de ses habiletés face à cet épisode traumatique. Il semble que l'environnement familial affectif ainsi que relationnel lui apporté une grande aide. Par ailleurs ce qu'on constate pendant la période post fracas comme on la déjà exposé, c'est la réapparition de ses aptitudes conatives.

3-Evolution sociale

3-1 Fait preuve de sociabilité et ou/socialité :

Avant le fracas	Fait preuve de sociabilité ou/socialité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à établir des contacts	-	+
+	Aptitude à se sentir entouré	+	+
+	Fait preuve d'amitié	-	+
+	Tisse des liens différents	-	+
+	Aptitude à communiquer	+	+

Tableau N°13 : fait preuve de sociabilité/socialité.

Interprétation :

Mme A fait preuve d'une grande sociabilité en développant toutes les aptitudes requises afin de mieux aborder ses relations sociale, entre autre, Aptitude à établir des contacts, Aptitude à se sentir entouré, sont des aptitudes qui se développent dans un milieu familial favorable. Par ailleurs, les habiletés à communiquer, à tisser des liens différents sont remarquablement présents. Mme A dans ce cas fait preuve d'un bon développement au niveau de sa personnalité.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Par contre, pendant le trauma, Mme (A) semblé avoir perdu plus de la majorité de ses aptitudes ou on constate un nette renfermement sur soi. Mais la communication reste pour elle un atout indispensable, dont elle se sert avec les membres de sa famille ou elle se sent bien entouré.

3-2 Fait preuve de sens d'éthique :

Avant le fracas	Fait preuve de sens d'éthique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve d'obéissance	+	+
+	Aptitude à se fixer des limites	+	+
-	Croit à un monde juste	-	-

Tableau N°14: fait preuve de sens d'éthique.

Interprétation :

Mme (A) est une femme qui fait preuve de sens d'éthique. Pendant et après le fracas, son aptitude à obéir ou à se fixer des limites sont restés intacts sont qu'ils soient affectés par le trauma. Cela résume une production de comportement cohérent et adéquat avec les normes de la société ; Qui résulte d'un bon fonctionnement mental malgré la fragilité qu'elle a subit. Par contre, elle ne croit pas à un monde juste de point de vue social, d'après l'entretien passé avec elle, Mme (A) affirmé que la société dans elle vit est sans pitié. Donc résumant son attitude à ne pas croire à un monde juste.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

3-3 Fait preuve d'altruisme :

Avant le fracas	Fait preuve d'altruisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve de générosité	+	+
+	Aptitude à se montrer coopératif	+	+
+	Aptitude à donner	+	+

Tableau N°15 : fait preuve d'altruisme

Interprétation :

On observe sur le tableau, que l'altruisme dont Mme (A) fait preuve, n'est pas fragilisé par le fracas ni pendant, ni, après le fracas. Elle fait preuve de générosité dans toute situation accompagné d'une aptitude de coopération et de donation qui résume de sa bonne intention à aider les autres, que a répondre à ses besoins affectifs. Ou à combler ses désirs narcissiques. Donc le but étant non la manipulation dans ce cas, mais un comportement qui apaise ses souffrances psychiques, dont ce que nous observant comme aptitude développer pendant et après l'épisode de trauma.

3-4 Synthèse de l'évolution sociale :

Avant le fracas	Concepts sociaux	Pendant le fracas	Après le fracas
5/5	Sociabilité/socialité	2/5	5/5
2/3	Sens éthique	2/3	2/3
3/3	Altruisme	3/3	3/3

Tableau N° 16: synthèse de l'évolution sociale.

Interprétation :

L'évolution sociale de Mme (A) est affectée lors de la période de trauma, par contre les autres ressources ne semblent être affectée mais a degré léger. Mais ce qu'on a observé, c'est la force dont Mme (A) a fait preuve afin de

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

récupérer ses ressources de sociabilité après le fracas. Sinon dans l'ensemble l'évolution sociale est cohérente dans ses éléments et se présente nettement équilibrée après la période post fracas.

Analyse de l'entretien avec Mme (C):

-Présentation du cas :

Mme (C) âgée de 33 ans, c'est une femme au foyer, de niveau d'instruction : terminal. Elle est mariée à l'âge de 19 ans, mère de deux enfants, dont l'innée est porteuse d'une trisomie 21, âgée de 12 ans. Fatiha est intégré au centre psychopédagogique pour enfants, dès l'âge de 06 ans. L'entretien s'est déroulé avec la maman dans un bureau du psychologue, au niveau du même centre.

-La relation conjugale, la période de grossesse et de l'accouchement

Mme (C) commence à décrire sa relation avec son époux, en disant «hamdoulah, on s'entend très bien »...silence. Elle s'est contentée par cette réponse. La grossesse était désirée par le couple, elle nous a dit que c'était son souhait d'avoir un enfant, juste après le mariage. Elle dit que le vécu de sa grossesse était difficile, pendant toute la période de la gestation, mais sans avoir des complications. Quant à l'accouchement c'était moins difficile par rapport au vécu de sa grossesse, c'était un accouchement normal, par voie basse, dans l'ensemble c'était rapide, et bien passé.

Elle raconte que ce jour-là, est inoubliable pour elle, c'est un moment de joie, elle était tellement contente d'avoir une fille. A ce moment-là, elle n'a pas eu le moindre doute que sa fille soit une trisomique, elle l'a décrit comme un très beau bébé, et qu'elle ne présente aucun signe d'un enfant trisomique.

-Le handicap et la vie familiale :

La maman nous a déclaré qu'après cinq mois de la naissance, lors d'une consultation, le médecin pédiatre vient de lui annoncer que sa fille, n'est pas normale et qu'elle est porteuse d'une trisomie 21. Elle ajoute, que ce médecin

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

lui a balançait ça, après avoir regardé attentivement la petite main de sa fille, elle disait « je crois qu'elle avait fait ça ; parce qu'elle a vérifiée, si Fatiha avait un seul sillon dans sa main ou deux, n'est-ce pas ? ». Elle a décrit son ressenti à ce moment, par un choc émotionnel, un sentiment d'impuissance, et qu'elle a ressenti de la haine et de la colère ; à l'égard de ce médecin, en disant «kerhaght » «je la hais »...soupir... La maman s'est finie par nier le diagnostic médical, en refusant de reconnaître la réalité, elle la justifié ça par l'incompétence du médecin.

L'analyse révèle, que l'état de choc de la maman, c'est exprimé par l'usage du déni. D'après son témoignage, le couple est allé voir plusieurs médecins pour un autre avis médical.

Elle disait que c'était vraiment difficile de la convaincre à accepter la maladie de sa fille. Elle déclare qu'en contrepartie, cet évènement a renforcé les liens du couple. Et depuis cet évènement qu'ils sont devenus beaucoup plus proches l'un de l'autre et qu'il a beaucoup soutenu (Sourit)... (Gestuelle avec ses mains).

Elle décrit sa relation avec son enfant, comme une relation fusionnelle, en disant: «Fatiha est une partie de moi, et je ne peux pas m'éloigner d'elle, maintenant on est très proches à un point inimaginable », elle a besoin de ses parents plus que les autres. Elle affirme qu'elle la traita de la même façon telle que sa petite sœur Imène, il y'avait juste des moments où elle le privilège, parce qu'elle est malade. La maman décrit le trouble de sa fille, comme quelque chose de nouveau pour eux, elle disait qu'elle n'a jamais entendu parler par cette trisomie, ni son mari aussi qui est bien instruit. Elle raconte qu'elle avait déjà vu un seul trisomique de son entourage mais à cette époque, elle ne savait pas qu'il s'agit d'un enfant trisomique, pour elle c'était juste un enfant débile.

Elle nous a déclaré, qu'après la confirmation du diagnostic, qu'ils ont commencé à chercher des informations sur la trisomie 21 et sur l'ensemble des signes qui la caractérise. Simultanément la maman vérifié sa fille, si elle

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

présentait tous les signes de la maladie. Maintenant elle affirme, qu'elle considère sa fille comme un enfant normal, parce qu'elle est autonome, elle lui a attribué une image parfaite, en la décrivant par plusieurs ces qualités.

Lorsque on avait interrogé la mère, si elle avait tendance à éprouver des regrets ou de la culpabilité envers sa fille, elle s'est montrée gênée, en disant «oui, parce que je l'ai imaginé autrement », et qu'elle avait une vision négative à son égard, parce qu'elle ne correspond pas à ses représentations, et elle affirme que maintenant c'est tout à fait contraire et qu'elle regrette beaucoup, d'avoir pensé de telle façon vis-à-vis de Fatiha.

-Les ressources de résilience :

Mme (C) déclare qu'elle n'est pas une personne qui s'adapte facilement aux difficultés, mais c'est grâce à son mari qu'elle a pu s'en sortir.....sourit.... Elle raconte avoir cherché aide auprès des personnes, à qui elle peut se confier, qui l'ont beaucoup aidé à dépasser cette situation difficile. Elle ajoute qu'elle se sente plus en confiance dans sa vie de couple, y compris dans sa vie de famille et quelle était soutenue surtout par sa belle famille et ses voisins avec lesquels elle partage ses affects et qu'ils ont aidé dans l'éducation de sa fille. La maman affirme que l'aide portée par son entourage et son mari, l'ont aidé à surmonter le choc causé par cet événement et cet environnement favorable, lui a permis de s'adapter progressivement à le handicap de sa fille.

En suite elle nous a dit, qu'elle se met toujours à la place des parents qui ont des enfants handicapés, puisque elle a vécu la même situation, qu'ils vivent eux aussi. La maman affirme qu'elle aime bien apporter de l'aide à ces parents, particulièrement aux mamans de ces enfants, dans le but de, les aider à surmonter leurs difficultés et pour qu'elles se portent mieux. D'après notre analyse, la maman a développé une attitude altruiste à l'égard des autres mamans. Ça veut dire qu'elle a pu retourner ces affects négatifs, vers des réactions socialement utiles, qui lui a renforcé le sentiment de maîtriser le passé.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

D'après elle, la communication est indispensable, dans la vie de chaque couple, elle dit qu'elle aime échanger les idées avec son mari et qu'ils partagent tous ensemble.

Mme (C) affirme que la religion occupe une place importante dans leur vie familiale, et qu'elle est quelqu'un de pratiquant, elle dit «heureusement, qu'il y a dieu » et qu'à chaque fois qu'elle un problème elle refuge à la religion, ou elle retrouve la force.

Elle dit qu'elle exprime souvent ses émotions en pleurant, cela lui permet de s'extériorisé et de se sentir mieux après, pour elle personne ne peut accepter ce type d'évènement facilement, mais c'est avec le temps bien sûr que tout rentre dans l'ordre.

La maman déclare qu'elle est une personne optimiste, qui pense à l'avenir de ses deux filles, et celui de la famille entière, elle s'est apparue ambitieuse et motivé en parlant sur ces projets de couple, elle dit« hamdoulah à chaque fois qu'on fixe un objectif, en arrive toujours à l'atteindre », et que le couple a pu réaliser plusieurs projets ensemble, et qu'ils sont optimistes de réaliser encore d'autres.

