

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et sociales

Département des sciences sociales

Option : psychologie clinique



*Mémoire de Fin de Cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en psychologie clinique*

Thème

**Systeme familial et dépression chez
les handicapés moteurs**

**Etude clinique de quatre (04) cas à travers le
FAT**

Présenté par

- ◆ *TAMIMOU Sabrina*
- ◆ *TAMIMOU Saida*

Encadré par

- ◆ *GACI Khelifa*

Année universitaire 2014-2015

Remerciement

On tient tout d'abord à remercier Dieu de toute puissance qui nous a procuré de la volonté et du courage pour mener à terme ce modeste travail.

On remercie particulièrement monsieur GACIK helifa, mon promoteur qui nous a guidés, conseillés, soutenus et relus tout au long de l'année. On a réellement apprécié son implication personnelle et son intérêt pour notre travail.

Nous remercierons les membres du jury de nous avoir honorés par leur présence et d'avoir accepté d'évaluer notre travail.

On souhaite remercier également l'association Echo de Tazmalt, en particulier le président ACHOUR Sofiane, la psychologue Amina et l'ensemble du personnel.

On remercie sincèrement tous les handicapés qui ont accordé leur consentements, confiance et amitié à notre recherche.

On remercie enfin tout notre entourage et en particulier les personnes qui nous ont relus ou aidés à différents niveaux.

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans toutes ces personnes, leur intérêt et leur implication et j'espère qu'il sera à la hauteur de leurs attentes.

Dédicace

Nous tenons à dédier ce modeste travail à ceux qui nous sont très chers :

- ◆ *D'abord à mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour qui m'ont soutenus tout au long de ma vie, je les remercie infiniment.*
- ◆ *A mon chère frère RABAH qui m'a toujours soutenu, encourager et donner espoir c'était un exemple d'une volonté à être toujours le meilleur et que j'aime infiniment.*
- ◆ *A mes sœurs : Malika, Farida, Rabiha et Karima.*
- ◆ *ainsi mes neveux et nièces : Thanina, Mayas, Radia, Sonia, Nacer et Messaoud.*
- ◆ *A mes beaux-frères : Farid, Hamza et Redouane.*
- ◆ *A mes amies que j'ai la chance de connaître pendant mes études et que j'adore : Brahim, Yousef, Chany, Rina, Sassa, Samira, Katia, Yasmina, Sylia, Nawal, Sabrina, Tahar.*
- ◆ *A tout ceux que j'aime et qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.*

saida

Dédicace

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers:

- ♦ *D'abord à mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour et qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus étudiant, je les remercie infiniment.*
- ♦ *A mon frère : Rabah et à mes sœurs : Malika, Farida, Rabiha, Karima, Saida.*
- ♦ *A mes petits neveux et nièces : Nacer, Massaoud, Radia, Sonia, Manou et Mayass.*
- ♦ *A toute ma famille paternelle et maternelle.*
- ♦ *Sans oublier mes amis garçons et filles : Djohra, Sylia, Ahmed, Nawel, Sabrina, Sassa, Youcef, Eliot, Chahinaz, Rina, Katia, Fares, Djamel.*
- ♦ *A mes beaux frères : Hamza, Redouane et Farid*
- ♦ *A tous les personnes que j'aime et qui m'aime.*

Sabrina

Sommaire

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Sommaire

Liste des tableaux

Introduction générale.....I

Cadre générale de la problématique

Problématique et hypothèse.....IV

Partie théorique

Chapitre I : handicap moteur

1-La notion de l'handicap..... 1

2-Définition 2

3- Les 5 grandes familles de handicap 5

3-1-Les déficiences motrices..... 5

3-2-Les déficiences intellectuelles 6

3-3-Les déficiences auditives 6

3-4-Les troubles psychiatriques 6

3-5- le polyhandicap..... 6

4- les handicaps moteurs 6

4- 1- l'infirme moteur cérébral..... 7

4-1-1- description du trouble..... 7

4-1-2- étiologie..... 8

4-2-les handicaps moteurs d'origine non cérébrale 9

Sommaire

4-2-1- les handicaps moteurs temporaires	9
4-2-2- les handicaps moteurs définitifs.....	9
4-2-3- les handicaps moteurs évolutifs	10
5- classement des causes par mécanisme générale de survenu.....	11
5-1- handicaps congénitaux et acquis	11
5-2-handicaps par malformation, maladie, blessure traumatique, vieillissement	11
5-3- handicaps évolutifs et non-évolutifs.....	13
6-Handicap moteur, aspects psychologiques	14
6-1-Altération dans le processus d'identification primaire	14
6-2-Altération dans la constitution du lien social	16
6-3-Le corps : le corps persécuteur ; construction du moi corporel	16
7-les familles des personnes handicapées	17
7-1-des familles à la fois semblables et différentes des autres	17
7-2- des familles qui doivent en faire plus que les autres pour s'occuper de leurs membres	18
8-Le rôle du psychologue face au patient handicapé	20

Chapitre II : La dépression

1-élément historique	22
2-définition de la dépression	23
3- les deux formes classiques de la dépression	24
3-2-La forme dite « psychogène »	24
4- les facteurs de dépressions	25
4-1-Les facteurs biologiques	25
4-2-Les facteurs psychologiques.....	26
4-3-Les facteurs liés l'environnement social ou familial.....	27

Sommaire

5-clinique de la dépression	27
5-1-Diagnostic de la dépression	27
5-2- Caractéristique clinique de la dépression et risque suicidaire.....	28
6-nosographie de la dépression	29
7-sémiologie des états dépressifs et des troubles thymiques	30
7-1-l'humeur dépressifs, triste	30
7-2-Le ralentissement et l'inhibition.....	31
7-4- les signes « objectifs »	33
8-les différents types de la dépression	33
8-1-la dépression psychogène	33
8-2-la dépression mélancolique	34
8-3-la dépression masquée	35
8-4-la dépression d'involution	36
9- les théories de la dépression.....	36
9-1-Les théories biologiques	36
9-2-La théorie psychanalytique.....	36
9-3-Les théories cognitives	37
9-4-La théorie événementielle.....	37
10-principes du traitement.....	37
10-1-Le cadre thérapeutique	37
10-2-les médicaments antidépresseurs.....	38
10-3- autres traitements biologiques	39
10-4-Approche psychothérapeutiques.....	40

Sommaire

Chapitre III : système familiale et ses caractéristiques

1-le système.....	42
1-1- La théorie de système.....	42
1-1-1- Qu'est - ce qu'un système ?.....	42
1-1-2-Propriété des systèmes.....	43
1-1-3- Trois concepts majeurs.....	45
2-le système familial.....	46
2-1- Le fonctionnement familial.....	48
2-1-1- La communication.....	48
2-1-2- L'expression des sentiments.....	49
2-1-3-La résolution de problème.....	50
2-1-4-La distribution des rôles.....	51
2-1-5-L'engagement affectif.....	51
2-1-6- Le contrôle des comportements.....	53
2-2-La structure familiale.....	54
2-2-1- Le système familial et ses sous systèmes.....	54
2-2-2-Les frontières.....	56
2-2-3-Le réseau social.....	58
2-3- Cycle de vie de la famille.....	59
2-3-1-Les étapes du <i>cycle</i> de vie de la famille.....	59
3-notions de famille.....	60
3-1-différentes Définitions des familles.....	61
3-2-Les types de famille.....	62

Sommaire

3-3- Les fonctions de la famille	62
3-4- La famille algérienne et ses caractéristiques	63
3-5- Règles familiales, rituels, homéostasie.....	64
3-6- Typologie familiale, adaptation, cycle évolutif.....	67
3-7- Communication et affectivité	68
3-8- Valeurs et mythes	69
4- dysfonctionnement familiale.....	70
4-1- dysfonctions « territoriales »	70
4-2- les rôles pathologiques	71
4-3- Emotions, conflits, pseudo-conflits	72
4-4- typologie des familles dysfonctionnelles.....	73

Chapitre IV : cadre méthodologique

La pré-enquête	76
1- La méthode de recherche	77
2- Groupe d'étude.....	78
2-1- caractéristique du groupe d'étude	78
3- Durée et lieux de recherche	79
4- Les outils de la recherche.....	79
4-1- entretien clinique	79
4-1-1- l'entretien semi directif	80
4-1-2- le guide d'entretien.....	80
4-2- le test de F.A.T	81
4-2-1- un test	81

Sommaire

4-2-2- le FAT (Family Apperception Test)	81
4-2-3- L'échelle de dépression de Beck.....	88
5-Déroulement de la recherche	91

Chapitre V : Analyse est discussion des résultats

Présentation et discussion des résultats des quatres cas.....	92
1-présentation du premier cas	92
1-1-présentations et discussions de l'entretien clinique.....	92
1-2-Analyse de l'entretien de premier cas	96
1-3-Analyse de protocole du F.A.T du premier cas.....	97
1-4-Feuille de cotation de premier cas.....	100
1-5Analyse des huit (VIII) questions	101
1-6-présentation des résultats de BDI-II de premier cas.....	104
1-6-1- tableau N ⁰ 1, résultat N ⁰ 1	104
1-7-Synthèse du premier (1) cas	107
2-Présentation de deuxième cas	107
2-1-Présentations et discussion de l'entretien clinique.....	107
2-2- Analyse de l'entretien de deuxième cas	111
2-3-Analyse de protocole du F.A.T de deuxième cas.....	111
2-4 La feuille de cotation du deuxième cas.....	116
2-5- Analyse des huit (VIII) questions de deuxième cas	117
2-6-présentations des résultats de BDI-II de deuxième cas.....	119
2-6-1- tableau N ⁰ 2, résultat N ⁰ 2	119

