

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



Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie
Option : Psychologie Clinique

Thème :

**La résilience des familles ayant un enfant en situation
d'infirmité motrice cérébrale**

Réalisé par :

Mlle HADDAD Tlidja

Soutenu le 22 Juin 2013 devant le jury constitué de :

Mme BOUCHERMA. Samia (Examinatrice)

Dr BAA. Saliha (Présidente du jury)

Mr AMRANE. Lakhdar (Encadreur)

Remerciements

Je remercie notre enseignant Mr AMRANE, pour son accompagnement, ses orientations et conseils pour la réalisation de ce travail de recherche.

Il sera toujours un modèle de modestie et de culture pour nous.

Je suis reconnaissante aux enseignants du département des Sciences Sociales, notamment Mme BAA, qui a été pour beaucoup dans le choix du thème de cette recherche.

Mes remerciements aux personnes qui ont participé à cette recherche, les mamans et leurs enfants et tout le personnel soignant du bloc d'hospitalisation des enfants de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en rééducation fonctionnelle d'IL MATEN.

Dédicaces

A mes parents, qui n'ont cessé de m'encourager et de croire en moi,

A mes grands-parents, que dieu fasse qu'ils vivent encore longtemps,

A mon Frère et mes sœurs,

A mes Tantes,

A mes Oncles,

A mes amis et camarades ;

**Tout en gardant une pensée pour les personnes qui ne sont
plus des nôtres, mais qui restent toujours dans nos cœurs.**

Table des matières

Liste des tableaux

Introduction générale

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Cadre méthodologique de la recherche

1. La pertinence de l'étude	6
2. Les objectifs de l'étude.....	8
3. Problématique.....	9
4. Hypothèses.....	16
5. Définition et opérationnalisation des concepts.....	17

Chapitre II : La résilience

1. La résilience.....	20
1.1 Définitions	20
1.2 La résilience selon différentes approches.....	22
2. La résilience familiale.....	31
3. Le sens de l'humour.....	34
4. La spiritualité.....	36

Chapitre III : L'infirmité motrice cérébrale

1. Le handicap en général.....	39
2. L'infirmité motrice cérébrale.....	40
2.1 Du point de vue organique.....	40
2.2 Du point de vue psychologique	44
2.3 Le traitement de l'IMC	48

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : Méthodes et techniques utilisées

1. Présentation du lieu d'étude.....	54
2. La démarche de recherche.....	55
2.1 La pré-enquête.....	60
2.2 Le déroulement des entretiens et la passation de l'inventaire	49

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

1. Présentation et analyse des résultats.....	63
1.1 Cas N°1	64
1.2 Cas N°2	70

1.3 Cas N°3	75
1.4 Cas N°4	80
1.5 Cas N°5	86
1.6 Cas N°6.....	91
2. Analyse générale des cas.....	97
3. Discussion des hypothèses.....	100

Conclusion générale

Annexes

Index

Liste des figures :

Numéro	Titre de la figure	Page
1	Le triangle de la résilience	27
2	L'évolution du sens de l'humour	98
3	L'évolution de la spiritualité	99

Introduction générale

Les personnes qui choisissent de faire face aux épreuves difficiles qu'elles traversent et déploient une grande énergie pour s'en sortir, ont toujours fasciné les gens qui les entourent, qui les qualifient de braves, courageux, conquérants, forts et bien d'autres adjectifs.

L'approche de la psychologie positive propose de nommer ces personnes : Résilientes. Ce mot n'est pas utilisé dans ce cas pour décrire un état, un trait de personnalité ou une capacité exceptionnelle, mais plutôt pour mettre en lumière un processus complexe, où plusieurs facteurs psychologiques, internes et/ou externes à la personne, interagissent, pour lui donner les ressources nécessaires pour faire face et se relever, aussi bien d'un traumatisme grave, de conditions de vie précaires ou d'un stress cumulatif, pouvant entraîner parfois jusqu'au suicide.

Devant la réalité du terrain et les différentes lectures effectuées, le choix de la population de notre recherche s'est arrêté sur les familles ayant un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale.

Effectivement, lorsque les parents, apprennent que leur enfant est handicapé et que plus il grandira, plus il sera différent des autres enfants, ils ont souvent du mal à digérer cette nouvelle, d'autant plus que les soins pluridisciplinaires dont les enfants IMC ont besoin, nécessitent un grand investissement de la part des parents, à la fois de temps, de l'énergie et d'argent, cette situation peut provoquer un déséquilibre au sein de la famille, car l'enfant handicapé peut accaparer l'attention de ses parents au détriment de la fratrie, le couple parental peut se déchirer à cause du stress cumulé.

Cependant, certaines familles réussissent à garder des rapports harmonieux, à s'organiser, à redistribuer les rôles de chacun et à garder une certaine homéostasie qui maintient les liens familiaux et même parfois les renforce. Ces familles sont dites résilientes.

A travers cette recherche, nous souhaitons découvrir sur quels supports s'appuient ces familles algériennes ayant un enfant IMC, pour faire émerger un processus de résilience au-delà de l'adversité. Grace aux résultats qu'on pourra éventuellement obtenir, il sera possible de travailler sur la promotion de la résilience d'autres familles qui passent par le même genre d'épreuves.

Pour atteindre les objectifs escomptés, la présente recherche est partagée en deux parties :

La partie théorique est organisée en trois chapitres, le premier inclut le cadre méthodologique de la recherche, le second expose le thème de la résilience, le troisième aborde l'infirmité motrice cérébrale.

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

Partie Théorique

CHAPITRE I

**CADRE METHODOLOGIQUE
DE LA RECHERCHE**

1) La pertinence de l'étude :

Des auteurs comme Marie Anaut (2005a et b), Jacques Lecomte (2005), Michel Manciaux (2006) et Bernard Terrisse *et al.* (2007), se sont posés cette question, à savoir, peut-on parler de résilience pour une personne handicapée ?

En psychologie clinique, il est admis qu'un traumatisme précède l'émergence d'un processus de résilience, cette expérience traumatique peut être d'origine interne (conflit psychique interne) ou externe, la résilience se compose de deux aspects : d'un côté l'apparition d'un traumatisme unique, dont l'impact est lourd de conséquences, ou une succession de facteurs constituant un contexte traumatogène (ce qui peut être le cas chez une personne handicapée), d'autre part, la capacité du sujet à dépasser le trauma.

L'accompagnement des personnes handicapées peut se baser sur l'accroissement des compétences personnelles (scolaire, professionnelle ou artistique) de ces dernières, faire émerger le potentiel de résilience, en ne s'arrêtant pas que sur les déficits de la personne, mais prêter attention aux compétences spécifiques qu'elle peut développer. (Anaut, 2005)

D'après Masten, Best et Garmezy (1990), la résilience est l'atteinte d'une adaptation fonctionnelle malgré des conditions adverses permanentes.

Selon Bernard Terrisse (2009), la résilience des enfants présentant des déficiences dépend principalement de : l'ensemble des ressources qui leur sont accessibles et de la pro-activité dans la recherche de ces ressources et de l'accompagnement des parents ainsi que des autres acteurs de l'environnement.

Aussi, le principal obstacle à la résilience de ces enfants est : le type de handicap dont ils souffrent, sa gravité, son emplacement et ses conséquences sur une échelle allant de la normalité fonctionnelle à la dépendance totale et de leur capacité à faire preuve d'introspection et de conscience de soi, des expériences passées pour les intégrer et vouloir construire un avenir meilleur. Les capacités intellectuelles déterminent en grande partie la résilience et ce malgré des facteurs extrinsèques favorables.

Toujours selon Bernard Terrisse (2009), la personne handicapée peut être résiliente dans un contexte déterminé (famille), mais en aucun cas au sein de l'école ou l'emploi, car ses compétences et forces, ses besoins et obstacles ne sont pas reconnus et ses difficultés sont exacerbées face aux contraintes.

Effectivement, la fratrie d'un enfant handicapé, peut être une source de gaieté, de réconfort et d'ouverture sur le monde. Ils peuvent aider à la résilience en obligeant les parents à organiser des sorties, des vacances, des réceptions d'autres camarades, des projets. Ils peuvent tirer la famille vers l'avant. (Sorrentino & Delage, 2008).

La fratrie peut développer davantage de dextérité, de souplesse. L'adaptation à la situation peut même apporter une autonomie. « Ce vécu d'autonomie ne connote cependant ni solitude, ni « interdiction active » à demander de l'aide : la fratrie sait parfois se tourner vers les parents pour demander aide et affection. » (Wintgens & Hayez, 2003).

Certains enfants développeront une solidarité fraternelle et familiale où partage et complicité ont une grande importance. La fratrie peut constituer non seulement une présence amicale, un soutien et une aide pour l'enfant handicapé, mais aussi, comme un catalyseur et une source de force. Elle peut donner à l'enfant handicapé la motivation nécessaire pour continuer à investir les relations : et c'est ensemble finalement qu'ils généreront de l'énergie pour maintenir la famille debout, malgré les étapes difficiles à traverser.

Certains parents estiment que leurs autres enfants sortent renforcés de cette expérience avec un frère ou une sœur handicapé (e) et qu'ils développent, plus que la moyenne des jeunes, un attachement à l'égard des personnes moins favorisées et marginalisées. (Wintgens & Hayez, 2003).

L'intérêt de cette recherche en Algérie, est d'autant plus important que l'accompagnement des familles ayant un enfant handicapé (en tant que groupe) est quasi-inexistant, bien que, cette prise en charge soit essentielle et le besoin se fasse ressentir, surtout lorsqu'on s'entretient avec les parents qui semblent complètement perdus.

2) Les objectifs de la recherche :

L'objectif principal de cette modeste recherche est de montrer l'intérêt du concept de résilience, appliqué au handicap, en particulier sur l'Infirmité Motrice Cérébrale.

En démontrant les facteurs de protection que peut véhiculer l'entourage pour la personne handicapée. On espère comprendre quels sont les points forts de ces familles dites résilientes, afin de les potentialiser, encourager et promouvoir chez d'autres familles qui éprouvent des difficultés à se relever.

Ainsi on pourrait améliorer et adapter l'accompagnement des familles dont l'un des membres est atteint d'IMC et pouvoir relativement faire de la prévention.

3) Problématique :

Au cours de sa vie, l'être humain peut être amené à faire face à des événements plus ou moins traumatisants, tels qu'une maladie grave, décès d'un proche, maltraitance ou des agressions diverses, menaçant potentiellement son équilibre physique et psychique.

Les réactions que suscitent ces événements varient d'un individu à un autre, selon plusieurs facteurs psychologiques qui le constituent. L'un sera profondément traumatisé, restera comme figé dans le temps ne trouvant plus aucun goût à la vie, tandis qu'un autre, après avoir donné sens à ce qui lui est arrivé, se relèvera et dépassera les obstacles pour se reconstruire.

Les psychanalystes affirmeront qu'il a su utiliser une panoplie de mécanismes de défense, souples et variés qui ont préservé son intégrité psychique.

Les cognitivo- comportementalistes, prêcheront pour une utilisation adaptée de stratégies de coping efficaces, qui lui ont permis de faire face au stress.

Mais il existe un concept issu du courant de la psychologie positive, qui a renversé l'idée qu'un environnement défavorable amène l'individu systématiquement à développer une pathologie : la résilience. (Lighezzolo & De Tychev, 2004).

L'étude de la résilience a débuté concrètement avec trois grandes recherches :

D'abord, l'étude longitudinale, effectuée sous la direction d'Emmy Werner (professeur de psychologie à l'université de Californie à Davis) et Ruth Smith (psychologue clinicienne à Kauai), sur l'île Kauai à Hawaii, comportant une cohorte de 837 nouveau-nés, dont la majorité (698) a été suivie jusqu'à l'âge de 40 ans et qui a conduit à la parution (de 1971 à 2001) de cinq monographies, dont la plus connue est intitulée *vulnérables, mais invincibles. Etude longitudinale d'enfants et jeunes résilients (1982)*.

Elle constatait que les enfants âgés entre 10 et 18 ans, qui avaient été très altérés physiquement, psychologiquement et socialement, avaient, à l'âge de 30 ans, pu s'en sortir et réparer une grande partie de leurs troubles.

Puis, les études menées par le psychologue Norman Garmezy et ses collaborateurs, entre 1971 et 1982, dans le cadre du projet « Minnesota Risk », sur le développement des enfants dont les parents souffraient de schizophrénie et qui parvenaient à s'en sortir, en développant un processus de résilience.

Enfin, les études épidémiologiques et cliniques réalisées par le psychiatre Michael Rutter, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, sur des enfants vivant dans les quartiers défavorisés de Londres et dans une région rurale de l'île de Wight.

Ces études ont permis de répertorier les facteurs de risque et les facteurs de protection et la définition de critères opérationnels d'adaptation. Elles ont, aussi permis, grâce à la découverte d'enfants qui présentaient un développement normal, malgré l'adversité et étaient bien adaptés par la suite, la réalité de la résilience.

Les résultats des recherches développementales et écosystémiques, ont permis de changer de vision, de la résilience statique, à la conception de la résilience comme un *processus* résultant des interactions entre l'individu et son environnement, processus qui lui permet de faire face à des situations à caractère traumatique, ou à des situations stressantes.

Ces recherches ont aussi permis d'autres évolutions du concept de résilience :

Premièrement, la résilience est étudiée dans la perspective du cycle de vie et non uniquement au cours de l'enfance;

Deuxièmement, les chercheurs s'intéressent aux mécanismes universels et culturels, spécifiques de la résilience;

Troisièmement, à partir des travaux de Wagnild et Young, publiés en 1993, sont élaborés différents instruments d'évaluation de la résilience ;

Quatrièmement, les situations dans lesquelles le processus de résilience est étudié se multiplient, notamment, de ses applications dans certains domaines professionnels;

Enfin, la résilience est abordée, non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau des groupes (en particulier de la famille), des communautés et de la société. (Cyrulnik & Jorland, 2012, pp.30-32).

En parlant de groupes, la résilience familiale, a été abordée, indirectement, dès les premiers travaux sur l'attachement (1949). John Bowlby a soulevé l'effet protecteur de certaines familles tandis que d'autres faisaient obstacle à la reprise d'un développement résilient. (Delage & Cyrulnik 2010).

On retient, les travaux de Mary Ainsworth, sur l'attachement précoce : « la situation étrange », qui ont démontré, le caractère universel des modes d'attachement, permettent de mieux comprendre les interactions de l'attachement et de faire l'hypothèse que la capacité d'un adulte de résister à un traumatisme, serait étroitement lié au fait d'avoir bénéficié d'un attachement « Secure autonome » dans sa petite enfance.

Avec l'étude sur l'attachement adulte de Mary Main et l'élaboration d'un questionnaire, appelé *Adult Attachment Interview*, qui postule que, les enfants qui ont un attachement sécurisé, peuvent glisser vers un attachement insécure, lorsqu'ils sont confrontés à des traumatismes répétitifs ou particulièrement graves, sur une période prolongée de leur vie. Le protocole utilisé a apporté une contribution indirecte importante à la théorie des facteurs de protection, notamment en montrant que les modes d'attachement peuvent « traverser » les générations. Il s'est donc avéré que 70 % des enfants ayant un type d'attachement, le partagent avec leur adulte de référence.

Comme on sait que le type d'attachement est un organisateur majeur de la capacité de résister aux traumatismes, on comprend mieux comment les familles contribuent fortement au développement d'un processus de résilience chez leurs enfants.

Le travail entrepris par Garnezy (1993), a permis, avec les résultats, de son étude sur les familles afro-américaines défavorisées, dont les enfants réussissent malgré tout, à répertorier

neufs qualités de ses familles, dont l'une est : la construction de limites familiales claires, définissant les rôles spécifiques de chacun dans un cadre précis, ou encore la capacité des parents à ne pas précipiter l'apprentissage de l'enfant dans les matières intellectuelles. (Tisseron, 2007, pp.43-50).

Si nous avons choisi d'aborder ce thème, c'est aussi parce que, les recherches sur la résilience en Algérie sont malheureusement trop peu nombreuses, en témoigne, le manque de participation de cliniciens algériens sur ce thème lors du 1^{er} Congrès mondial sur la résilience, tenu les 7-8-9 et 10 juin 2012 à PARIS. (1er congrès mondial sur la résilience : de la recherche à la pratique, www.arsine.org, septembre 2012, 12: 46).

Ce n'est sans doute pas parce qu'y a inexistence de processus de résilience chez les sujets traumatisés ou vivant dans des conditions difficiles en Algérie, il est évident que c'est plus par manque de maîtrise de ce concept qui est complexe et englobe différentes approches.

Selon Serge Tisseron (2007) : « le mot (résilience) charrie aujourd'hui le meilleur et le pire. Du côté du meilleur, les enquêtes épidémiologiques des pionniers américains, les récents travaux de neurophysiologie sur la plasticité cérébrale, les prolongements contemporains de la théorie de l'attachement et les tentatives déjà anciennes de comprendre le fonctionnement psychique des sujets traumatisés à la lumière de la psychanalyse. Du côté du pire, les innombrables recettes proposées par les tenants du développement personnel et la présentation des « résilients » comme de nouveaux héros ».

Lors de stages, notamment celui effectué au sein de l'Association d'Aide aux Inadaptés Mentaux (AAIMB) en 2010, nous avons constaté, à quel point, cette structure faisait un travail honorable, de promotion de la résilience auprès des sujets jeunes adultes et adolescents inadaptés mentaux (dont des sujets atteints d'infirmité motrice cérébrale), en leur offrant un espace d'apprentissage, d'expression, de créativité et même, parfois des opportunités de travail pour une meilleure intégration sociale, nous supposons, après les lectures effectuées au sujet de la résilience que ce service est riche de « tuteurs de résilience » (Cyrułnik, 1999), qui ignorent sans doute qu'ils le sont.

Il existe néanmoins certains travaux algériens sur la résilience, tels que :

L'étude de Moutassem-Mimouni (2005), sur La résilience des enfants abandonnés en Algérie, l'étude s'étant basée sur les facteurs de risque et les facteurs de protection.

Cependant, ce que l'on a constaté c'est le manque de travaux sur la résilience des personnes handicapées, plus particulièrement sur les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale (IMC). Bien que cette population soit très dense, et certains parcours de vie exceptionnels.

Pourtant, les premiers travaux sur la résilience, telle que l'étude de Werner et Smith (1982), ont été entrepris dans la foulée des grands projets d'éducation compensatoire aux Etats-Unis. Terrisse *et al* (2007).

En plus, Hunt et Goetz (1997) disent que les personnes ayant des déficiences, étonnent par leur capacité à ajuster et à réaliser de nouveaux apprentissages.

Il existe des études sur les personnes atteintes de handicap divers, telle que celle effectuée au sujet du vécu de la fratrie d'un enfant souffrant d'un handicap mental ou de troubles autistiques (Wintgens & Hayez, 2003) où les auteurs se posent la question, s'agit-il de résilience, d'adaptation ou d'une santé mentale compromise, ils soulignent l'importance qu'il y a à tenir compte de la présence des frères et sœurs dans tout type de prise en charge d'un enfant atteint d'un handicap mental ou d'un trouble autistique.

Ou bien celle menée par Goussé et Lovato (2008), sur la résilience familiale dans les familles ayant un enfant atteint d'un handicap, elles proposent une application clinique qui pourra aider des psychologues ayant en charge des enfants déficients auditifs dans leur pratique ainsi que leurs parents.

Une autre étude également de Goussé (2010) intitulée : *handicap grave et résilience : l'exemple de l'autisme*, elle propose un modèle qui vise à montrer l'existence de variables modératrices, réduisant ou accentuant la relation entre le handicap et les risques psychopathologiques encourus.

On retrouve des études sur d'autres caractéristiques des sujets atteints d'IMC, telle que l'étude transversale de Hodgkinson, Anjou, Dazord & Berard (2002) sur la qualité de vie de 54 enfants infirmes moteurs cérébraux marchants, il en est ressortit que les temps affectifs, les temps de détente, la vie sociale sont tout aussi importants que les temps ré-éducatifs pour permettre à l'enfant de faire face à sa différence et d'avoir de bonnes capacités de résilience.

Ou encore celle qui a été menée par Viehweger, Robitail, Rohon, Jacquemier Jouve, Bollini et Simeoni (2008) sur la mesure de la qualité de vie chez l'enfant atteint de paralysie cérébrale, ils font une évaluation de tous les outils utilisés pour la mesure de la qualité de vie à l'aide d'une revue de la littérature (1980-2007).

L'infirmité motrice cérébrale (IMC), est la première cause de handicap moteur de l'enfant, des données récentes montrent que la prévalence internationale de cette maladie, se situe entre 2 et 2.5 pour 1000 naissances (INSERM, 2004). En France on compte 125 000 personnes touchées par cette maladie, 650 000 en Europe. (La fondation motrice, 2010).

Pendant les années cinquante, le Professeur Guy Tardieu, donne à l'infirmité motrice cérébrale, une véritable identité, en donnant une définition précise.

Les anglo-saxons, parlent eux de « cerebral palsy ». Les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, souffrent de difficultés motrices conséquentes, qui peuvent entraver, le maintien, la marche, les gestes du quotidien et parfois même le langage. (Guidetti & Tourrette, 2002, pp. 29-30).

Sur une population de personnes handicapées moteurs évaluées à près de trois millions recensée en Algérie, on compterait entre vingt-cinq et trente mille sujets souffrant d'infirmité motrice cérébrale. (Bouchloukh, 2009). 3,8 nouveaux cas pour 1 000 naissances sont signalés en moyenne chaque année. (Bouakba, 2012).