Il nous semble que, dans notre analyse du dernier axe de l'entretien de madame (C), qu'elle a pu développer un processus de résilience, face à le handicap de sa fille, en combinaison des facteurs qui favorisent l'apparition du processus résilient.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Mme (C) : Concepts opératoires :

1-Evolution affective :

1-1 Sourit d'une manière attachante.

Avant le fracas	Sourit d'une manière attachante	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	+	+
+	bienveillant	+	+
+	apaisant	-	+
+	attractif	-	+

Tableau N°17 : sourit d'une manière attachante

Interprétation :

Mme (C), sourit avant et après le fracas d'une manière attachante. Mais pendant le fracas, la manière dont elle sourit s'est altéré, en ce qui concerne le sourire apaisant et attractif. Après le fracas elle a retrouvé la manière dont elle sourit avant le fracas.

1-2 fait preuve de sens de l'humour :

Avant le fracas	Fait preuve de sens de l'humour	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	-	+
+	bienveillant	-	+
+	Réducteur de tension	-	+

Tableau N°18 : fait preuve de sens de l'humour.

Interprétation :

Mme (C), c'est quelqu'un qui fait recours au sens de l'humour, on a constaté ça avant le fracas et notamment après le fracas, qui lui permet de réduire la tension, ainsi la création des liens avec autrui. Mais pendant le fracas on trouve que son

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

sens de l'humour est totalement absent, suite à l'état de choc généré par l'annonce du diagnostic médical.

1-3 fait preuve d'amabilité et de charme :

Avant le fracas	Fait preuve d'amabilité et de charme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Désir de stimuler un lien affectif	-	+
+	Aptitude a manifesté des signes d'affection adaptés	-	+
+	Aptitude à recevoir de l'affection	+	+

Tableau N°19 : fait preuve d'amabilité et de charme :

Interprétation :

La maman fait preuve d'amabilité et de charme avant le fracas, mais pendant celui-ci, elle n'a pas manifesté des signes d'affection, ni un désir de stimulation d'un lien affectif, mais elle a une aptitude à recevoir de l'affection. Après le fracas Mme (C) a développé complètement sa capacité à faire preuve d'amabilité et de charme.

1-4 Fait preuve d'optimisme :

avant le fracas	Fait preuve d'optimisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude a envisagé les événements dans leurs aspects positifs.	+	+
+	Aptitude à anticiper favorablement le dénouement d'une situation difficile, embarrassante ou inquiétante.	+	+
+	Aptitude à ne pas s'inquiéter des embarras présents et à en projeter la signification dans un avenir favorable.	+	+

Tableau N°20 : fait preuve d'optimisme.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Avant le fracas Mme (C), appréhende positivement la tournure des événements et arrive à se débarrasser d'éléments anxigènes dans sa vie actuelle. On trouve que l'évènement négatif n'a pas exercé d'impact sur l'optimisme de la maman pendant et après le fracas.

1-5 Epreuve un sentiment d'acceptation :

Avant le fracas	Epreuve un sentiment d'acceptation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Sentiment d'être considéré positivement au sein de la famille.	+	+
+	Aptitude à créer autour de lui un espace affectif ou il se sent en sécurité.	+	+
+	Capacité d'amener les membres de son entourage à lui consacrer librement leur temps	+	+
+	Tendance à disposer au sein de son environnement affectif d'un droit à l'organisation personnelle.	+	+

Tableau N°21: Epreuve un sentiment d'acceptation.

Interprétation :

Le sentiment d'acceptation s'est manifesté chez la maman avant le fracas, notamment pendant et après le fracas, ce sentiment est présent dans les trois temps. Donc Mme (C) n'as pas changé d'attitude vis-à-vis son entourage et sa famille en ce qui concerne le sentiment d'acceptation inconditionnelle et la conviction d'être aimé pour ce que l'on est.

**Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion
des hypothèses**

1-6 Synthèse de l'évolution affective :

Avant le fracas	Concepts affectifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Sourire attachant	2/4	3/4
3/3	Sens de l'humour	0/3	3/3
3/3	Amabilité/charme	1/3	3/3
3/3	Optimisme	3/3	3/3
4/4	Acceptation	4/4	4/4

Tableau N°22 : concepts affectifs.

Interprétation :

Avant le fracas, la maman a développé toutes les ressources affectives. Au moment du fracas, on trouve que Mme (C) a perdu complètement le sens de l'humour, et son sourire est bienveillant, créateur du lien, mais il n'est pas attractif. Cependant elle a éprouvé d'amabilité et de charme juste pour recevoir de l'affection, à ce moment-là elle était toujours optimiste et elle a éprouvé un sentiment d'acceptation. Nous avons constaté aussi que la maman a pu s'évoluer d'une manière adéquate sur le plan affectif après le fracas.

2-Evolution conative :

2-1 Fait preuve d'empathie :

Avant le fracas	Fait preuve d'empathie	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Tendance à se soucier de l'état émotionnel des autres	+	+
+	Aptitude à identifier les émotions des autres	+	+
+	Aptitude à identifier ses propres émotions et à les différencier de celles qui sont éprouvées par les autres.	+	+
+	Aptitude à concevoir l'état émotionnel de l'autre sans le partager ou le ressentir à sa place.	+	+

Tableau N°23 : fait preuve d'empathie

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Avant le fracas, Mme (C) a tendance à se soucier de l'état émotionnel des autres et à identifier les émotions des autres et de faire la différence entre eux. On constate que même pendant et après le fracas, sa capacité à éprouver des sentiments d'empathie n'as pas été influencé par l'évènement fracassant.

2-2 Fait preuve d'intelligence émotionnelle :

Avant le fracas	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à s'émouvoir	-	+
+	Aptitude à identifier et comprendre ses émotions	-	+
+	Capacité d'exprimer ses émotions d'une manière socialement acceptable	+	+

Tableau N°24 : fait preuve d'intelligence émotionnelle.

Interprétation :

L'intelligence émotionnelle de Mme (C) parait parfaitement riche avant le fracas. Par contre son aptitude à s'émouvoir et à identifier et comprendre ses propres émotions s'est appauvrie pendant le fracas, malgré sa situation, elle a pu récupérer l'ensemble de ses aptitudes à faire preuve à l'intelligence émotionnelle après le fracas.

2-3 Fait preuve de motivation :

Avant le fracas	Fait preuve de motivation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à se fixer un but.	-	+
+	Aptitude à se mobiliser en fonction de ce but.	-	+
+	Aptitude à trouver l'énergie, à se doter des moyens et identifier des incitants pour atteindre le but fixé.	-	+

Tableau N°25 : fait preuve de motivation.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

La maman a présenté l'ensemble des aptitudes à faire preuve de motivation avant le fracas. Mais cela est quasiment renversé pendant le fracas, elle était démotivé complètement. On a constaté que la maman a manifesté un développement considérable dans la preuve de motivation.

2-4 Fait preuve de spiritualité :

Avant le fracas	Fait preuve de spiritualité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à croire.	+	+
+	Aptitude à organiser ses convictions en système de croyance et à les aménager en fonction de ce qu'il vit.	+	+
+	Intérêt pour les questions religieuses ou philosophiques.	+	+

Tableau N°26 : fait preuve de spiritualité :

Interprétation :

Avant le fracas la maman a fait preuve de la spiritualité. On trouve que l'épreuve traumatique n'a pas exercé d'impact sur les croyances et les convictions de Mme (C), même au moment du fracas ; elle a développé l'aptitude à organiser ses convictions en système de croyances et à les aménager en fonction de ce qu'elle vit, ainsi elle s'intéressé aux questions religieuses. Elle a gardé la même attitude après le fracas.

2-5 Fait preuve de sens esthétique :

Avant fracas	Fait preuve de sens esthétique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Motivation a la perception et la sensation du beau.	-	+
+	Aptitude à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté.	-	+
+	Aptitude à apprécier ce qui plait universellement.	-	+

Tableau N°27 : fait preuve de sens esthétique

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Avant le fracas la maman fait preuve de sens esthétique. Juste au moment de l'épisode traumatique, Mme (C) est totalement effondré de ses aptitudes à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté, à apprécier ce qui plait universellement et de même la motivation à la perception de la sensation de beau, et de sens esthétique. Mais après le fracas elle s'est arrivée à développer à nouveau toutes ses capacités à faire preuve de sens esthétique.

2-6 Synthèse de l'évolution conative :

Avant le fracas	Concepts conatifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Fait preuve d'empathie	4/4	4/4
3/3	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	1/3	3/3
3/3	Fait preuve de motivation	0/3	3/3
3/3	Fait preuve de spiritualité	3/3	3/3
3/3	Fait preuve de sens esthétique	0/3	3/3

Tableau N°28 : Synthèse de l'évolution conative :

Synthèse de l'évolution conative :

Les scores obtenus dans la synthèse de l'évolution conative de Mme (C), révèle que celle-ci, a développé des ressources conatives avant le fracas et notamment après l'épisode fracassant. Juste au moment du fracas elle est démotivée complètement, même elle n'a pas fait preuve de sens esthétique à ce moment-là.

3- Evolution sociale :

3-1 Fait preuve de sociabilité et ou/socialité :

Avant le fracas	Fait preuve de sociabilité ou/socialité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à établir des contacts	+	+
+	Aptitude à se sentir entouré	+	+
+	Fait preuve d'amitié	+	+
+	Tisse des liens différents	+	+
+	Aptitude à communiquer	+	+

Tableau N°29 : fait preuve de sociabilité/socialité.

Interprétation :

Avant le fracas la maman a l'aptitude d'établir des contacts, de se sentir entouré, de tisser de différents liens, à communiquer, ainsi de faire des amis. Ce tableau montre que Mme (C), a fait preuve de la sociabilité, malgré qu'elle était exposé à un évènement de vie fracassant, et cela pendant et après ce dernier.

3-2 Fait preuve de sens d'éthique :

Avant le fracas	Fait preuve de sens d'éthique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve d'obéissance	-	+
+	Aptitude à se fixer des limites	+	+
+	Croit à un monde juste	+	+

Tableau N°30 : fait preuve de sens d'éthique.

Interprétation :

Mme (C) a fait preuve de sens de l'éthique avant le fracas. On trouve qu'elle n'est pas obéissante pendant le fracas suite à la révélation de la maladie de son enfant, mais elle a tendance à croire à un monde juste et même à se fixer des

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

limites. Après le fracas elle a développé le sens de l'éthique d'une façon générale et complète.

3-3 Fait preuve d'altruisme :

Avant le fracas	Fait preuve d'altruisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve de générosité	+	+
+	Aptitude à se montrer coopératif	+	+
+	Aptitude à donner	+	+

Tableau N°31 : fait preuve d'altruisme

Interprétation :

Avant le fracas la maman fait preuve d'altruisme. Ici on vient de constater que, Mme (C) fait preuve de générosité, et avait l'aptitude à se montrer coopérative et à donner aux autres même pendant et après le fracas.