Sommaire

2-7-Synthèse de deuxième (2) cas	122
3-présentation du troisième cas	123
3-1-présentations et discussions de l'entretien clinique.....	123
3-2- Analyse de l'entretien de troisième cas.....	125
3-3-Analyse de protocole du F.A.T de troisième cas.....	126
3-5- Analyse des huit (VIII) questions de troisième cas	131
3-6- présentation des résultats de BDI-II de troisièmes cas.....	131
3-6-1- tableau N ⁰ 3, résultat N ⁰ 3	133
3-7-Synthèse du troisième (3) cas	136
4-présentation de quatrième cas	136
4-1- présentation et discussions de l'entretien clinique	136
4-2- Analyse de l'entretien de quatrième cas.....	139
4-3-Analyse de protocole de F.A.T du quatrième cas	140
4- 4 -Feuille de cotation de quatrième cas	145
4-5-l'analyse des huit (VIII) questions du quatrième cas	146
4-6- présentation des résultats de BDI-II de quatrième cas	148
4-6-1- tableau N ⁰ 4, résultat N ⁰ 4.....	148
4-7-Synthèse de quatrième (4) cas	151
5-discussion générale des resultats.....	151
6-Discusion des hypothèses	153
Conclusion générale.....	161

La liste bibliographique

Les annexes

Sommaire

Liste des tableaux :

Tableau n°	Titre	Page
Tableau N° : 1	Récapitule les cas de groupe d'étude	78
Tableau N° : 2	Note des seuils au BDI-II	91
Tableau N° : 3	Résultat de BDI-II de premier cas	104-106
Tableau N° : 4	Résultat de BDI-II de deuxième cas	120-122
Tableau N° : 5	Résultats de BDI-II de troisième cas	134-135
Tableau N° : 6	Résultats de BDI-II de quatrième cas	148-150
Tableau N° :7	Feuille de cotation de premier cas	101
Tableau N° :8	Feuille de cotation de deuxième cas	117
Tableau N° :9	Feuille de cotation de troisième cas	131
Tableau N° :10	Feuille de cotation de quatrième cas	146

Introduction

Introduction

L'handicap suscite un malaise : c'est une personne pas comme les autres d'un point de vue du milieu extérieure, des mouvements incontrôlés et des comportements bizarres. Il est difficile de trouver une attitude face à eux, attention ni trop distante, ni trop compatissante, ni...ni...on a toujours fait faux, on est à coté de la plaque.

Pour Hesbeen (1990) Un handicap est la situation dommageable liée aux conséquences des obstacles que rencontrent la personne infirme et/ou invalide et ses proches dans le déroulement de la vie quotidienne.

La Classification internationale du fonctionnement fait référence à trois composantes du handicap : la déficience, les limitations d'activités et la restriction de participation. La déficience est une atteinte de l'organe dans sa fonction ou sa structure. Les limitations d'activités et les restrictions de participation désignent les difficultés qu'une personne rencontre pour mener une activité ou tenir son rôle d'être social.

Le corps tourmenté n'induit pas une tranquillité existentielle ni pour celui qui en est l'objet, ni pour celui qui est témoin et regarde. Très tôt nous ressentons cette difficulté qui s'installe entre l'autre et nous, ce qui provoque des réactions de frustrations qui ne font qu'accentuer notre insécurité fondamentale.

Le regard des autres déclenche souvent en nous des réactions émotionnelles assez intenses parce qu'il nous semble mettre l'accent sur l'anormalité, notre dissemblance qui nous fait si mal. Il me semble que nous vivons le regard que l'on nous porte avec une certaine ambivalence. Il peut renforcer notre sentiment d'étrangeté, comme il peut aussi être un signe de reconnaissance sociale et par là confirmer notre appartenance à la communauté humaine.

La dépression comme étant réaction émotionnelle qui peut toucher n'importe quel individu mais plus particulièrement la personne handicapée, donc la dépression est généralement un « épisode » c'est-à-dire elle se manifeste suite à un événement ou période de vie ou bien spontanément, chez un sujet par ailleurs plus au moins indemne de trouble de ce type, ces idéations dépressifs sont généralement exprimer sous forme d'une plainte douloureuse ou parfois d'un discours cynique sur un monde d'épouvante de sens.

Introduction

Cette souffrance physique et psychologique nécessite une compréhension de la part de ce milieu qu'on appelle « famille », cette famille qui contient un membre dont le comportement lui échappe. Elle souffre de ne pas le comprendre et/ou de ne pas être comprise par lui, qui participe aussi à la souffrance de tous.

La famille est une « cellule de base », la pièce maîtresse de l'organisation sociale. Elle est la première communauté de vie, le refuge, un point d'ancrage fort. A ce jour aucune société n'a pu se passer complètement d'elle, en raison de la nécessité d'élever les enfants, d'assurer leur éducation, c'est aussi enfin, le lieu de l'amour et de l'affection.

La présence d'un enfant handicapé au sein d'une famille est-t-il vraiment une cause des perturbations au sein de la dynamique familiale ? C'est la question fondamentale de notre étude.

Notre travail d'étude s'introduit par un cadre générale de la problématique dans la quelle on a parlé de la problématique et des hypothèses, puis on a abordé deux grandes parties, une premier théorique, et l'autre pratique, Dans la partie théorique contient trois chapitres :

le premier chapitre aborde la notion et définitions de l'handicap, les types de l'handicaps, la définitions d'handicap moteur et ses origines, la classements des causes par mécanismes générale de survenu, l'aspects psychologique de l'handicap moteur à travers sont altération dans le processus d'identifications primaires et dans la constitution du lien sociale et sur la construction du Moi corporel, les familles des personnes handicapées, en fin le rôle du psychologue face aux patient handicapé.

Dans deuxièmes chapitre s'entame avec l'historique et définition de la dépression, les deux formes classiques de dépression, les facteurs biologiques, psychologiques, d'environnement sociale ou familiale de la dépression, clinique de la dépressions, nosographie de la dépression, sémiologies des états dépressifs et des troubles thymiques, les différents types de dépression, les théories de dépression et les principes du traitements.

le troisièmes chapitres est consacré sur le systèmes familiale et ses caractéristiques, dans la quelle en a aborder la théorie du système, le système familiale dont sont fonctionnement, sa structure et le cycle de vie de la famille, puis la notion famille à savoir sa définitions, les types de famille, les fonctions

Introduction

familiales , caractéristiques de la famille, règles et typologie familiale, communications et affectivité, ses valeurs et ses mythes et le dysfonctionnement familiale.

La partie pratique composé de deux chapitre, le premier c'est la procédure méthodologique qui est la pré-enquête, méthode de recherche, groupe d'étude, les outils de la recherche, guide d'entretien, le test de FAT, et l'échelle de Beck. Dans le deuxième chapitre sera réservé à la présentation des cas, discussion et analyse de l'entretien, analyse de protocole des FAT, présentations des résultats de BDI-II pour les quatre cas, discussion générale des résultats et des hypothèses, et conclusions générale, liste bibliographique et les annexe.

Cadre générale de la problématique

La problématique :

Etre parents, c'est une formidable aventure à travers laquelle nos enfants acquièrent leur autonomie, leur indépendance et la capacité à bâtir leur projet de vie, mais lorsque en devient parents d'enfants handicapés, c'est une aventure très particulières, un défi ou s'entrecroisent une lutte continue et de grandes satisfactions lorsque les frontières de la dépendance reculent et que l'on rencontre la confiance des autres.

Enfant ou adulte , porteur d'un handicap moteur avec ou sans trouble associés , la personne handicapée est un sujet qui partage notre humanité et s'insère dans la société ou nous vivons, si ses difficultés sont d'origine néonatale, telles les infirmités motrice d'origine cérébrale (IMOC), ou liées à des malformations congénitale ou encore à des maladies évolutives graves dès la petite enfance donc nous intéressons à la naissance psychologique de cette handicapé.(benyahia. Y, 1996, p 60).

La classification international handicap CIH décrit ainsi à travers l'atteinte du corps, bien sur (déficience), mais aussi la difficulté ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ses déficiences (incapacités) et les problèmes sociaux qui en résultent (désavantage).(benyahia. Y, 1996, p 5).

Selon les données épidémiologiques en constate que les IMC présente 62%d'entre eux, la déficience motrice et en premier plan, 17.5 sont considérés comme polyhandicapés et 18% ont un retard intellectuel.(Guidetti. M et Tourette. C, 2002, p 29).

Le handicap moteur, visible d'emblée, affirme une différence qui peut aboutir à l'exclusion et même entrainer un certains racisme, dans une société qui privilégie l'esthétique, la personne handicapée est confronté à connaitre, apprécier, estimer un corps différent, à le reconnaître, à le reconquérir. Le

Cadre générale de la problématique

handicap moteur provoque une blessure, une souffrance physique mais aussi morale et éventuellement un sentiment d'injustice, le regard amplifie cette souffrance et, petit à petit, peut provoquer divers réaction : soit un repli sur soi, un isolement, une véritable solitude, l'absence de prise de responsabilité ou de risque, soit à l'inverse, parfois à la provocation, l'agressivité un certains exhibitionnisme, une prise de risque démesurer.(Benyahia. Y,1996, p 9).

Nous vivons sans doute des périodes ou nous aurions pu nous décrire comme terriblement déprimé ou extraordinairement heureux. Mais il arrive aussi que ces humeurs extrêmes empêchent certaines personnes de mener une existence normale.

La dépression touche annuellement près de cent millions de personnes dans le monde (Beach et Jones, 2002) et affecte tous les milieux socioéconomiques et toutes les tranches d'âge. Le risque à vie d'avoir une dépression majeur varie entre 10 % et 25 % pour les femmes et 5 % à 12 % pour les hommes.(Wright. J, Lussier.Y et Sabourin. S, 2008, p 624).

La dépression est considérée comme la « rhume de la psychopathologie), à la fois en raison de sa fréquence et parce que tout le monde ou presque à déjà ressenti aspect quelconque de ce trouble à un moment de sa vie.

Les individus chez qui l'on diagnostique une dépression se différencier par l'gravité et la durée de leur symptômes. Nombre d'entre eux se retrouvent aux prises avec une dépression clinique ponctuelle, limitée à quelques semaines seulement, tandis que d'autres en souffrent de façons chronique ou épisodique pendant de longues années.

La dépression provoque un éprouvé désagréable tant mental que corporel de tristesse, d'inhibitions, de ralentissement. La personne a une représentation péjorative de soi, un sentiment d'infériorité ou de dévalorisation. Elle ressent parfois une culpabilité, des regrets. L'intellect est ralenti et diminué, la mémoire

Cadre générale de la problématique

est moins bonne, l'attention est altérée. On retrouve des répercussions somatiques comme l'asthénie, l'altération de l'appétit, le sommeil est perturbé en qualité et en quantité. (Juignet. P, 2001, p18-19).