Vu la place que peut occuper la famille et l'entourage, en tant que facteur externe favorisant la résilience des individus (Anaut, 2005), nous avons décidé d'étudier la résilience des personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale (IMC) et le rôle de l'entourage.

Lorsqu'un enfant est atteint d'une déficience développementale, l'annonce du diagnostic, fait l'effet d'une bombe et provoque une série de réactions face à la souffrance.

Plusieurs paramètres sont à prendre en considération pour déterminer les capacités traumatiques de cette situation, tel que la place que vient prendre cette maladie dans l'histoire familiale.

Un jeune enfant dont le développement est remis en cause par un handicap, s'adapte à son corps parfois mieux que ne le pensent les adultes. Il suffit qu'il ait l'opportunité d'utiliser son corps jusqu'au maximum de ses capacités que permet la maladie. C'est dans le regard et l'attitude de ses parents que l'enfant lit la gravité de son état, le désespoir ou l'espoir, la résignation ou le combat.

Les parents sont amenés à vivre des choses terribles. Ils souffrent de cette situation et sont malheureux, mais doivent rester forts pour comprendre et tirer leur enfant vers le maximum de ses capacités. La fratrie, pourrait être laissée pour compte, mais ne doit en aucun cas être écartée des soins apportés au malade. (Sorentino & Delage, 2010, pp 227-231).

Aussi la dépendance est associée au statut d'enfant, elle symbolise le lien physiologique entre enfant et parent, dont l'évolution conduit normalement à l'autonomie. Chez un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale, au contraire, cette dépendance se fixe en risquant de s'amplifier et de s'inscrire dans un lien trop fort. (INSERM, 2004).

Devant cette réalité, vers qui les parents se dirigent-ils pour demander de l'aide ? L'humour et la spiritualité sont-ils des facteurs de résilience chez ces familles ? Quel rôle occupe la communication au sein de ces familles ?

4) Les Hypothèses :

Hypothèse générale :

Les familles qui ont un enfant atteint d'infirmi t  motrice cérébrale développent un processus de résilience.

Hypothèses partielles :

- 1) Les familles résilientes dont un enfant est atteint d'une infirmi t  motrice cérébrale bénéficient d'un entourage familial, amical et/ou social bienveillant ;
- 2) Une bonne communication intrafamiliale, est un facteur important dans l'émergence d'une résilience au sein des familles dont un des enfants est handicapé ;
- 3) L'humour est un facteur de protection important pour l'émergence d'un processus de résilience chez les familles ayant un enfant en situation d'infirmi t  motrice cérébrale ;
- 4) La spiritualité est aussi une ressource majeure, favorisant l'émergence d'un processus de résilience chez les familles qui ont un enfant atteint d'infirmi t  motrice cérébrale.

5) Définition et opérationnalisation des concepts de la recherche :

L'infirmité motrice cérébrale : « l'infirmité motrice cérébrale désigne un état pathologique lié à des séquelles de lésions cérébrales anté, péri ou post-natales, non évolutives avec une prédominance de troubles moteurs spécifiques, sans déficit intellectuel majeur. » (Rondal, 2001, p.253).

La résilience : Selon Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik (2001) : « Capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères ».

La résilience familiale : Selon 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 et de transformer le traumatisme en histoire transmissible. »

La résilience au sein des familles ayant un enfant infirme moteur cérébral.

⇓
Variable dépendante

⇓
Variable indépendante

Résilience :

- Habilités de résolution de problèmes ;
- Autonomie ;
- Capacités de distanciation face à un environnement perturbé ;
- Compétences sociales ;
- Empathie ;
- Altruisme ;
- Sociabilité, popularité ;
- Perception d'une relation positive avec un adulte.

Enfant atteint d'IMC :

- Fille ou garçon, âgé entre 22 mois et 9 ans ;
- Etat pathologique lié à des séquelles de lésions cérébrales anté, péri ou post-natales, non évolutives ;
- Prédominance de troubles moteurs ;
- Avec ou sans déficit intellectuel.

Résilience familiale :

- Nombre d'enfants (<5) ;
- Spiritualité, idéologie ;
- Discipline éducative ;
- Qualité de la communication ;
- Interactions chaleureuses et positives ;
- Support familial / social et affection ;
- Cohésion familiale.

CHAPITRE II

LA RESILIENCE

Préambule :

Le concept de Résilience est issu du courant de la psychologie positive, mais le bouleversement qu'il a provoqué à son apparition, a fait que plusieurs courants se sont penchés sur ce thème, le courant psycho-dynamique, l'approche cognitivo-comportementale, le courant systémique, ou encore l'approche médicale en santé publique.

Afin d'éviter d'être réducteurs, il est indispensable ici, d'adopter une approche éclectique, pour cerner le phénomène de résilience chez les personnes qui souffrent d'Infirmi t  Motrice Cérébrale, dans sa globalité.

1 la Résilience :

1.1 Définitions :

La résilience désigne « le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal, à la surface de la section brisée. La résilience qui s'exprime en joules par centimètres carré caractérise la résistance au choc », terme utilisé à la base dans le domaine de la physique des matériaux, elle renvoie à la capacité physique de certains matériaux, résister sous la pression d'une charge. Etymologiquement d'origine latine, du terme *résilier*, qui signifie, sauter, bondir (*salire*) qui, associée au préfixe *re*, conduit à l'idée de sauter en arrière (*r silio*), se rétracter, revenir en sautant, rebondir, rejaillir. (Lighezzolo & De Tychev, 2004, p. 23).

En informatique, la résilience est la capacité d'un système à fonctionner malgré l'existence d'anomalies liées aux défauts de ses éléments constitutifs. En Sciences Humaines (psychologie, sociologie...), la résilience est considérée comme un processus dynamique impliquant l'adaptation positive à une adversité significative.

Du point de vue psychologique, la résilience se révèle face à des stress importants et/ou cumulés, face à des traumatismes ou des contextes au potentiel traumatique.

Le concept de résilience est étudié au sein de la communauté scientifique depuis quelques décennies. Ainsi, dans les pays anglo-saxons des travaux sur la résilience sont entrepris depuis une trentaine d'années et ont donné lieu à des publications scientifiques

reconnues depuis plus de 25 ans. Avec différents auteurs tels que : Emmy Werner(1989), Michael Rutter (1970), Robert Haggerty (1996), Lonnie Sherrod (1987), Norman Garmezy (1993).

Cependant, la résilience connaît un essor en France et dans les pays francophones surtout depuis les années 1990. De nombreux auteurs notamment des psychiatres ou pédopsychiatres, ont contribué à faire connaître ce concept et à développer ses contours théoriques. Parmi ces auteurs : Boris Cyrulnik, Michel Manciaux, Stanislas Tomkiewicz ; ou encore Michel Lemay ou Stéphane Vanistendael. (Anaut, 2005).

Tous les auteurs ne travaillent pas sur la même définition de la résilience, ceci est dû à l'évolution rapide du concept et à l'attrait scientifique qu'il présente, ainsi il existerait trois phases principales dans son évolution :

Premièrement, les pionniers de la résilience, qui ont attribué la capacité de surmonter un traumatisme et/ou de continuer à se construire dans un environnement défavorable à des qualités individuelles. Ils ont réussi à attirer l'attention sur la possibilité de surmonter de graves difficultés dans des conditions hostiles.

Deuxièmement, les chercheurs qui ont proposé d'envisager la résilience, non pas comme un simple trait, mais comme un processus, basé sur ce qu'on a appelé « les facteurs de résilience » et la rencontre avec un *care giving*. Ce qui suppose que chacun peut développer un processus de résilience, à condition d'y être aidé.

Troisièmement, d'autres chercheurs, ont rompu avec les approches précédentes, en envisageant la résilience comme une force ou une aptitude, que chacun posséderait à un degré ou un autre.

Cette force aiderait à négocier avec les ruptures de l'environnement et les bouleversements internes qui en résulteraient. Elle apparaîtrait dans les événements exceptionnels comme un accident, une maladie ou un deuil, mais également au cours des phases de développement comme la crise d'adolescence, celle du milieu de vie, la ménopause ou le début de la vieillesse. Après un traumatisme physique ou psychique, de nouveaux comportements, inconnus jusqu'ici peuvent apparaître.

Cette troisième approche s'appuie sur des travaux récents dans le domaine des neurosciences sur la plasticité cérébrale. (Tisseron, 2007).

Effectivement, à la base du cerveau, sur la partie inférieure du système limbique, en arrière et en dessous de l'amygdale, on a découvert une zone de neurogenèse qui continue à fabriquer des neurones jusqu'au bout de la vie, même chez les personnes âgées.

Découvrir que des neurones pouvaient renaître, a bien sûr constitué une révolution considérable, qui a renforcé de façon significative le concept de résilience neuronale. Le point le plus important de cette découverte c'est que ces neurones s'interconnectent. Il suffit de parler, de s'énerver, de rire et d'entrer en relation avec quelqu'un, pour que les dendrites des neurones d'une personne, se redressent et partent à la recherche de nouvelles connexions. C'est exactement ce qui se passe quand le processus de résilience se produit dans le cerveau d'un enfant accueilli dans un nouveau milieu. (Cyrulnik, 2012, pp.44-45).

1.2 La résilience selon différentes approches :

1.1.2. L'approche psycho dynamique :

1.1.2.1 Le concept de traumatisme :

La position la plus « intégrationniste » est celle de Bertrand (1990), qui conçoit le traumatisme comme « venant à la fois de l'extérieur et de l'intérieur ». Conception partagée aussi par Perron (2000) : « il y a traumatisme psychique quand un événement imprévu et brutal soulève chez le sujet un orage émotionnel qu'il est incapable de contenir et qui lui donne la sensation d'une catastrophe. Parfois en effet il s'agit d'un événement (en cas de guerre, massacre, tremblement de terre, etc.) qui menace réellement la vie ; il peut s'agir d'événements d'apparence moins grave, mais qui donnent au sujet, sur le moment, la même impression de catastrophe. ». (Lighezzolo & De Tychev, 2004, pp.55-58).

1.1.2.2. Le rôle des mécanismes de défense :

Leur rôle est aussi reconnu par certains auteurs, bien qu'ils ne soient pas de tendance psychanalytique, tels que Cyrulnik, Vanistendael et Lecomte.

Selon A. Freud (1976) et Kreisler (2000), le rôle principal des mécanismes de défense est le traitement des affects de déplaisir liés aux situations traumatiques et conflictuelles. Ils participent à construire la résilience face au trauma.

Les principaux mécanismes utilisés sont : le recours à l'imaginaire, pour Bergeret (1991), l'imaginaire désigne : « l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs », selon lui, il s'agit d'une fonction indispensable à l'équilibre psychique.

L'humour est un mécanisme défensif reconnu comme un facteur de protection important pour tous les spécialistes de la résilience. Il permettrait la sublimation des pulsions agressives. Le clivage constitue également un procédé défensif précieux protégeant le moi lors de la survenue du trauma, il permet de séparer entre les représentations, pour mettre à l'écart celles les plus insupportables.

Vanistendael et Lecomte (2000), soulignent le caractère adaptatif du mécanisme de déni, il peut porter sur différents aspects de la réalité, à condition qu'il soit utilisé à court terme. Contrairement à un usage dans des fonctionnements psychotiques, chez le sujet résilient il porte plus sur la signification affective de la réalité insupportable, que sur la réalité elle-même. Le mécanisme d'intellectualisation également, peut constituer, une protection de l'intensité des affects de déplaisir, pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique. La sublimation et la formation réactionnelle semblent être d'autres mécanismes de défense présents dans des processus de résilience. (Lighezzolo & De Tychev, 2004, pp.58-63).

1.1.2.3 Le rôle de la mentalisation :

Les mécanismes de défense permettent une protection à court terme, tandis que la mentalisation permet une élaboration à plus long terme du trauma (introduit par Fain et Marty (1964).

Selon Marty (1991), la qualité de l'espace imaginaire et de la mentalisation est très variable d'un sujet à l'autre. C'est-à-dire qu'il existerait des facteurs susceptibles de favoriser la construction d'un imaginaire et d'une mentalisation riches et puis d'une résilience plus conséquente chez le sujet. (Lighezzolo & De Tychev, 2004, pp.63-70).

1.1.2.4 La qualité de la relation d'attachement et son évolution :

Pour Anaut (2002), il y a un consensus dans la littérature, à propos de l'importance de la construction d'une relation d'attachement sécurisante, d'une part pour construire une bonne qualité de mentalisation et d'autre part la résilience future de l'individu.

Le concept d'attachement étudié par Bowlby (1980), qui a souligné son importance dans le développement de l'enfant qui est complètement dépendant de sa mère, il a besoin de construire une relation d'attachement pour croître et se construire. Le style d'attachement contribue à la résilience ou à la vulnérabilité de l'enfant. Il se fonde tôt et reste stable à condition que l'environnement ne se modifie pas de manière significative. Cependant, il peut être modifié lors de rencontres significatives, idée qui est défendue par Cyrulnik (2000) et Lecomte (2002). (Lighezzolo & De Tychev, 2004, pp.70-76).

1.1.2.5 Modèles d'identification et tuteurs de résilience :

Le fait de tisser des liens avec un modèle privilégié sert de base sur laquelle vient se construire la résilience. Cette idée est partagée par un grand nombre de spécialistes de ce champ qui la nomme « tuteur de développement » (Manciaux, 2001, Cyrulnik, 1999,2001, Vanistendael & Lecomte 2000).

A. Freud (1976), proposait qu'un enfant peut s'identifier imaginativement à son agresseur pour le contrôler fantasmatiquement et être moins angoissé.

Un tuteur de résilience est nécessaire pour se construire (Manciaux & Cyrulnik, 2001). Pour Manciaux (2001) et Cyrulnik (2003) : « on ne s'autoproclame pas tuteur...on le devient lorsqu'on arrive à rendre l'autre conscient qu'il a des ressources. ».

Dolto (1984) propose que pour la structuration d'un processus d'identification à l'autre, il est nécessaire qu'un lien affectif fort s'établisse. (Lighezzolo & De Tychev, 2004, pp.80-82)

1.2.2 La résilience selon l'approche cognitivo comportementale

L'apport du courant cognitivo-comportemental, au champ de la résilience, est résumé en les quelques points suivants :

1.2.2.1 Le concept de coping et de stratégies de coping :

Il détient une place importante dans la construction de la résilience du sujet. Les processus de *coping* sont très diversifiés, pour Lazarus et Folkman (1984) « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne ».

Pour certains auteurs (Paulhan 1992, Muller & Spitz, 2003), il n'existe pas de stratégie de *coping* efficace en soi, sans les caractéristiques de la personne et de la situation problème.

La résilience dans cette optique devient, selon Patterson (1995), « l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face aux stress de la vie ». Cette conception du concept de résilience est pour Manciaux et Tomkiewicz (2001), acceptable, ils distinguent ainsi entre résilience conjoncturelle (liée à des souffrances ordinaires ou quotidiennes) et résilience structurelle (confrontant le sujet à un traumatisme extrême, massif et unique).

Pour Patterson (1995), promouvoir la résilience devant ces stressseurs nécessite « de permettre à une personne ou à une famille d'augmenter sa capacité à satisfaire ses besoins et ses buts et maintenir son autonomie et son intégrité ». Muller et Spitz(2003), dans une de leur récente étude ont démontré que le *coping* actif et l'humour sont positivement corrélés à un faible niveau de détresse psychologique.

Selon Anaut (2003) : « les stratégies de coping participent au phénomène de la résilience, considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping. » (Lighezzolo & De Tychey, 2004, pp.35-41).

1.2.2.2 La question de la répétition (ou non) de la maltraitance : Lecomte (2002), a étudié de près cette question, dans sa thèse intitulée : « briser le cycle de la violence : quand d'anciens enfants maltraités deviennent des parents non-maltraitants », il avait étudié le parcours de vie de personnes maltraitées dans leur enfance et qui sont devenus des parents affectueux, il avait constaté que durant les entretiens deux éléments essentiels

ressortaient clairement, l'importance du Sens et la présence du Lien, un autre élément s'impose alors à lui lors des témoignages recueillis et qui est le Loi Symbolique, ceci l'a amené à dessiner un triangle constitué de ces trois éléments : le lien, la loi et le sens. (Lighezzolo & De Tychey, 2004, pp.41-45).

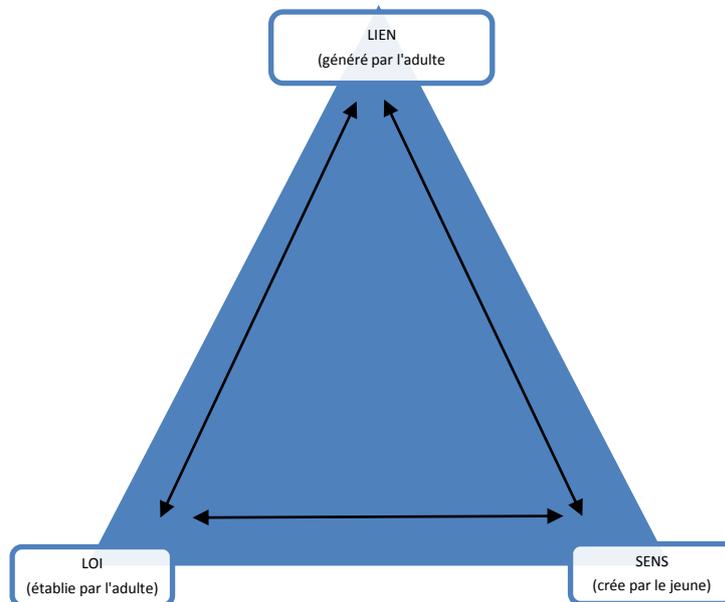


Figure 1

Le triangle de la résilience (Lecomte, guérir de son enfance, Paris, Odile Jacob, 2004, p.66)

Lecomte (2002), propose une théorisation de la résilience assez pertinente et intégrative, il ne se focalise pas uniquement sur les déterminants cognitifs, il intègre également les facettes inconscientes du comportement. (Lecomte, 2010, pp.8-10).

1.2.3 L'approche médicale en santé publique

1.2.3.1 L'équation classique : environnement délétère=pathologie :

Cette équation a été remise en cause dès la publication de l'étude de Werner (1989-1993), elle a débuté une étude longitudinale en 1955, dont les résultats ont été publiés en 1989 et 1993, sur 698 nouveau-nés, 201, cumulent plusieurs facteurs source de stress ou

potentiellement pathogènes, quand ils atteindront l'âge de 10ans, 2/3 d'entre eux connaissent des difficultés notoires, notamment d'apprentissage. Mais le 1/3 restant, parvient à tisser des relations stables, à s'engager à l'âge adulte dans une activité professionnelle satisfaisante.

Une autre étude qui va dans le même sens, a été menée par Garmezy et Masten (1991), sur les enfants de parents schizophrènes, afin de déterminer le risque de développer la maladie, ils ont été étonnés par les résultats qui ont démontré que 90 % ont échappé à la schizophrénie. (Lighezzolo & De Tychey, 2004, pp.47-48).

1.2.3.2 Les facteurs de risque dans le modèle de la santé publique :

Concernant les facteurs de risque liés à l'environnement externe, les auteurs sont d'accord sur ces facteurs (Werner 1989, Gottlieb1991, Rutter 1991, Masten & Coatsworth, 1998, 2001, Fortin & Bigras 2000, Anaut 2002). On peut citer :

- Une pauvreté chronique de l'environnement familial ;
- Une absence d'emploi prolongée ;
- Un logement surpeuplé ;
- Un isolement relationnel ;
- Un placement de l'enfant dans une institution spécialisée ou une séparation prolongée durant la première année de la vie ;
- Une situation de migrant ;
- Une maladie somatique parentale chronique ;
- Une maladie mentale ou psychopathologie parentale prolongée ;
- Un membre de la fratrie ayant un handicap, des difficultés d'apprentissage ou des troubles du comportement ;
- La naissance d'un frère ou d'une sœur alors que l'enfant n'a pas encore deux ans,
- Un père absent ;
- La perte d'un membre de la famille ;
- Le remariage et l'entrée de beaux-parents dans la maison ;
- La violence ou l'alcoolisme familial ;
- La confrontation directe à une catastrophe naturelle ou à une action terroriste.

(Lighezzolo & De Tychey, 2004, pp.48-49).

1.2.3.3 Les facteurs de protection dans le modèle de la santé publique :

Il y a également convergence entre les auteurs sur les facteurs de protection, (Gottlieb 1999, Masten & Coatsworth 1998, Cyrulnik 1999, 2001, Vanistendael & Lecomte 2000, Anaut, 2002), Les facteurs de protection relatifs à l'environnement externe sont :

- Posséder une relation sécurisante et chaleureuse avec un ou deux de ses parents ;
- Vivre dans une famille de niveau socio-économique élevé ;
- Avoir de bonnes relations parents-enfants ;
- Vivre dans une famille en harmonie ;
- Avoir un réseau de soutien social à l'extérieur de la famille (notamment une figure d'attachement privilégiée). . (Lighezzolo & De Tychey, 2004, p.50).

Les facteurs de protection individuels se présentent ainsi :

- Etre capable de donner du sens à la vie malgré les difficultés rencontrées ;
- Avoir un tempérament actif ;
- Genre : être une fille avant l'adolescence ou être un garçon durant l'adolescence ;
- Avoir une bonne sociabilité (qualité du contact avec les autres) ;
- Etre un enfant attractif (charme, charisme) ;
- Avoir un QI élevé ;
- Avoir un « locus of control » (lieu de contrôle) interne ;
- Avoir un sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi ;
- Avoir une bonne capacité de compréhension d'autrui et d'empathie (assez proche de l'intelligence sociale) ;
- Avoir une foi religieuse ;
- Etre capable de mettre en place des moyens de défense efficaces face aux agressions. (Lighezzolo & De Tychey, 2004, pp.50-51).