3-4 Synthèse de l'évolution sociale :

Avant le fracas	Concepts sociaux	Pendant le fracas	Après le fracas
5/5	Sociabilité/socialité	5/5	5/5
3/3	Sens éthique	2/3	3/3
3/3	Altruisme	3/3	3/3

Tableau N°32: synthèse de l'évolution sociale.

Interprétation :

Dans la synthèse de l'évolution sociale de Mme (C), on a constaté que cette dernière a fait preuve de la sociabilité, de sens de l'éthique et d'altruisme avant le fracas. Néanmoins elle n'as pas fait preuve d'obéissance au moment du fracas, suite à l'état de choc engendré par l'annonce de la trisomie de sa fille, malgré qu'elle soit altruiste. Après le fracas son évolution sociale est manifestée d'une manière positive.

Présentation et analyse de l'entretien avec Mme (D) :

Présentation du cas :

Mme (D), âgée de 56 ans, est une veuve, elle est mariée à l'âge de 26 ans, son niveau d'instruction : terminal. Elle a enseigné pendant plusieurs années au collège, actuellement femme au foyer. Adel est son fils unique, âgé de 15 ans, et porteur d'une trisomie 21. Il est intégré au centre psychopédagogique d'Iheddaden à l'âge de 6 ans jusque à ce jour. L'entretien s'est effectué avec la maman au niveau de ce centre.

-La relation conjugale, la période de grossesse et de l'accouchement

Mme (D), décrit sa relation avec son époux, comme une bonne relation, fondée sur un énorme respect. Elle déclare qu'elle était très contente, lorsqu'elle avait reçu la nouvelle de sa grossesse, mais au même temps, elle avait peur de perdre son bébé, puisque elle avait déjà perdu un enfant qui est un mort-né et elle a fait aussi des fausses couches à plusieurs reprises.

Afin de prévenir les complications, la maman a été suivie par un médecin gynécologue durant toute sa période de grossesse, parce que celle-ci était à risque. Mais elle n'a pas trouvé de difficultés lors de l'accouchement, parce qu'elle a accouché dans une clinique privée, et elle a été suivie par son médecin gynécologue qui lui a programmé une césarienne à l'avance. Elle affirme que sa grossesse était désirée bien sûr par le couple.

-Le handicap et la vie familiale :

Elle a commencé à décrire son nouveau-né, qu'il était beau, mignon comme tous les bébés, et qu'il a des yeux légèrement bridés, mais elle ne l'a pas reconnu à ce moment-là qu'il s'agissait d'un trisomique. Après elle nous a exprimé son attente de cet enfant, en disant «j'ai aimé qu'il soit beau, intelligent et qu'il soit scolarisé dans une école publique, comme tous les autres enfants normaux, mais.....», Silence, pleurs. La maman reproche au directeur de l'école le faite qui a fini par renvoyer son fils de l'école primaire ou il était

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

scolarisé pendant quelques moments, pour lui il doit être intégré dans un centre spécialisé pour enfants handicapés, parce qu'il s'agit d'un trisomique, elle affirme que, c'était plus difficile pour elle d'accepter cela que le handicap de son fils.

Mme (D) raconte que le moment de l'annonce du diagnostic était un moment d'effraction, d'effondrement elle dit : «c'était très dur, c'est une déchirure, comme si je n'ai pas d'avenir, ni Adel aussi », et qu'elle s'inquiète beaucoup plus sur le regard des autres.

La maman décrit sa relation avec son enfant, qu'ils sont très attachés l'un de l'autre, et il vivent seuls, après la mort de son époux, et c'est elle qui lui a accompagné pendant toutes ces années, elle affirme qu'elle a abandonné son poste de travail, juste pour lui consacrer plus du temps, elle veille pour qu'il lui manque rien d'ailleurs dès son plus jeune âge, il pratiquait du sport, il faisait du théâtre, elle nous a dit «hamdoulah, thora yessfarhiyid » « dieu merci, il me rend heureuse », parce qu'il est autonome, aimable, et poli elle dit : «emmi dargaz »«mon fils est un homme », et qu'après tant d'années de sacrifices, elle a arrivé au résultat qu'elle a souhaité, il faisait plusieurs activités sportives, du théâtre et il arrive à lire, et même à écrire. Il a déjà eu plusieurs cadeaux lors des cérémonies et cela la rend fière de lui. Elle ajoute que la maladie de son fils en elle-même n'est pas lourde, et que le degré d'atteinte est moins grave que les autres formes de trisomie 21, elle nous a dit que : «c'est une trisomie par translocation, je sais que ce n'est pas aussi grave que, les autres trisomies. ».

-Les ressources de la résilience :

Elle déclare qu'il lui a fallu, une période du temps pour qu'elle a arrivé, à s'adapter à cette situation, malgré qu'elle a arrivé à accepter par la suite. Elle affirme qu'elle était en état de détresse pendant cette période, mais grâce à l'aide et le soutien apporté par son entourage, notamment par ses frères et ses voisins, qu'elle a pu se relever. Elle nous a parlé sur les autres parents qui sont dans sa

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

position, qu'elle l'aime bien les aider notamment, les jeunes mamans. Elle affirme qu'elle aime écouter, partager son expérience à fin de les encourager et de les aider à surmonter leurs peines et cela a renforcé son sentiment d'auto efficacité. La maman raconte qu'elle a subi des insultes par certaines personnes, mais cela ne l'a pas empêché de s'avancer. Elle dit qu'elle n'est pas une personne qui baisse les bras, malgré qu'elle est quelqu'un de très sensible, mais elle arrive à maîtriser ses émotions, et faire face aux difficultés. Elle déclare qu'elle était obligé de confronté la maladie de son fils seule, parce qu'elle n'avait pas le choix, après la perte de son mari. Elle lui accompagné pendant toutes ces années, en lui intégrant dans le centre psychopédagogique ou on a effectué notre stage, elle dit que l'équipe du centre lui a permis de progressé, et de maîtriser le langage, la marche y compris d'autres activités manuelles.

La maman a développé une attitude optimiste à l'égard de son fils, elle dit : « Je sais quelque part qu'un bel avenir l'attend », puisque Adel est quelqu'un d'intelligent.

Et elle souhaite qu'il se marie un jour, et qu'il exercera un métier comme une personne normale, « mais pourquoi pas dit-elle ? ». La maman tient à exprimer ces attentes positives de son enfant, en invoquant Dieu. Elle apprit à envisager la réalité, et elle a pu retrouver le gout de la vie, après avoir vécu une telle expérience pénible grâce à sa croyance en Dieu et au destin.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Concepts opératoires :

1 Evolution affective de Mme (D):

1-1 Sourit d'une manière attachante.

Avant le fracas	Sourit d'une manière attachante	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	+	+
+	bienveillant	+	+
-	apaisant	-	+
-	attractif	-	+

Tableau N°33: sourit d'une manière attachante

Interprétation :

Aux deux moments, avant et pendant le fracas, le sourire de Mme (D), est créateur du lien et même apaisant mais, il n'est pas apaisant ou attractif. Malgré le fracas la maman apprît à sourire d'une manière attachante.

1-2 fait preuve de sens de l'humour :

Avant le fracas	Fait preuve de sens de l'humour	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	-	+
+	bienveillant	-	+
+	Réducteur de tension	-	+

Tableau N°34 : fait preuve de sens de l'humour.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Avant le fracas le sens de l'humour de Mme (D) est créateur du lien, bienveillant et même réducteur de tension. Le sens de l'humour de la maman, s'est appauvri complètement pendant le fracas. Après le fracas elle a récupéré son aptitude à faire preuve de sens de l'humour.

1-3 fait preuve d'amabilité et de charme :

Avant le fracas	Fait preuve d'amabilité et de charme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Désir de stimuler un lien affectif	+	+
+	Aptitude a manifesté des signes d'affection adaptés	+	+
+	Aptitude à recevoir de l'affection	+	+

Tableau N°35: fait preuve d'amabilité et de charme :

Interprétation :

On a constaté que Mme (D), a fait preuve d'amabilité et de charme, avant, au moment de fracas et même après le fracas. Elle a manifesté des signes d'affection, un désir de stimuler un lien affectif, et une tendance à recevoir de l'affection.

1-4 Fait preuve d'optimisme :

avant le fracas	Fait preuve d'optimisme	Pendant le fracas	Après le fracas
-	Aptitude a envisagé les événements dans leurs aspects positifs.	+	+
-	Aptitude à anticiper favorablement le dénouement d'une situation difficile, embarrassante ou inquiétante.	-	+
-	Aptitude à ne pas s'inquiéter des embarras présents et à en projeter la signification dans un avenir favorable.	-	+

Tableau N°36 : fait preuve d'optimisme.

Interprétation :

Avant le fracas Mme (D), est optimiste. Juste au moment de l'évènement traumatique elle n'arrive pas à anticiper favorablement le dénouement d'une situation difficile, embarrassante ou inquiétante ainsi son aptitude à ne pas s'inquiéter des embarras présents et à en projeter la signification dans un avenir favorable. Après le fracas la maman a développé toutes les aptitudes qui lui permettent de faire preuve de l'optimisme.

1-5 Epreuve un sentiment d'acceptation :

Avant le fracas	Epreuve un sentiment d'acceptation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Sentiment d'être considéré positivement au sein de la famille.	+	+
+	Aptitude à créer autour de lui un espace affectif ou il se sent en sécurité.	+	+
+	Capacité d'amener les membres de son entourage à lui consacrer librement leur temps	+	+
+	Tendance à disposer au sein de son environnement affectif d'un droit à l'organisation personnelle.	+	+

Tableau N°37 : Epreuve un sentiment d'acceptation.

Interprétation :

Juste avant le fracas la maman a développé toutes les capacités de faire preuve au sentiment d'acceptation. On a constaté aussi qu'elle a manifesté un sentiment d'acceptation même pendant et après le fracas, ce qui signifie qu'elle a créé un environnement positif et favorable, qui lui permet de faire face à l'évènement traumatique.

**Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion
des hypothèses**

1-6 Synthèse de l'évolution affective :

Avant le fracas	Concepts affectifs	Pendant le fracas	Après le fracas
2/4	Sourire attachant	2/4	4/4
3/3	Sens de l'humour	0/3	3/3
3/3	Amabilité/charme	3/3	3/3
0/3	Optimisme	1/3	3/3
4/4	Acceptation	4/4	4/4

Tableau N°38 : concepts affectifs.

Interprétation :

Ici on a constaté que Juste après le fracas la maman s'est évolué sur le plan affectif, d'une manière considérable.

2Evolution conative :

2-1Fait preuve d'empathie :

Avant le fracas	Fait preuve d'empathie	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Tendance à se soucier de l'état émotionnel des autres	+	+
+	Aptitude à identifier les émotions des autres	+	+
+	Aptitude à identifier ses propres émotions et à les différencier de celles qui sont éprouvées par les autres.	+	+
+	Aptitude à concevoir l'état émotionnel de l'autre sans le partager ou le ressentir a sa place.	+	+

Tableau N°39 : fait preuve d'empathie

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Mme (D) a éprouvé des sentiments d'empathie avant, après et même au moment de fracas.