En psychiatrie, le terme « dépression », comporte aux moins trois significations (H.F. Lehmann, 1959), il peut se rapporter à un symptôme, à un syndrome et aussi à une entité nosologique. On trouvera dans le travail de M. Lorr et coll, en 1967 une échelle de symptôme divers qui diversifient, en effet, ce concept jusqu'à le rendre un synonyme euphémique de beaucoup de maladies mentales.

La classification des états dépressifs n'a pas cessé d'être remise en questions surtout depuis l'apparition de thérapeutiques efficaces. Les tentatives successives de remaniement se superposent et s'enchevêtrent, Pichot (1978) à proposer un résumé la distinctions principale de trois groupes classiques : les dépression *endogènes*, bien illustrées par la crise mélancolie de la psychose maniaco-dépressive ; la dépression *exogènes-psychogènes*, souvent appelées dépressions névrotiques ou réactionnelles ; et les dépressions symptomatiques d'une psychose ou d'une affection organique.(Ey.P. et Bernard. P et Brisset. CH, 1989, p167).

Cette pathologie à la fois physique et psychique touche donc les personnes handicapées, une singularité de conditions qui rend soudain une famille incomparable aux autres. L'enfant existe avant le handicap et non pas à travers ou derrière, et les parents sont avant tout des parents et pas seulement avec tous les problèmes que cela pose.

La famille n'a jamais été aussi courtisée qu'aujourd'hui. Parée de toutes les vertus, elle serait le remède miracle aux divers maux qui frappent notre société : solitude, violence, perte des repères moraux, érosion des solidarités. On attend d'elle qu'elle pallie les déchirures sociales, les dysfonctionnements

Cadre générale de la problématique

collectifs. Autant dire que, dans un temps obscurci par les difficultés économiques et sociales, la famille est d'abord perçue comme une vraie « valeur-refuge ».

Murray Bowen (1946) fut l'un des premiers à considérer la famille comme système émotionnel dont les membres sont liés et doivent en même temps se différencier. En cas de non-différenciations de ses membres la famille devient une masse émotionnelle fusionnée, génératrice d'angoisse. (Kapsambelis. V, 2012, p 168).

La théorie des systèmes parle de la famille comme une entité en soi. Les liens entre les membres de la famille sont si étroits que tout changement de comportement chez l'un d'entre eux se répercute sur les autres et sur l'ensemble du système familial.

En tant que système, la famille possède une autre caractéristique : elle est capable de s'adapter aussi bien aux exigences de son environnement social qu'aux différentes phases de son propre développement, soit en amorçant elle-même le changement soit en évaluant en réponse aux informations reçues. Elle parvient ainsi à établir un équilibre entre deux fonctions apparemment contradictoires : sa tendance à l'homéostasie et sa capacité de se transformer (Andolfi, 1982). L'évolution de la famille passe donc par l'alternance de phases d'équilibre et de phases de déséquilibre.

Les périodes critiques où l'équilibre familial risque d'être rompu coïncident avec les étapes du cycle de vie de la famille telles que la formation du couple, la naissance d'un enfant, le vieillissement et la mort. (Beudet. L. De. Montigny.F, 1997, p.14-15).

Nous avons opté dans notre recherche la théorie cognitive-comportementale dans le chapitre théorique, qui concerne la pathologie

Cadre générale de la problématique

dépressif, dans la quelle elle donne une grande importance pour la pensée, la cognition, émotions et comportement, ainsi que l'orientation systémique qui met l'accent sur la relations, s'articulant sur les interrogations du fonctionnement systémique familiale.

Ce qui nous pousse à poser les questions suivantes :

Est-ce que les handicapés moteurs souffrent de symptômes dépressifs ?

Est-ce que les handicapés moteurs perçoivent que leur système familial est perturbé ?

Les hypothèses :

Les handicaps moteurs souffrent de symptômes dépressifs.

Les handicapés moteurs perçoivent que leur système familial est caractérisé par les conflits, les résolutions négatives et la fermeture du système sur les relations extérieures.

Définitions conceptuelles des concepts :

Handicap moteur : c'est une atteinte de perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction (physiologique ou anatomique) de la motricité c'est-à-dire de capacité du corps ou d'une partie du corps à ce mouvoir quelque soit le but ou la fonction du mouvement produit tel que : les déplacements, fonction posturale, communication, alimentation, et perception du monde...etc.

Dépressions : Chaque individu a un niveau de base de l'humeur qui varie dans le sens du plaisir ou du déplaisir en fonction des sollicitations de l'environnement ou de ses représentations personnelles ; cependant, il reste relativement maître de ses expériences émotionnelles successives. En revanche, chez le déprimé, l'humeur est non seulement affaissée, déprimée, mais elle n'est plus contrôlable. Elle envahit le vécu du sujet qui ne peut s'en départir, même en changeant d'univers relationnel ou d'activité.

La famille : est un système composé des individus (père, mère, enfants...), qui sont en interaction continue et durable où ces individus sont en communications avec le milieu extra-familiale.

Préambule

Le fauteuil roulant, canne blanche ...des mots quant trouve généralement associé à le handicap, les stéréotypé sont tenace et les idées reçues nombreuse. Ils constituent autant de freins à l'insertion professionnelle. Pourtant, le handicap recouvre des situations très diverses. Le handicap reste aujourd'hui une notion très subjective, souvent mal utilisée et presque toujours canoté de façon négative. Dans la représentation collective il est souvent associé à l'image stéréotypée de la personne au fauteuil roulant.

Dans ce chapitre, on commencera par la définition du handicap et d'handicapé, en suite de classifier les différente type d'handicape, par la suite en détaillera par le handicap moteur pour ce dernier en parlera de sa définition, cause et prise en charge.

1-La notion du handicap

Un rappel des origines nous indique que le mot de handicap est venu progressivement remplacer ceux de mutilé ,d'infirmes ou d'invalides ,largement utiliser après la première guerre mondiale .l'expressions anglaise « hand in cap » veut dire « la mains dans le chapeau » ,il est utilisé ,la première fois par Samuel Peppys , à Londres ,en 1660.il désignait alors une modalité d'échange d'objets personnels entre deux personne ,le terme a ensuite été utilisé dans les courses des chevaux ,de façon à « égaliser les chances »des concurrents en ajoutant des charges additionnelles ou des longueurs supplémentaires à ceux qui avaient, ,jusque-là, réussi les meilleures performances ,le terme est adopté dans les milieux médicaux-sociaux en remplacement de termes jugés stigmatisant (invalidité, infirmité)il est consacré par la loi dé 30juin1975 ,ce mot français(depuis 1913)se traduit aujourd'hui en anglais « disability »,il est standardisé et est souvent employé pour indiquer que quelqu'un rencontre des difficultés ou des obstacles. Actuellement, une maison du handicap regroupe

dans chaque région toutes les formes de handicap, que l'origine soit de forme sensorielle, motrice, neurologique ou psychologique, ou encore sociologique importe peu. Pêle-mêle, le handicap désigne maintenant tout à la fois l'autisme, une douleur de dos chronique, ou un trouble de la marche. Bientôt les personnes âgées seront rattachées à cette maison. Finalement, les plus les plus petits déterminateurs communs, les critères minimaux les plus déterminants sont la difficulté ou l'obstacle à l'insertion sociale et professionnelle. (Caroline. D, 2011, p. 72-73).

2-Définition :

Définition actuelle de l'OMS 1980

« Handicapé est un sujet dans l'intégrité physique et mentale est passagèrement ou définitivement diminuer, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie, accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenté l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » . (Lieberman. R, 1988, p.36)

Définition de Philippe Wood 1980

C'est une discordance entre les performances ou le statut d'une personne et les espérances et les perspectives de cette personne ou du groupe auquel elle appartient. Le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap et c'est là que s'opère la distinction radicale entre l'ancienne conception qui faisait du handicapé – physique, sensoriel, mental- une classe de la nosographie, et celle d'aujourd'hui qui relativiste cette notion au niveau d'une situation. On parle maintenant essentiellement de handicap de situation : situation de dépendance physique, situation de dépendance économique, situation de non intégration sociale. (Jean-Marie G, 1999, p.116).

« Sa classification a été remanié en raison de ces imperfection mais elle constitue un bon modèle pour comprendre la notion de handicap ».

WOOD définit 3 niveaux dans une personne :

La déficience est la perte ou l'altération, transitoire ou définitive, d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente donc toute perturbation de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte, de façon durable, la croissance, le développement, le fonctionnement. le sujet ainsi atteint est pénalisé par la manifestation extérieure et par les répercussions psychologiques de cette anomalie : ce qu'on a appelé « le vécu du manque ». Mais il l'est aussi par ses conséquences pratiques dans la vie de tous les jours personnelle et sociale : le handicap résulte de cette double difficulté.

L'incapacité est la diminution ou la perte de la possibilité d'exécuter une activité donnée ou de la façon ou dans des conditions considérées comme normale comme un êtres humains .elle représente donc toute perte ou réductions ,résultant d'une déficience ,dès les performances fonctionnelles du corps ou de la personne ,elle peut se définir concrètement dans les domaines psychique et /ou mental en utilisant des échelles fonctionnelles de performances ,cet abord très pratique introduit aussi le concept de dépendance /indépendance.

Un désavantage résultant d'une déficience et ou /d'une incapacité, qui gêne ou limite le sujet atteint dans l'accomplissement de son rôle normale (en fonction de son sexe, de son âge, de l'environnement sociale et culturel).le handicap est caractérisé par une discordance entre l'état ou les performances du sujet ou ce qui est attendu de lui- par lui-même ou par le groupe dont il est membre. Le handicap représente donc les conséquences personnelles, sociale, économique de la déficience et de l'incapacité. (Michel. M et Gwen. T, 2003, p.37-38).