Dans le modèle médical de la santé publique, il y aurait une tentative d'équilibration entre les facteurs de risque et les facteurs de protection, ce qui fait dire à Fortin et Bigras (2000) ceci : « qu'un haut niveau d'attributs de certains enfants permet de compenser la présence d'un haut niveau de stressors dans son environnement... Ce modèle permet d'analyser l'équilibre entre les effets positifs et négatifs sur le fonctionnement de l'enfant ».

Ces auteurs proposent aussi une autre lecture de l'interaction entre ces deux types de facteurs, en avançant l'idée d'un modèle « *challenge* » de la résilience.

Dans cette optique « un certain niveau de stress et de facteurs de risque sont perçus comme un potentiel stimulant la compétence chez le jeune et favorisant une bonne adaptation ». Ils ajoutent « l'adaptation sociale est en relation curviligne avec le stress ; trop peu de stress ne stimule pas à relever les défis alors qu'un très grand niveau de stress (induit par le cumul de facteurs de risque) inhibe le potentiel adaptatif ». (Lighezzolo & De Tychev, 2004, 52-53).

Dans cette présente étude, ce qui nous intéresse c'est l'approche de la résilience, non plus comme un résultat ou un trait, mais comme un processus dynamique, qui n'est jamais définitivement acquis, dépendant autant des caractéristiques du fonctionnement intrapsychique du sujet que de son environnement.

2) La Résilience familiale :

Les spécialistes de la résilience se sont au départ intéressés uniquement aux individus, puis au fil des recherches ils ont constaté l'importance de l'interaction de l'individu avec son environnement socio- affectif, ils se sont donc penchés sur le facteur environnemental de la résilience, plus particulièrement le groupe familial.

En fait, il existe deux modèles précurseurs de l'étude de la résilience familiale, celui de Hill (1949, 1958), dans son étude « des évènements de vie » qu'il qualifie de stressants, il montre que l'externalité de l'évènement pourrait potentialiser la cohésion familiale, alors que l'internalité serait un facteur qui augmenterait les risques de division.

Et celui de McCubbin et Patterson (1982,1983) (extension du modèle de Hill), qui met davantage l'accent sur les caractéristiques développementales des familles ayant à gérer un évènement de vie difficile, selon ce modèle, de nouvelles ressources sont développées à la suite de la crise familiale, personnelles, caractérisant les membres de la famille au plan individuel, familiales, décrivant le groupe comme uni et organisé et enfin sociales, étayées sur un réseau d'aides extérieures. (Goussé & Lovato, 2008, pp.429-430).

Plus tard les études sur la résilience familiale se sent divisées en deux approches principales assez différentes, l'une se propose d'analyser les structures et modes relationnels des familles (les étayages familiaux, les comportements ou les particularités du groupe familial) qui permettent l'émergence de la résilience chez l'un de ses membres, cette approche se focalise sur les liens familiaux, et sur l'effet protecteur de la famille, en donnant sens à la résilience du sujet.

Certains auteurs ont axé leurs recherches sur l'influence du contexte familial, sa configuration et ses modes de fonctionnement notamment éducatifs (Pourtois et Desmet, 2000), ces travaux sont employés dans un but préventif auprès des familles dites à risque, pour promouvoir leurs ressources latentes, compétences ainsi que les différents modes d'adaptation potentiellement mobilisables.

L'autre approche, a pour objet, la famille dans son ensemble, en tant que *groupe familial résilient*.

Considérée comme un ensemble ou un système, la famille est vue à partir de ses ressources, de ses propriétés spécifiques, ses processus de rétablissement et d'autosubsistance. Les investigations sur les familles confrontées à la résilience ont abouties à la découverte de caractéristiques familiales formant un *schéma familial*, regroupant sa vue du monde à partir des valeurs, des objectifs, des priorités, des attentes et des projets, ainsi ce schéma familial favoriserait la résilience. Les caractéristiques de familles résilientes se résumeraient comme tel : la cohésion familiale, la souplesse vis-à-vis du changement, la résistance au stress, la communication, les rituels et les célébrations. (Anaut, 2008, pp.97-99).

Selon 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 et de transformer le traumatisme en histoire transmissible. » pour ce faire, Delage, propose d'en retenir trois composantes en se référant à l'étymologie du mot résilience :

En premier lieu, l'aptitude à rétablir un fonctionnement satisfaisant, équivalente à une résistance élastique, comme le métal qui résiste à la pression en physique des matériaux, l'éventualité d'une déformation qui évite la rupture (en latin *resilientia*). Ce qui serait ici plus important, c'est l'analyse des dynamiques interactionnelles des comportements au sein de la famille (stratégies adaptatives, performances, compétences individuelles et collectives propres à la sphère cognitive, l'action, le savoir-faire, la réalisation des tâches, la créativité et l'innovation à travers l'acceptation de nouveaux rôles et la redistribution des rôles au sein de la famille).

Deuxièmement, la référence au mot latin « rescendere », qui concerne la résiliation d'un contrat, qui stipule le soutien du processus de résilience de chacun et l'accompagner vers un cycle de vie, il serait donc possible d'échapper aux effets négatifs du traumatisme, à travers les capacités de régulation des émotions, accorder de l'attention aux souffrances de chacun.

Enfin, la mentalisation des émotions négatives, en leur donnant un sens, qui sera associé à l'idée d'un rebondissement qui conduit à la croissance, ceci permettra le tissage de nouveaux liens source du sentiment d'appartenance de chaque membre. (Delage, 2012, pp. 104-105).

Parmi les caractéristiques facilitatrices de la résilience familiale, il est souvent question de souplesse, d'adaptabilité, de la qualité de la communication intrafamiliale (surtout le partage des émotions entre les membres de la famille), la capacité à s'entourer d'un réseau social et de le maintenir, ainsi que le soutien et la cohésion familiale. La capacité réparatrice d'une famille dépend donc de l'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs de protection. (Anaut, 2008, p.99).

3. Le sens de l'humour :

Parmi les ressources affectives de la résilience, Pourtois, Humbeeck et Desmet (2012) répertorient : le sens de l'humour, qui ne doit pas être confondu avec : la moquerie, l'ironie, la dérision ou le sarcasme. Pour cela les auteurs proposent quatre critères pour séparer le sens de l'humour des notions qui s'en rapproche : d'abord l'humour devrait avoir deux fonctions, retransmettre de la joie, inférer de la gaieté ou diminuer une tension. Les deux autres critères : promoteur de lien et bienveillant dans un aspect relationnel et constructif du rire déclenché par l'humour.

L'humour favorise l'émergence d'un processus de résilience, dans la mesure où il permet au sujet de se détacher pendant un moment de la réalité et apprendre de nouvelles choses sur les possibilités de contrôler l'insolite. Il permet au soi de s'affirmer face à l'inconnu (Freud, 1905).

Bruno Humbeeck (2007) émet des conditions pour que l'humour soit considéré comme une ressource de néodéveloppement :

D'abord, la personne qui reçoit le message humoristique doit partager un même ensemble de règles que l'émetteur pour comprendre et être sensible au message comique de ce dernier.

Ensuite, le message distrayant doit osciller entre le réel et l'imaginaire, faire en sorte qu'il ne soit pas trop fixé au réel et pas non plus totalement fictif, un équilibre qui permet l'ancrage dans la réalité.

Enfin, l'espace du message humoristique doit être clairement délimité et identifié comme tel : « on ne rit pas partout et tout le temps. » et doit être explicitement séparé de la vie réelle.

Anaut (2003) et Manciaux (2001) envisagent le sens de l'humour comme un facteur de protection essentiel dans le contexte de la résilience.

L'humour favorise le remaniement cognitif face aux événements nouveaux et inopinés. Aimard (1988) a découvert que les « bébés de l'humour » sont souvent ceux qui auront plus tard le plus de capacités créatives et d'aptitudes à résister à des circonstances de vie déstabilisantes.

L'humour peut aussi constituer une base à l'expression de ses besoins affectifs et sociaux, il ne suffit pas de comprendre le message humoristique, il faut aussi « adhérer affectivement » (Bariaud, 1983), et être complice de l'autre. (Pourtois, Humbeeck & Desmet, 2012).

4. La Spiritualité :

Une autre ressource de la résilience, la spiritualité, fait partie des ressources conatives.

Cette caractéristique aide à donner du sens à une expérience traumatique qui est considérée par les spécialistes comme une étape importante dans le processus d'adaptation des sujets confrontés à de telles situations.

C'est dans cette optique, que le fait d'avoir des convictions, la capacité à attribuer du sens à sa propre vie et l'attachement à une croyance constitue des indicateurs de résilience.

Elle se caractérise par une attitude générale qui pousse le sujet à questionner continuellement le sens de ce qu'il vit, ses convictions et manifeste une curiosité pour les problématiques religieuses ou philosophiques.

Certains parcours de conversion post-traumatique témoignent de cette recherche de sens. C'est aussi le cas lorsqu'un événement vient consolider les convictions du sujet et sa vision du monde.

Plusieurs auteurs vont dans ce sens, Lecomte (2008) intègre le sens dans son triangle de la résilience. Vanistendael (1998) concepteur de la *casita*, met la quête de sens au rez-de-chaussée, une base fondamentale dans le processus de reconstruction individuelle. Egeland (1993) considère que les convictions contribuent à surmonter les blessures et à se développer au-delà du traumatisme.

Après avoir argumenté le choix du thème et ses spécificités, il est maintenant important de confronter ces hypothèses sur le terrain, une méthodologie appropriée sera appliquée pour cela. C'est le sujet du chapitre qui va suivre.

Pour conclure, la résilience familiale est un sujet traité notamment avec les familles dont l'un des membres est atteint d'une maladie grave, surtout les maladies mortelles, telles que le cancer.

Mais il est aussi pertinent d'étudier la résilience familiale, chez les familles dont l'un des membres souffre d'un handicap. Dans le prochain chapitre, il sera question de handicap en général et de l'Infirmité Motrice Cérébrale en particulier.

CHAPITRE III

L'Infirmité Motrice Cérébrale

Préambule

Pour mieux comprendre le choix des questions posées, ce chapitre abordera le thème du handicap, les notions de base, d'un point de vue général, puis, la question de l'Infirmité Motrice Cérébrale, du point de vue médical et son approche psychologique.

1. Le handicap en général

1.1 Terminologie

Le mot handicap est tiré de la formule anglaise « hand in cap » qui signifie « la main dans le chapeau », il est apparu pour la 1^{ère} fois pour décrire un jeu où les adversaires s'affrontent pour des objets dont l'enjeu est rangé au fond d'un chapeau et ceci en Grande – Bretagne au XVI^e siècle, ensuite, le mot handicap est utilisé pour définir la limitation de la capacité du cheval de l'adversaire pour le battre plus facilement.

En 1980, l'OMS (organisation mondiale de la santé) en donne une définition qui met l'accent sur l'intégrité physique ou mentale d'un individu, qui serait diminuée de manière définitive ou momentanée pour des raisons congénitales, vieillesse, maladie ou d'un accident, induisant des difficultés quant à son autonomie, à suivre des études ou à occuper un emploi.

C'est à partir de la définition de l'OMS (1980), que les trois dimensions principales du handicap seront déterminées : déficience, incapacité et désavantage.

Le handicap est une notion foncièrement sociale, dont le niveau et les répercussions découlent de l'entourage. (Guidetti & Tourrette, 2004)

1.2 Les handicaps moteurs :

Ils comportent les handicaps moteurs d'origine cérébrale, appelés les infirmités motrices (d'origine) cérébrale (IMC ou IMOC) et les handicaps moteurs d'origine non cérébrale dont les handicaps temporaires, définitifs et évolutifs.

Aux handicaps moteurs sont souvent associés des troubles sensoriels et/ou mentaux (troubles intellectuels, épilepsie, troubles du langage...). (*ibid.*)

L'IMC sera plus amplement détaillée lors de la section qui va suivre.

2. L'infirmité motrice cérébrale :

Définition : « l'infirmité motrice cérébrale désigne un état pathologique lié à des séquelles de lésions cérébrales anté, péri ou post-natales, non évolutives avec une prédominance de troubles moteurs spécifiques, sans déficit intellectuel majeur. » (Rondal, 2001, p.253).

2.1 Du point de vue organique :

2.1.1 Les troubles :

Les patients atteints d'IMC souffrent de grandes incapacités, qui varient d'un individu à un autre, qui peuvent toucher le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole. Les troubles dont ils souffrent sont dus à des paralysies, des épuisements musculaires ou encore des torpeurs musculaires. Ils sont définis en fonction de la nature du trouble dominant ou bien de la localisation de l'atteinte.

En fonction de la nature du trouble dominant, on distingue :

Le trouble spastique se traduit par une raideur et une contraction excessive des muscles, notamment des membres supérieurs, aux organes phonatoires et peuvent augmenter en cas d'émotions fortes, ou conduire à des déformations des membres et du tronc. Elle est due à une atteinte du système nerveux pyramidal ou due à la motricité volontaire.

Le trouble athétosique induit une série de mouvements inconscients, incontrôlables et incoordonnés. Tout mouvement d'un membre entraîne d'autres mouvements parasites, ce qui rend difficile les gestes précis voire impossible à réaliser.

Un patient athétosique peut présenter des problèmes de langage. La parole est discontinuée et les mots sont déformés.

L'aspect des personnes athétosiques et leur démarche font qu'ils ressemblent un peu à des pantins désarticulés, la surdité est parfois associée, leur intelligence est le plus souvent normale ou supérieure à la moyenne. L'athétose est due à une atteinte du système nerveux extrapyramidal, en particulier des noyaux gris centraux.

Le trouble ataxique associe une incoordination motrice et des troubles graves de l'équilibre à une hypotonie, il entraîne une diminution ou une absence de contrôle de l'amplitude des mouvements, ce qui provoque des chutes fréquentes, une démarche instable. Le trouble ataxique étant dû à une lésion des voies cérébelleuses, est moins fréquent que les deux troubles précédents.

Les professionnels constatent néanmoins, qu'il existe rarement un patient avec un syndrome à « l'état pur », mais plus avec la prédominance d'un des troubles.

Ou en fonction de la diffusion et de la localisation de l'atteinte :

L'atteinte des deux membres inférieurs, appelée diplégie, maladie de Little ou bien diplégie cérébrale infantile.

L'atteinte d'un membre supérieur et du membre inférieur du même côté, dite hémiplégie, considérée comme un handicap léger alors que les patients souffrent du handicap social.

Les quatre membres sont touchés, plus parfois une atteinte au niveau du tronc, cette atteinte est appelée tétraplégie. (Guidetti & Tourrette, 2004)

2.1.2 Les causes :

Les causes d'une infirmité motrice cérébrale sont principalement périnatales, bien que les recherches actuelles démontrent d'autres éléments antérieurs à l'accouchement, tel que le retard de croissance intra-utérin. (INSERM, 2004)

Il existe essentiellement deux étiologies périnatales qui causent l'IMC qui peuvent aussi être combinés : la prématurité qui équivaut à la naissance avant 37 semaines de gestation et la souffrance fœtale périnatale aiguë.

La prématurité est d'autant plus grave que le poids du bébé est faible, plus ce poids est faible plus le risque d'avoir des lésions cérébrales est élevé. Aussi la prématurité est à l'origine d'atteintes motrices spécifiques qui sont la diplégie ou maladie de Little.

La souffrance périnatale étant souvent accompagnée d'anoxie, induit le manque d'oxygène dans le sang qui devient acide et provoque des lésions cérébrales. Cette souffrance à l'accouchement est à l'origine de 50 % des cas d'IMC, les malades souffrent de graves séquelles telles qu'une tétraplégie avec arriération ou bien d'épilepsie dans les formes moins graves, le niveau intellectuel des patients, est inversement proportionnel au degré de l'atteinte motrice.

D'autres causes de comme l'ictère du nouveau-né, les encéphalopathies au cours des premiers mois de la vie, les infections aiguës du système nerveux central (méningites), les traumatismes crâniens et les accidents anesthésiques peuvent être à l'origine d'une IMC.

Le diagnostic d'IMC est posé vers le second semestre de la première année, cependant dans certains cas de prématurité, il faut attendre la convergence de plusieurs signes pathologiques pour que le diagnostic devienne confirmé. (Guidetti & Tourrette, 2004)

2.1.3 Les troubles associés :

2.1.3.1 Les troubles intellectuels

Ils apparaissent chez les patients atteints d'IMC à cause de l'atteinte cérébrale précoce, mais pas de manière systématique. Les troubles intellectuels sont variable d'un malade à un autre, certains peuvent poursuivre des études supérieures, tandis que d'autres auront des difficultés d'apprentissage.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la relation entre les troubles intellectuels et la nature du trouble moteur, pour Arthuis (1991) l'intelligence est sauvegardée dans les diplégies spastiques et les dystonies athétoses, un retard mental est noté chez la moitié des sujets hémiplésiques et chez une majorité de patients ataxiques. Robaye-Geelen (1969) les patients spastiques auraient plus souvent un trouble intellectuel associé que ceux qui ont un trouble athétosique.

2.1.3.2 L'épilepsie :

C'est un trouble qui provoque des convulsions avec perte de connaissance, concernerait 20 à 60 % des IMC, les crises qu'il provoque sont répétitives et induisent des accidents qui peuvent être graves et entraver l'équilibre familial et social du sujet. Par contre, plus le niveau intellectuel est faible, plus les crises sont intenses et plus fréquentes. L'épilepsie est plus fréquente chez les sujets spastiques que chez les sujets athétosiques où elle est exceptionnelle et plus habituelle dans les hémiplésies que dans les diplégies.

2.1.3.3 Les troubles instrumentaux :

L'organisation gestuelle et motrice peut aussi être entravée à cause de difficultés de l'exécution du geste, de freinage, de contrôle ou de parasitage du mouvement par des contractions involontaires. Ces troubles sont des obstacles au quotidien pour les sujets.

2.1.3.4 Les déficits auditifs :

25% des sujets souffrent de surdité ou d'hypoacousie, sont toujours des surdités de perception, 74 % sont des sujets athétosiques, 19 % sont spastiques. Ce trouble peut freiner l'apprentissage du langage.

2.1.3.5 Les déficits visuels :

69 % des IMC présentent un strabisme, en particulier chez les sujets diplégiques.

2.1.3.6 Les troubles de la sensibilité :

Il s'agit de troubles du transfert intermodal ou astéréognosie, qui empêchent le sujet de reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue. On les retrouve fréquemment chez les sujets hémiplésiques. (Guidetti & Turrette, 2004).

2.2. Du point de vue psychologique :

2.2.1 La sphère individuelle :

2.2.1.1 Le développement moteur :

Au cours de la première année, l'enfant accuse un retard dans l'acquisition de grandes fonctions, telles que la station assise, le maintien de la tête, la préhension. Aussi certains réflexes peuvent persister plus que la normale (marche automatique, réflexe de Moro...).

Ensuite, les étapes du développement se succèdent, mais ne se ressemblent pas, d'un enfant IMC à un autre, il existe de grandes différences dans leur évolution motrice, qui dépendent de la nature, du degré de l'atteinte cérébrale et des dispositions psychopédagogiques mises en place pour l'enfant.

Certains enfants IMC peuvent acquérir la marche vers 18mois (les hémiplegiques), d'autres (les diplégiques) entre 2 et 4 ans, mais ça sera une marche irrégulière sur la pointe des pieds, courir sera pour eux plus facile que marcher, alors que d'autres ne l'acquerront qu'à l'adolescence.

2.2.1.2 L'organisation spatiale :

Plusieurs auteurs tels que De Barbot et coll (1989) et Crunelle (1999), expliquent ce déficit de l'organisation spatiale par un mauvais traitement des informations visuelles et à des stratégies perceptives médiocres. Cette fonction est touchée chez les enfants IMC, elle se caractérise par une difficulté dans l'acquisition du nombre, de la lecture et du raisonnement logique.

2.2.1.3 La structuration du schéma corporel :

Selon Henri Wallon : « ...c'est la représentation plus ou moins globale plus ou moins spécifique et différenciée qu'il a (l'enfant) de son propre corps ». (Moutessem-Mimouni & Belaila, 2010, p.13).

La représentation d'un corps unifié peut être difficile à s'établir chez un enfant IMC et ce à cause de dysfonctionnements de certaines parties du corps.

Cette représentation est différente entre les enfants tout-venants et les enfants IMC, mais elle est aussi différente entre la population des enfants IMC ce qui rend l'évaluation d'autant plus difficile. (Guidetti & Tourrette, 2004, p. 38)

2.2.1.4 La personnalité des enfants IMC :

Les personnes qui ont des difficultés à exprimer leur besoin, à cause d'une atteinte congénitale, sont connues pour manifester de nombreuses colères (Willaye & Magerotte, 2008). Le fait que ces personnes dépendent d'autrui pour la satisfaction de certains besoins élémentaires, ressentent une crainte de perdre cette assistance ou bien de subir des abus de pouvoir. La personne handicapée peut devenir tyrannique lorsqu'elle se sent délaissée ou abusée, un sentiment de colère intense peut émerger et même devenir agressive. (Thommen, 2010, p.83).

En ce qui concerne la personnalité des enfants IMC, aucun trait spécifique à cette population n'a été démontré dans la littérature (Tabary, 1981), cependant certaines caractéristiques telles que l'anxiété, l'hyperémotivité semblent plus fréquentes que chez les enfants dis « normaux », ils ont parfois du mal à réguler leurs émotions, ils ont au moment de la puberté plus particulièrement des tendances dépressives et agressives plus marquées, du fait de la prise de conscience des effets de leur infirmité sur le plan affectif et social. (Guidetti & Tourrette, 2004, 40)

2.2.1.5 Le niveau intellectuel :

Le degré d'efficacité intellectuelle des patients IMC, dépend de la localisation et de la nature de l'atteinte.