2-2 Fait preuve d'intelligence émotionnelle :

Avant le fracas	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à s'émouvoir	-	-
+	Aptitude à identifier et comprendre ses émotions	+	+
+	Capacité d'exprimer ses émotions d'une manière socialement acceptable	+	+

Tableau N°40 : fait preuve d'intelligence émotionnelle.

Interprétation :

Avant le fracas la maman a fait preuve de l'intelligence émotionnelle. Elle a développé des capacités à identifier et comprendre ses émotions, d'exprimer ses émotions d'une manière socialement acceptable pendant et après le fracas. Mais elle n'a pas manifesté l'aptitude à s'émouvoir.

2-3 Fait preuve de motivation :

Avant le fracas	Fait preuve de motivation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à se fixer un but.	+	+
+	Aptitude à se mobiliser en fonction de ce but.	+	+
+	Aptitude à trouver l'énergie, à se doter des moyens et identifier des incitants pour atteindre le but fixé.	+	+

Tableau N°41 : fait preuve de motivation.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Mme (D) paraît motivé, aux trois moments, avant, pendant et après le fracas. Elle avait l'aptitude à fixer un but, à se mobiliser auprès de ce but, ainsi à trouver l'énergie, à se doter des moyens et identifier des incitants pour atteindre le but fixé.

2-4 Fait preuve de spiritualité :

Avant le fracas	Fait preuve de spiritualité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à croire.	+	+
+	Aptitude à organiser ses convictions en système de croyance et à les aménager en fonction de ce qu'il vit.	+	+
+	Intérêt pour les questions religieuses ou philosophiques.	+	+

Tableau N°42: fait preuve de spiritualité :

Interprétation :

La maman a développé toutes les aptitudes de faire preuve à la spiritualité, avant, après et même au moment de fracas.

2-5 Fait preuve de sens esthétique :

Avant fracas	Fait preuve de sens esthétique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Motivation à la perception et la sensation du beau.	+	+
+	Aptitude à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté.	+	+
+	Aptitude à apprécier ce qui plaît universellement.	+	+

Tableau N°43 : fait preuve de sens esthétique

Interprétation :

Mme (D) est motivé à la perception et la sensation de beau, avant, pendant et après le fracas. Elle a développé l'aptitude à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté et à apprécier ce qui plaît universellement à ces trois moments.

2-6 Synthèse de l'évolution conative :

Avant le fracas	Concepts conatifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Fait preuve d'empathie	4/4	4/4
3/3	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	2/3	2/3
3/3	Fait preuve de motivation	3/3	3/3
3/3	Fait preuve de spiritualité	3/3	3/3
3/3	Fait preuve de sens esthétique	3/3	3/3

Tableau N°44 : Synthèse de l'évolution conative :

Interprétation:

Dans cette synthèse, on trouve que les scores obtenus de l'ensemble des indices conatifs de Mme (D), sont positifs avant le fracas. Pendant et après la maman a développée des ressources conatives à l'exception de l'aptitude à s'émouvoir.

3-Evolution sociale :

3-1 Fait preuve de sociabilité et ou/socialité :

Avant le fracas	Fait preuve de sociabilité ou/socialité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à établir des contacts	-	+
+	Aptitude à se sentir entouré	+	+
+	Fait preuve d'amitié	-	+
+	Tisse des liens différents	+	+
+	Aptitude à communiquer	+	+

Tableau N°45: fait preuve de sociabilité/socialité.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Mme (D) a fait preuve sociabilité et de socialité avant le fracas, mais pendant le fracas, elle n'as pas fait preuve d'amitié, ni la capacité d'établir des contacts. Après le fracas elle a développée toutes les ressources sociales.

3-2 Fait preuve de sens d'éthique :

Avant le fracas	Fait preuve de sens d'éthique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve d'obéissance	+	+
+	Aptitude à se fixer des limites	+	-
+	Croit à un monde juste	+	+

Tableau N°46 : fait preuve de sens d'éthique.

Interprétation :

Mme (D) a fait preuve de sens de l'éthique aux deux moments, avant, pendant et le fracas, elle a l'aptitude de se fixer des limites, de l'obéissance ainsi de croire à un monde juste, ce qui veut dire que l'évènement traumatique n'as pas influencé ses capacités de faire preuve de sens de l'éthique et de moralité.

3-3 Fait preuve d'altruisme :

Avant le fracas	Fait preuve d'altruisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve de générosité	+	+
+	Aptitude à se montrer coopératif	+	+
+	Aptitude à donner	+	+

Tableau N°47 : fait preuve d'altruisme

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Mme (D) a fait recours à l'altruisme, aux trois moments, avant, pendant et après le fracas.

3-4 Synthèse de l'évolution sociale :

Avant le fracas	Concepts sociaux	Pendant le fracas	Après le fracas
4/5	Sociabilité/socialité	4/5	5/5
3/3	Sens éthique	3/3	2/3
3/3	Altruisme	3/3	3/3

Tableau N°48 : synthèse de l'évolution sociale.

Interprétation :

Dans cette synthèse de l'évolution sociale, la maman a fait recours à l'altruisme, avant, après et même au moment de fracas. Par contre on a remarqué qu'elle n'a pas fait preuve d'amitié et d'établir des contacts au moment du fracas. Par contre ces indicateurs de la sociabilité sont réapparus après le fracas. Particulièrement presque tous les indices de développement social, sont présents après le fracas, sauf celui de l'aptitude à se fixer des limites.

Présentation et analyse de l'entretien avec Mme (S) :

-Présentation du cas.

Mme (S), est âgée de 51 ans, mariée à l'âge de 31 ans et eu 2 enfants. Dont le petit « Syphax » âgé de quatre ans et demi, est atteint d'une trisomie 21.

Mme (S) a un niveau universitaire, et elle travaille comme enseignante dans une école primaire. Elle a une bonne situation sociale.

Le mari de Mme (S) travaille comme... leurs statuts sociales leurs permet de bien s'occuper de leur enfant.

Mme (S) et son mari vivent indépendamment de leur grande famille, et mènent une vie de couple paisible.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Mme (S) se présente en bonne santé physique, elle n'exprime aucune anomalie d'après elle. Par contre, pendant sa période de grossesses, elle a connue plusieurs complications. La naissance de « Syphax » est faite par césarienne.

Syphax, suit maintenant un programme au sein du centre psychopédagogique des malades mentaux qui se situe à Iheddaden.

L'entretien avec Mme (S) s'est bien passé. Par ailleurs, elle a répondu chaleureusement à notre demande. Elle a répondu à toutes nos questions sans aucune réticence ; après que nous lui ayant présenté, expliquer le consentement éclairé ainsi que le cadre méthodologique.

-La relation conjugale, la période de grossesse et de l'accouchement.

Avant la naissance de Syphax, Mme (S) et son mari mènent une vie de couple à savoir ordinaire, et mènent une vie paisible. D'après cette maman, sa grossesse ne s'est pas bien passée, elle a été hospitalisée plusieurs fois. Ce qu'il la rendait très fragile. Mme (S) commence à penser sur les répercussions que cela pourrait engendrer. Mais, sans pour autant, imaginer en avoir un enfant handicapé.

A cette période, l'enfant qui n'était pas encore né, fait l'objet de représentation narcissique de ses parents, et spécialement sa maman. «... je voulais qu'il soit beau, en bonne santé », affirmait la maman. Le couple attendait ce moment-là avec impatience.

Dans ce cas, le couple semble développer des représentations, qui les baignent dans la joie et le bonheur.

-Le handicap et la vie familiale :

Après l'accouchement, Mme (S) s'est rendu compte qu'elle a passé une épreuve douloureuse. Mais elle n'a pas prêté attention à cela, par ce que le fait de voir son enfant à ce moment-là on oublie tout « ...le fait de le porter entre mes main ma redonné la force ». Le temps de joie n'a pas duré longtemps. En

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

lui a annoncé le diagnostic de son enfant d'une manière brutale et direct, sans qu'on la prépare à cela. Elle ajouta « ...une personne est venu me dire que mon fils est trisomique ».

Le fait que Mme (S) ait entendue ses premiers mots, la mise dans un état de choc, « j'étais choqué », elle ajouta « tout semble s'arrêter d'un coup », « le noir total, je ne voyais rien ». D'après ce que Mme S nous dit, c'est qu'à ce moment-là a subi un traumatisme psychique.

Ce qui a mis Mme (S) dans une spirale de colère et d'incompréhension, de confusion, c'est les propos durs qui lui ont été adressés à ce moment-là par le personnel de l'hôpital « naniyid azel felas » qui veut dire, débrouillez-vous. D'un air indifférent. Mme S perçoit ce comportement du personnel comme inhumain, ça la profondément touché et fragilisée. Donc ce qu'il a mis dans une colère intense.

Mme S commence à réagir face à cette situation, elle cherche des stratégies pour faire face. Après qu'elle est sortie de l'hôpital, cette maman a compris que tout va changer dans sa vie. Cependant, Elle essaye de s'organiser maintenant d'avantage, au quotidien pour répondre aux besoins de son fils.

-Les ressources de résilience :

La période de trauma, semble fragiliser Mme (S) sur le plan psychique. Par ailleurs, elle n'exprime aucune aptitude à utiliser des mécanismes de défenses matures. Les fonctions du Moi semblent être affaiblies. Ce que nous avons retenu c'est qu'il y a utilisation de deux mécanismes par excès, le refoulement et le déni. Sur le plan émotionnel, Mme S semble ne pas comprendre ses émotions, elle pleure beaucoup, elle se met en colère facilement, mais ne l'exprime pas physiquement. Elle vit toujours les mêmes moments lors de l'annonce du diagnostic, cela l'empêche de dormir.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Mme (S) développe pendant cette période le syndrome dit psycho-traumatique. D'où on observe un effondrement total de ses aptitudes conatives, sociales et affectives. Sur le plan affectif, Mme (S) ne ressent plus de sentiment d'empathie pendant la période du trauma. Par contre, elle exprime un sentiment de tristesse, accompagné d'un sentiment de colère, sans le sentiment de culpabilité.

Lorsque nous lui avons posé la question sur sa capacité à faire face aux difficultés, Mmes S dit « je m'adapte, mais ça prend du temps », et en rajoutant que son mari était tout le temps auprès d'elle. Manifestement au niveau conjugal, la relation semble complémentaire. Le handicap de « Syphax » a rapproché les deux conjoints. Mme S ajoute que dans son couple la communication a une importance capitale. « ...ça m'a beaucoup aidé, oui c'est très important ». D'après ce passage, on observe que la communication existe, mais juste à l'intérieure du couple, « ...je ne veux pas parler du cas de mon fils aux autres ».