La classification internationale des handicaps (CIH) :

La CIH « décrit » le handicap, à travers l'atteinte du corps, bien sur (« déficience »), mais aussi les difficultés ou impossibilité à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (« incapacité ») et les problèmes sociaux qui en résultent (« désavantages »). Ainsi le handicap est-il décomposé et décrit par ses différents éléments consécutifs : déficience(s), incapacité(s) et désavantage(s). (Benyahia. Y, 1996, p-5).

Le dictionnaire robert de la langue française, éditions de 1993, considère que le terme handicap qui s'est substitué à d'autres termes comme infirmes, anormaux et inadaptés, est un de « ces euphémismes sociaux masquant les réalités pénibles ». (Jean-Marie G, 1999, p.112).

Le grand dictionnaire de psychologie définit du handicap « handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes. (Henriette. B et coll., 2011, p. 421).

Handicap : en son sens le plus générale se définit comme un désavantage, une infériorité. il n'est pas spécifique mais dépend de l'environnement. (Liebermann. R, 1988, p .34).

Rapport Bloch-Lainé ,1986 : « on dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des " handicaps ", c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, celle-ci étant définit la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans notre société ». (Liebermann, 1988, p.36).

René Lenoir : « est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de

formation, est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la ; collectivité. (Ibid.).

Simon Veil, 3 avril 1975 : « sera désormais considérée comme handicapé toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales ».

D'après ces définitions, on peut dire que le handicap se définit par un degré d'impossibilité, conséquence d'un trouble et donc à l'absence de certains apprentissages, ce degré d'impossibilité s'évalue en rapport à un environnement et donc à une norme sociale et permet de juger de l'autonomie d'une personne. (Ibid.)

Selon la loi de 11 Février 2005 la définition du handicap est la suivante : constitue un handicap, au sens de la présente loi toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentale, cognitive ou psychique, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant. (ibid.).

3- Les 5 grandes familles de handicap :

La tentation d'établir une typologie des déficiences est forcément réductrice, mais elle permet de donner un premier éclairage sur la diversité des manifestations du handicap.

3-1-Les déficiences motrices incluent, selon les études, l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC), qui fait référence à un trouble moteur dont l'origine se situe dans la période périnatale, ou les paralysies cérébrales, qui désignent des troubles moteurs permanents liés à une lésion cérébrale non évolutive, sans préjuger de son origine. Y figurent également les malformations du système

nerveux central ou musculo-squelettique et les maladies dégénératives ou héréditaires.

3-2-Les déficiences intellectuelles sont définies par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70. Par convention de l'OMS, les enfants dont le QI est entre 70 et 85 sont dans une zone limite, ceux dont le QI est entre 50 et 70 présentent un retard mental modéré et les enfants ayant un QI inférieur à 50, un retard mental sévère ou profond. Les déficiences intellectuelles incluent aussi la trisomie 21, quelle que soit la sévérité du retard mental (mais que l'on ne considère pas comme d'origine périnatale).

3-3-Les déficiences auditives font référence à une perte bilatérale supérieure à 70 décibels (dB) avant correction et les déficiences visuelles à une acuité visuelle inférieure à 3/10 au meilleur œil (après correction).

3-4-Les troubles psychiatriques qui concernent la période de 0 à 3 ans sont principalement l'autisme et les autres troubles envahissants du développement.

3-5- le polyhandicap associe une déficience motrice à une déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. (ISERM, 2004, p 5).

4- les handicaps moteurs

On distingue classiquement les handicaps moteur d'origine cérébrale appelés infirmités motrices (d'origine) cérébrales-IMOC ou IMC- et les handicaps moteurs d'origine non cérébrale ou l'on différencie les handicaps temporaires, définitifs et évolutifs. (Michèle .G et Catherine. T, 2002, p .29).

4- 1- l'infirmite moteur cerebral

Le terme infirmité moteur cérébrale a été proposé en 1954 par G.Tardieu pour distinguer des sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles du sujets encéphalopathies atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés.

Comme la définissent Deschamps et coll. (1981, p.71), l'IMC concerne donc « les enfants, adolescents ou adulte atteints d'entraves partielles ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et/ou du maintien des postures. Ces limitations résultent d'une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou peu de temps après la naissance » (Ibid.).

4-1-1- description du trouble

Comme leur nom l'indique, les IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de vie quotidienne ou la parole, dans des proportions variables. Ils sont décrits soit en fonctions de la *nature* du trouble dominant soit en fonction de la *localisation* de l'atteinte.

En fonction de la nature du trouble, on distingue :

L'enfant *spastique* qui est atteint paradoxalement et à la fois de raideur et de faiblesse musculaire ; ces raideurs parasitent la posture et le mouvement. Tous ses muscles sont hypertoniques et hypercontractiles.

L'enfant *athétosique* a une intelligence souvent normale ou supérieure à la moyenne, il peut être pris à tort pour un déficient mental car il du mal à contrôler ses gestes (grimaces ou des contorsions) et à s'exprimer oralement de façon compréhensible .L'athétose est consécutive à une atteinte du système nerveux extrapyramidal en particulier des noyaux gris centraux déterminant la coordination des mouvements volontaires.

L'enfant *ataxique* a une démarche instable, il chute fréquemment, son équilibre est perturbé, ses gestes sont imprécis et mal coordonnés. A ces troubles peuvent s'ajouter des tremblements ou une rigidité. Cette atteinte, est due à une lésion des voies cérébelleuses.

En fonction de la localisation et de la diffusion de l'atteinte, on distingue :

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

L'atteinte du membre supérieure et inférieure du même côté, il s'agit de *l'hémiplégie* elle est considérée comme « de petits handicapés moteurs » alors que ce sont de « grands handicapés sociaux »

L'atteinte des quatre membres pouvant être associée à une atteinte du tronc, il s'agit de la *tétraplégie*. (Michèle .G et Catherine, 2002, p30-31).

4-1-2- étiologie

Deux étiologies principales sont à l'origine de l'IMC : la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestations) et la souffrance fœtale aigüe périnatale.

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

La souffrance périnatale s'accompagne fréquemment d'anorexie, le sang insuffisamment oxygéné devient acide et crée des lésions cérébrales .Elle est à l'origine de près de 50 des cas d'IMC. (Michèle .G et Catherine, 2002, p.31).

4-2-les handicaps moteurs d'origine non cérébrale

4-2-1- les handicaps moteurs temporaires

-Les handicaps moteurs temporaires par accident

Ici on parle d'handicap qui résulte d'un accident, les handicaps moteurs temporaires les plus fréquents chez l'enfant la pronation douloureuse (luxation du coude douloureuse ou la paume de la main va rester tournée vers le sol). La luxation de l'épaule et les fractures.les plus fréquentes sont celles de la clavicule et du coude. Ces handicaps sont facilement remédiables en milieu chirurgical à condition d'agir rapidement. (Michèle.G et Catherine .T, 2002, p. 43).

-les handicaps moteurs temporaires d'origine non traumatique

Ces handicaps concernent essentiellement trois régions corporelles

Les handicaps concernant *la colonne vertébrale* : il s'agit de problèmes orthopédiques de gravité inégale, la plupart du temps de scoliose pouvant être soigné par une gymnastique ou une rééducation appropriée.

Les handicaps concernant *la hanche* : c'est une déformation passagère de la tête fémorale dont le mécanisme n'est pas totalement élucidé. Cette atteinte se traduit par des limitations des mouvements de la hanche et par des douleurs parfois au niveau de genou.

Les handicaps moteurs temporaires concernant *le pied* : c'est une déformation où les pieds sont tournés vers l'intérieure ou vers l'extérieur (Michèle. G et Catherine. T, 2002, p .44-45).

4-2-2- les handicaps moteurs définitifs

Il s'agit essentiellement des amputations et des paraplégies.

- Les amputations

On distingue les amputations congénitales de membres et des amputations acquises, L'absence d'un ou de plusieurs membres qui caractérisait les amputations congénitales sont due à l'absorption par leur mère pendant les premières semaines de grossesse de thalidomide, un tranquillisant.

Les amputations acquises surviennent à la suite de traumatismes divers ou de tumeurs. Dans ces cas, la prothèse est beaucoup mieux acceptée car elle vient restaurer un équilibre antérieurement acquis. (Michèle.G et Catherine.T, 2002, p.45-46).

- les paraplégies

Il s'agit d'une paralysie des deux jambes dont l'origine est médullaire et non cérébrale. C'est un handicap sévère. L'étiologie en est variable : congénitale ou acquise. La forme congénitale la plus fréquente porte le nom de *Spina bifida* qui est une malformation de la moelle et des arcs postérieurs des vertèbres lombaires.(Michèle.G et Catherine.T, 2002, p.46).

4-2-3- les handicaps moteurs évolutifs

Il existe près d'une quarantaine de maladies neuromusculaires que l'on désigne couramment sous le terme de « myopathies ». Ces atteintes motrices peuvent être primitives ou secondaires (toxiques ou endocrinienne) isolées ou associées à des troubles sensitifs et / ou du système nerveux. Dix catégories différentes sont distinguées :

Les dystrophies musculaires progressives (comprenant la dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne, les dystrophies de Becker, facioscapulo-humérale, des ceintures, autosomiques récessives) ; Les dystrophies musculaires congénitales ; Les myopathies congénitales : c'est un déficit moteur avec hypotonie constaté dès la naissance ou les premiers mois de la vie ; Les

myotonies : ce sont des troubles des fibres musculaires qui vont venir perturber les mouvements volontaires ; Les paralysies périodiques se caractérisant par des crises intermittentes de paralysie musculaire qui surviennent souvent au cours du sommeil ; Les myosites sont des maladies inflammatoires des muscles dont l'évolution peut être aigue ou chronique ; Les myopathies métaboliques ; La myasthénie est un trouble de la transmission neuromusculaire qui frappe en particulier les muscles oculaires, les muscles de la bouche et les muscles cervicaux ; Les amyotrophies spinales sont des maladies des neurones moteurs de la corne antérieure de la moelle épinière ; Les neuropathies sensitivomotrices héréditaires. (Michèle.G et Catherine .T,2002 ,p. 49).