Selon Barbot (1993), les patients hémiplésiques obtiennent un score supérieur à 80 au test du QI dans 50 % des cas.

Dague et coll. (1973) ont démontré que les deux tiers des enfants IMC ont un QI inférieur à 80. Les 25 % restant ont un niveau intellectuel normal ou supérieur. Il a également été constaté que les patients IMC ayant comme trouble associé l'épilepsie ont plus de risque d'avoir un QI faible. (*ibid.*)

2.2.2 La sphère familiale et sociale :

2.2.2.1 La famille :

C'est un groupe particulier, elle se définit par des rapports d'alliance et de filiation et par les interdits (inceste et meurtre) qui régissent ces liens. Elle formule les relations entre ses différents membres et ses différentes générations en fonction des histoires. Elle appartient aussi à un groupe socioculturel déterminé et fait en sorte de donner à chacun de ses membres une place dans la famille, mais aussi dans l'ensemble social. (André-Fustier, 2011, p.180).

D'un point de vue systémique dans l'approche du groupe familial, lorsqu'un enfant ne se développe pas comme un autre tout-venant, il se produit un arrêt dans le cycle vital familial, il se produit un bouleversement à l'annonce du diagnostic, amenant toutes sortes de réactions. Chacun est touché personnellement dans son vécu, selon sa place dans la famille. (Sorrentino & Delage, 2008, p.227).

Bouchloukh (2009) disait : « Pour toutes les mères avec lesquelles nous avons pu nous entretenir, le fait d'avoir donné naissance à un être « cassé », « raté », est une blessure narcissique intolérable. Elles doivent faire le deuil de l'enfant qu'elles avaient désiré à leur image. Elles se sentent atteintes dans leur intégrité et il devient difficile, sinon impossible, de s'identifier à cet enfant handicapé qui les frustre et les culpabilise au moins inconsciemment. » La souffrance des parents est ici palpable, les mères sont les premières à ressentir cette frustration, vu la relation privilégiée qui la lie à son enfant dès la grossesse.

2.2.2.2 Les parents :

Ils sont souvent désemparés face aux exigences du handicap de leur enfant, ils ont besoin d'être entourés et aidés pour pousser leur enfant vers le meilleur. Ils doivent faire attention à ne pas rejeter l'enfant malade en le plaçant dans un institut spécialisé où le personnel soignant peut être disqualifiant, ils doivent être aussi vigilants et ne pas surprotéger l'enfant malade, au risque qu'il devienne un enfant roi, ces deux attitudes contradictoires peuvent engendrer des conflits dans le couple. Aussi, le petit patient devenant un organisateur de la vie familiale, le couple parental n'accorde plus de place à leur vie de couple, ce qui peut mettre en danger l'équilibre familial et laisser de la place à un éventuel effondrement dépressif.

2.2.2.3 La fratrie :

Elle n'est pas épargnée, les autres enfants peuvent être délaissés au profit de l'enfant malade et ressentent parfois des sentiments complexes, douloureux, angoissants et parfois contradictoires. Observer les effets de la maladie sur leur frère ou sœur leur fait peur, induisant parfois des risques de régression, de tendances dépressives ou des conduites de destruction. Ils peuvent aussi évoluer dans le désir de protéger l'enfant malade et développer ainsi une tendance à la « parentification » qui ne doit en aucun cas être encouragée. Pour limiter l'apparition de ces manifestations, l'environnement doit s'organiser pour donner une place à chacun, aussi il est important d'informer la fratrie sur la maladie, des traitements et de leurs conséquences. (Sorrentino & Delage, 2008, p.230).

2.2.2.4 Les grands-parents :

Eux aussi jouent un rôle important face au handicap d'un petit (e) fils/fille, selon une étude de Marie Jaspard en 2004, les grands-parents de l'échantillon occupent une place fondamentale au sein du réseau social des parents. Les relations sont qualifiées d'intimes et sont de manière générale, importante et satisfaisante aux yeux des parents. Les grands-parents paternels sont moins présents et moins actifs dans la dynamique familiale autour de l'enfant handicapé que les grands-parents maternels, dont l'aide est plus importante.

Les données de l'échantillon montrent que les grands-parents sont des interlocuteurs privilégiés des parents après l'annonce du handicap de leur enfant par les médecins. Les parents rencontrés ont averti eux-mêmes les grands-parents du diagnostic. De manière générale, la première réaction émotionnelle des grands parents à cette annonce est le choc, la consternation. (Jaspard, 2004).

2.2.2.5 Les adaptations défensives de la famille confrontée au handicap :

Elles peuvent être résumées comme suit :

Le recours à des modalités fusionnelles de lien, visant à influencer sur la psyché de l'autre en court-circuitant la réalité psychique.

Une fusion groupale périssable tente d'établir un lien de collage adhésif avec et autour de l'enfant, tentant de contenir de façon opératoire les éprouvés d'effondrement activés et réactivés par le contact avec les vécus de désaccordage liés au handicap.

L'Identification adhésive au corps malade de l'enfant et contre-investissement de sa vie psychique ainsi, les parents tentent de rester collés au corps de l'enfant malade, pour être en contact continu avec lui, mais en même temps, ils dénie la vie psychique de leur enfant. (André-Fustier, 2011).

2.3 Le traitement de l'IMC :

Une prise en charge totale, adaptée et évolutive pourra prévenir les complications et conduire l'enfant à la plus grande autonomie possible, de garantir son intégration sociale et de soutenir la famille dans cette démarche qui l'engage pour plusieurs années. (Scherzer et Tscharnuter, 1990).

2.3.1 Sur le plan moteur :

La prise en charge des premières années, a pour objectif de placer l'enfant dans des postures pratiques et orthopédiques et de faciliter son déplacement.

Le traitement de la spasticité par les injections de toxine botulique associées à une immobilisation et une rééducation adéquate montre de nos jours son efficacité dans l'aide à la décontraction musculaire, le contrôle du mouvement volontaire et la prévention des déformations orthopédiques (Kirschner, 2001 ; Berweck, 2004 ; Wong, 2004).

Le programme est multidisciplinaire composé de soins médicaux, rééducatifs, d'appareillage et d'éducation adaptée aux capacités de l'enfant. Son exécution pratique est organisée par un médecin référent, responsable de la cohérence, du suivi et de l'information partagée avec les autres membres de l'équipe de soins et la famille.

Effectivement, « Il faudra également insister sur le fait que les efforts accomplis pour créer les conditions nécessaires à une éducation thérapeutique de qualité risquent d'avoir une portée limitée si le kinésithérapeute-rééducateur ne s'appuie pas sur une réelle collaboration

avec une équipe médicale éducative et thérapeutique et le fruit de ces efforts ne se concrétise pleinement que dans le cas où le rééducateur associe son action à celle des parents de l'enfant et à celle des éducateurs dans le cadre de crèches, de halte-garderie, de jardins d'enfants et d'écoles maternelles » (Le Métayer, 1993).

2.3.2 Sur le plan psychologique et orthophonique :

L'orthophoniste s'attarde particulièrement sur la rééducation (ou à l'éducation) de la communication, à la fois sur le côté réceptif (prise d'informations écrites ou orales) et sur le versant expressif (production d'une communication intelligible, verbale et non verbale). La production de sons, le timbre du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales de phrases simples, puis plus complexes sont quelques exemples du travail proposé à l'enfant.

L'orthophoniste traite également les troubles de la déglutition pour limiter le bavage et les fausses routes en stimulant la région péribuccale ou endobuccale, en adaptant le volume des prises liquidiennes, etc.

Le psychologue clinicien remplit une double fonction. D'une part il définit les aptitudes cognitives de l'enfant IMC (psychométrie) ainsi que ses affects et d'autre part, il a une fonction de soignant ou de coordinateur des soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant handicapé (psychothérapie). Son activité se fait le plus souvent dans le cadre d'équipes hospitalières.

2.3.3 Sur le plan orthopédique et chirurgical :

L'appareilleur est un collaborateur privilégié du médecin et du kinésithérapeute. Il réalise en particulier des orthèses, destinées à prévenir ou à traiter les déformations, à assurer une position fonctionnelle, ou à compenser un défaut de commande ou de contrôle.

Au cours de la croissance et en fonction de l'évolution, l'appareillage est ajusté dès que c'est nécessaire, pour rester adapté à la morphologie de l'enfant. Une attention singulière est portée à la tolérance cutanée, notamment lorsqu'il existe des troubles de la sensibilité ou quand l'enfant ne peut pas exprimer une éventuelle douleur. Par exemple, Dans le cas de diplégies spastiques, des semelles enveloppantes (coques) placées dans des chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles en plastique ou en métal (Perlstein) qui ont pour but de maintenir le pied en flexion.

Des interventions chirurgicales peuvent devenir nécessaires en cas de contractures graves. Leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles.

Pour conclure, il est important que la prise en charge des handicaps de l'enfant repose sur le diagnostic précoce et le suivi régulier, l'orientation vers les soins adéquats et la mise à disposition d'une information précise aux parents concernant les dispositifs de prise en charge.

Il est maintenant important de confronter ces hypothèses sur le terrain, une méthodologie appropriée sera appliquée pour cela. C'est le sujet du chapitre qui va suivre.

Partie Pratique

CHAPITRE IV

METHODE ET TECHNIQUES UTILISEES

Préambule

Pour évaluer nos hypothèses théoriques dans la pratique de terrain, il a été nécessaire d'instaurer la méthodologie adéquate pour ce faire. Ce chapitre présentera donc tous les outils déployés en vue de vérifier les questionnements et les réponses provisoires à ces derniers.

1. Présentation du lieu d'étude :

Cette recherche s'est faite dans la wilaya de Bejaia, située en bordure de la mer Méditerranée, à 180 km à l'est d'Alger, Avec ses 177 988 habitants au dernier recensement de 2008, Bejaïa est en termes de population la plus grande ville de Kabylie (wikipédia, 2013), précisément dans la commune de Fénaïa II Maten.

L'étude s'est étendue sur une année universitaire 2012-2013 allant de la recherche de références jusqu'à la pratique sur le terrain.

La structure de notre pratique est l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) de Fénaïa II Maten, Créé par décret N°08/62 du 24/02/2008, complétant la liste des établissements hospitaliers spécialisés, l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en rééducation fonctionnelle de Fénaïa II Maten, est un établissement public à caractère administratif, bénéficiant de la personnalité morale et de l'autonomie financière, projet proposé par le ministre chargé de la santé après avis du Wali de Bejaia et placé sous tutelle de ce dernier.

L'EHS de Fénaïa II Maten ou une partie de ses structures peut être agréé selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche pour assurer des activités hospitalo-universitaires.

L'EHS compte à présent un effectif de 128 travailleurs, personnels de différents corps, répartis sur les différents services administratifs, médicaux, techniques et moyens généraux.

Il a une capacité technique de 60 lits d'hospitalisation, les consultations spécialisées sont assurées par 5 médecins spécialisés dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, un rhumatologue et 20 kinésithérapeutes de la santé publique assurent la prise en charge des patients, l'EHS est aussi doté de services de consultation de médecine générale, de

psychologie clinique et d'orthophonie ouverts pour la prise en charge des patients de la région.

Sa mission principale est d'assurer la prise en charge des besoins sanitaires de la population en général, cela se fait dans un cadre organisé dans les tâches sont :

- Assurer l'organisation et la programmation des offres de soins, à savoir curatives, diagnostiques, de réadaptation médicale, d'hospitalisation et les consultations psychologiques et orthophoniques ;
- Appliquer le programme établi par les autorités de la santé nationale ;
- Garantir l'hygiène, la salubrité et lutter contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- Promouvoir le perfectionnement et le recyclage du personnel des services de santé ;
- Constitution d'une ou plusieurs structures dédiées à la prise en charge des malades en termes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

La partie pratique effectuée dans l'EHS a duré 2 mois, répartis octobre et Avril.

2. La démarche de recherche :

La présente recherche est descriptive, elle se base sur l'étude de cas à travers l'observation, l'entretien clinique semi-directif et s'appuie sur l'approche phénoménologique dans la passation de l'inventaire des ressources de la résilience.

La méthode descriptive : « ...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). La présente recherche sur la résilience tente de rapporter et montrer les spécificités du fonctionnement psychologique des personnes IMC et de leur entourage.

L'étude de cas est : « une observation approfondie d'un sujet ou d'un petit groupe de sujets. les études de cas sont utilisées lorsqu'on essaie de connaître soit un phénomène qui n'est pas encore compris ...soit des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement. » (Western, 2000, p.63).

À travers l'étude de cas des personnes IMC et de leur entourage on essaie de déterminer quels sont leurs points forts et leurs points faible pour mieux comprendre leur fonctionnement psychologique face au handicap.

Quant à l'approche phénoménologique qualitative en psychologie c'est : « ... l'étude des phénomènes tels que les êtres humains conscients en font l'expérience ... » (Bachelor & Joshi, 1986). Au cours des entretiens, c'est le vécu subjectif de la personne interrogée qui est pris en compte et étudié en profondeur.

2.1 La population d'étude :

Notre population d'étude se compose de 6 enfants IMC et de leurs mamans ou substituts maternels au nombre de 6 également. Le choix des cas s'est déroulé par l'observation des interactions mères-enfants IMC-personnels soignants, au cours de la rééducation fonctionnelle de ces derniers au bloc enfants, selon les critères suivants :

Pour la moitié des cas, nous avons essayé de choisir les paires mère-enfant IMC qui semblaient s'être adaptées à l'infirmité et à ses contraintes quotidiennes : bonne communication intra-paire (échanges de regards, sourires, gestes tendres), bonne communication mères-personnels soignants et enfant IMC-personnels soignants.

Pour l'autre moitié, le choix des cas s'est fait de manière aléatoire ou sur propositions des kinésithérapeutes ou de l'ergothérapeute.

2.2 Les techniques de recherche :

Le recueil de données en psychologie clinique exige des outils précis et adaptés au thème de recherche, notre choix s'étant arrêté sur la méthode descriptive, à travers l'étude de cas, elle nous offre des moyens d'investigation divers, pour atteindre notre objectif de recherche nous utiliseront donc l'observation systémique, l'entretien clinique semi-dirigé et la passation de l'inventaire des ressources de la résilience.

2.2.1 L'observation :

L'observation est une technique imputable à la démarche de recherche en psychologie clinique, outil privilégié qui permet la récolte de données générales et précises sur les cas étudiés, selon Angers c'est : « une technique directe d'investigation scientifique, utilisée habituellement auprès d'un groupe, qui permet d'observer et de constater de façon non directive des faits particuliers et de faire un prélèvement qualitatif en vue de comprendre des attitudes et des comportements ». (Angers, 1995, p.136).

L'observation dans l'étude de la résilience est d'autant plus importante qu'elle permet d'apprécier la spécificité du comportement d'un cas résilient ou en plein processus de résilience.

2.2.1.1 L'observation systémique :

C'est la méthode la plus appropriée pour l'étude des interactions entre les individus, dans notre recherche cette technique a été utilisée au moment du choix des cas à étudier : « ... autre exemple de modalités d'observation directe, vise elle aussi l'analyse des comportements, des interactions verbales et non verbales (les formations corporelles, les adresses, les communications affectives, etc.). » (Ciccione, 1998, p.43).

2.2.2 L'entretien semi-directif :

L'entretien clinique est un autre outil indispensable dans la recherche en psychologie clinique, il vise l'élargissement des connaissances sur un phénomène psychologique particulier, à l'aide d'un guide d'entretien, le chercheur explore la réalité psychique du cas en vue de confirmer ou infirmer ses hypothèses. (Bénony & Chahraoui, 1999, p.62).

Selon Hervé Bénony et Khadidja Chahraoui (1999) dans un entretien semi-directif le chercheur : « ... dispose d'un guide de questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. » (p.65).

2.2.3 Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien accompagne souvent l'entretien clinique, notamment celui qui est effectué dans le cadre d'une recherche. Il s'agit d'une trame composée selon A.Blanchet (1992) de : « ...fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ».

Le guide d'entretien doit également inclure les axes thématiques à aborder et des questions préparées au préalable, à poser de manière non-directive. (Bénony & Chahraoui, 1999, pp. 68-69).

Le guide d'entretien qui a été élaboré pour cette recherche comprend :

La consigne suivante : « *l'intérêt de cette étude est de comprendre l'impact positif ou négatif, qu'a eu sur votre vie, le fait d'avoir un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale ; les éléments qui vous ont permis ou non de les surmonter et de reprendre une vie satisfaisante. Je vais vous poser certaines questions où vous serez tout à fait libre de répondre.* »

Les axes suivants :

- 1) Les informations générales : sexe, âge, état-civil, nombre d'enfants, niveau d'instruction ;
- 2) Les causes de l'infirmité motrice cérébrale de l'enfant ;
- 3) Le vécu des parents du diagnostic de leur enfant ;
- 4) Le rôle de l'entourage ;
- 5) La résilience familiale ;
- 6) La qualité de la communication intrafamiliale ;
- 7) Le sens de l'humour ;
- 8) La spiritualité

2.2.4 L'inventaire des ressources de la résilience :

Cet outil a été créé en 2012 par un groupe de chercheurs-praticiens composé de : Jean-Pierre Pourtois, Bruno Humbeeck et Huguette Desmet.

Selon Boris Cyrulnik (2012) à propos de l'inventaire des ressources de la résilience : « cette démarche systémique et scientifique permet aux auteurs de proposer une évaluation du processus résilient où chaque étape est validable et réfutable. Un inventaire des ressources permet de mieux entourer le blessé. ».

2.2.4.1 L'élaboration

L'outil se propose une compréhension de l'individu et de la manière dont il construit son monde avant, pendant et après un épisode de vie qu'il a lui-même ressenti comme menaçant son équilibre interne.

L'outil permet l'appréhension des indices sous la forme de données observables ou de réalités vécues de manière subjective, puis de les convertir en indicateurs plus précis sur le plan sémantique, ensuite la traduction des indicateurs en concepts permet leur analyse conceptuelle.

Cent treize sujets ayant fait preuve de résilience ont été approchés, des entretiens et observations comportementales ont été réalisés dans le cadre de quatre services d'aides spécialisés.

Auprès d'un premier groupe de personnes qui se définissent elles-mêmes comme résilientes (N1= 47), d'un deuxième groupe composé de personnes en difficulté psychosociale majeure qui ne sont pas parvenues à dépasser un épisode traumatique (N2=38) et d'un troisième échantillon de personnes confrontées à un trauma et qui tentent d'y faire face (N3=28).

2.2.4.2 L'usage :

L'inventaire des ressources peut être utilisé comme outil de recherche qui repère et identifie empiriquement les facteurs de résilience. Il adopte une approche complète de l'évolution de

l'individu face à une épreuve de vie difficile :

- L'évolution des ressources affectives de la résilience;
- L'évolution des ressources cognitives de la résilience ;
- L'évolution des ressources sociales de la résilience ;
- L'évolution des ressources conatives de la résilience.

2.3 La pré-enquête :

Lors de la pré-enquête, nous nous sommes familiarisés avec le lieu de la recherche, avec le personnel de l'EHS Il Maten, plus particulièrement avec les kinésithérapeutes et l'ergothérapeute, avec lesquelles on s'est entretenu longuement, en vue d'expliquer notre thème et les objectifs escomptés par cette recherche. Celles-ci ont été attentives à nos explications et ont été au cours de la pratique de recherche très coopératives.

Nous avons aussi eu l'occasion de nous entretenir avec les mamans et leurs enfants IMC, parfois aussi avec les papas et la fratrie. Cette étape a permis de délimiter le choix de la problématique et des hypothèses à traiter dans notre recherche.

Lors de la pré-enquête, on a également rencontré le psychologue principal de l'EHS, qui a su répondre à certains de nos questionnements et avec lequel on a échangé, sur le rôle du psychologue au sein d'un EHS et la difficulté de travail au cœur d'une équipe pluridisciplinaire.

2.4 Le déroulement des entretiens et la passation de l'inventaire :

Les entretiens se sont tous déroulés dans le bureau du psychologue, tout en veillant à la présentation de l'étudiante chercheur, du sujet de recherche (à l'aide d'une consigne) et l'obtention du consentement total des participantes, au début de l'entretien semi-dirigé dans le but d'asseoir une relation de confiance et d'entamer l'entretien de manière sereine.

Ils se sont terminés, après avoir demandé aux participantes si elles consentaient à participer à la passation de l'inventaire des ressources de la résilience, une autre rencontre est alors programmée pour la semaine d'après.

La passation de l'inventaire des ressources de la résilience s'est déroulée, comme pour les entretiens dans le bureau du psychologue.

Pour conclure, il est primordial de bien choisir les outils de récolte de données pour rendre compte le plus fidèlement possible les réalités psychiques des sujets interrogés et d'en faciliter l'analyse et la discussion qui sont le contenu du chapitre suivant.

CHAPITRE V

Analyse, interprétation et discussion des hypothèses

Préambule :

Le présent chapitre comportera : les études de cas, les observations ainsi que les résultats de la passation de l'inventaire de ressources de la résilience. Il inclura également la discussion des hypothèses.

1. Présentation des cas :

1.1 Cas N°1 :

1.1.1 Présentation du cas :

Au moment de l'entretien Mme A a 28 ans, mariée, deux enfants, son niveau d'instruction s'est achevé en 1^{ère} année secondaire. Elle est benjamine d'une fratrie de 9 enfants (5 filles et 4 garçons), n'a aucun problème de santé.