Par ailleurs, elle entretient une relation ordinaire avec sa grande famille qui ne dépasse pas le seuil des visites occasionnelles. Mme (S) ajouta à ce propos « ...ça me manque énormément, j'aimerais bien tisser des relations beaucoup plus intimes, mais ma famille est refermée sur elle-même. », «... maintenant y a que mon mari qui m'aide » elle commence à pleurer. D'ailleurs, Mme S pleurait pendant presque tout l'entretien.

Mme (S) et son mari semble avoir développé un fonctionnement flexible au niveau de leur système familial. Ya une bonne communication entre eux, ou chacun prend en considération les messages de l'autre. Se fonctionnement est patent, après la période de fracas, ou il semble que ce couple de parent, ont développé un type de fonctionnement ouvert. Autrement dit c'est de vouloir et accepter les aides que peuvent les autres lui apporter. D'après ce fragment, on

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

observe une certaine adaptation fonctionnelle après le temps de crise selon « Wallonder ».

Malgré que Mme (S) n'a pas pu supporter l'intensité de l'événement, sur le plan individuel ; le fait d'avoir un objet d'étayage pendant cette période la aidé à développer des stratégies dites de coping. En outre, Mme (S) commence à chercher des informations sur le handicap de son fils « Syphax ». « Les médecins ne m'ont pas aidé, donc je fais tout, pour me renseigner sur la prise en charge de mon fils. » à travers ses stratégies, Mme S commence à sortir de sa bulle, et essaye de réapproprier ses habiletés sociale, émotionnelle et conative. Mme (S) à ce propos nous dit « je me bats toute seule moi et mon mari pour que nous puissions nous en sortir ».

Après cela, Mme (S) commence à développer une aptitude d'altruisme et d'empathie en vers les autres parents qui sont dans la même situation. « ...maintenant je désire aider les parents avec mon expérience les parents qui sont dans la même situation que nous, surtout les jeunes couples ». D'après les psychanalystes, l'altruisme est un mécanisme d'adaptation, qui permet au sujet d'apaiser ses souffrances psychiques(...).

A la fin de l'entretien, Mme (S) s'est exprimée à propos du facteur de spiritualité qui la bien aidé à vivre avec le handicap de son fils, après la période de fracas. « Hamdoullah, je sais maintenant que c'est le tout puissant qui me la donnée ainsi, et ça c'est sa volonté ». Toujours les yeux larmoyant. En ajoutant « quand j'ai un problème, je pleure, je pleure, je pleure » à ce sujet nous pourrions dire que (Mme S) est plutôt dans le comportementalisme. Pendant cette période, d'où y a diminution de l'affect et de son imaginaire.

En fin, nous avons constaté que Mme (S) s'est exprimée beaucoup en langue française. Peut-être que ceci est une explication de ce que nous avons apporté comme explication sur sa mentalisation. D'après les auteurs psychanalytiques, la

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

langue est un médiateur de l'inconscient. Mme (S) ne s'exprimait pas avec sa langue maternel, cela pourrait signifier un mécanisme de distanciation de ses affectes.

Concepts opératoires :

1-Evolution affective

1-1 Sourit d'une manière attachante

Avant le fracas	Sourit d'une manière attachante	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Créateur de lien	-	-
+	bienveillant	-	+
+	apaisant	-	+
+	attractif	-	+

Tableau N°49: sourit d'une manière attachante

Interprétation :

Mme (S), semble vraiment être fragilisé par rapport à sa capacité d'exprimer un sourire. On observe par ailleurs, atteinte au niveau émotionnel, qui se traduit par l'absence de se sourire pendant la période de trauma. Par contre, cette maman a pu dépasser cette période d'agonie, en se réappropriant son équilibre émotionnel qui lui permet d'exprimer son sourire. et fait preuve d'une mentalisation élevée.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

1-2-Fait preuve de sens de l'humour :

Avant le fracas	Fait preuve de sens de l'humour	Pendant le fracas	Après le fracas
-	Créateur de lien	-	-
+	bienveillant	-	-
+	Réducteur de tension	+	+

Tableau N°50 : fait preuve de sens de l'humour.

Interprétation :

Le trauma semble, avoir un impact lourd sur la représentation que porte Mme S sur l'humour. On observe sur le tableau, un changement d'aptitude vis-à-vis son relationnel en supprimant la notion création, de rapprochement, ou de bienveillance. Par ailleurs, pendant cette période, Mme S a subi un terrible choc émotionnel, qui s'est accompagné par une action externe qu'elle a subi de la part des professionnels de la santé. Donc cela résume le rejet d'autrui exprimé par une certaine colère. Néanmoins, après la période de trauma, Mme S, semble toujours ne pas attribuer à l'humour le sens de bienveillance de créateur de lien. Sauf qu'il lui permet d'apaiser un peu sa douleur psychique. Cependant, Mme (S), semble être profondément traumatisée.

1-3 Fait preuve d'amabilité et de charme :

Avant le fracas	Fait preuve d'amabilité et de charme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Désir de stimuler un lien affectif	-	+
+	Aptitude a manifesté des signes d'affection adaptés	-	-
+	Aptitude à recevoir de l'affection	+	+

Tableau N°51: fait preuve d'amabilité et de charme :

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

L'instant de trauma a affecté le désir de stimuler un lien affectif de Mme S, qui semble approuver un sentiment de rejet et distanciation vis-à-vis les relations affectives. En plus de ça, les comportements produits par elles n'étaient pas en harmonie avec ses émotions, cela pourrait s'expliquer peut être, par le fait qu'à ce moment-là, son fonctionnement mental n'était pas fonctionnel. Cause du syndrome psycho traumatique qu'elle a développée pendant cette période. Par contre, son désir à recevoir de l'affection est présent, pendant ou après le trauma.

1-4 Fait preuve d'optimisme :

avant le fracas	Fait preuve d'optimisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude a envisagé les événements dans leurs aspects positifs.	-	+
+	Aptitude à anticiper favorablement le dénouement d'une situation difficile, embarrassante ou inquiétante.	-	-
+	Aptitude à ne pas s'inquiéter des embarras présents et à en projeter la signification dans un avenir favorable.	-	-

Tableau N°52: fait preuve d'optimisme.

Interprétation :

L'optimisme de Mme S ne se présente dans la période de trauma et post-trauma. On constate un appauvrissement et un effondrement total de sa perception du futur. Par ailleurs, on observe la même lecture de son aptitude à anticiper favorablement le dénouement d'une situation. Ceci est peut être

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

explicable, par le fait que Mme (S) n'utilise plus le mécanisme d'anticipation positif mais elle l'utilise dans le sens négatif. Vu l'intensité de l'événement qu'il lui a fait perdre aussi ses habiletés affronter les événements sans inquiétudes majeure.

1-5 Epreuve un sentiment d'acceptation :

Avant le fracas	Epreuve un sentiment d'acceptation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Sentiment d'être considéré positivement au sein de la famille.	+	+
+	Aptitude à créer autour de lui un espace affectif ou il se sent en sécurité.	-	+
-	Capacité d'amener les membres de son entourage à lui consacrer librement leur temps	-	-
+	Tendance à disposer au sein de son environnement affectif d'un droit à l'organisation personnelle.	+	+

Tableau N°53: Epreuve un sentiment d'acceptation.

Interprétation :

On constate d'après les données enregistrées, que l'environnement familial de Mme S ne fait pas preuve d'étayage nécessaire afin de l'aider dans sa souffrance. Entre autre, l'aptitude à créer autour d'elle un espace affectif ou elle se sent en sécurité est absent aussi. Cela revient à plusieurs raisons. Donc ce qui a affecté le sentiment d'acceptation de cette dame lors de sa tragédie ; Pendant et après.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

1-6 Synthèse de l'évolution affective :

Avant le fracas	Concepts affectifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Sourire attachant	0/4	3/4
2/3	Sens de l'humour	1/3	1/3
3/3	Amabilité/charme	1/3	2/3
3/3	Optimisme	0/3	1/3
3/4	Acceptation	2/4	3/4

Tableau N°54 : concepts affectifs.

Interprétation :

Les ressources affectives de Mme (S) se présentent sous un aspect négatif. On observe un net appauvrissement sur l'ensemble des indices. Le trauma semble avoir un effet aigue qui a fait entrer Mme S dans une spirale de perte de ses habiletés d'une manière continue. Après le fracas, par ailleurs, on observe une continuité dans l'effondrement et de perte des habiletés.

2-Evolution conative :

2-1 Fait preuve d'empathie :

Avant le fracas	Fait preuve d'empathie	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Tendance à se soucier de l'état émotionnel des autres	-	+
+	Aptitude à identifier les émotions des autres	+	+
+	Aptitude à identifier ses propres émotions et à les différencier de celles qui sont éprouvées par les autres.	-	+
+	Aptitude à concevoir l'état émotionnel de l'autre sans le partager ou le ressentir a sa place.	-	+

Tableau N°55 : fait preuve d'empathie

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Il paraît que Mme (S) pendant le fracas, a perdu ses capacités à comprendre l'état émotionnel de l'autre. Mme (S) est totalement déstabilisée sur ce plan. Sa tendance à se soucier de l'état émotionnel ainsi que son aptitude à identifier ses propres émotions ont été affectées par le trauma. Il semble que l'agonie dont cette maman est victime, la mise dans un état de confusion, d'incompréhension, et de colère.

Mais après le fracas, on observe que Mme (S) a repris son habileté à exprimer son empathie. Elle fait preuve de réappropriation d'un fonctionnement émotionnel dont toutes ses composantes semblent être à leur place. Ceci signifie que (Mme S), commence à tolérer et à comprendre les émotions des autres.

2-2 Fait preuve d'intelligence émotionnelle :

Avant le fracas	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à s'émouvoir	+	+
+	Aptitude à identifier et comprendre ses émotions	-	-
+	Capacité d'exprimer ses émotions d'une manière socialement acceptable	-	+

Tableau N°56 : fait preuve d'intelligence émotionnelle.

Interprétation :

Dans ce tableau, on observe une évolution négative, au niveau de la gestion et de la compréhension des émotions, Pendant et après le fracas. Ceci est expliqué peut être par le fait que le trauma a affecté son travail de mentalisation. Qui manifestement altère la compréhension des émotions par l'événement vécu, ou à vivre. Ce qui s'exprime par la perte de capacité à s'exprimer d'une manière

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

acceptable socialement. Concernant les autres indicateurs, tel que la capacité à s'émouvoir est non affectée par l'événement soit pendant ou après le fracas.

2-3 Fait preuve de motivation :

Avant le fracas	Fait preuve de motivation	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à se fixer un but.	-	+
+	Aptitude à se mobiliser en fonction de ce but.	-	+
+	Aptitude à trouver l'énergie, à se doter des moyens et identifier des incitants pour atteindre le but fixé.	-	+

Tableau N°57 : fait preuve de motivation.