5- classement des causes par mécanisme générale de survenu

C'est une des voies les plus courants et utiles ...à condition de bien définir chaque terme utilisé .On peut ainsi opposer :

- Handicap congénital et acquis ;
- Handicap par malformation, maladie, accident, ou vieillissement ;
- Handicap évolutif et non évolutif. (Benyahia.Y, 1996, p-129-130).

5-1- handicaps congénitaux et acquis

Parmi les causes du handicap ,les malformations sont toujours congénitales ; les blessures traumatiques toujours acquises (à l'exception des très rares blessures traumatiques survenues lors de la naissance , qu'il ne faut confondre avec ce qu'on appelle parfois les accidents de la périnatalité d'une maladie) ; les maladies peuvent être soit congénitale « exemple achondroplasie), soit acquises (exemple : sclérose en plaques, soit tantôt l'un tantôt l'autre en fonction de leur sévérité(certaines maladies neuromusculaires sont tantôt congénitales ,tantôt de découverte plus tardive) .(Benyahia.Y,1996 ,p.130).

5-2-handicaps par malformation, maladie, blessure traumatique, vieillissement

- Les handicaps par malformation

Une malformation est un trouble de l'ontogenèse, c'est-à-dire du développement de la fécondation à la maturité : elle survient par définition chez l'embryon ou le fœtus, donc avant la naissance .Exemples : malformations crâniens-cérébrales : microcéphalie, agénésie du corps calleux.

- Handicaps traumatiques (ou par blessure traumatiques)

Il s'agit de handicaps par blessures accidentelles (traumatismes extérieure), sauf exception acquis. Exemples : traumatismes crâniens, traumatismes médullaires (blessé médullaires : para/tétraplégie traumatique), traumatismes squelettiques (ostéo-articulaires) : fractures graves, amputations.....

Le terme de blessure traumatique peut être préféré pour éviter la confusion qu'entraîne les mots :

Accident, qui désigne un évènement de survenue soudaine, sans autre précision : accident de la route, du travail mais aussi accident vasculaires cérébrales (qui est la révélation soudaine d'une maladie)

Traumatisme, qui désigne une blessure ou une lésion produite sur une partie de l'organisme par une action violente extérieure, mais qui est parfois utilisé dans un sens plus large (exemple : traumatisme obstétrical qui désigner une souffrance périnatale responsable d'IMC).

- Handicaps par maladie

Sont ainsi désignés habituellement les handicaps dont la cause n'est ni une malformation ni une blessure traumatique. Les maladies peuvent être congénitales ou acquises, héréditaires ou non.

Exemples : infirmité motrice cérébrale, accidents vasculaires cérébraux, sclérose en plaques, poliomyélite, polyarthrite rhumatoïde, ostéogénèse imparfaite, etc.

- Handicaps par vieillissement

Ils sont en fait souvent dus à des traumatismes (chutes....) ou des (accidents vasculaires..) plus fréquents à un âge avancé ; mais fatigabilité et la perte de force avec l'âge aggravent aussi bien souvent la perte d'autonomie due à un handicap antérieure. (Benyahia.Y, 1996, p.130-131).

5-3- handicaps évolutifs et non-évolutifs

Sur le principe, la distinction est simple : évolutif signifie susceptible d'évolution – en pratique d'aggravation- par opposition à des pathologies non évolutives ou fixées. Evolutif s'applique au processus pathologique lui-même (un handicap par traumatisme est par définition non évolutif) et non au handicap au travers des déficiences et des incapacités.

On désigne par maladie évolutive, le fait des affections dont l'évolution est attendue et péjorative (aggravation, au mieux stabilisation), dont le traitement est pour l'instant symptomatique ou palliatif.

Exemples : maladie de Charcot, dystrophies musculaires progressives. .
(Benyahia.Y, 1996, p.132).

6-Handicap moteur, aspects psychologiques

6-1-Altération dans le processus d'identification primaire

L'enfant handicapé moteur va rencontrer des difficultés particulières dans cette expérience singulière qu'est la **construction du sujet**. Il va d'abord être confronté à une altération dans les premiers processus d'identification primaire.

L'identification est un concept psychanalytique : il s'agit du processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre. **Freud définit l'identification primaire** comme étant précoce, directe et immédiate, en lien avec les parents.

Quand nous faisons connaissance avec un nouveau-né, d'emblée nous savons que ce bébé appartient à l'espèce humaine, qu'il nous ressemble et qu'il va devenir un homme ou une femme comme nous. P.-C. Racamier (psychanalyste) dirait : *il est fait de la même pâte que nous*.

Mais si ce bébé présente des lésions du fonctionnement neuro-biologique et n'a pas les comportements d'attachement habituels (regards, sourires, succion...), notre regard va s'arrêter sur lui ou le fuir. Est interrogé alors le mode d'appartenance à l'espèce humaine. Comment cela se joue-t-il dans la relation mère-enfant ?

La mère assure la continuité temporelle des soins et des contacts, mais c'est l'espace psychique de **l'illusion et de la désillusion** qui fonde la naissance de soi et de l'Autre, du désir et de la pensée. Ce mécanisme de l'illusion, décrit par Winnicott (médecin anglais) en 1945, est le mécanisme psychique de base de l'identification primaire. L'illusion serait l'adéquation entre l'attente de l'enfant qui a besoin de quelque chose et la réponse de la mère qui comble ce besoin. La mère va maintenir pour le bébé un " environnement suffisamment bon ", qui lui

permettra d'expérimenter son unité, la fiabilité de son fonctionnement psychique et sa continuité d'être au monde. **L'enfant s'unifie en intégrant vécus corporels** (la faim, le froid, le malaise...) **et vécus psychiques** (la peur, l'angoisse, le plaisir...) que les parents contiennent d'abord pour lui.

La mère, en transmettant l'illusion, lui en fournit en même temps le modèle. Petit à petit, la mère va s'adapter moins étroitement à l'enfant. Celui-ci s'accommodera de l'absence d'ajustement des réponses à ses besoins. Par exemple, il lui faudra attendre un peu le biberon, celui-ci ne sera pas là à l'instant précis où il a faim. C'est le processus de la **désillusion**, modèle psychique transmis aussi par la mère, qui permet l'accès à la différence moi/non-moi et à la différence des êtres. L'enfant poursuivra ensuite son développement par des identifications secondaires au moment de la période pré œdipienne (par exemple, le petit garçon voudra être fort comme papa).

Le handicap introduit l'échec de l'illusion, car celle-ci suppose la réciprocité des échanges, le partage d'un même espace mental. Une maman très blessée par l'annonce du diagnostic, décontenancée par ce bébé, vivra une douloureuse expérience : **à la place d'une réciprocité s'installe une altérité**. Cet enfant est différent, autre.

L'enfant handicapé, face à ces altérations, peut présenter divers troubles d'importance variable, suivant la nature de son handicap et le vécu particulier de celui-ci par sa famille : troubles dans l'identification, vécus primitifs non intégrés, troubles graves de l'intégration psyché-soma (se manifestant par : convulsions, épilepsie..), angoisses archaïques, angoisses de séparation, inhibitions, phobies, etc., entraînant des **sur handicaps** psychiques, pouvant recouvrir, dans les cas les plus graves : autisme, psychose, névrose ou troubles intellectuels divers..(Benyahia. Y, 1996, p 78-79).

6-2-Altération dans la constitution du lien social

L'enfant handicapé est confronté à une seconde altération dans la constitution du lien social. Freud a montré en 1914, dans ses études sur le narcissisme, que l'individu est à lui-même sa propre fin et en même temps " **membre d'une chaîne à laquelle il est assujéti** ".

L'enfant qui vient au monde prend place dans une société et une succession de générations. D'emblée, il est porteur d'une mission : assumer la continuité des générations (en donnant la vie à son tour) et de l'ensemble social (en trouvant une place active dans le groupe). Pour assurer cette continuité, l'ensemble social va l'investir et le soutenir. C'est ce que P. Aulagnier appelle le **contrat narcissique**. Quand par exemple les grands-parents racontent à l'enfant la famille avec les histoires mythiques des ancêtres, les idéaux, les valeurs, les renoncements, les silences... cela permet au petit de prendre place dans la chaîne reprenant à son compte ce discours.

Un handicap va bouleverser ceci en ce sens que l'enfant ne va plus ou mal bénéficier du soutien intergénérationnel. Des formations inconscientes se transmettent par les générations, notamment ce qui concerne la capacité à refouler, la formation de la conscience morale, les idéaux. L'enfant handicapé va présenter différentes failles dans ces domaines. Ainsi, il va difficilement sortir de sa toute- puissance (" tout m'est dû et tout de suite ") et d'un mode de pensée magique. (Benyahia. Y, 1996, p79).

6-3-Le corps : le corps persécuteur ; construction du moi corporel

L'enfant handicapé moteur, enfin, est confronté à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins, il occupe toute la place. Il oblige ainsi l'enfant à

organiser une réalité qui l'envahit sans cesse douloureusement. Il est expérience de souffrance permanente, car il rappelle sans cesse sa présence comme limite irréductible.

Une réflexion toute particulière s'est menée depuis une dizaine d'années autour des tout-petits, notamment sur la construction du Moi corporel. Il faut bien connaître les troubles neurologiques et la nature des déficits de l'enfant handicapé pour comprendre leur gêne, mais leur développement psychologique est le même que celui de tout autre enfant, bien qu'il soit plus lent. L'attention à porter à la construction du Moi corporel intriquée dans les liens relationnels est très importante, surtout dans la petite enfance, afin de prévenir au maximum toute surcharge psychiatrique ultérieure. **Toute technique rééducative devra s'appuyer sur le partage émotionnel avec le tout-petit.** . (Benyahia. Y, 1996, p80).

7-les familles des personnes handicapées

7-1-des familles à la fois semblables et différentes des autres

Les familles des personnes sont semblables parce qu'elles remplissent les mêmes rôles familiaux et sociaux que toutes les autres familles, elles assurent l'épanouissement et le bien-être tous leur membres. Les parents prennent soin des enfants et s'occupent de leur socialisation et de leur éducation ; ils leur apportent la sécurité affective et matérielle. Les parents s'entraident et s'apportent le support mutuel dans l'exercice de leurs responsabilités familiales. Comme les autres familles aussi, elles entretiennent des relations avec les autres membres de la communauté et participent au développement de la collectivité en travaillant et en s'engageant socialement.