Lorsque nous la sollicitons pour un entretien, elle se montre intéressée et accepte tout de suite de collaborer.

Mme A est mère d'une fille de 3 ans et d'un garçon de 8ans atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale, avec ce dernier ils étaient hospitalisés au centre pour bénéficier des soins de rééducation.

Le garçon était désiré par ses deux parents et toute la famille attendait son arrivée. Mme A affirme que la grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement, le bébé a crié à temps, cependant depuis ses premiers jours, il avait souvent des fièvres dont la raison est restée inconnue jusqu'à ce jour (probablement infectieuse). A quatre mois, le nourrisson a eu une convulsion et à 9 mois il a subi de nombreux examens (radiologie, scanner...) sans avoir un diagnostic précis. Ce n'est qu'à 12 mois que Mme A a su par un médecin spécialiste de la rééducation que son fils souffrait d'une IMC.

Mme A entretient une relation privilégiée avec son mari, elle pense avoir de la chance car c'est un homme compréhensif, aux petits soins pour sa petite famille.

Nous avons repéré Mme A dans le bloc enfants où elle participe pleinement aux exercices de kinésithérapie. Elle se montre très dynamique, investie et trouve le temps d'aider les autres mamans.

1.1.2 Analyse de l'entretien :

Concernant le vécu de l'entourage du diagnostic de l'enfant et bien avant le diagnostic d'IMC, Mme A confie : « au début personne ne voulait croire que mon fils était malade, on (belle famille) me disait : ne t'inquiète pas c'est normal, il y a pleins d'enfants qui ont des petits retards, mais qui se rétablissent très vite », Mme A sentait qu'on voulait la faire culpabiliser et que personne ne la comprenait, elle a dû casser certains tabous pour pouvoir amener son fils aux médecins pour voir ce qu'il avait exactement « j'ai sacrifié beaucoup de choses pour lui (son fils), j'ai laissé les gens dire ce qu'ils voulaient et j'ai réussi à me battre pour lui ».

Lorsque que le fils de Mme A a eu 12mois, il a été examiné par un médecin spécialiste de la rééducation, qui a établi le diagnostic définitif de l'IMC.

Le médecin a annoncé le diagnostic à Mme A : « le médecin a été très claire, il m'a expliqué ce qu'est l'IMC, tout ce qu'elle engendrait et surtout que c'est un handicap qui ne guérit jamais à 100 % », les mots du médecin ont été très bien accueillis par Mme A, car il a su rester réaliste tout en préservant l'espoir quant à l'évolution futur de l'enfant.

Mme A a réagi de manière adaptée, d'abord elle a exprimé sa peine « j'avais trop de peine pour mon fils, j'étais vraiment triste ». Puis, elle a vécu une phase de rébellion et de révolte où elle a laissé sa colère exploser « pendant quelques jours, je suis devenues insupportables, je criais pour n'importe quoi, je n'étais plus la même qu'avant » Mme A affirme que cette période lui a permis de gagner le respect de tous ceux qui l'entoure, les membres de sa belle famille ne critiquaient plus ses actes et ils sont devenus plus compréhensifs, notamment la belle-mère, à qui le médecin a expliqué (à la demande de Mme A) longuement le handicap de son petit fils et ses répercussions.

Mme A a fini par accepter la situation et à aller de l'avant « il n'y a que moi qui comprend bien mon fils », « une maman d'un handicapé, c'est comme un soldat qui va en guerre », « je dois le pousser vers le meilleur ».

Quant au rôle qu'a joué l'entourage, on note qu'au moment du diagnostic, le frère de Mme A l'attendait en dehors du bureau il a tout de suite essayé de dédramatiser la situation, sa réaction a amortit le choc de la nouvelle :

« heureusement que mon frère était là, il m'a rassuré avec ses mots : t'inquiète pas tout va s'arranger, sois courageuse...Mais je savais qu'au fond, lui aussi était touché ».

Ensuite Mme A nous parle de la réaction des autres membres de la famille, ceux-ci ont su la préserver « ils ont tous eu pour moi des mots rassurants : t'inquiète pas, il va guérir, c'est le destin, on n'y peut rien... mais moi je restais réaliste et me rappelais que mon fils ne guérira pas à 100 % ». Elle compte aussi énormément sur l'aide de sa sœur, qui garde parfois son fils « je lui fais confiance, elle est très gentille avec lui et lui aussi l'apprécie beaucoup ».

Mme A et son mari s'entendent bien, les conflits sont rares et ne durent pas longtemps « je suis très proche de mon mari, on se dit tout, le positif et le négatif...quand on a un conflit, on le règle doucement et on ne se fâche jamais plus d'un quart d'heure...c'est mon unique confident », Mme A peut compter entièrement sur son mari.

En ce qui concerne la résilience familiale, la petite famille de Mme A a un grand potentiel de résilience, plusieurs ressources apparaissent clairement que ce soit chez Mme A ou bien chez son fils, d'abord l'entourage est bienveillant, aimant et compréhensif, ensuite les membres de la petite famille sont très soudés « on est comme une famille d'oiseaux dans un nid », aussi la relation de couple est équilibrée, la communication est optimale : « on parle souvent de projets futurs, on rêve de l'avenir... », Mme A affirme que l'éducation de ses deux enfants est égale, son fils handicapé est traité de la même manière que sa petite sœur « je ne suis ni trop sévère, ni trop permissive...quand il faut les gronder j'essaie toujours d'être juste, si c'est le garçon qui mérite d'être puni, il le sera ».

Aussi, Mme A a développé des rituels de coucher, de divertissement « je leur raconte des histoires tous les soirs avant de dormir, je leur fais des câlins, des chatouilles... des fois on danse tous ensemble jusqu'à épuisement, ça nous fait beaucoup de bien », le mari de Mme A est aussi présent pour ses enfants « il les fait sortir dès qu'il a du temps libre, des fois même quand il est fatigué, il prend le temps de les emmener se balader, pour respirer un peu ».

Le fils de Mme A peut-être considéré comme un enfant résilient, lors des observations, on remarque qu'il est très souriant, sociable et attrayant, il n'a aucun problème de langage, raisonne de manière logique, parle très calmement et il est très poli.

Malgré qu'il souffre d'une diplégie spastique (atteinte des membres inférieurs) il n'hésite pas à marcher pendant de longues minutes sans déambulateur, il s'en sert que quand il est fatigué. Une kinésithérapeute du service me confirme qu'il a évolué très rapidement : « auparavant, il ne marchait qu'à l'aide du déambulateur, et maintenant il ne s'arrête plus ».

Son parcours est atypique, sa maman nous confie : « à 4 mois il avait prononcé son 1^{er} mot « jeddi » » à l'âge de 4ans il avait fait un an de crèche privée, Mme A dit : « j'ai dû me battre pour qu'il soit intégré en crèche ».

Le petit garçon a acquis la propreté durant cette année, son vocabulaire s'est décuplé. L'année d'après, il a été admis en près-scolaire, à ce propos Mme A dit : « sa maitresse m'a dit qu'il était meilleur que certains autres élèves, cela m'a donné confiance pour me battre encore plus », le psychologue du centre de rééducation l'avait aidé elle et son fils à s'adapter aux nouvelles situations « je ne cesserai de lui dire merci », à présent le garçon est scolarisé à mi-temps, ces résultats sont satisfaisants.

Avec sa petite sœur, le fils de Mme A est très doux et protecteur : « il joue les grands frères avec sa sœur, lorsqu'elle oublie de dire Merci, il la reprend... ».

Cependant, Mme A affirme qu'il est très sensible : « il est facilement touché lorsque d'autres enfants se moquent de lui, surtout si je ne suis pas à ses côtés sur le moment ». Il n'est pas à l'aise avec ses pairs, parle souvent aux adultes, sa maman dit : « même chez nous, il préfère rester avec les grands, aussi il évite d'intégrer les groupes de femmes, il est timide ».

A propos du sens de l'humour, nous observons qu'au cours de l'entretien Mme A est restée très attentive et centrée sur l'échange, mais lors des observations antérieures, elle paraissait être le bout en train du bloc enfants, tout le temps le sourire aux lèvres, discute avec tout le monde, fais rire certaines mamans. Elle confirme cela en disant : « c'est ma nature, j'aime rire et faire rire les autres, il faut bien détendre l'atmosphère...même si certains se permettent de me juger, je ne changerai pas », Mme A confie : « avec mon mari et mes enfants, on se taquent tout le temps, ceci est important pour oublier les soucis de la vie », le but de l'humour ici étant de créer des liens et de faire régner la bonne humeur, on peut le considérer comme un autre signe de résilience de cette petite famille.

Le sens de la spiritualité ressort tout au long de l'entretien, Mme A fait référence à sa croyance et lorsque la question de la spiritualité et de son rôle a été posée elle dit : « je vois le handicap de mon fils comme une occasion de gagner une place au paradis... même si je prie et fais tous mes devoirs en tant que musulmane ça ne sera pas suffisant si je néglige mon fils », Mme A confie qu'elle a connu au lycée un étudiant handicapé qu'elle aidait souvent pour ses déplacements. Elle voit ça comme signe : « ce n'est pas un hasard si c'est moi qui ai un enfant handicapé ». Il est clair que pour Mme A, la piété est un support sur lequel elle s'appuie pour donner du sens au handicap de son fils, ça lui a permis de mentaliser ses émotions et ses difficultés et à se faire une solide représentation de l'infirmité de son fils.

1.1.3 Interprétation des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience : L'évolution affective :

Avant et un mois après l'annonce du diagnostic :

Mme A manifeste de manière évidente des signes d'effondrement affectif psycho-traumatique. Le profil comparatif avant/après le fracas indique clairement l'attitude de repli que Mme A adopte au-delà de l'épisode traumatique. Elle montre une attitude de retrait affectif caractérisée par une diminution de la tendance à sourire, à rire, à partager sa joie ainsi qu'à faire des projets. Le fait que Mme A aime et se sente aimée pour la vie, qu'elle se sente toujours digne de confiance montre que ses ressources affectives ont été plus ou moins protégées du trauma.

Huit ans après :

Mme A a interrompu ses études avant de se marier et actuellement elle est mère au foyer, mais son engagement dans les soins de son fils handicapé la rend plus épanouie et indépendante, la relation forte qu'elle entretient avec son mari l'aide à aller de l'avant et à se battre pour leur fils. Souriante et disponible, elle semble avoir retrouvé l'accès à l'ensemble du registre affectif qu'elle possédait avant le trauma. Celui-ci a même été enrichi avec une augmentation de la tendance à faire confiance, à se sentir à sa place chez elle. Toutefois, l'inconnu semble l'effrayer à présent, de telle sorte que sourire ou charmer un inconnu sont des comportements dont la fréquence a diminué.

L'évolution cognitive :

Avant et un mois après l'annonce du diagnostic :

Mme A montre des signes d'éveil intellectuel et d'aptitudes cognitives ainsi que la capacité d'agir qui ont été selon elle, peu ébranlés par le trauma. Jusqu'à un mois après le fracas, Mme A ne réussit pas à émettre une réflexion sur ce dernier, son potentiel d'imagination et de rêverie est aussi mal exploité.

Cependant, elle a réussi à se représenter ce qui s'était passé et à décrire la réalité qui l'entourait.

Huit ans après le diagnostic :

Mme A est huit ans après le diagnostic engagée pleinement dans le programme de rééducation et de soins de son fils, lors de l'entretien elle nous confie qu'elle est fière de lui, de son éducation, son évolution, malgré son handicap et le peu de cours qu'il suit à l'école, il réussit à avoir sept et six et demi sur dix de moyenne générale.

Mme A a développé à présent une plus grande capacité à l'action et à faire face au problème.

L'évolution sociale :

Avant et un mois après le fracas :

Les comportements prosociaux que montrait Mme A avant le diagnostic ont été bouleversés de manière significative jusqu'à un mois après le trauma, seul le sentiment d'être entourée est resté intact. Les conduites sociales amenant Mme A à se mettre à la place des autres, à faire preuve d'assertivité et à être tolérante et compréhensive, ont été peu modifiées par le trauma.

Huit ans après le fracas :

Les ressources sociales de Mme A semblent à présent plus disponibles et consolidées par une meilleure affirmation de Soi et une plus grande indépendance. Bien qu'elle montre des difficultés à faire preuve de politesse et croire à un monde juste.

L'évolution conative :

Avant et un mois après le fracas :

Sur le plan conatif, l'évolution n'est pas uniforme, Mme A a été profondément affectée du diagnostic ce qui l'a amené à faire preuve d'une grande sensibilité, à ressentir les émotions et à les exprimer, mais à être beaucoup moins compatissante et compréhensive, ceci s'explique par ses dires lors de l'entretien, lorsqu'elle nous confie qu'elle était devenue insupportable et intolérante lorsqu'elle a appris de quoi souffrait son fils, l'entourage n'étant pas compréhensif, elle a dû se rebeller. Même son sens de l'esthétique et son attirance vers la nature s'en sont retrouvés ébranlés. Ce qui n'a pas changé chez Mme A sur le plan conatif, c'est sa persévérance et ses convictions religieuses bien qu'elle trouve le monde moins sensé qu'avant le fracas.

Huit ans après l'annonce du diagnostic :

Le registre conatif de Mme A qui a connu quelques changements lors de la phase traumatique, a retrouvé huit ans plus tard toute sa vitalité, avec une prise de risque beaucoup plus grande.

1.1.4. Synthèse et réflexion sur le cas :

Au vu de l'entretien, des observations et des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience, Mme A a réellement vécu un traumatisme après l'annonce du diagnostic de son fils. Cette épreuve l'a atteinte psychologiquement pendant une certaine période, mais ses ressources internes et supports externes lui ont permis de résister, d'aller de l'avant pour s'occuper de son fils et lui offrir tout ce dont il a besoin (attention, affection, soins...).

Le fils de Mme A semble être un enfant potentiellement résilient, ses résultats scolaires sont satisfaisants bien qu'il n'assiste pas à tous les cours. Il est éveillé, curieux, respectueux et exigeant avec lui-même.

Quant aux résultats scolaires, il n'accepte pas d'avoir de mauvaises notes. Il présente aussi une maturité et une clairvoyance exceptionnelles pour son âge, son discours est riche et réfléchi. Il fait beaucoup d'efforts pour être comme les autres enfants.

Cependant, il ne supporte pas d'être séparé de sa mère plus de trois jours, leur relation est fusionnelle et cela augure d'un manque d'autonomie et donc des obstacles à l'évolution future du petit garçon.

Pourtant, Mme A essaie d'appliquer un mode d'éducation modéré et ne privilégie pas son garçon IMC par rapport à sa petite sœur. Cependant, les soins l'obligent à s'éloigner de

son domicile, ce qui fait qu'elle se retrouve souvent seule avec son fils, qui s'est à présent habitué à avoir l'exclusivité des soins de sa maman.

Ces éléments démontrent que ce lien trop fort n'est pas bénéfique pour l'autonomie du petit garçon, Ce qui nous fait croire que la résilience du petit garçon dépend essentiellement du comportement de son entourage, plus particulièrement de sa maman.

Mme A a comme confident privilégié, son mari, qui semble être un partenaire contenant et rassurant, si l'on se base sur ces informations, il semblerait que la petite famille de Mme D présente une résilience familiale. En effet, la communication intrafamiliale, la cohésion et les rituels sont très présents, ainsi qu'une bonne tolérance au stress et aux changements, Mme A et son mari ont su s'adapter au handicap de leur fils et à ses exigences.

Quant aux facteurs de protection externes, on note les liens forts qui existent entre Mme A, son mari et ses deux enfants, une base solide sur laquelle elle peut compter. Comme facteurs de protection internes, on relève chez Mme A une bonne estime de soi et fait preuve d'assertivité.

1.2 Cas N°2 :

1.2.1 Présentation du cas :

Mme B a 35 ans, est mariée et mère deux enfants. Elle est ingénieure et travaille depuis plusieurs années dans le domaine du bâtiment. Après sept mois de mariage, elle se retrouve enceinte de son 1^{er} enfant, qui a été très désiré par ses parents et attendu par toute la famille, la grossesse s'est bien passée, Mme B dit : « tellement la grossesse était facile, j'ai pu travailler jusqu'au dernier jour avant l'accouchement ». A l'accouchement, la petite fille a connu une souffrance néonatale, elle n'a respiré qu'après cinq minutes, elle a été hospitalisée pendant huit jours. La petite fille a maintenant 3 ans et demi

Mme B est en bonne santé et continues à travailler. Pour son deuxième enfant (un garçon) tout s'était bien passé, il a à présent 10 mois.

Mme B amène sa petite fille âgée de trois ans et souffrant d'IMC, deux fois par semaine au centre où nous effectuons notre recherche, pour les soins de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie.

C'est dans ce contexte que la rencontre s'est faite. Elle a sollicité l'étudiante chercheuse pour une consultation de psychologie et a été orientée vers l'un des psychologues

du centre pour une prise en charge. Intéressée par le thème de la recherche, elle a accepté de participer et a été très disponible lors de l'entretien.

La fille de Mme B n'a pas encore acquis le langage, ne marche pas, mais peut tenir debout lorsque quelqu'un la tient. Elle arrive à communiquer avec sa maman par des signes de la tête pour dire oui ou non.

Mme B nous montre que sa fille connaît les chiffres, les lettres, les couleurs, les formes géométriques, les animaux, etc. Elle semble tout comprendre et interagit avec sa maman, son papa et le personnel soignant. Elle sourit lorsqu'elle est contente et boude lorsqu'elle est triste.

1.2.2 Analyse de l'entretien :

Bien avant le diagnostic d'IMC Mme B a vécu l'accouchement comme un traumatisme : « lorsque j'ai vu les sages femmes prendre ma fille toute bleue qui ne criait pas, je me suis dites ça y est, c'est fini, elle est morte, à dieu nous appartenons à lui nous retourneront *إنا لله وإنا إليه راجعون*...peu de temps après on me la montrée de loin en me disant « la voilà Madame, elle a crié »...depuis, je ne l'ai plus vu pendant deux jours... »

Le diagnostic d'IMC de la fille de Mme B a été fait par le pédiatre à l'âge de huit mois. Ce dernier a expliqué aux parents ce qu'est l'IMC, mais Mme B n'a pas été satisfaite de ces explications, d'autant plus qu'elle s'était fixée sur le mot 'Cérébrale', qui l'a choqué. En rentrant chez elle, Mme B a voulu avoir plus d'informations en se connectant à internet. Elle dit : « j'ai trouvé des articles sur l'IMC, je me suis mise à lire tout en pleurant toutes les larmes de mon corps ».

Mme B affirme qu'elle a eu du mal à digérer ce diagnostic au début : « ce n'est que depuis un an et demi que j'accepte cette situation, j'ai compris que c'était irrémédiable après avoir consulté en France un neuro-pédiatre ». Mme B est tombée enceinte de son 2^{ème} enfant un an et demi après, il est probable que cette nouvelle ait eue sur elle un impact positif (enfant réparateur) et lui a permis d'accepter le handicap de sa fille.

Quant au mari de Mme B (qui l'accompagnait au moment du diagnostic) a selon elle eu de grandes difficultés à accepter le handicap de sa fille :

« il disait souvent non ma fille n'a rien du tout ». Le déni de Mr B est très présent, il lui permet d'éviter ou de nier la réalité qu'est l'IMC de sa fille. Il peut aussi s'agir de répression, Mr B a fait en sorte d'éviter délibérément de penser à l'infirmité de sa fille, ce mécanisme a été temporaire. A présent Mr B a réussi à accepter la réalité.

Mme B a en 1^{er} lieu, informé sa mère du diagnostic, celle-ci lui dit : « je t'avais dit que ce n'était pas normal qu'elle ne suce pas son pouce... ». La mère de Mme B, avec cette remarque a inconsciemment provoqué la culpabilisation de sa fille. Sachant que c'est elle qui garde les enfants de Mme B lorsqu'elle part travailler.

Concernant la résilience familiale, il est probable que Mme B et son Mari soient en cours de développer un processus de résilience, l'acceptation est en marche, leur relation est stable et la communication dans le couple est très présente, leur entourage familial est très contenant et rassurant : « j'ai vraiment de la chance de les avoir tous à mes côtés je me sens entourée, rien ne peut m'atteindre... ils donnent aussi beaucoup d'amour et d'affection à ma fille », Mme B entretient une relation fusionnelle avec sa mère, elle s'appuie sur elle à chaque obstacle rencontré « c'est ma confidente, elle me comprend très bien ».

La famille de Mme B est très unie et soudée : « lorsqu'on se réunit on est toujours de bonne humeur, on discute de tout et de rien, on aussi est de grands blagueurs ».

Mme B utilise beaucoup son sens de l'humour, ça l'aide à supprimer au moins en partie le développement d'affects perturbants, elle dit à ce propos « je ris beaucoup, j'ai un grand sens de l'humour...même un peu trop d'ailleurs, quand je vois que j'abuse je mets un frein », c'est une sorte de défi de l'adversité.

En ce qui concerne la spiritualité, chez Mme B la croyance religieuse est très présente et importante, c'est comme une stratégie de coping axée sur l'émotion « quand je suis trop stressée ou noyée dans mes émotions, je fais la prière et je pleure, cela me fait du bien sûr le moment ».

Sa croyance l'aide aussi à accepter la réalité et à donner du sens au handicap de sa fille : « c'est le bon dieu qui a voulu cela, c'est le destin on doit l'accepter sans se plaindre car, y a des personnes qui réussissent à se relever de bien pires situations que la nôtre ».