Interprétation :

Mme (S) est profondément perturbée, elle a perdue toute sa force de motivation. Apparemment tout lui semble indifférent pendant la période traumatique. Par ailleurs, l'aptitude à se fixer un but ainsi que à se mobiliser pour se but se présentent sous une forme négative. De plus, elle ne cherche plus à trouver de l'énergie pour atteindre son but. Ce qui explique un passage de déprime pendant cette période. Par contre, après le fracas, (Mme S) fait preuve d'un grand travail de motivation, afin d'atteindre son objectif, qui est l'amélioration de l'état de son fils.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

2-4 Fait preuve de spiritualité :

Avant le fracas	Fait preuve de spiritualité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à croire.	+	+
+	Aptitude à organiser ses convictions en système de croyance et à les aménager en fonction de ce qu'il vit.	-	+
+	Intérêt pour les questions religieuses ou philosophiques.	+	+

Tableau N°58 : fait preuve de spiritualité :

Interprétation :

Pendant le fracas Mme (S) éprouve toujours une aptitude de croyance religieuse. Elle s'exprime par l'acceptation de ce qu'il lui est arrivé par la volonté divine. Cette représentation a forgé sa construction psychique. Par ailleurs on observe, pendant et après la période de trauma et la période traumatique, une solide base de croyance. Ceci, est peut être explique un angle de son fonctionnement mental. Sur l'ensemble, Mme (S) présente un niveau de spiritualité relevé.

2-5 Fait preuve de sens esthétique :

Avant fracas	Fait preuve de sens esthétique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Motivation a la perception et la sensation du beau.	-	-
-	Aptitude à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté.	-	-
+	Aptitude à apprécier ce qui plait universellement.	-	-

Tableau N°59: fait preuve de sens esthétique

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Depuis que qu'on a annoncé à Mme S le handicap de son fils, elle semble avoir tout gout de beauté. La motivation a la perception et sensation du beau est au plus bas, ainsi que l'aptitude à fixer des exigences pour correspondre à des lois de beauté, et a ce qui beau universellement. On constate par ailleurs, que Mme S perçoit que le côté négatif de ce qu'elle lui se présente. Il se pourrait qu'il soit un signe d'un syndrome psycho traumatique. De plus, on observe la même évolution après la période post-fracas sans qu'il y'est de changement.

2-6 Synthèse de l'évolution conative :

Avant le fracas	Concepts conatifs	Pendant le fracas	Après le fracas
4/4	Fait preuve d'empathie	1/4	4/4
3/3	Fait preuve d'intelligence émotionnelle	1/3	2/3
3/3	Fait preuve de motivation	0/3	3/3
3/3	Fait preuve de spiritualité	2/3	3/3
2/3	Fait preuve de sens esthétique	0/3	0/3

Tableau N°60 : Synthèse de l'évolution conative :

Synthèse de l'évolution conative

D'après le tableau, Mme (S) semble ne pas développer de ressources conatives pendant le choqe. Cela s'explique par la pauvreté qu'elle présente au niveau des indicateurs déjà exposés au lors de l'évolution conative. Le trauma, semble affecter ses représentations, ainsi que son fonctionnement psychique pendant la période de fracas. Sinon, après la période post-trauma, on observe une amélioration au niveau de l'empathie, de la motivation, et de la spiritualité. Il lui a fallu donc un temps de réappropriation de sa capacité afin de les exprimer d'une façon à faire face à la situation.

3- Evolution sociale :

3-1 Fait preuve de sociabilité et ou/socialité :

Avant le fracas	Fait preuve de sociabilité ou/socialité	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Aptitude à établir des contacts	-	+
-	Aptitude à se sentir entouré	-	-
+	Fait preuve d'amitié	-	+
+	Tisse des liens différents	-	+
+	Aptitude à communiquer	+	+

Tableau N°61 : fait preuve de sociabilité/socialité.

Interprétation :

Lors du choc, Mme (S) ne fait plus preuve de sociabilité. Ob observe un renfermement sur soi. La situation l'a déprimait au point a non vouloir plus parler avec d'autres personnes. D'après le tableau si dessus, tous les indices sociaux sont on constant fléchissement, sauf, l'indice de communication, dont Mme (S) nous a confirmé lors de l'entretien, que c'est un paramètre important dans un couple. Par contre, après le fracas, Mme S s'ouvre à nouveau, et réactualise toutes ses habiletés.

3-2 Fait preuve de sens d'éthique :

Avant le fracas	Fait preuve de sens d'éthique	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve d'obéissance	-	+
+	Aptitude à se fixer des limites	+	+
-	Croit à un monde juste	-	-

Tableau N°62 : fait preuve de sens d'éthique.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Malgré l'intensité et la dureté de l'événement, Mme (S) fait preuve de contrôle de soi. Par ailleurs, elle fait preuve d'obéissance et ne dépasse pas ses limites. Cela est signification d'un comportement socialement acceptable. Mais ce qu'elle reproche c'est la société qui n'est pas juste avec elle. Ou à l'égard de son fils. Cela risquera d'affecter le fonctionnement de la structure familiale.

3-3 Fait preuve d'altruisme :

Avant le fracas	Fait preuve d'altruisme	Pendant le fracas	Après le fracas
+	Fait preuve de générosité	-	+
+	Aptitude à se montrer coopératif	-	+
+	Aptitude à donner	-	+

Tableau N°63 : fait preuve d'altruisme

Interprétation :

Pendant l'événement traumatique, on observe le fonctionnement psychique est atteint profondément, d'où Mme (S) n'utilise plus son aptitude d'altruisme comme un mécanisme maturation psychique. Par ailleurs, elle ne fait plus preuve de générosité, elle ne se montre plus coopérative, et ne tolère plus le partage sous toutes ses formes. Par contre, après le fracas, Mme S change radicalement de fonctionnement, elle s'embles réapproprier son mécanisme d'adaptation psychique. Entre autre, elle devient de plus en plus généreuse dans ses relations, et elle cherche à coopérer d'avantage, afin de fructifier son expérience dans la recherche scientifique. En résumé, l'altruisme de Mme (S) est à l'image d'un fonctionnement adaptatif.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

3-4 Synthèse de l'évolution sociale :

Avant le fracas	Concepts sociaux	Pendant le fracas	Après le fracas
4/5	Sociabilité/socialité	1/5	4/5
2/3	Sens éthique	1/3	2/3
3/3	Altruisme	0/3	3/3

Tableau N°64: synthèse de l'évolution sociale.

Interprétation :

L'évolution sociale se présente sous une forme positive. Mme (S) fait preuve d'adaptation progressive après la période traumatique sur tous les indicateurs sociaux. Après une diminution de ces dernières pendant le choc, ou il s'avère que le fonctionnement psychique s'est nettement fragilisé au niveau de son fonctionnement mental. Ce qui retient notre attention c'est la force dont Mme (S) a fait preuve pour reprendre ses habiletés sociales.

Synthèse de l'évolution affective, conative et sociale :

1-Synthèse de l'évolution affective des quatre cas :

Les concepts affectifs:	Mme (A):			Mme (C) :			Mme (D) :			Mme (S) :		
	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas
Sourire attachant	4/4	2/4	4/4	4/4	2/4	3/4	2/4	2/4	4/4	4/4	0/4	3/4
Sens de l'humour	3/3	1/3	3/3	3/3	0/3	3/3	3/3	0/3	3/3	2/3	1/3	1/3
Amabilité/charme	3/3	1/3	3/3	3/3	1/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	1/3	2/3
Optimisme	3/3	2/3	3/3	3/3	3/3	3/3	0/3	1/3	3/3	3/3	0/3	1/3
Acceptation	3/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	3/4	2/4	3/4

Tableau N°65 : Synthèse de l'évolution affective.

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Dans les résultats obtenus à travers ce tableau, on a constaté que, l'évolution affective des deux premiers cas, est excellente avant le fracas. Par contre le sourire de Mme (D) n'est pas apaisant, ni attractif au moment du fracas, même elle a développé une attitude pessimiste. De sa part, Mme (S), n'as pas fait preuve vraiment du sens de l'humour avant le fracas, malgré qu'elle ait développé presque le reste de ressources affectives.

Pendant le fracas, on remarque que l'ensemble des mamans ont régressés sur le plan affectif, en ce qui concerne les indicateurs que c'est la majorité des mamans qui ont développés une évolution affective complète, à l'exception de Mme (S), qui n'a pas développé assez de ressources affectives, ce qui montre que l'évènement traumatique a affecté son développement affectif.

2-Synthèse de l'évolution conative des quatre cas :

Les concepts Conatifs :	Mme (A) :			Mme (C) :			Mme (D) :			Mme (S) :		
	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas
L'empathie :	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	1/4	4/4
Intelligence émotionnelle	3/3	1/3	3/3	3/3	1/3	3/3	3/3	2/3	2/3	3/3	1/3	2/3
Motivation	3/3	2/3	3/3	3/3	0/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	0/3	3/3
Spiritualité	3/3	2/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	2/3	3/3
Sens esthétique	2/3	1/3	2/3	3/3	0/3	3/3	3/3	3/3	3/3	2/3	0/3	0/3

Tableau N°66 : Synthèse de l'évolution conative :

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation :

Synthèse de l'évolution conative :

On constate d'après les résultats obtenus, par biais de l'inventaire que tous les cas présentent un niveau de ressources conatives élevé, avant le choc. Par contre, pendant le trauma, il semble que la majorité de ces cas ont été affectés dans leurs ressources. Sans exception mais à degré varié. Par exemple, si on prend l'indice « intelligence émotionnelle », on constate que Mme (A) présente un niveau bas pendant le trauma. Ce qui semble le même cas pour Mme (S), Mme (C) et (D). Par ailleurs, l'indice de spiritualité se présente de la même façon pour tous les cas. Après le fracas, les cas étudiés ont fait preuve d'aptitude à se réapproprier de leurs ressources conatives. Sauf dans le cas de Mme (S) qui semble être très affectée dans l'indice de sens d'esthétique qui se présente à un niveau bas.

3- Synthèse de l'évolution sociale des quatre cas :

Les concepts sociaux :	Mme (A) :			Mme (C) :			Mme (D) :			Mme (S) :		
	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas	Avant le fracas	Pendant le fracas	Après le fracas
Sociabilité/ socialité	5/5	2/5	5/5	5/5	5/5	5/5	4/5	4/5	5/5	4/5	0/5	4/5
Sens de l'éthique	2/3	2/3	2/3	3/3	2/3	3/3	3/3	3/3	2/3	2/3	1/3	2/3
Altruisme	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	0/3	3/3

Tableau N°67 : Synthèse de l'évolution sociale :

Interprétation :

Synthèse de l'évolution sociale :

D'après le tableau ci-dessus, nous observons que les cas ci présents font tous preuve d'une évolution sociale équilibrée sur tous les indices. Par contre, la période de fracas a eu un impact négatif et les cas n'ont pas pu garder leurs habiletés. Mme A présente un appauvrissement à ce niveau aussi pour Mme (S). Mais Mme (C) et Mme (D) semblent garder leurs ressources dans l'indicateur « sociabilité/socialité » à un niveau élevé. De plus, Mme S semble perdre tout son sens d'altruisme. Après le période de fracas, l'évolution sociale, reprend son développement positif. Chaque cas fait preuve d'aptitude de sociabilité, de sens d'éthique et d'altruisme à degrés très rapprochés

Discussion des hypothèses :

Avant d'amorcer cette discussion, il nous semble utile de rappeler que la question générale posée au début de cette recherche était la suivante : est ce que les parents atteints d'une trisomie 21 développent un processus de résilience.