Dans ces familles, comme dans toutes les autres, la famille constitue le premier lieu d'apprentissage, d'évolution, d'échange affectif, de solidarité et d'intégration sociale. En un mot, la famille assure la qualité de vie à ses membres avec le support de la communauté.

Par ailleurs, ces familles sont différentes parce que la déficience de l'un de leurs membres transforme, de façon significative, les conditions dans lesquelles elles doivent exercer leurs rôles familiaux et sociaux. Cette présence d'une déficience qui touche un membre de la famille modifie nécessairement la dynamique interne mais change également les modes de relation avec l'environnement physique et social. Ainsi, la déficience en vient à caractériser toute la famille et elle a des impacts variables sur la dynamique familiale selon son moment d'apparition dans la démarche décroissance de la famille (Darveau. J. G, 1995, p 3).

7-2- des familles qui doivent en faire plus que les autres pour s'occuper de leurs membres

Les familles des personnes handicapées vivent un stress non seulement additionnel mais permanent dans le sens qu'elles doivent s'y accommoder quotidiennement, et quelquefois pendant toute une vie, sans jamais pouvoir s'y soustraire complètement. Ces situations peuvent apporter néanmoins des possibilités de développement ou créer des obstacles familiaux.

Dans le cas où il y a possibilité de développement on trouve des familles apprenant à aimer et à apprécier le proche handicapé avec ses forces et ses limites, cela peut les porter à jeter le même regard sur les autres et ainsi à être plus indulgents et plus attentifs à leur besoin, ces familles sont habituées à résoudre des problèmes, Elles apprennent à s'organiser et les enfants sont initiés

très tôt à la débrouillardise La présence d'une personne handicapée dans la famille contraint les autres membres à ralentir leur rythme de vie, ils acquièrent la patience en conséquence.

Les parents se butent continuellement à des obstacles pour obtenir les services dont ils ont besoin. Ils apprennent à se battre et ainsi ils peuvent devenir plus aguerris pour résoudre les autres difficultés de la vie; leur ténacité sert d'exemple aux enfants.

La présence d'une personne handicapée dans la famille apporte beaucoup au développement de la maturité des enfants qui doivent assumer plus de responsabilités que dans les autres familles et qui même, quelquefois, remplacent les parents auprès de leurs sœurs ou de leur frère handicapé.

Beaucoup de personnes handicapées sont des exemples de détermination et de courage pour les autres membres de la famille et elles développent une manière d'être qui amène leurs proches à mettre l'accent davantage sur les valeurs essentielles de la vie.

Mais ces familles ne prennent pas que la possibilité de développement mais plutôt un obstacle, ces familles exposées à un stress intense et persistant qui peut diminuer la qualité des relations familiales et nuire à la santé des membres. Les pressions constantes auxquelles ces familles sont soumises ont un impacte sur l'ensemble de leur vie quotidienne et elle s'ajoute aux crises régulières que toutes les familles vivent à travers les cycles de la vie familiale.

Il arrive qu'un parent handicapé ne puisse remplir adéquatement ses rôles familiaux et que toutes les responsabilités retombent sur les épaules de l'autre parent. Il en résulte souvent un climat familial difficile et une désorganisation de

la famille. Enfin, le proche handicapé peut se sentir coupable d'imposer à toute la famille les conséquences de sa déficience, Ainsi, des tensions peuvent se développer dans la famille et émousser les liens affectifs entre les membres si le noyau familial n'est pas solide. (Darveau. J. G, 1995, p8-12).

L'accumulation du stress vécu quotidiennement, les tensions familiales, l'isolement, l'incompréhension des autres et le manque de support de la communauté peuvent ainsi affecter la santé de ces familles.

8-Le rôle du psychologue face au patient handicapé

le psychologue peut aider à border ces remaniements et les conditions nécessaires à son opération .il peut écouter ,lire, dire, et faire entendre aux sujets ,aux soignants ces modifications ,attirer l'attention de l'équipe sur l'infirmes de ces petits détails dont témoigne le patient .il peut aider à la compréhension de l'équipe soignante sur ce qui se joue pour le malade , repérer une positions subjective du patient ou de sa famille par rapport à la maladie et, plus généralement ,dans l'existence .pour le psychologue, une acceptation trop parfait du handicap , une légère élation de l'humeur , ou une absence d'affectes ou de réactions éveillent un questionnement pour busquer des mécanismes inconscients à l'œuvre et éclairer sur l'exercice de la pulsion de mort à l'œuvre sous la forme d'une culpabilité inconsciente. Le psychologue détache et dénoue sans cesse ce qui se dit du patient, ce qui se dit sur lui et ce qui se dit le patient. Il veille à ce que la parole du patient handicapé ne soit pas recouverte par celles des soignants ou des familles. Les transmissions, les staffs, les synthèses, les rencontres informelles mais, mieux encore, les supervisions peuvent être le lieu ou ces observations et interprétations peuvent se parler, résonner, s'élaborer et orienter le mode de prise en charge des soignants.

ainsi le psychologue, dans son travail avec les soignants, les familles et les patients eux-même est-il amené à faire valoir ces conséquences psychologiques sur le sujet, à repérer et savoir faire entendre les points de fixations ou de déplacements du sujet dans le rapport qu'il entretient à son handicap, sa lésion corporelle mais aussi psychique.

Le psychologue peut attirer l'attention sur tels obstacles ou difficultés que le patient ou sa famille rencontrent, ou plus directement, cela peut être évoqué lors des entretiens avec le patient et/ou sa famille. Ces derniers peuvent trouver le moyen de faire entendre leur souffrance, quelle se nomme difficulté ou obstacles.

Le psychologue ne se contente pas de la seule adaptation du handicapé à son milieu, soit d'une réponse normative, mais vise le consentement à un mode d'être sur mesure, unique. Dans ce préjudice subi par le sujet, le psychologue offre la possibilité au sujet d'élaborer ses réponses, sa façon de traiter le réel en cause de dans l'atteinte organique. Ainsi avec la parole que s'invente une solution pour chaque sujet ; les entretiens sont une aide précieuse pour effectuer ce remaniement et cette création. Le psychologue va permettre au patient de trouver une façon de s'approprier, d'aménager cet obstacle, cette difficulté, ce réel comme une partie intégrale de son mode d'être. (Caroline. D et coll., 2011, p. 74-76).

Conclusion

L'un des aspects les plus importantes dans ce chapitre à par la prise de connaissance d'handicap moteur, ces causes, ces différents types c'est bien sur ce qui représente la présence d'une personne handicapé dans sa famille, leur dynamique familiale aussi bien fonctionnelle que dysfonctionnelle à un effet sur le développement psychologique d'handicapé et ainsi comprendre l'image du le handicapé qui se fait de lui même de se « corps ».

Préambule

L'humeur désigne la tonalité émotionnelle qui accompagne l'expérience humaine. Elle est normalement sujette à des variations, en qualité et en intensité, qui dépendent largement du contexte. La pathologie montre des figements dans ces variations et ces adaptations dont la plus fréquente est ce que l'on appelle les états dépressifs.

1-élément historique

Le terme « dépression », relativement rare dans les traités et manuels de psychiatrie du XIX^e siècle, désigne un symptôme au sein d'une entité nosographique, et non pas une entité en soi.

La situation nosographique des troubles de l'humeur change avec la refonte nosographique proposée par le psychiatre allemand Emile Kraepelin, dont le *traité* connaîtra plusieurs éditions successives de 1883 à 1909/1915. D'une part, Kraepelin regroupe la grande majorité des troubles délirants sous l'appellation « démence précoce » (la future schizophrénie), d'autre part, et symétriquement, il crée un ensemble qu'il appellera « maladie maniaque-dépressive », dont le trouble fondamental ne concerne pas la sphère intellectuelle, mais affective. Il utilise, pour ce faire, les travaux antérieurs ayant déjà individualisé une pathologie incluant, sur le long terme, des épisodes dépressifs et des épisodes d'excitation : en 1854, Jean-Pierre Falret décrit la « folie circulaire », en même temps que Jules Baillarger décrit la « folie à double forme », alors que les auteurs allemands utilisent plutôt le terme de « psychose périodique ». Mais Kraepelin regroupe l'ensemble des troubles de l'humeur sous cette appellation, établissant de ce fait une continuité entre ce qu'il appelle la « mélancolie simple », forme la plus légère de dépression, et la mélancolie classique grave, délirante ou stuporeuse.

Kraepelin base donc sa nosographie sur la grande dichotomie traditionnelle de la vie psychique entre pensée et sentiments, intellect et émotions, représentations et affects. On peut dire que la découverte, cinquante ans plus tard, de deux grandes classes de médicaments psychotropes, les neuroleptiques et les antidépresseurs, les uns actifs sur les psychoses, les autres sur les dépressions.(Kapsambelis. V, 2012, p 536-537).

2-définition de la dépression

2-1-selon le dictionnaire de la psychologie : C'est une maladie mentale caractérisée par une modifications profonde de l'état thymique ,de l'humeur dans le sens de la tristesse ,de la souffrance morale et de ralentissement psychomoteur, s'accompagne parfois d'anxiété ,la dépressions entretiens chez le patient une impressions douloureuse d'impuissance globale ,de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité ,d'indignité, d'autodépréciations ,pouvant le conduire à envisagé le suicide et parfois a le réaliser.(selon le dictionnaire de la psychologie ,2011,p 256).

2-2-selon la CIM 10 : la dépression, appelée épisode dépressif, se définit par un certain nombre de symptômes, présents toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines : symptômes majeurs : humeur dépressive, tristesse, perte d'intérêt ; fatigue ou perte d'énergie ; trouble de l'appétit (avec perte ou prise de poids) ; troubles du sommeil (perte ou augmentation) ; ralentissement ou agitation psychomotrice ; sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi ;sentiment de culpabilité inappropriée ;difficultés de concentration ; idées noires, pensées de mort, comportement suicidaire. (Eche .P, et Caria. A, 2015, p 3).