1.2.3 Interprétations des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience :

L'évolution affective :

Avant et un an après l'annonce du diagnostic :

Mme B ne manifeste qu'un seul signe d'effondrement affectif post-traumatique, c'est celui de la perte de la confiance qu'elle faisait aux gens, cela s'explique par le fait qu'elle tient pour responsable le personnel soignant qui s'occupait d'elle lors de l'accouchement, de l'infirmité de sa fille, pour elle ça aurait pu être évité, si le travail avait été bien fait.

Trois ans et demi après le fracas :

Mme B ne montre aucune modification sur le plan affectif trois ans et demi après l'annonce du diagnostic, sauf pour sa capacité à accorder sa confiance, celle-ci est restée au point où elle était un an après le fracas, le traumatisme semble avoir provoqué en elle une méfiance et une prise de risque moindre, une sorte de carapace pour ne plus recevoir de coups.

L'évolution cognitive :

Avant et un an après l'annonce du diagnostic :

Sur le plan cognitif Mme B n'a pas réellement changé, son envie d'apprendre a diminué, mais elle se montre curieuse et éveillée intellectuellement malgré le traumatisme et a gagné en capacité d'émettre une réflexion sur son trauma. Elle manifeste, cependant, une tendance à se déconcentrer plus rapidement et une moins bonne capacité à faire face au problème comparé à la période pré-traumatique.

Trois ans et demi après le fracas :

Mme B montre sur le plan cognitif, au moment de la rencontre, une meilleure envie d'apprendre surtout sur ce qui concerne l'IMC et les avancées de la science dans ce sens. Mme B rencontre toujours les mêmes difficultés à se concentrer sur la tâche et à faire face au problème.

L'évolution sociale :

Avant et un an après le fracas :

Sur le plan de l'évolution sociale, l'épisode traumatique n'a pas eu d'écho chez Mme B, aucun changement n'apparaît, sauf pour la narration sur Soi qui a connu un changement brusque durant la période traumatique. Mme B reste une femme très sociable, que ce soit en famille ou bien au travail, elle n'éprouve aucune difficulté à tisser des liens, à parler et à communiquer avec les autres sur divers sujets.

Trois ans et demi après le fracas :

Après le fracas, la vie sociale de Mme B n'a pas changé, elle a toujours autant d'amis s'entend bien et tisse facilement des liens avec son entourage. Après avoir connu un changement brusque, sa capacité à parler d'elle-même ou à raconter des histoires qui la mettent en scène est redevenue comme elle était avant le fracas, c'est-à-dire une très faible narration de Soi.

L'évolution conative :

Avant et un an après le fracas :

Avant l'annonce du diagnostic, Mme B montre de grandes capacités conatives, bien qu'elle rencontre des difficultés à montrer ses émotions et trouver le monde sensé.

Jusqu'à un an après le fracas, elle manifeste moins de compassion, ne se préoccupe plus autant de l'état émotionnel des autres et manifeste une volonté et une persévérance moindre. Elle montre aussi un désinvestissement de ses activités artistiques d'avant le fracas.

Trois ans et demi après le fracas :

Après trois ans et demi, Mme B n'a pas encore repris le fonctionnement conatif d'avant l'annonce du diagnostic d'IMC de sa fille, lors de l'entretien elle nous explique qu'elle ne pouvait plus prendre des risques comma avant, sa détermination s'est déplacée, avant le fracas elle était complètement investie dans son travail et sa maison, maintenant c'est sa fille qui prend toute son énergie.

1.2.4 Synthèse et réflexion sur le cas :

Mme B a vécu un traumatisme lors de l'accouchement en croyant que sa petite fille était morte.

Un autre choc émotionnel intervient aussi bien chez Mme B que chez son mari, au moment de l'annonce du diagnostic, plus particulièrement lorsque la petite fille atteint huit mois.

Tous deux ont eu besoin de plus d'un an pour accepter la réalité et aller de l'avant.

Ainsi, la petite famille de Mme B présente un processus de résilience en cours, plusieurs ressources ressortent clairement.

D'abord, Mme B et son mari ont réussi à dépasser leur traumatisme : grâce à leur cohésion et au soutien continu de leur entourage.

Ensuite, bien que l'atteinte de leur fille soit grave (absence de langage verbal, non acquisition de la marche, déficit du contrôle sphinctérien.), elle reste pour eux une source de bonheur et de fierté.

Enfin, l'arrivée du petit garçon, (âgé de dix mois au moment de la recherche) a probablement réparé les blessures et la culpabilité ressenties par le couple parental.

Pour la petite famille, le sens de l'humour est une ressource de résilience. Pour Mme B aussi à titre personnel, l'humour permet d'atténuer, en partie, le développement d'affects perturbants et la création de liens.

En ce qui concerne la spiritualité, la croyance religieuse de Mme B, lui permet de développer de bonnes stratégies d'ajustement et d'acceptation du handicap de sa fille.

1.3 Cas N°3 :

1.3.1 Présentation du cas :

Mme C a 28 ans est mariée et mère de deux enfants avec une grossesse en cours de quatre mois. Son niveau d'instruction s'est achevé en 2^{ème} année secondaire. Lors de l'entretien elle est en bonne santé, mais un peu fatiguée par la grossesse.

Lorsque nous la sollicitons pour un entretien, elle se montre hésitante pendant un moment puis accepte après avoir posé quelques questions à l'étudiante chercheuse.

Mme C est mère d'un garçon de 5 ans inscrit en préscolaire et d'une petite fille de 22 mois souffrant d'une IMC et d'un plexus, avec cette dernière elles étaient hospitalisées au centre pour les soins de rééducation.

La petite fille a été désirée par ses parents. Mme C affirme que la grossesse s'est déroulée parfaitement bien, mais qu'au cours de l'accouchement (à voie basse) la petite a souffert d'asphyxie. Elle a bu une grande quantité de liquide amniotique et n'a pas crié dans l'instant, elle est restée six jours dans une couveuse, Mme C était séparée de sa fille. C'est son mari qui était auprès de leur fille.

Selon Mme C, le pédiatre de la maternité savait exactement de quoi souffrait sa fille mais qu'il a intentionnellement caché la vérité. Elle déplore également l'inhumanité du personnel soignant. Ce n'est qu'après quelques semaines qu'un autre médecin découvre l'infirmité après avoir fait une radiographie à la petite fille.

Dès ses six mois, Mme C amène sa petite fille au centre une rééducation intense. C'est au cours de ces séances qu'elle en apprend davantage au contact des kinésithérapeutes et infirmières.

Nous avons repéré Mme A dans le bloc des enfants, où elle participe pleinement à la rééducation fonctionnelle de sa fille. Elle reste toujours active et engagée dans la prise en charge de sa petite fille. Cependant, elle reste très distante avec les autres mamans.

1.3.2 Analyse de l'entretien :

Mme C a dès le début accepté le diagnostic « je n'avais pas le choix, je devais accepter ». Cependant, son mari a rencontré quelques difficultés « à l'annonce il a pleuré, je l'ai rassuré pour qu'il se calme ». Il a tout de même amorcé un processus d'acceptation au fil du temps « ... ce n'est qu'après que notre fille a fêté son 1^{er} anniversaire, qu'il prend mieux les choses ».

L'entourage familial proche de Mme C est présent et bienveillant « ma mère est malade ce qui fait que je la préserve des mauvaises nouvelles, sinon y a toujours quelqu'un pour m'aider quand j'en ai besoin... ma sœur m'aide dans beaucoup de choses ».

Cependant, les membres de la famille éloignée et les voisins de Mme C sont perçus par cette Mme C, comme étant persécuteurs « ils me critiquent et me surveillent à longueur de temps... ce qui me touche le plus c'est quand ils lancent des regards de mépris envers ma fille... j'ai décidé de ne plus faire attention à eux ».

Mme C semble forte, mais en réalité elle est fragile et ne tolère pas un certain seuil de frustration « quand je suis un peu fâchée, je pleure me confie à mon mari et tout s'arrange...lorsqu'une grande dispute éclate avec mon mari ou avec quelqu'un d'autre je préfère me retirer, car j'ai peur de tomber malade, il m'arrive de trembler de nervosité... ».

Mme C et son mari ont comme ressource de résilience leur entourage proche et leur relation qui est assez équilibrée, à propos de son mari, elle dit : « il fait toujours en sorte de ne pas me vexer, il fait attention à moi et à ses enfants...il est très gentil ».

Aussi la petite fille de Mme C est très éveillée, elle s'applique lors de l'exécution des exercices, est curieuse de ce qui l'entoure et explore l'espace physique facilement, c'est aussi une petite fille très malicieuse et sait comment capter l'attention des autres. Elle aime être stimulée et félicitée lorsqu'elle accomplit une tâche correctement, son évolution a été rapide sa mère nous confie : « je suis vraiment fière d'elle, elle fait tous les jours des progrès... ».

Les moments importants pour Mme C sont les réunions familiales, lors d'occasions telles que les anniversaires des petits, les jours fériés et les fêtes religieuses.

Mme C tient beaucoup à sa petite famille et à ses parents, ceux-ci remplissent une fonction d'étayage et de soutien inconditionnel.

A la question quel adjectif choisiriez-vous pour définir votre famille elle répond : « compréhensive ».

Concernant le sens de l'humour, les discussions familiales sont aussi importantes pour Mme C : « elles permettent de se remémorer les souvenirs, de parler des changements de notre société... ».

L'humour chez Mme C a une fonction de défouloir et de renforcement des liens familiaux : « j'ai une sœur très drôle, où elle passe, elle fait rire tout le monde, une fois même pendant un décès elle a fait rire tous ceux qui étaient présents et cela a de suite donné la bonne humeur à tout le monde... mon mari aussi me fait rire, surtout quand il me voit faire la tête, il me taquine et ça part en fou rire. » .

Le sens de l'humour pour Mme C a aussi une fonction réductrice de tension et permet la communication au sein du couple « ça nous permet d'oublier les soucis, d'être plus heureux, de bien nous entendre et d'augmenter notre confiance en nous ».

En ce qui concerne la spiritualité, pour Mme C la croyance est une base solide sur laquelle elle s'appuie, non seulement elle permet la représentation du vécu douloureux, mais aussi l'adoption de comportements nouveaux plus adaptés : « croire en la destinée me permet d'être plus positive et avoir plus d'espoir en l'avenir, d'être plus altruiste et penser à faire du bien autour de moi...pour moi sans la croyance, la vie n'aurait aucun sens ».

1.3.3 Interprétations des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience :

L'évolution affective :

Avant et un mois après l'annonce du diagnostic :

Mme C manifeste un traumatisme conséquent après l'annonce du diagnostic de sa petite fille, avant, elle était capable de sourire et de faire preuve d'humour, mais après l'annonce, cette tendance a diminué et a laissé place à une humeur maussade, les moments de joie ne sont plus autant partagés qu'avant, mais le sentiment d'être aimée, d'être quelqu'un d'important de sa famille, est resté au même niveau.

Le registre affectif s'est appauvri sur certains points, ainsi les projets de Mme B sont moins envisagés et peu soutenus par l'entourage, elle manifeste également une peur de l'inconnu et une tendance moindre à accorder sa confiance.

Deux ans après le fracas :

Sur le plan affectif, Mme C a repris son fonctionnement d'avant le fracas et semble bénéficier d'une meilleure habileté à solliciter et à utiliser les supports affectifs, ainsi qu'une meilleure disposition à sourire, à rire et à partager sa joie.

L'évolution cognitive :

Avant et un mois après le fracas :

Avant le fracas, le fonctionnement cognitif de Mme C semble équilibré, mais l'annonce du diagnostic a eu raison de certaines capacités cognitives, telles que l'éveil intellectuel, la curiosité et l'envie d'apprendre, aussi son potentiel imaginaire et de créativité n'a pas été mis à disposition.

Elle a néanmoins su faire preuve de lucidité et rester consciente des réalités, tout en gagnant des stratégies de coping adaptées.

Deux ans après le fracas :

Mme C, non seulement a repris ses capacités cognitives d'avant le trauma, mais elle les a également consolidé et enrichi, telle que sa capacité de faire preuve d'intelligence et d'imagination créatrice.

L'évolution sociale :

Avant et un mois après le fracas :

Avant le fracas Mme C montre des comportements prosociaux tout à fait stables et équilibrés, après le fracas, certains de ces comportements diminueront et d'autres augmenteront. Sa sociabilité a diminué, tandis que son estime d'elle-même restera stable.

Deux ans après le fracas :

Les comportements prosociaux de Mme C se sont quelque peu améliorés par rapport à la période pré-traumatique, elle manifeste ainsi une meilleure capacité à la narration de Soi et fait preuve de plus d'altruisme.

L'évolution conative :

Avant et un mois après le traumatisme :

Le registre conatif a connu un changement considérable entre ces deux périodes, Mme C se montre moins empathique, fait preuve de peu d'intelligence émotionnelle, ne trouve pas de sens à la vie et ne fait plus preuve de sens esthétique. Cependant, sa motivation a été peu touchée par l'annonce du diagnostic et ses convictions et sa piété sont restés stables.

Deux ans après le traumatisme :

Au moment de l'entretien, Mme C semble heureuse et épanouie et dépense de l'énergie pour la prise en charge de sa petite fille. Son évolution semble positive, puisqu'elle a repris une meilleure motivation et une plus grande empathie.

1.3.4 Synthèse et réflexion sur le cas :

Mme C n'a pas rencontré de difficultés pour accepter le handicap de sa fille. Son mari, quant à lui, a eu besoin de quelques mois pour s'adapter.

La petite famille de Mme C semble amorcer un processus de résilience. Effectivement, plusieurs éléments montrent des ressources de résilience actives.

D'abord, l'existence d'un entourage familial bienveillant et rassurant et des liens familiaux solides.

Ensuite, les cérémonies, célébrations et réunions familiales sont des moments privilégiés et importants pour la petite famille.

Enfin, la communication au sein de la petite famille est très présente. Ainsi, le sens de l'humour prend une grande place au sein des discussions familiales, il permet la réduction de tensions, la détente et le renforcement des liens familiaux.

En ce qui concerne la spiritualité, Mme C a une forte croyance religieuse qui lui permet d'intégrer la représentation du vécu douloureux du handicap de sa petite fille, pour aller de l'avant et être plus positive vis-vis de l'avenir.

1.4 Cas N°4 :

1.4.1 Présentation du cas :

Mme D est une jeune femme âgée de 26 ans, célibataire sans enfants, son niveau d'instruction est bac+5 (Master), elle n'a aucun problème de santé.

Lorsque nous la sollicitons pour un entretien, elle se montre intéressée et accepte tout de suite de collaborer.

Mme D est la tante paternelle d'une petite fille atteinte d'IMC, c'est elle qui s'occupe d'elle à longueur du temps et l'amène à la rééducation au centre où nous faisons notre stage pratique.

La petite fille IMC et sa sœur jumelle âgées toutes les deux de 5ans, étaient selon Mme D désirée par leur parent, la grossesse était passée sans problème, sauf que la première fille est née normalement, tandis que la petite fille IMC a eu une asphyxie néonatale et sa maman est morte après deux jours passés dans le coma.

Beaucoup d'efforts ont été déployés par le papa de la petite fille IMC pour la soigner, le diagnostic d'IMC a été posé avant qu'elle n'ait un an et elle a bénéficié de la rééducation fonctionnelle et tous les traitements adéquats, juste après l'annonce.

Nous avons repéré Mme D dans le bloc enfants où elle participe pleinement aux exercices de kinésithérapie et d'ergothérapie de sa petite nièce, elle se montre très investie dans le programme et la stimule continuellement.

1.4.2 L'analyse de l'entretien :

Mme D, son frère et probablement d'autres membres de leur famille ont subi un double traumatisme, d'abord la souffrance néonatale de la petite fille, ensuite après deux jours, la mort de la maman.

A partir de ces informations, il aurait été préférable de s'entretenir également avec le père de la petite fille IMC mais celui-ci refuse de le faire.

Mme D s'est occupée de ces neveux dès la mort de leur maman. Ce qui a totalement bouleversé son mode de vie. Elle s'est vue attribuer soudainement, la responsabilité de l'éducation des enfants et la prise en charge de la petite fille souffrante.

L'entourage de la petite fille a été bienveillant dès le début étant donné le drame qu'a connu cette famille. Au fil du temps, Mme D s'est retrouvée seule à s'occuper de la petite fille IMC, elle dit : « ses tantes maternelles et paternelles ont été très présentes...mais maintenant tous sont devenus individualistes, c'est chacun pour soi...d'ailleurs je m'inquiète un peu du devenir des enfants, car je vais bientôt me marier. »

Quant au rôle de l'entourage, Le père de la petite s'occupe très bien d'elle, il suit toutes ses évolutions et la pousse toujours à apprendre plus, selon Mme D : « c'est un père très attentionné... il fait tout pour qu'elle aille mieux. »

Mme D a vu toutes ses habitudes de jeune fille bousculées, elle a dû s'adapter très vite aux exigences de cette nouvelle situation. Lors des observations, elle se comporte très sagement avec sa nièce et fait preuve d'une grande patience et de pédagogie. Cette dernière l'appelle « maman », elle confie cependant : « ça m'arrive de craquer avec tout ça... je lui cris dessus de temps en temps...mais je suis très protectrice surtout avec elle, je n'accepte pas que quelqu'un lui fasse du mal. »

La grand-mère maternelle de la petite fille est aussi une personne importante dans sa vie, elle la garde de temps en temps et peut aussi être considérée comme un autre substitut maternel d'après Mme D.

Concernant la résilience familiale, Mme D qualifie sa famille élargie d'individualiste, cependant avec son neveux et ses deux nièces. Elle partage une grande complicité : « je m'entends bien avec les enfants, ils m'écoutent et me font confiance. » Mme D est très attachée à eux et les protège : « je ne supporte pas de les voir tristes... je suis heureuse quand ils sont contents. »

Mme D établit une bonne communication avec son frère (le père des enfants), ils discutent de l'éducation des enfants, de la décoration de la maison, etc., mais certains sujets ne sont jamais abordés : « on ne parle pas de la mort de sa femme, ni d'un éventuel remariage, ce sont des sujets sensibles... il est très touché encore c'est comme si elle était morte hier. » le frère de Mme D ne semble pas avoir fait le deuil de la mort de sa femme. Il s'occupe très bien de ses enfants, mais il a mis de côté sa propre personne : « il est trop protecteur et s'oublie... ».

Mme D nous confie qu'avec son frère l'humour n'est pas bienvenu, il s'énerve très vite. Mais avec les enfants, elle partage régulièrement des moments de joies et de gaieté, surtout avec la petite fille IMC qui adore faire des blagues et inventer des histoires ce qui a aussi été constaté lors des observations : « ces moments de rire leur permettent de se sentir aimés et en sécurité avec moi. », l'humour est dans ce cas source de résilience puisqu'il permet de tisser et renforcer les liens familiaux.

Selon Mme D, la spiritualité et la pratique de la religion a une place importante dans sa vie : « ça m'aide à mieux raisonner, à prendre de bonnes décisions...à se dire que tout est mektoub... ». La spiritualité est aussi un éventuel support de résilience pour Mme D qui a su comment gérer une situation complexe malgré son jeune âge au moment de la mort de sa belle- sœur.

1.4.3 Interprétations des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience :

L'évolution affective :

Avant et un mois après le fracas :

Mme D présentait, avant le traumatisme, un registre affectif riche, qui a été complètement chamboulé après l'annonce de la mort de sa belle-sœur ainsi que l'infirmité de sa petite nièce. Ainsi, sa capacité à faire preuve d'humour a considérablement diminué, sa vision de l'avenir est devenue plus pessimiste, de telle sorte qu'elle ne fasse plus aucun projet. Certains indices affectifs n'ont pas changé, tels que sa capacité à sourire à un inconnu, à solliciter l'échange affectif, sa conviction d'être aimée et d'occuper une place dans sa famille qui ne peut être discutée par personne.

Cinq ans après le traumatisme :

Mme D a repris quasiment la totalité de son registre affectif, cependant, on note un sentiment moindre d'être soutenue dans ses projets, d'être à sa place chez elle et d'avoir son coin à elle. Ceci indique un faible sentiment d'acceptation, qui s'explique par un changement brutal de statut, de celui de jeune étudiante de 21ans insouciant, à celui de substitut maternel responsable de 3 enfants (son neveu et ses deux nièces), elle a dû pour cela déménager chez son frère nouvellement veuf, ce qui lui a valu moins d'indépendance et d'intimité.

Sa vie affective s'est enrichie à présent de plus de capacités à faire confiance, elle fait donc plus preuve d'amabilité et de charme.

L'évolution cognitive :

Avant et un mois après le fracas :

Les capacités cognitives de Mme D sont importantes avant le traumatisme, mais ce dernier a déstabilisé certaines aptitudes cognitives telles que la capacité de concentration ou l'envie d'apprendre.

Cependant, lors de l'épisode traumatique, Mme D manifeste de meilleures stratégies de coping, à travers l'amélioration de sa capacité à faire face au problème, ainsi qu'une meilleure lucidité et réalisme.

Cinq ans après le fracas :

Mme D au moment où nous la rencontrons, a repris toutes ses dispositions cognitives et a réalisé et a enrichi son registre affectif d'une plus grande capacité de lucidité et des stratégies d'ajustement, ceci s'observe dans son comportement, notamment avec sa petite nièce, avec laquelle elle fait preuve d'une grande patience et de pédagogie, lors des exercices d'ergothérapie, elle fait attention à bien expliquer la consigne, à stimuler et récompenser les bons gestes par des encouragements divers (bisous, câlins, bravos...).