Afin d'y répondre à cette question, nous avons donc, opté pour une hypothèse générale qui va dans le sens, que ses parents développent un processus de résilience. Et les hypothèses secondaires sont formulées ainsi : la première avance que les parents font preuve d'altruisme. La deuxième, postule que la spiritualité est un facteur qui permet aux parents de faire face. La troisième, suppose que l'intelligence émotionnelle est un facteur émergeant du processus de résilience, et la dernière, suggère que les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie font preuve d'optimisme.

Ainsi, d'après les résultats obtenus lors de notre travail d'enquête, confirment que les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21 développent un processus de résilience. Car les quatre parents étudiés sont résilients.

La première hypothèse partielle postule que parents font preuve d'altruisme, cette supposition est confirmée d'après les résultats communiquant sur les quatre parents. D'après les indices de cette ressource, le niveau de cette dernière se présente sous un aspect positif.

La deuxième hypothèse suggère que la spiritualité est un facteur qui permet aux parents de faire face. (Delage), (2002) à propos dit « la spiritualité ce qui mène les êtres humains, qu'ils s'agissent d'opinions philosophiques, convictions, d'idées à se poser des questionnements sur le sens de la vie ». Cette hypothèse est confirmée car sur les quatre cas étudiés, tous semblent avoir eu recours à la spiritualité autant que facteur qui leur permet de faire face.

La troisième hypothèse partielle suppose, que l'intelligence émotionnelle est un facteur émergeant du processus de résilience, d'après les quatre parents

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

étudiés, tous font preuve d'intelligence émotionnelle à degrés différents après la période de fracas. Selon (Solavey et Mayer), (1990) sur l'intelligence émotionnelle « un maillant important pour la survie des systèmes comme les couples ».

La quatrième hypothèse qui stipule que les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21 font preuve d'optimisme, est infirmée, car sur les quatre parents étudiés, (Mme S) semble être très affecté par le trauma, et ne développe pas des indices d'optimisme.

De ce fait, on constate l'implication de l'altruisme comme mécanisme important d'apaisement d'une souffrance, et conversion d'une tension psychique indésirable, à un vrai facteur de processus de résilience.

En ce qui est de la spiritualité, les parents ont fait preuve d'une grande spiritualité quant à l'acceptation de l'handicap de leurs enfants. D'après leur témoignages, la croyance religieuse était un facteur qui leur a permis de voir les choses autrement et de les affronter telles qu'elles sont.

Les entretiens ont démontré que ces parents après la période de fracas ont tous sentis, éprouvé et partagé ce que les autres parents ressentent et qui sont dans la même situation. Cette intelligence émotionnelle est considérée comme « capacité de l'individu, à comprendre, et à donner sens à ses émotions afin de produire un comportement adéquat ». (Pourtois et Dasmét), (2012).

Quant à l'optimisme, pour les parents, c'est toute une nouvelle représentation positive de l'avenir après qu'elle a été fracassée par le trauma. Ceci signifie, que ses parents ont une tendance à rebondir et à retrouver un « neodeveloppement » (Cyrulunik). Sauf (Mme S) qui ne semble pas l'approuver.

Donc, nous constatons d'après les résultats obtenus à travers l'échelle de l'inventaire de ressources de résilience, des entretiens semi-directif, et d'après la

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

concrétisation des hypothèses secondaires, que les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21 développent un processus de résilience.

Enfin, les résultats obtenus ne sont guère généralisés, chaque cas à sa spécificité, son fonctionnement ainsi que son environnement. Néanmoins, la pertinence de l'étude pourrait orienter tout chercheur et professionnel de santé, désirant traiter de ce thème.

Les limites de cette recherche :

Nous avons pu constater quelques difficultés pendant notre travail de recherche. Entre autre, sur le plan pratique, le choix des cas ne s'est pas basé sur des critères précis. Il est difficile de généraliser les résultats obtenus, à moins qu'en trouve les critères identiques.

La difficulté d'avoir des entretiens avec les deux parents au même temps. Tous nos cas sont présentés par des mamans. La non présence des pères pourrait limiter les résultats de la recherche.

La passation des entretiens et de l'inventaire, s'est basée que sur les parents. Nous aurions aimé inclure dans cette démarche les enfants trismiques. Cela n'a pas été fait, vu les difficultés langagière rencontrées par ses enfants pour s'exprimer.

Il aurait été préférable d'élargir le champ de recherche, en étudiant les ressources de résilience dans d'autres pays. Afin de bien cerner le concept de résilience.

Il aurait été préférable d'accéder à un nombre plus important de cas afin d'optimiser nos résultats de recherche.

Dans notre travail de recherche, on a tenté d'étudier le processus de la résilience, des parents ayants un enfant trisomiques. Nous avons essayé de ressortir les différents indicateurs de développement qui permettent aux parents d'être résilients et de se reconstruire après avoir vécu un évènement de vie traumatique.

Le chapitre précédent, nous a permis de suivre le cheminement des réactions psychologiques des mères, en analysant les données recueillies par les entretiens. On est arrivé à identifier les différents facteurs qui ont participé à l'émergence de processus de la résilience. On a constaté que ces mamans ont vécus plusieurs étapes de réactions psychologiques, avant le fracas la majorité des cas ont été épanouie, et juste au moment de fracas, elles ont reçus la nouvelle de l'annonce de diagnostic par un choc initial, ainsi que le déni du diagnostic, on arrivant à une adaptation progressive, en développant des ressources de la résilience après ce fracas.

Donc grâce à la méthode descriptive, qu'on a utilisée dans notre recherche, qui est basé sur l'étude de cas, on a pu atteindre notre objectif, dont les résultats obtenus des entretiens, montrent la présence d'un processus de résilience chez les parents des enfants trisomiques, malgré que les entretiens ont étaient effectuer avec les mamans de ces enfants, mais on a pu récolter des données sur le couple à partir des témoignages de ces dernières.

En termes de conclusion d'après les résultats obtenus dans les trois synthèses de ressources de la résilience, on a constaté que ces parents nous semblent d'avantage en mesure de développer des ressources sociales et affectives qui ont renforcé le processus de résilience, ces indicateurs sociaux et affectifs sont d'ordre du potentiel de néo développement chez ces parents ayant subi un traumatisme. De même les ressources conatives qui ont déterminé l'émergence du ce processus, d'où ces parents ont pu retrouver un sens à leurs propre vie et à

ce qu'ils ont vécu tout en se mettant en action par le biais d'objectifs précis constitue en soi de bons indices de leurs évolutions au-delà de l'exposition à un tel événement traumatique. D'une façon générale ces résultats nous ont permis de confirmer nos hypothèses de travail, à l'aide de «l'inventaire des ressources » qui est un instrument qui vise principalement à comprendre comment l'individu construit ou reconstruit son monde avant, pendant et après un épisode de vie traumatique. Cet outil présente un repère pour identifier empiriquement les facteurs de résistance, de désistance, de résilience.

Après avoir présenté notre travail de recherche, on souhaite que cette étude mène à ouvrir des pistes aux études postérieures. De fait que «la trisomie 21 » est un phénomène très fréquent dans ces dernières années, d'où les chiffres ne cessent d'augmenter. Notre objectif en premier lieu est de donner une vision positive à l'égard de cette pathologie pour tenter d'éliminer toutes formes d'intolérance et d'indifférence. D'autre part pour stimuler la réflexion chez les parents ayant été exposés à un événement traumatisant, de spécifier les pratiques de soutien et de contribuer à mettre en place des stratégies individuelles et collectives en lien avec le processus de résilience qui mène à la prise de conscience des traits, des comportements et des aptitudes caractérisant le fonctionnement psychosocial de ces sujets avant le trauma, et d'envisager la manière dont ceux-ci ont évolué après l'épisode traumatique, pour être un exemple aux autres parents qui ont des enfants handicapés.

Ouvrages

- 01-Adolphe Rondal. (2015).**La réhabilitation des personnes porteuses d'une trisomie 21**. Suivi médical, neuropsychologie, pharmacologie et thérapies génétiques. Edition l'Harmattan.
- 02-Audrey Guyard. (2012).**Retentissement du handicap de l'enfant sur la vie familiale**. Sociologie. Université de Grenoble.
- 03-Alain Braconnier, Colette Chiland, Marie Chaquet, (2003). **Les parents aujourd'hui** : paris. Masson.
- 04- Anaut Marie, Pedinielli, Jean-Louis. (2005). **Surmonter les traumatismes**. Paris : Armand colin.
- 05- Alain Bouregba. (2012). **Les troubles de la parentalité**. Paris : Dunod.
- 06-Anaut, Marie. (2004). **La résilience** : Paris. Armand colin.
- 07-Albert Ciccone. (1998). **L'observation clinique** : Paris. Dunod.
- 08-Anaut Marie. (2008). **Les thérapies familiales** : Paris. Dunod.
- 09- Benedkey, T. (1970). **Parenthood**. Boston: little Brown.
- 10- Bouatta Cherifa. (2013). **Famille, traumatisme et résilience** ; actes du colloque international. Bejaia : faculté des sciences humaines et sociales.
- 11-Boucebci.Mahfoud. (1984), **Maladie mentale et handicap mental, Alger, E.N.A.L.**
- 12-Chabrol, H & Collahan, S. (2004). **Mécanismes de défense et coping**. Paris : Dunod.
- 13-Chahraoui. Khadija, Benony.Hervé. (1999). «**L'entretien clinique** ». Paris, Edition Dunod.
- 14-Chahraoui. K, Benony.H. (2003). **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique**. Paris : Dunod.
- 15-Delage M. (2003). **Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, THÉRAPIE FAMILIALE**. Volume 23. (p. 269-287).
- 16-Denis Vginay. (2006). **Accompagner l'enfant trisomique, et quête d'identité**. Paris : 3e éd.
- 17-Gerard Poussin. (1999).**la fonction parentale** : paris. Dunod.