2-3-La dépression selon Jean Delay (1946) est dispositions affective de base qui donne a chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrême de plaisir est de la douleur. (Besançon. G, 2005, p 48).

2-4-selon l'OMS « La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. » (Eche .P, et Caria. A, 2015, p 2).

3- les deux formes classiques de la dépression

3-1- La forme dite « mélancolique »ou « endogène », que cette douleurs morale est particulièrement intense, la perte de l'estime de soi et le désir de disparaître peuvent entrainer des idées suicidaire que seuls l'inhibition empêche alors de mettre en acte, cette forme qui représente un des versants de la psychose maniaco-dépressive, peut s'accompagné de trouble neurovégétative et somatique : l'anxiété assez fréquente, les troubles de sommeils peuvent aller jusqu'à à une insomnie complète.

3-2-La forme dite « psychogène »,recouvre en fait toute les dépressions réactionnelles et névrotique ,revêtant des aspects cliniques très varies quant a leur symptômes et à leur gravité ,leur intensité étant généralement moins grand que dans la forme mélancolique ,les idées de suicide y sont cependant fréquente ,revêtant plutôt l'aspect d'une quête affective ou d'un sentiment d'échec ,qu'il faut savoir reconnaitre et soulager ,l'anxiété, la fatigue générale, l'adynamie, l'asthénie, en sont parfois la seul manifestations et ne doivent pas être seulement

traitées par des médicaments symptomatique. (Dictionnaire de la psychologie, 2011, p 256).

4- les facteurs de dépressions

On distingue habituellement les « facteurs » biologiques, psychologiques et environnementaux (liés à l'environnement social ou familial). Certains de ces facteurs interviennent très en amont de la dépression, ils « préparent le terrain », on parle alors de facteurs de risque (ou facteurs de vulnérabilité). Par exemple, le fait d'avoir des parents qui ont souffert de dépression augmenterait le risque d'être touché par la maladie. De même, le fait de vivre des événements traumatisants ou des conflits parentaux importants pendant la petite enfance serait associée à un risque accru de dépression dans la suite de l'existence. D'autres facteurs interviennent juste avant la dépression, ils la « déclenchent » : on parle alors de facteurs précipitant.

4-1-Les facteurs biologiques

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure.

Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs).

Il est difficile de savoir si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Leur correction ainsi que la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensables. C'est la principale

fonction des médicaments antidépresseurs. La psychothérapie entraîne elle aussi ce type d'amélioration biologique si le dérèglement initial est modéré.

4-2-Les facteurs psychologiques

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaises estime de soi.

Certaines de ces mécanismes retrouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi).

Certains styles de comportements (sur les plans intellectuel émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...) ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le Monde qui les entoure et pour elles-mêmes. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives.

4-3-Les facteurs liés l'environnement social ou familial

Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un Travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie...

En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. À l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition (ou la réapparition) de la dépression. (Briffault. X, all, 2007, p 22, p 23, p 24).

5-clinique de la dépression

Les troubles dépressifs de l'humeur représentent la principale cause des conduites suicidaire. « La dépressions est en effet une dimensions affective fondamentale de la vie humains, certains symptômes particulièrement mis en regards du risque suicidaire par les études prospective, rétrospective ou encore les autopsies psychologiques chez les patients déprimé, peuvent être envisagées, en rappelant, la variabilité des comportements suicidaires de l'acte prémédité au raptus impulsif. (Lemperière. T, 2000, p 105).

5-1-Diagnostic de la dépression

L'appréciation du risque suicidaires nécessite avant tout le diagnostic de la dépression, pathologique dont la fréquence doit être soulignée et dont le diagnostic et parfois difficile.

Chez l'adulte, certaines formes cliniques sont trompeuses : tableaux cliniques où l'anxiété est au premier plan, dépressions, psychasthéniques, hostiles, forme mono symptomatique, dépressions masquées, ou encore expressions somatiques du trouble de l'humeur.

Chez la personne âgée, les dépressions masquées, les formes pseudo-démontielles de dépressions sont fréquentes et posent souvent des problèmes de diagnostic. L'expression de sentiment de désespérance par rapport à la vie, considéré souvent comme banal chez la personne âgée.

Chez l'adolescent, la symptomatologie des états dépressifs, en rupture avec l'état antérieur, est variée, polymorphe, souvent trompeuse, associée fréquemment des troubles de comportement, du caractère, des anomalies, des conduites, des symptômes névrotiques, un échec scolaire. (Ibid.)

5-2- Caractéristique clinique de la dépression et risque suicidaire

Certaines caractéristiques cliniques de la dépression apparaissent corrélées à une potentialité suicidaire :

L'intensité de la dépression : il existe une corrélation entre sévérité de la dépression et risque suicidaire, plus la dépression est intense plus le risque de suicide ou de tentative de suicide grave est important.

La survenue d'une variation clinique de l'humeur au cours d'épisode associée aux désespoirs, à la perte de plaisir, les oscillations de l'humeur représente un facteur majeur de risque suicidaire imminent.

L'agitation, l'inhibition majeure ou encore une dimension confusionnelle sont des facteurs de risque.

L'autoaccusation, ce symptôme qui doit être recherché, est particulièrement alarmant, en particulier dans la mélancolie.

L'intensité de l'angoisse, une angoisse intense avec vécu d'un sentiment d'insécurité, de danger imminent, d'hostilité peut être à l'origine d'un raptus suicidaire soudains.

Chez l'adolescent, certaines dimensions cliniques comme l'instabilité psychomotrice, l'impulsivité, associée au désespoir, apparaissent comme des facteurs de risque. (Lemperrière. T, 2000, p 107).

6-nosographie de la dépression

Ci certains étude ne retrouve pas de différence du risque suicidaire selon les différentes formes de dépressions plusieurs travaux font état d'une influence de la nosographie sur ce risque.

Récurrences des troubles dépressifs : le risque suicidaire est diversement apprécié au regards de récurrence des troubles dépressifs ,si certains étude constatent un nombre plus faible d'épisode dépressifs antérieures chez les déprimés qui se suicide d'autre étude rapportent un risque suicidaire accru par la fréquence des épisodes antérieures ,l'étude rétrospective de Roy considère de les diagnostiques psychiatrique de 90patients décédés par suicide et rapporte 44% de premières épisodes dépressifs et 18% de dépressions récurrentes ,ce qui rappelle la fréquence observé des décès par suicide au cours de la premiers années d'évolutions des troubles dépressifs de l'humeur.

Dépressions endogènes et non endogènes : la distinctions de forme endogènes et non endogènes de dépressions ,mal assurée au plant nosographique ,recoupe la distinctions psychose maniaco-dépressifs et dépressions névrotique ,il ne semble pas exister de différences du risque suicidaire selon cette distinctions comme le démontre une analyse de 7 études publiées de 1966 à 1987, une étude prospective récente ,conduite sur une période de 3 à 10 ans et concernant 219 patients souffrants d'état dépressifs majeurs ,retrouve

une mortalité par suicide plus élevée chez les patients souffrants d'une dépressions non endogène.

Etat dépressifs majeur, trouble bipolaire et d'hystémie (DSM-III-R) : de nombreuses études rapportent l'incidence particulière du suicide chez les patients souffrants d'état dépressifs majeur, une méta- analyse faite à partir de 58étude, depuis 1964, concernant le suicide des patients déprimé.

Trouble unipolaire et bipolaire de l'humeur : les études qui considère l'incidence de suicide en fonctions de caractère unipolaire ou bipolaire des troubles de l'humeur rapportent des résultats contradictoire. Importance de risques suicidaire des patients souffrants de trouble bipolaires de l'humeur de type II (dépressions avérée+hypomanie), et 25à50%des patients présentant un trouble bipolaire de l'humeur font au moins une tentative de suicide, le trouble bipolaire de l'humeur est décrit comme l'un des principaux facteurs de risque de suicide chez l'adolescent.

Etat mixte : la survenue d'une variation cyclique de l'humeur en cours d'épisode dépressifs, réalisant un état mixte avec explosivité des idées dépressifs sous tendue par une réactivité hypomane semble être un facteur de risque suicidaire.

Dépressions brèves récurrentes : les dépressions brève récurrentes sont des états dépressifs sévères de survenue soudains, d'une durée de quelque jours n2à3jours récurrentes avec au moins un à deux épisode par mois. (Lemperiére. T, 2000, p 107-111.).

7-sémiologie des états dépressifs et des troubles thymiques

La notions d'état « dépressifs »est particulièrement large, on imagine sans peine que les signes qui permettent de les reconnaître ou qui les décrivent sont extrêmement divers et d'intensités très variable, selon la forme de l'état

dépressifs, ce dernier apparaît comme un état généralement transitoire formé de quatre composantes :

7-1-l'humeur dépressifs, triste

Tristesse pathologique, pouvant aller de simple cafard au désespoir, Vécu pessimiste accompagné de sentiments d'insatisfactions, d'Auto dépréciations, de la culpabilité pouvant aller jusqu'à des manifestations délirantes, Sentiment d'ennui (morosité, perte de sens, de l'intérêt de l'activités), Anesthésie affective ou indifférence affective : perte des émotions et des sentiments dont le sujet se plaint, Incapacité à trouver le plaisir, Perte des intérêts antérieures, Vision négative du soi, Vision négative du monde extérieur : sentiment d'être incompris sans aide, mais aussi attributions aux autres de la responsabilité de son état et Vision négative du future, désespoir, perte d'espérance : sentiment que rien peut changer, que l'avenir sera pire, voire l'avenir délirant d'incurabilité. (Pardinielli. J.L et Bernoussi. A, 2005, p 22, p 23).

7-2-Le ralentissement et l'inhibition

Le terme de « ralentissement » est préféré à celui de « perte de l'élan vital », pour caractériser, quel que soit le niveau (psychique, moteur), l'affaiblissement, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication, ce ralentissement psychique ou moteur s'accompagne d'une sensation de fatigue importante (asthénie).

Le ralentissement psychomoteur : le ralentissement psychomoteur porte sur le comportement visible, la marche, les mouvements, les procédures de communication, plusieurs formes peuvent apparaître et associées :

Ralentissement de la démarche : démarche trainante, foulée diminuée, impossibilité de marcher seul, sans raison organique ou manifestations de conversion ou de catatonie.