L'évolution sociale :

Avant et un mois après le traumatisme :

Les comportements prosociaux de Mme D étaient très présents avant le trauma, sur 26 indices, 9 seulement paraissent moins fréquents que les autres. Quelques changements sont apparus après le trauma, tels qu'une moins bonne capacité d'altruisme, caractérisée par un faible intérêt interpersonnel, Mme D ne faisait plus preuve d'autant d'assertivité qu'avant, à travers une moins grande capacité à s'affirmer et à dire non, on note aussi l'abaissement de sa moralité caractérisée par moins de politesse et de compassion.

Cinq ans après le fracas :

Mme D a repris tous ses comportements prosociaux d'avant le fracas et a gagné en maturité à travers une meilleure croyance en un monde juste et une plus grande indépendance.

Néanmoins, elle ne se voit plus du tout admirée par les adultes et ne se donne plus un rôle d'enfant aimé, ce qui prouve qu'elle n'a plus une bonne image d'elle-même, ceci peut s'expliquer également par le changement brusque de statut qui l'a faite passer d'une enfant aimée, choyée et naïve, à une adulte responsable et indépendante.

L'évolution conative :

Avant et un mois après le fracas :

Sur le plan conatif, Mme D montrait un développement conatif particulier, caractérisée par une bonne capacité d'empathie, mais une faible intelligence émotionnelle. Après le trauma, l'intelligence émotionnelle caractérisée par un bon contrôle émotionnel et le ressenti des émotions s'est affaiblie, la motivation générale a également baissé.

Cinq ans après le fracas :

Le registre conatif de Mme D d'avant le fracas a été complètement repris avec une plus faible opiniâtreté.

1.4.4 Synthèse et réflexion sur le cas :

Malgré que Mme D ne soit pas la maman de la petite fille IMC, cette dernière la considère tout de même comme sa mère. Mme D, peut être considéré comme tuteur de résilience, non seulement de la petite fille handicapée, mais aussi de son neveu et sa nièce, car tous ont été traumatisés par la mort de leur maman.

Effectivement, elle remplit toutes les conditions du tuteur de résilience, les enfants ont confiance en elle et vice versa, elle leur donne l'occasion de faire des erreurs et elle remplit une fonction d'étayage et de sécurité, elle leur donne de l'affection et reste disponible et à l'écoute. En ce qui concerne la petite fille handicapée, Mme D fait preuve de patience et accorde une importance à la stimulation des conduites positives de cette dernière.

Le processus de résilience familial est aussi en cours, bien qu'ils aient connu un double traumatisme, leurs liens sont forts et ils ont une bonne cohésion familiale.

La communication entre Mme D et son frère n'est pas optimal, il semble toujours traumatisé par la mort de sa femme et refuse de discuter sur ce sujet.

Cependant, Mme D partage une grande complicité avec son neveu et ses deux nièces.

Des moments de joie et de gaieté sont partagés entre eux, le sens de l'humour permet de renforcer les liens et la résilience familiale.

L'entourage familial est absent, sauf la grand-mère maternelle des enfants, qui occupe une place importante dans la vie de la petite fille handicapée.

La spiritualité est aussi une autre ressource de résilience, sa croyance du destin l'a aidé à accepter la situation, en assumant de nouvelles responsabilités et en construisant sa vie non plus comme une jeune fille insouciant, mais comme une maman contenante et rassurante.

1.5 Cas N°5 :

1.5.1 Présentation du cas :

Mme E est une femme âgée de 35, mariée et mère de 3 enfants. Elle est enseignante, licenciée de l'enseignement supérieur (bac+4), au moment de l'entretien, elle se porte bien et ne se plaint d'aucun problème de santé.

Lorsque nous la sollicitons pour un entretien, elle se montre intéressée et accepte tout de suite de collaborer.

Mme E est mère d'une fille de 5 ans atteinte d'Infirmitté Motrice Cérébrale.

La petite fille était désirée, Mme E affirme que la grossesse était difficile : « je n'ai pas arrêté de vomir, j'avais mal, même la veille de l'accouchement. », l'accouchement s'est fait par voie basse alors qu'une césarienne aurait été plus adaptée, car le bébé était trop gros, cette expérience était traumatisante pour Mme E : « pleures...je ne leur pardonnerait jamais cette erreur... les sages femmes ont pris ma fille par les pieds et la balançait comme un sac de patates...maintenant à chaque fois que j' y pense, je pleure » la petite fille n'a pas crié à temps. Mme E a su juste après, que, sa fille souffrira de séquelles graves.

La petite fille parle et marche, elle rencontre des problèmes d'équilibre dans la marche, une luxation de la hanche, qui s'estompent grâce à la rééducation, elle souffre aussi d'une épilepsie de petit mal (absences).

Nous avons repéré Mme E dans le bloc des enfants où elle participe aux exercices de kinésithérapie, elle se montre très dynamique et curieuse des évolutions de sa fille.

1.5.2 L'analyse de l'entretien :

Mme E a fait preuve d'une grande sincérité lors de l'entretien et s'est montrée très curieuse du thème de recherche.

Mme E et son mari se sont adaptés très vite à la situation et ont décidé d'avoir un autre enfant, comme une revanche sur la vie (enfant réparateur).

L'entourage de Mme E est très présent et a fait et fait toujours preuve de patience et de culture face au handicap de la petite fille.

Les parents de Mme E ainsi que ses frères et sœurs sont selon elle très importants dans sa vie : « ils sont toujours là quand j'ai besoin d'eux. »

Même au sein de son travail Mme E bénéficie d'un soutien solide. Elle partage ses expériences avec certains de ces collègues qu'elle qualifie de « sages ».

Aussi Mme E n'hésite pas à poser des questions aux médecins, kinésithérapeutes et personnels de santé sur l'IMC. A ce propos elle dit : « on me dit souvent que je pose trop de questions, que je suis trop curieuse. »

Concernant la résilience familiale, Mme E et les membres de sa petite famille partagent souvent des moments de gaieté et de complicité privilégiés.

Mme E a choisi le mot « complémentaires » pour définir sa famille : « on est comme un puzzle, si l'un de nous manque l'image est incomplète. » ce qui témoigne d'une forte cohésion familiale.

Aussi la petite fille de Mme E est une fillette très joyeuse qui a tout le temps le sourire au visage et reste très motivée pour effectuer les exercices de marche et postures.

Au sein du couple il y a une entente mutuelle de qualité, on a pu voir cela lors de nos observations.

La petite dernière de Mme E est très drôle : « elle fait tout le temps des grimaces pour faire rire son frère et sa sœur... mon mari et moi aimons beaucoup rire, elle doit tenir de nous... Rire... ».

Mme E considère l'humour comme un moyen de se décontracter, de penser à autre chose, de se reposer : « ça nous permet de voir leurs vraies personnalités (des enfants). »

Mme E et son mari sont très intéressés par la religion, ce qui fait que c'est l'un de leur sujet de discussion favoris.

Mme E nous confie qu'elle lit beaucoup sur la religion et que ces informations l'aident au quotidien, à faire face aux difficultés qu'elle peut rencontrer dans sa vie : « lorsque je vis une période difficile, il me suffit de lire le Coran ou un autre ouvrage sur la religion pour reprendre un nouveau départ et renouer le lien avec dieu. » dans ce cas il est possible que la spiritualité soit un support de néo-développement.

1.5.3 Interprétations des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience :

L'évolution affective :

Avant et un mois après le fracas :

Avant le traumatisme, le registre affectif de Mme E semble complet et positif, sauf pour certains indices faisant référence à l'approche de l'inconnu, ou encore au fait de planifier des projets et de sentir le soutien de son entourage dans cette démarche.

Jusqu'à un mois après le fracas, on note un changement significatif dans la capacité à faire preuve d'humour, à solliciter l'échange affectif et à se représenter l'avenir, synonyme de pessimisme.

Certaines caractéristiques n'ont pas été ébranlées par cette épreuve, telles que le sentiment d'acceptation, à travers son sentiment d'être digne de confiance et d'être aimée au sein de sa famille pour ce qu'elle est.

Cinq ans après le fracas :

Mme E a récupéré tout son registre affectif d'avant le trauma, on note un regain d'optimisme et la reprise d'une bonne confiance en son environnement.

Le traumatisme a donc permis un néo-développement de certaines capacités affectives.

L'évolution cognitive :

Avant et un mois après le fracas :

Les capacités cognitives de Mme E sont toutes à leur maximum avant le trauma.

Jusqu'à un mois après le fracas, des changements conséquents apparaissent, avec moins de tendance à la rêverie, à utiliser la beauté pour stimuler son imagination et une moins bonne capacité à s'extraire du réel, qui témoignent du relâchement de l'aptitude à faire preuve d'imagination créatrice.

On note également une capacité moindre à se divertir, à jouer, à se concentrer et à se détacher de ce qui ne concerne pas directement la tâche à accomplir, témoignant de l'affaiblissement de la capacité à faire preuve d'attention focalisée et sélective.

Les stratégies de coping sont aussi moins utilisées, à travers un manque de capacité à faire face au problème.

Les voies d'accomplissement personnel sont aussi réduites chez Mme E, qui ne trouve plus de champ d'action et montre moins de productivité qu'avant semble moins active.

Cinq ans après le fracas :

Cinq ans après le trauma, Mme E a réussi à récupérer toutes ses capacités cognitives d'avant le fracas, ce qui témoigne d'une bonne adaptation psychologique et d'une reprise de développement pouvant s'inscrire dans un processus de résilience psychologique.

L'évolution sociale:

Avant et un mois après le fracas :

Avant le trauma, les comportements prosociaux de Mme E sont très présents, on note cependant, une moralité et une aptitude à la narration de Soi moyenne.

Jusqu'à un mois après le fracas, une dégradation du registre social de Mme E, apparaît clairement, on note une perte de l'habilité à demander de l'aide, à utiliser adéquatement les supports sociaux et à montrer de l'intérêt interpersonnel. Il en ressort également une moins bonne moralité et une certaine dépendance à l'environnement social dans l'accomplissement de tâches.

Cinq ans après le fracas :

Mme E a réussi à retrouver tous ses comportements prosociaux, elle a même gagné en tolérance, en empathie et en politesse.

Cependant, elle semble à présent moins autonome qu'auparavant.

L'évolution conative :

Avant et un mois après le fracas :

Le registre conatif de Mme E semble équilibré avant le trauma. Avec une intelligence émotionnelle plutôt moyenne, un bon niveau de motivation et du goût de l'esthétique.

Jusqu'à un mois après le fracas, on remarque un changement radical, l'empathie de Mme E envers les autres est devenue très faible, sa motivation a baissé et son sens de la spiritualité a régressé. Cependant, son intelligence émotionnelle s'est accrue durant cette période.

Cinq ans après le fracas :

Le registre conatif d'avant le trauma est retrouvé à quelques exceptions près, il semble que Mme E soit devenue plus raisonnable à l'épreuve du fracas, elle ne prend plus autant de risque qu'avant le trauma. Aussi on constate un redoublement de la capacité à donner du sens aux épreuves qu'elle traverse, qui peut augurer du développement d'un processus de résilience psychologique.

1.5.4 Synthèse et réflexion sur le cas :

La petite famille de Mme E présente plusieurs signes de résilience.

D'abord, l'acceptation de l'IMC de la petite fille, qui s'est faite facilement, ce qui montre une grande capacité d'adaptation et de flexibilité.

Ensuite, l'entourage familial est très présent et aidant.

Aussi, les moments de joie et de gaieté sont souvent partagés et la famille fait preuve d'une bonne cohésion familiale, la communication a aussi une grande place, surtout entre le couple parental qui échange sur beaucoup de sujets.

Enfin, la famille fait preuve d'un sens de l'humour indéniable, et peut être considéré comme signe de résilience familiale.

Mme E et son mari font preuve de spiritualité, Mme E notamment, accorde une grande importance à la religion. Celle-ci lui permet de faire face aux problèmes rencontrés et de se renouveler continuellement.

1.6 Cas N°6 :

1.6.1 Présentation du cas :

Mme F est une femme âgée de 39 ans, mariée et mère 2enfants (un garçon de 9ans et une fille de 3ans), elle et son mari sont enseignants et se portent bien sur le plan santé.

C'est en observant le comportement atypique de son fils dit IMC, que nous l'avons sollicité pour un entretien.

Mme F est mère d'une fille de 3 ans et d'un garçon de 9ans atteint d'après médecin, d'Infirmité Motrice Cérébrale. Avec ce dernier, ils viennent au centre où nous effectuons notre recherche, pour suivre un programme de rééducation fonctionnelle.

Le garçon était désiré par ses deux parents et toute la famille attendait son arrivée. Mme F affirme que la grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement. Le bébé a crié à temps, mais dès les 1ers mois après sa naissance, elle constate que ses yeux révulsaient et qu'il restait comme figé pendant un moment. Il s'est avéré plus tard qu'il avait une épilepsie de petit mal (absences), il est pris en charge par un pédopsychiatre qui lui prescrit du Dépakine. Il avait prit pendant un mois, Strattera, traitement contre l'hyperactivité qui n'a pas été efficace selon elle.

Il a subi de nombreux examens (radiologie, scanner...) sans avoir un diagnostic précis, un médecin lui dit que son fils souffre d'une IMC et l'oriente vers le centre de rééducation fonctionnelle. Mais, Mme F n'est pas convaincue du diagnostic vu que son fils n'a pas un retard psychomoteur significatif. Il présente parfois un relâchement au niveau de son pouce (ressemblant à des stéréotypies) et des problèmes d'équilibres posturaux, lorsqu'on lui demande de se tenir sur une seule jambe par exemple. Cependant, il ne présente aucun problème pour se tenir debout, marcher et courir. Il présente des problèmes d'attention, de concentration, d'interaction avec les autres et ne se tient pas en place.

Mme F profite du temps où son fils est en train de jouer pour se mettre dans un coin et réfléchir, comme pour se reposer et respirer un moment.

1.6.2 Analyse de l'entretien :

Mme F nous confie son inquiétude et son incompréhension : « j'aimerais savoir ce qu'il a et en finir avec les doutes. ». Elle semble être désemparée, avec son mari, ils ont fait leur possible pour savoir de quoi souffre leur enfant, mais en vain, ils l'ont emmené vers un centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux, mais on lui a répondu qu'il n'avait pas sa place dans cette structure. Il est scolarisé à l'école normale, mais ses résultats ne cessent de s'affaiblir : « je ne sais plus qui croire... ».

Mme F n'est pas certaine sur le trouble dont souffre son fils, ce qui fait qu'elle ne peut faire le deuil de l'enfant dont elle rêvait. Elle s'inquiète de son devenir : « le temps passe, il a déjà neuf ans et je ne sais pas ce qu'il a réellement c'est grave non ? ».

Jusqu'à ce qu'il rentre à l'école, le fils de Mme F était gardé par sa grand-mère paternelle. Cette période a été mal vécue par Mme F : « elle (belle-mère) faisait tout pour me rabaisser et me faire passer pour une mère indigne parce que je travaillais. ».

Aussi le mari de Mme F est autoritaire et peu compréhensif : « il sait que je suis loin de mes parents et que j'ai besoin de nouer des relations pour ne pas être seule, mais il est jaloux et ne supporte pas que je discute avec un collègue. »

Mme F n'a pas confiance en son environnement et se sent seule, elle n'a personne sur qui se reposer, car sa famille est loin.

Aussi son fils fait l'objet de moqueries en continu, aussi bien de la part des enfants que des adultes : « souvent ils lui disent « aghyoul » je ne supporte plus d'entendre ce mot... sa petite sœur le lui disait aussi à un certain moment, puis on lui a interdit de le répéter. »

Mme F nous confie qu'elle ne s'est jamais adaptée à sa nouvelle vie ; loin de sa ville natale et de ses proches : « je me suis vendues, comme ça (sans réfléchir)... je ne me sens pas libre. » le ton de sa voix est chargé d'émotions et de regrets, ses yeux sont larmoyants.

La famille de Mme F semble n'avoir aucune ressource de résilience sur laquelle s'appuyer pour mener une vie de famille équilibrée et satisfaisante, ces ressources pourraient émerger si le diagnostic du petit garçon est posé définitivement, si Mme F finissait par s'adapter à son nouveau milieu et enfin si ce dernier était beaucoup plus bienveillant.

En ce qui concerne le sens de l'humour, Mme F nous confie que quand elle était encore jeune fille, elle était le bout en train de la famille, mais que maintenant elle n'a pas du tout envie de rire avec les autres. Elle apprécie de rire devant un film ou une comédie, mais ne partage cela avec personne.

Pour Mme F la spiritualité permet de se dire que toute cette épreuve n'est qu'un examen de dieu : « hamdoullah ala kouli hal...mais des fois on devient ignorants et on perd espoir... ». Mme F semble être désespérée et perdue, la spiritualité dans ce cas ne semble pas être une ressource éventuelle de résilience.

1.6.3 Interprétations des résultats de l'inventaire des ressources de la résilience :

L'évolution affective :

Avant et trois mois après le fracas :

Avant le trauma Mme F semblait épanouie sur le plan affectif, bien qu'elle montre une certaine peur de l'inconnu et ne souriait pas souvent.

Jusqu'à trois mois après le fracas, un grand changement s'opère sur le registre affectif de Mme F, la peur de l'inconnu s'est accentuée, son sens de l'humour s'est considérablement affaibli ainsi que sa capacité à faire preuve d'amabilité et de charme.

On note également la diminution de son optimisme et surtout la régression de son sentiment d'acceptation.

Neuf ans après le trauma :

Le registre affectif de Mme F semble être resté au même niveau qu'à trois mois après le fracas, seul le sens de l'humour et la planification de nouveaux projets ont connu une évolution, sans pour autant reprendre le niveau d'avant le fracas.

L'évolution cognitive :

Avant et trois mois après le fracas :

Avant le trauma, Mme F montrait des capacités cognitives très importantes.

Jusqu'à trois mois après le fracas, ses capacités cognitives ont baissé, elle fait preuve de moins d'intelligence, d'imagination créatrice et d'aptitudes ludiques.

Aussi son attention focalisée et sélective ainsi que ses stratégies de coping adaptées ont été considérablement affectées.

On note cependant, une capacité à trouver des voies d'accomplissement par l'activité et la sauvegarde de l'aptitude à manifester un sens de l'organisation.

Neuf ans après le fracas :

On ne note aucune évolution significative sur le plan cognitif, sauf pour la capacité à se divertir.

L'évolution sociale :

Avant et trois mois après le fracas :

Avant le trauma, les comportements prosociaux de Mme F sont présents et fréquents.

Jusqu'à trois mois après le fracas, le changement sur le plan social est considérable, presque tous les comportements prosociaux ont disparu pour laisser place à moins de sociabilité, à une instabilité identitaire et à un faible potentiel altruiste. Aussi la capacité à la narration de Soi a diminué.

Par contre, certaines capacités ont été protégées de l'effondrement, telles que la stabilité identitaire et la moralité.

Neuf ans après le fracas :

Sur le plan social en général, Mme F montre une légère évolution, la fréquence de certains comportements a augmenté, on note ainsi une plus grande autonomie et la reprise de la capacité à faire preuve d'altruisme.

L'évolution conative :

Avant et trois mois après le fracas :

Avant le trauma, le registre conatif de Mme F est riche, bien qu'elle ne montre pas un grand intérêt pour les activités artistiques.

Jusqu'à trois mois après le fracas, on note un appauvrissement du registre conatif. Avec moins d'empathie et une faible intelligence émotionnelle, ou encore une perte de volonté et de motivation.

Le sens de la spiritualité a été aussi touché ainsi que l'attirance pour les belles choses et la perte du sens de l'esthétique.

Cependant, le trauma semble permettre à Mme F de laisser ses émotions transparaître et d'en parler beaucoup plus facilement.

Neuf ans après le fracas :

Le registre conatif ne s'est pas enrichi de manière significative depuis le fracas, de légères évolutions apparaissent sans jamais reprendre les niveaux d'avant le trauma.

1.5.4 Synthèse et réflexion sur le cas :

La famille de Mme F est devant un dilemme, car l'IMC de leur petit garçon n'est pas confirmée, ce qui fait que le processus d'acceptation ne peut être amorcé.

Les ressources de résilience familiale sont défailtantes, l'entourage familial et social est intolérant et rejette le petit garçon.

Aussi, Mme F est éloignée de sa famille et de sa région natale, l'analyse de l'inventaire des ressources de la résilience, montre qu'elle n'a pas réussi à s'adapter à sa vie de femme mariée et à son nouvel environnement social.

Enfin, la relation de Mme F avec son mari n'est pas contenante et satisfaisante, la communication semble peu efficace et son mari est jaloux et possessif, ce qui empêche Mme F de construire des liens amicaux et de s'épanouir en société.

Le sens de l'humour n'est pas partagé et ne peut donc pas faire fonction de renforçateur des liens ou de réducteur de tension.

Mme F ne fait pas non plus preuve d'une grande spiritualité, sa croyance religieuse l'aide plus ou moins à accepter la différence de son fils, sans participer à accroître la capacité à faire face aux problèmes rencontrés.

Compte tenu de toutes ces difficultés et du nombre restreint de ressources de résilience, la résilience familiale ne peut émerger à ce moment-là.

2. Analyse générale des cas :

Chaque cas qu'on a eu l'occasion d'étudier lors de cette recherche a présenté des spécificités, chaque cas est unique et aurait donc besoin d'une étude approfondie et plus détaillée.

L'approche de la famille s'est faite à travers l'observation, l'entretien et la passation de l'inventaire des ressources de la résilience, des mamans ou du substitut maternel et l'observation de leurs enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale.