- 18-Gerard Poussin. (2005). **La pratique de l'entretien clinique**. Paris : Dunod.
- 19-Jean-Triston Richard. (2009). **Nouveaux regards sur le handicap**. Paris : l'hertman.
- 20- J. Rondal. (). **La trisomie 21, perspectives historiques sur son diagnostic et sa compréhension**. Edition Mardaga.
- 21-Julien Perfumo. (2014).**Ces surdoués de la relation, un regard sur les personnes porteuses de trisomie 21**.nouvelle cité.
- 22-Jean-Claude Quentel. (2001).**Le parent, responsabilité et culpabilité en question**. Bruxelles : De boeck.
- 23- Isabelle Annam. (2012). **Trisomie 21. Approche orthophonique**. Repères théoriques et conseils aux aidants. Edition de Boeck Solal.
- 24-Lambert J.L(1997). **Le mongolisme**. Edition Pierre Mardaga, Spirmot
- 25-Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy(2006). **Manuel de recherche en sciences sociales**. Paris : Dunod.
- 26-Marléne Jouan. (2013).**Vois et voix du handicap**. Grenoble : presse universitaire.
- 27- Marie-Claire Haelewyck, Michèle Isaac et Valérie Lemaire. (2010). **Vivre avec le handicap : vécu professionnels et résilience des parents**. Volume 25 N°3. P.5-7 : université de Mons-Hainaut.
- 28- Marie ,Anaut. (2008). **La résilience** : Paris. Armand colin.
- 29- Michel Delage & Boris cyrulnik.(2010). **Famille et résilience**. Paris : Odile Jacob.
- 30-Nemberger, R. (2011). **Nouveaux couples**. Edition colin.
- 31-Nicole Prieur. (2002). **Grandir avec ses enfants**. Paris : la découverte et synos.
- 32-Quivy Raymond. (2006). **Manuel de recherche en sciences sociales**. Paris : 3e éd.
- 33-Salbreux.R (1985). **Aberrations chromosomiques, trisomie 21**. In nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, presse Universitaires de France Paris.
- 34-Solange Chavel. (2011). **Se mettre à la place d'autrui**. Rennes : presse universitaire.

35-Zucman Elizabeth. **Famille et handicap dans le monde, analyse critique de travaux de la dernière décennie**. Paris : les publications du C.T.N.E.R.H.I.

Mémoires :

36-**La révélation de la trisomie de l'enfant aux parents : entre le choc psychologique et la blessure narcissique**. Mémoire de magister en psychologie clinique, Année Universitaire 2010-2011, Université Mentouri Constantine.

37-**Retentissement du handicap sur la vie familiale**. Thèse doctoral en sociologie, (2013) université de Grenoble.

Site web:

38-<http://www.algerie-focus.com/société/2013/06/journee-internationale-de-lenfance/21H10>.

Annexe n °01:

Formulaire de consentement :

-Thème de recherche : La résilience des parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21.

-Non des chercheurs : Hamed Khodja Thanina

: Zahar Mounir

-Cadre de recherche :

Préparation du mémoire de master en psychologie clinique.

-Encadré par : Mr. Amrane Lakhder

-Le lieu de recherche : Centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux de Béjaia.

-Le formulaire de consentement qui vous a été remis, a pour but de vous donner une idée générale de cette recherche et de ce qui entraîne votre participation.

-N'hésitez pas à demander plus de détails et de renseignements.

-Veuillez le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

-Objectif de la recherche.

-Cette recherche a pour but d'étudier le processus de la résilience chez les parents d'un enfant trisomique.

-Cette recherche comprend :

-Un entretien d'une durée d'une heure, ou vous serez invité à vous exprimer, sur votre expérience vécue avec votre enfant trisomique.

-Votre participation à cette recherche sera et restera anonyme.

-La confidentialité des informations données sera respectée.

Signature de chercheurs :

Signature du candidat :

Annexe n° 02 :

Guide d'entretien clinique :

L'intérêt de cette étude est de comprendre l'impact qu'a eu la naissance de votre enfant atteint d'une trisomie 21, sur votre vie et de savoir quels sont les facteurs qui vous ont permis de surmonter ou non cet événement. On va vous poser quelques questions dont vous aurez la totale liberté de répondre ou non.

I- Les données personnelles des parents et de l'enfant.

-Quel âge avez- vous ?

-Quel est votre niveau d'instruction ?

-Quelle est votre profession ?

-Vous vous êtes marié à quel âge ?

-Quelle est la durée de votre mariage ?

-Combien d'enfants avez-vous ?

-Quelle est la position de votre enfant dans la fratrie (si y'auna) ?

-Quel âge a-t-il maintenant ?

II- Les données sur la relation conjugale, la période de grossesse et l'accouchement. (L'une concernant la maman et les autres concernent le couple).

-Pouvez-vous me parler de la relation que vous entretenez avec votre époux (épouse) ?

-Pouvez-vous me dire dans quelles conditions s'est faite la conception de votre enfant ?

-Est-ce programmé ? Étiez-vous en bonne santé ?

-Pouvez-vous me décrire votre réaction lors de l'annonce de votre grossesse ?

-D'après vous comment voyez-vous l'arrivée de cet enfant ?

-Pouvez-vous me parler de la période de grossesse ?

-Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

III- le handicap et la vie familiale.

-Pouvez-vous me décrire votre réaction lors de l'annonce du diagnostic médical ?

-Pouvez-vous me parler de votre ressenti à ce moment-là ?

-Selon vous comment la naissance de votre enfant a influencé votre vie de couple ?

-Comment vous décrivez l'impact qu'a eu cet événement sur vous personnellement ?

-Avez-vous tendance à éprouver un certain regret ou de la culpabilité ?

-D'après vous comment pouvez-vous décrire votre relation avec votre enfant par rapport à ses frères et sœurs (si il y'en a) ?

-Comme parent, pouvez-vous me parler comment vous vous organiser autour de votre enfant au quotidien ?

-Pouvez-vous me décrire votre relation avec votre grande famille pendant cette période ?

Quel rôle a joué votre entourage amical ?

VI- les ressources de la résilience :

-Quelles sont les stratégies que vous avez utilisées pour surmonter l'intensité de cet événement ?

-Quel rôle pourrait jouer la communication dans la vie de couple, selon vous ?

-Pouvez-vous me dire autour de quels sujets tournent vos conversations au sein de votre couple ?

-Trouvez-vous que le sens de l'humour a-t-il une place au cours de vos conversations ?

-Selon vous qu'est-ce que le mot amitié représentait pour vous pendant cette période ?

1-Optimisme :

-Pouvez me parler de l'impact qu'a eu cet événement sur votre perception de l'avenir ? Si c'est un impact positif, pouvez-vous me parler de vos projets ?

-Quelle est l'importance qu'accorde votre famille à ses projets selon vous ?

-Avez-vous tendance à voir les choses de manière positive ?

2-Intelligence émotionnelle

-Qu'est-ce que vous ressentez lorsque vous rencontrez d'autres parents qui ont un enfant dans la même situation que le vôtre, selon vous ?

-Pouvez-vous me parler de quelle façon vous réagissez à leur égards ?

-Vous arrive-t-il de partager ce que vous ressentez avec d'autres personnes ?

-Dans des situations pareilles avez-vous tendance à réagir directement ou vous êtes plutôt de tendance à gérer la situation ?

3-Altruisme :

-D'après vous quelle importance accordez-vous aux aides que peuvent les autres vous apporter ? Vous les acceptez facilement ? (familles, amis, voisins)?

-Selon vous quelle importance accordez-vous aux aides que pourriez-vous apporter aux autres à votre tour ? Pouvez-vous me dire dans quel but vous le faites ?

4- La spiritualité :

-Pouvez-vous me parler du rôle de la religion dans votre vie ?

-Croyez-vous que cela a changé votre façon de voir le monde ?

-Pouvez-vous me dire de quelle façon la religion vous a aidé à surmonter vos souffrances ?

Résumé :

La question que nous avons essayé de concrétiser tout au long de cette recherche c'est de savoir si le processus de résilience se développe-t-il chez les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21. D'après les réactions de ces parents face à cet événement, nous avons trouvé qu'il y'a manifestation de deux comportements majeurs. Le premier est celui des parents qui développent un comportement d'adaptation positive et d'autre produisent un comportement d'inadaptation. De là découle notre hypothèse générale, qui postule que les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21, développent un processus de résilience. Et des hypothèses partielles qui traitent des variables, qui contribuent au développement de ce processus chez ces parents. Dont on cite l'optimisme, l'altruisme, l'intelligence émotionnelle et la spiritualité.

Afin de vérifier notre hypothèse générale et nos hypothèses partielles, nous avons utilisé un guide d'entretien spécialement élaboré pour cerner les aspects de la résilience parentale. L'échelle de l'inventaire de ressources de résilience de (Jean-Pierre, Pourtois, Bruno Humbeeck et Huguette Dasmét), (2012). Utilisé dans ce cas afin de confirmer ou d'infirmer ce qui a été cité ci-dessus.

Nous avons procédé par les entretiens semi dirigés afin de récolter les données nécessaires pour chaque cas. Ensuite on est passé à la mesure des ressources de résilience qui incluent les variables de nos hypothèses par le biais de l'échelle de l'inventaire. Ainsi les résultats obtenus, ont pu confirmer notre hypothèse générale. Le processus de résilience se développe chez les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21, par le biais des facteurs psychologiques, sociales que nous avons confirmé à travers la vérification de nos hypothèses partielles.

Mots clés : handicap- trisomie 21- traumatisme-processus de résilience-les parents.



FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN SCIENCES SOCIALES

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

THEME

LA RESILIENCE DES PARENTS AYANT UN ENFANT

ATTEINT D'UNE TRISOMIE 21.

Préparé par :

HAMED KHODJA Thanina.

ZAHAR Mounir.

Encadré par :

Mr. AMRANE Lakhder

LA RESILIENCE DES PARENTS AYANT UN
ENFANT ATTEINT D'UNE TRISOMIE 21.

HAMED KHODJA Thanina & ZAHAR Mounir

Résumé

La question que nous avons essayé de concrétiser tout au long de cette recherche c'est de savoir si le processus de résilience se développe-t-il chez les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21. D'après les réactions de ces parents face à cet événement, nous avons trouvé qu'il y'a manifestation de deux comportements majeurs. Le premier est celui des parents qui développent un comportement d'adaptation positive et d'autre produisent un comportement d'inadaptation. De là découle notre hypothèse générale, qui postule que les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21, développent un processus de résilience. Et des hypothèses partielles qui traitent des variables, qui contribuent au développement de ce processus chez ces parents. Dont on cite l'optimisme, l'altruisme, l'intelligence émotionnelle et la spiritualité.

Afin de vérifier notre hypothèse générale et nos hypothèses partielles, nous avons utilisé un guide d'entretien spécialement élaboré pour cerner les aspects de la résilience parentale. L'échelle de l'inventaire de ressources de résilience de (Jean-Pierre, Pourtois, Bruno Humbeeck et Huguette Dasmét), (2012). Utilisé dans ce cas afin de confirmer ou d'infirmer ce qui a été cité ci-dessus.

Nous avons procédé par les entretiens semi dirigés afin de récolter les données nécessaires pour chaque cas. Ensuite on est passé à la mesure des ressources de résilience qui incluent les variables de nos hypothèses par le biais de l'échelle de l'inventaire. Ainsi les résultats obtenus, ont pu confirmer notre hypothèse générale. Le processus de résilience se développe chez les parents ayant un enfant atteint d'une trisomie 21, par le biais des facteurs psychologiques, sociales que nous avons confirmé à travers la vérification de nos hypothèses partielles.

Mots clés : handicap- trisomie 21- traumatisme-processus de résilience-les parents.