Les résultats obtenus sont plus ou moins homogènes :

Les résultats obtenus grâce à cette modeste recherche, ont permis de confirmer certains facteurs qui aident à l'émergence de la résilience au sein des familles, qu'on retrouve dans la littérature sur la résilience familiale, notamment celle de Marie ANAUT (2008). A savoir l'importance de l'entourage familial et social, en tant que source de support et d'affection, de la communication intrafamiliale, ainsi que le rôle protecteur que peut jouer la spiritualité et la croyance.

Le sens de l'humour également, est au regard des résultats obtenus, une source de résilience, à la fois individuelle et familiale, il permet la réduction de tension et semble remplir une fonction cathartique.

Aussi, nous avons pu confirmer qu'une résilience psychologique individuelle est difficilement réalisable par un enfant infirme moteur cérébral. Le degré de l'atteinte cérébrale, la dépendance et l'autonomie sont variables, ce qui fait que la résilience ne peut émerger sans l'assistance d'un tiers offrant un espace intermédiaire où il y a de la place pour l'erreur et surtout pour un développement harmonieux dans la limite des capacités physiques et

psychiques, ce qui confirme aussi ce qu'on retrouve dans la littérature sur la résilience des personnes handicapées, notamment les idées de Bernard TERRISSE (2009).

Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution du sens de l'humour en tant que ressource affective et celle de la spiritualité en tant que ressource conative, testé par l'inventaire des ressources de la résilience :

L'évolution du sens de l'humour

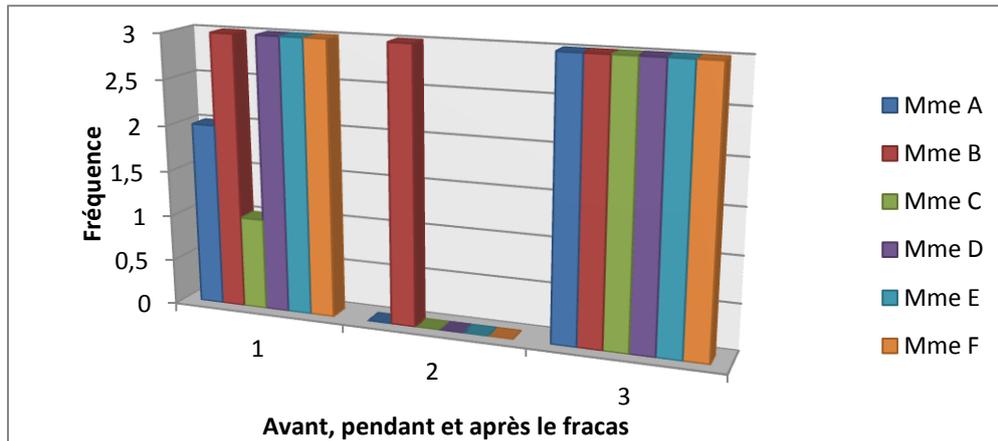


Figure 2

Ce graphique montre bien la différence qu'il y a entre le sens de l'humour des cas étudiés, avant, pendant et après le fracas.

Avant le fracas, Mme B, Mme D, Mme E et Mme F ont obtenu une note de 3/3, Mme A la note de 2/3 et Mme C la note de 1/3.

Au cours de la période pendant le fracas, on constate sur le graphique une baisse significative, des notes obtenues pour le sens de l'humour, tous les cas ont obtenu la note de 0/3, sauf Mme B qui a gardé la même note d'avant le trauma, à savoir 3/3.

Enfin, en ce qui concerne la période après le trauma, tous les cas étudiés ont obtenu la note complète.

L'évolution de la spiritualité

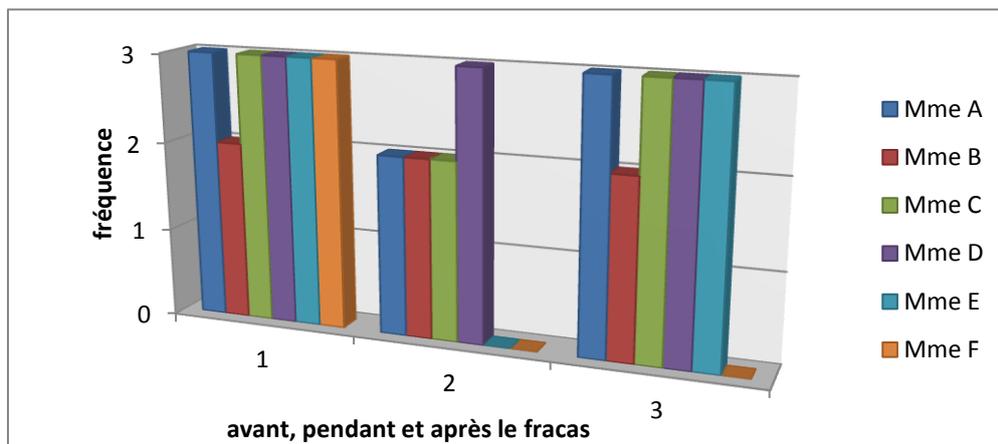


Figure 3

Cette illustration des résultats obtenus, montre qu'avant le fracas, tous les cas faisaient preuve de beaucoup de spiritualité et ont eu 3/3, sauf Mme B qui a obtenu une note de 2/3.

Au cours de la période pendant le fracas, Mme D maintient sa note de 3/3, Mme B maintient sa note de 2/3, Mme A et Mme C font preuve d'un peu moins de spiritualité et ont obtenu 2/3, quant à Mme E et Mme F, leur note a chuté à 0/3.

Après le fracas, tous les cas ont obtenu la même note qu'avant le fracas, sauf Mme F, qui a maintenu la note de la période, pendant le trauma, à savoir, 0/3.

3. Discussion des hypothèses :

Ainsi, parmi les hypothèses avancées, certaines sont confirmées et d'autres infirmées :

L'hypothèse générale dit que les familles dont l'un des membres est atteint d'IMC, développent un processus de résilience : cette hypothèse est confirmée, car sur les six familles étudiées, on retrouve que cinq familles résilientes.

La première hypothèse partielle postule que les familles résilientes dont un enfant est atteint d'une infirmité motrice cérébrale bénéficient d'un entourage familial, amical et/ou social bienveillant, cette supposition est infirmée par nos résultats, car sur les cinq familles résilientes, les cas de Mme D et Mme A ne bénéficient pas d'un entourage familial et social, source d'affection et de support.

La deuxième hypothèse partielle avance qu'une bonne communication intrafamiliale, est un facteur important dans l'émergence d'une résilience au sein des familles dont l'un des enfants est atteint d'IMC, cette hypothèse est confirmée car les cinq familles résilientes présentent une bonne qualité de communication, d'autant plus que la sixième famille non résiliente accuse une défaillance dans la communication.

La troisième hypothèse partielle suppose que l'humour soit un facteur de protection, important pour l'émergence d'un processus de résilience chez les familles dont un membre est atteint d'IMC, cette hypothèse est également confirmée chez les cinq familles résilientes et chez la famille non résiliente, Mme F affirme lors de l'entretien qu'elle a perdu tout sens de l'humour.

La quatrième hypothèse partielle postule que la spiritualité est aussi une ressource majeure, favorisant l'émergence d'un processus de résilience chez les familles dont l'un des enfants est atteint d'infirmité motrice cérébrale, cette hypothèse est aussi confirmée, car la croyance religieuse est très présente chez les cinq familles résilientes et faible chez la famille non résiliente.

De ce fait, on voit l'importance du soutien de l'entourage social et familial aux familles qui vivent des évènements traumatiques.

En ce qui concerne l'hypothèse selon laquelle, Les familles dont l'un des membres est atteint d'infirmité motrice cérébrale développent un processus de résilience, les entretiens semi-dirigés ont permis de démontrer que ces familles ont de nombreuses ressources pour développer une résilience familiale, sur les six cas étudiés, seul le cas de Mme F et sa famille, ne semble pas en marche de développer un processus de résilience.

A propos du rôle que peut jouer l'entourage, dans la promotion de la résilience familiale, il ressort des entretiens menés, que le support de l'entourage est très important.

Les entretiens ont aussi démontré que la communication au sein de la famille, aide à l'émergence d'un processus de résilience.

Quant au sens de l'humour et à la spiritualité, les entretiens ont fait ressortir leur influence sur la réduction de tensions et dans le processus d'acceptation du handicap de leurs enfants.

Nous souhaitons que ces résultats ont pu donner une idée sur la résilience des familles faisant face au handicap de l'un de leur enfant, nous espérons aussi qu'ils vont servir concrètement aux professionnels du secteur, à savoir les psychologues et orthophonistes qui prennent en charge cette population, les kinésithérapeutes et ergothérapeutes ainsi que tout le personnel soignant, que l'enfant et sa famille est amené à rencontrer souvent.

Ces résultats peuvent aiguiller les professionnels et les familles sur des idées pour promouvoir la résilience, à savoir stimuler et encourager les aptitudes et les compétences et ne pas accorder une attention particulière qu'aux problèmes et lacunes.

Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés, les cas étant uniques et les contextes différents, néanmoins, on peut s'y inspirer pour les adapter à chaque pratique psychosociale.

Cette recherche a plusieurs limites :

D'ordre pratique, les cas n'ayant pas pu être choisis sur des critères précis, il est difficile de généraliser les résultats obtenus.

Le choix de la passation de l'inventaire des ressources de la résilience sur les mamans et non pas sur les enfants, vu les difficultés motrices et langagières que ces derniers connaissent.

Les conditions dans lesquelles nous avons mené nos entretiens et notre test a pu biaiser les résultats.

Il aurait été préférable d'accéder à un nombre de cas plus grand pour effectuer une comparaison entre famille résiliente et famille non résiliente.

Les leviers auxquels on a pu accéder lors des entretiens, montrent des traces de vécu douloureux lors de l'accouchement chez certaines mamans.

A ce propos, nous proposons comme orientations pour des recherches futures, d'étudier la résilience chez les mamans ayant vécu un accouchement traumatique, car il nous semble que plusieurs mamans ont vécu des accouchements traumatiques et il serait intéressant de voir quelles sont leurs stratégies pour le dépasser, sont elles résilientes ? Si oui, quels sont les facteurs de protection ? Ça serait aussi pertinent si l'on pouvait suivre l'évolution des familles qu'on a étudiées, comment les IMC s'en sortent après quelques années ? Sont-ils plus autonomes à l'adolescence ? Ou à l'âge adulte ? Arrivent-ils à s'émanciper ?

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche a été menée en vue d'établir des résultats utiles et opérationnels sur le terrain, le cheminement en allant de l'idée du thème de recherche jusqu'à la récolte des données, ne s'est pas fait sans embûches.

Nous nous sommes lancés dans la recherche de la documentation relative au thème de la résilience en général, de la résilience familiale et l'infirmité motrice cérébrale. Cette étape nous a permis de découvrir l'existence d'un nouvel outil pour évaluer la résilience des individus, à savoir l'inventaire des ressources de la résilience, élaboré par Jean-Pierre Pourtois, Bruno Humbeeck et Huguette Desmet en 2012.

Ensuite, grâce aux différentes lectures effectuées, nous avons pu déterminer une problématique et des hypothèses de recherche. Puis, on a contacté un enseignant pour l'encadrement. A partir de ce moment, la pratique a commencé. Durant la pré-enquête, quelques modifications ont été apportées à ces dernières nous avons décidé d'adopter une approche de psychologie clinique éclectique et objective.

Puis, nous sommes arrivés à la phase pratique de la recherche où nous avons eu la possibilité de rencontrer les cas, des mamans et leurs enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, avec lesquels ont s'est entretenue de manière directe, ou dans le cadre d'observation. Les mamans ont participé à la passation de l'inventaire des ressources de la résilience, qui a révélé des informations précieuses.

Enfin, comme dernière phase, l'analyse des données obtenues grâce aux entretiens et les résultats de l'inventaire des ressources de la résilience.

L'analyse des résultats a permis de confirmer la quasi-totalité des hypothèses émises au préalable. Ainsi, le sens de l'humour et la spiritualité seraient des ressources de résilience, retrouvées chez les familles résilientes et sont absentes ou défaillantes chez la famille non résiliente. L'entourage social et familial bienveillant est un autre facteur de protection, mais on ne le retrouve pas systématiquement chez les familles résilientes. Une communication de qualité au sein de la famille est aussi un facteur majeur pour l'émergence d'un processus de résilience en son sein.

Ces résultats peuvent servir aux psychologues, travailleurs sociaux, associations d'aide aux personnes handicapées, les médecins spécialisés dans la rééducation fonctionnelle ainsi qu'à tout le personnel soignant qui est inclus dans la prise en charge des personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale. Une attitude empathique et bienveillante envers cette catégorie de sujets handicapés, peut les aider à mieux se développer. La connaissance du concept de résilience et ses modalités d'application sur-le-champ clinique peut être un atout pour sa promotion sur le terrain.

Le concept de résilience a plus ou moins modifié le regard des psychologues sur leur pratique clinique traditionnelle, en attachant plus d'importance aux acquis d'un ou d'une patiente, qu'à ses pertes, permet d'avoir une vision plus positive de l'état psychologique de son patient, d'autant plus si l'on a à travailler avec des groupes thérapeutiques ou des familles, travailler sur les possibilités des individus ou de groupes, permet d'augmenter leur niveau d'estime de soi et les pousse à aller de l'avant et se relever même des épreuves les plus difficiles.

De ce fait, il serait intéressant que d'autres travaux de recherches sur le thème de la résilience, voient le jour au cours des prochaines années universitaires.

Le thème de la résilience est récent, surtout en Algérie, où les recherches abouties sur ce thème sont trop peu nombreuses, pourtant cette présente recherche prouve que ce concept présente un réel intérêt à être étudié en profondeur. Aussi, des recherches futures pourraient aborder la résilience au sein des familles ayant un enfant atteint d'autisme, pour comparer leurs résultats avec les études françaises sur ce thème.

Liste Bibliographique

- 1- Anaut M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance, *Connexions*, no77, 101-118.
- 2- Anaut, M. (2005). Résilience et personnes en situation de handicap, *Reliance*, no 15, 16-18.
- 3- Anaut, M. (2005). Regards sur la résilience et la singularité des situations de handicap, *Reliance*, no 16, 13-15.
- 4- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82, 4-11.
- 5- Anaut, M. (2008). *la résilience surmonter les traumatismes*. Villeneuve d'Ascq : Armand Colin.
- 6- André-Fustier, F. (2011). *L'enfant insuffisamment bon*. Paris : Dunod.
- 7- Ansen- Zeder, E. (2010). *Altérité traumatique, adaptation, résilience, être frère ou sœur d'une personne en situation de handicap mental*. Thèse de doctorat en psychologie, sous la direction du professeur Thommen, E. Université de Franche-Comté.
- 8- Arnaud, M. (2003). Forme de résilience dans le groupe fraternel, *Le Divan familial*, N° 10, 23-131.
articles/2004/11/06/article.php?sid=15443&cid=2.
- 9- Benghalem, I. (2009-2010). *Etudes de facteurs de résilience (facteurs de protection) chez les enfants victimes de divorces*. Mémoire de magistère en psychologie clinique. Université Mentouri Constantine.
- 10- Bénony, H., & Chahraoui, kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- 11- Bouakba, A. (2011). *Algérie : pour un dépistage précoce de l'infirmité motrice cérébrale*. Date de consultation: 30/01/2013. From <http://fr.allafrica.com/stories/>
- 12- Bouchloukh, M. (2008-2009). *Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs*. Thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de pr. LOUKIA H., Université Mentouri de Constantine.
- 13- Boukerrou, A. (2009-2010). *Emergence du fonctionnement de résilience chez l'enfant abandonné*. Mémoire de magistère en psychologie clinique. Université Mentouri Constantine.
- 14- Bouteyre, E. (2004). *réussite et résilience scolaire chez l'enfant de migrants*. Paris : Dunod.

- 15- Chabrol, H. & Callahan, S. (2004). *mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.
- 16- Ciccone, A. (1998). *l'observation clinique*, Paris : Dunod.
- 17- Courtois, R., Pennequin, V., Roulin, J., Adrien, J-L., Courtois, A.,& Dionne, C. (2010). *réussir son mémoire en psycho : élaboration et rédaction du travail d'étude et de recherche*. Bruxelles : De Boeck.
- 18- Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *résilience connaissances de base*. Paris : Odile Jacob.
- 19- Cyrulnik, B. (2001). Manifeste pour la résilience, *Spirale*, no 18, 77-82.
- 20- Cyrulnik, B., Bustany, P. , Oughourlian, J-M., André, C., Janseen, T. & Van Eersel .(2012). *votre cerveau n'a pas fini de vous étonner*. Paris : Albin Michel.
- 21- De Clercq, M. & Lebigot, F. (2003). *les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- 22- De Tychey, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience, *Cahiers de psychologie clinique*, no 16, 49-68.
- 23- Delage M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, *Thérapie familiale*, Volume 23, 269-287.
- 24- Delage, M. & Cyrulnik, B. (2010). *famille et résilience*. Paris : Odile Jacob.
- 25- Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience, Qu'en fait le systémicien, *Thérapie Familiale*, Vol. 25, 339-347.
- 26- Expertise collective (INSERM). (2004). *Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge*. Paris : INSERM.
- 27- Gauthier, S. (2010). *Le processus de résilience chez les adultes ayant vécu de la maltraitance lors de l'adolescence ou de l'enfance*. Mémoire, Université du Québec, Chicoutimi.
- 28- Goussé, V. & Lovato, M-A. (2008). La résilience familiale dans les familles ayant un enfant atteint d'un handicap : des modèles à la pratique, *Pratiques psychologiques*, no 15, 427–433.
- 29- Goussé, V. (2010). Handicap grave et résilience : l'exemple de l'autisme. *Bulletin de psychologie*, Numéro 510, 417-421.
- 30- Guidetti, M. & Tourrette, C. (2004). *handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin.
- 31- Jaspard, M. (2002) Quand un des petits-enfants présente un handicap, ce que vivent les grands-parents, *Dialogue*, no 158, 85-95.

- 32- Laval, V. (2011). *la psychologie du développement modèles et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- 33- Lecomte, J. (2005). Favoriser la résilience des personnes handicapées mentales,
- 34- Lecomte, J. (2009). *introduction à la psychologie positive*. Paris : Dunod.
- 35- Lecomte, J. (2010). *la résilience se reconstruire après un traumatisme*. Paris : Editions Rue d'Ulm.
- 36- Lemay, M. (2005). Déterminismes et résilience, *Empan*, no57, 77-86.
- 37- Liberman, R. (1998). *Handicap et maladie mentale*. Paris : PUF.
- 38- Lighezzolo, J. & De Tychev, C. (2004). *la résilience se reconstruire après le traumatisme*. France ; Editions In Press.
- 39- Lighezzolo, L., Marshal, S., & Theis, A. (2003). La résilience chez l'enfant maltraité : « tuteur de développement » et mécanismes défensifs (approche projective comparée). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no 51, 87-97.
- 40- Loucif, L. (2009). *La résilience chez les traumatisés suite à l'accident de la route*. Mémoire de magistère en psychologie clinique. Université Mentouri, Constantine.
- 41- Maestre, M. (2002). Entre résilience et résonance, à l'écoute des émotions, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no 29, 167-182.
- 42- Maisondieu, J. & Métayer, L. (2009) *les thérapies familiales*. Liban : éditions point delta.
- 43- Maktour, A. (2004). *Enfants souffrant d'infirmité motrice cérébrale (IMC) : le drame*. Date de consultation: 14/02/2013. From <http://www.lesoirdalgerie.com/201112130904.html>.
- 44- Manciaux, M. (2001). « La résilience » Un regard qui fait vivre, *Études*, Tome 395, 321-330.
- 45- Manciaux, M. (2006). Handicap, résilience, éthique, *Reliance*, no 20, 11-16.
- 46- Merdaci, M. (2010). *une psychologie du champ algérien, éléments de clinique sociale*. Alger : Office des Publications Universitaires.
- 47- Motassem-Mimouni, B. & Belaila, kh. (2011). *éléments de psychomotricité pour jeunes enfants*. Alger : Office des Publications Universitaires.
- 48- Pourtois, J-P., Humbeeck, B., & Desmet, H. (2012). *les ressources de la résilience*. Paris : Presses universitaires de France.
Reliance, no 18, 15-20.

- 49- Rutter, M. (2002). La résilience en face de l'adversité, facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques, *Études sur la mort*, no 122, 123-146.
- 50- Sadlier, K. (2001). *l'état de stress post-traumatique chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.
- 51- Sam, N. (2009). *L'infirmité motrice cérébrale (IMC)*. Date de consultation: 30/01/2013. From <http://orthophoniealgerie.unblog.fr/linfirmite-mortice-cerebrale-imc/>.
- 52- Samai-Haddadi, D. (2010) *psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*. Alger : office des publications universitaires.
- 53- Selvini, M. (2002). Mara Selvini Palazzoli, une histoire emblématique de résilience, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no 29, 193-201.
- 54- Sillamy, N. (2003). *dictionnaire de psychologie*. Montréal : Larousse-vuef.
- 55- Terrisse, B. et al. (2007). Résilience et handicap chez l'enfant, *Reliance*, n° 24, 12-21.
- 56- Theis, A. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience : étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil*. Thèse de doctorat en psychologie clinique, sous la direction du professeur De Tychev, C. Université de Nancy 2.
- 57- Thommen, E. (2010). *les émotions chez l'enfant, le développement typique et atypique*. Paris : Editions Belin.
- 58- Tisseron, S. (2012) *la résilience*. Liban : Editions Point Delta.
- 59- Wintgens, A. & Hayez, J.-Y. (2003). Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques : résilience, adaptation ou santé mentale compromise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no 54, 377-386.