Ralentissement des mouvements : « figement » dans l'attitude, gestes lents, gauches voire impossibilité de se déplacer, ou de sortir du lit.

Ralentissement dans la mimique, les mouvements du cou et de la tête, regard fixe, tête immobile, absence d'exploration visuelle de l'extérieure, regard figer vers le bas, impossibilité de regarder les autres, absence de sourire, mimique figée, ou monotone.

Ralentissement de débit verbal : diminutions de la conversation, lenteur du débit, semi-mentisme, mutisme ; Ralentissement des réponses, réponse brève, laconique ou monosyllabique ; Ralentissement de la modulation de la voix, voix affaiblie ou monocorde.

Le ralentissement psychique : ce ralentissement psychique et douloureusement ressentie par le patient qui se plaint de ne peut avoir pensé de façon, clair, efficace, d'avoir une pensées limitée ces phénomènes sont considérés comme dépressifs lorsque 'ils ne sont pas provoqués par un trouble somatique ou un autre trouble psychique, il peut s'agir de différents niveaux :

- Trouble subjectifs de la concentration et de mémoire.
- Perceptions d'un ralentissement du temps : sentiment que le temps ne passe pas sans qu'il y ait pour autant envie de réaliser quelque chose.
- Difficultés à passer d'un thème à un autre, voire incapacité complète à pensée (anidésisme).
- Diminutions de la thématique idéique : discours pauvre, aucune idée nouvelle dans l'entretien, rumination mental.
- Intense fatigabilité : difficulté à réaliser les activités antérieures, réductions massive de toutes les activités. (Pedinielli. J.L et Bernoussi. A, 2005, p 25, p 26, p 27).

7-3- le suicide et les idées de suicide

Le désir de suicide est fréquent dans les états dépressifs et apparaît sous la forme d'idées de suicide, de tentative de suicide, les idées de suicide parfois préluées par une prémunition sur le thème plus générale de la mort ,le suicide affectifs ayant entraîné la mort n'est pas seulement le fait de déprimées ,les études sur les relations entre tentatives et dépressions montre un liens fort entre les deux ,toutefois tous les suicidant ne sont pas victime d'un état dépressifs majeurs ,même lorsqu'il est présent ,il peut être accompagné d'un autre trouble ,et tous les déprimés ne tentent pas de suicider.(Pedinielli. J.L et Bernoussi. A, 2005, p 27, p 28).

7-4- les signes « objectifs »

Ces signes ne sont pas typiques des états dépressifs, mais sont souvent cités car faciles à reconnaître.

L'anxiété : est très fréquents présente dans les tableaux dépressifs, elle apparaît comme un sentiment pénible d'attente d'un danger imminent imprécis.

Les troubles de sommeil : la plupart du temps, on observe des insomnies chez les déprimés, l'insomnie de « fin de nuit »est caractéristique de la dépression.

Les troubles alimentaires : l'anorexie apparaît très fréquemment, avec amaigrissement, dégoût de la nourriture, la boulimie en revanche plus rare, mais peut survenir.

Les troubles du caractère comme l'irritabilité : le sujet peut devenir hostile impulsif, irritable, violent, intolérant.

Les symptômes somatiques : les céphalées, les algies faciales, les troubles neuromusculaires, les troubles sexuelles (impuissance, frigidité, baisse ou

disparitions du désir sexuel. (Pardinielli. J.L et Bernoussi. A, 2005, p31, p 32).

8-les différents types de la dépression

8-1-la dépression psychogène

C'est une dépression liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui lui arrive est selon lui de la faute des autres et il a tendance à se poser en victime bien plus qu'un coupable.

L'anxiété est souvent manifeste ; les manifestations somatiques sont fréquentes ainsi que les craintes concernant l'avenir, qui n'est cependant pas l'avenir bouché et sans espoir du mélancolique.

L'inhibition s'exprime surtout en termes de fatigue, de lassitude, d'impuissance à assumer les tâches quotidiennes, il n'y a cependant pas le grand ralentissement psychique et moteur de la mélancolie, la mobilité expressive est bien différente de la mimique figée de mélancolique. Ce qui signifie que l'élément relationnel est conservé, à quelque degré que ce soit.

Les conduites suicidaires sont très fréquentes et constituent dans un grand nombre de cas le motif de l'hospitalisation. Ce geste suicidaire a souvent d'un appel aux secours, d'un essai de mobilisations de l'entourage. La tentative de suicide a rarement le caractère définitive et atroce que lui donne : on peut parler de la d'un meurtre de soi-même.

Les troubles somatiques sont à peu près constants : oppressions, céphalées, vertige, trouble de sommeil, trouble de l'appétit, troubles sexuels, symptômes de conversions, somatique, pouvant avoir la valeur de véritables équivalents dépressifs.

Ce qui est tout à fait remarquable c'est la sensibilité, la réactivité au milieu environnant, ces patients sont particulièrement accessibles à la dimension relationnelle, l'attitude, gratifiante ou frustrante, de l'entourage familial ou hospitalier peut transformer radicalement, parfois d'un jour à l'autre, l'humeur et le comportement de tels patients.

8-2-la dépression mélancolique

Il est difficile, voir impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourraient être à l'origine de la situation actuelle, le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance : tout vient de lui, tout est de sa faute, il manque de volonté, tout le mal d'on il souffre ne peut venir que de lui-même.

En peut souvent mettre en évidence des antécédents personnels ou familiaux d'épisodes mélancolique ou maniaques.

Le caractère massif de l'inhibition, de ralentissements psychomoteur est tout à fait remarquable.

L'humeur triste, la douleur morale ne sont absolument pas influencées par l'attitude de l'entourage ; rien ne peut ébranler la conviction de mélancolique, enfermé dans son monde, inaccessible à toute approche relationnelle.

Les conduites suicidaires est habituellement gravissime est n'a aucun cas la valeur d'un chantage, d'une manipulation, d'un appel aux secours. Le mélancolique ne cherche plus à communiquer avec autrui, il est enfermé dans un monde de catastrophe dans lequel il est témoins et juge de ses actions et de ses intentions ; est c'est un juge féroce et implacable, impitoyable.

Les troubles somatiques sont en général des conséquences de ralentissement et de l'anorexie ; ils revêtent exceptionnellement l'allure d'une quête, d'une demande de soins, comme c'est le cas de dépressions névrotique.

La chimiothérapie a souvent un effet spectaculaire, alors que la dépression névrotique y réagit peu, mal est incomplètement.

8-3-la dépression masquée

On parle de « dépressions masquée » l'orsque le trouble de l'humeur ,loin d'être en premier plan, est « masquée »par l'importance des manifestations somatiques et des plaintes hypocondriaque ,autant de symptômes qui semble constituer désormais pour le patients le seul langage par lequel il peut exprimer sa souffrance ,le seul moyen de communiquer avec autrui.

8-4-la dépression d'involution

Elle à été individualisée par Kraepelin en 1896.on la définit habituellement comme un syndrome dépressifs apparaissant chez un sujet en période d'involutions ,a la conduite que ce sujet n'a pas présenté antérieurement de manifestations maniaco-dépressifs et que sa dépressions ne soit pas manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale (P. Pichot),l'anxiété y serait plus importante ,le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose maniaco-dépressifs .soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépressions d'involution est fort controversée à l'heur actuelle.(Pewzner. E, 2003, p90, p 92, p 93, p 94).

9- les théories de la dépression

Ici chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression :

9-1-Les théories biologiques

Elles sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs(1957), par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, l'on sait maintenant que ces médicaments

permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neurotransmetteurs, il est réducteur, voir peut-être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et sérotoninergique.

9-2-La théorie psychanalytique

Exposer par Freud en 1916 dans « deuil et mélancolie », Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie du Moi, identifié à l'objet perdue, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie de Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir.

9-3-Les théories cognitives

Ici en parle de le la théorie de Beck (1974). Pour lui, la dépression résulte, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de la rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible.

9-4-La théorie événementielle

Une approche développée par Holmes et Rahe consiste à considérer la dépression comme la conséquence des réactions provoquées par certains événements précédemment vécus par le déprimé. Ces événements peuvent être des pertes (deuil, séparation), ou même des changements positifs et désirer (promotion professionnelle, déménagement..).Les auteurs ont élaboré des

échelles pour coter chaque type d'événement et de pouvoir « scorer » les patients dépressifs. (Besançon. G, 2005, p56, p 57).

10-principes du traitement

Tout épisode dépressif caractérisé conduit à envisager un traitement biologique, associé à un abord psychothérapeutique.

10-1-Le cadre thérapeutique

Le plus souvent ; le *traitement ambulatoire* est possible, avec consultation rapprochées au moins jusqu'à l'amélioration de l'humeur. L'*hospitalisation* est indiquée :

En première intention, si le risque suicidaire est important ou si les conduites du sujet mettent en jeu le pronostic vital (stupeur avec refus alimentaire, agitation anxieuse) ; des soins psychiatriques avec hospitalisation à la demande d'un tiers (SPDT) pourrants être nécessaires ;

Deuxième intention, en cas de mauvaise observance du traitement ou de dépressions résistantes. (Kapsambellis. V, 2005, p 572).

10-2-les médicaments antidépresseurs

Le choix de l'antidépresseur

Il tient compte des contre-indications, des interactions médicamenteuses, de la tolérance et de l'efficacité lors d'éventuels précédents épisodes. Le profil sémiologique de l'épisode guide également le choix : si le ralentissement psychomoteur est prédominant, on préférera un antidépresseur stimulant ; en cas d'agitation, d'anxiété ou d'insomnie, un antidépresseur plus sédatif est indiqué. On privilégie actuellement les ISRS (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine) en première intention, toutefois, les antidépresseurs, dits

« tricyclique », demeurent d'une remarquable efficacité, et peuvent être utilisés en première et deuxième intention. Les IMAO (inhibiteurs de la monoamino-oxydase) sont moins utilisés.

La conduite du traitement

La surveillance du traitement nécessaire d'être particulièrement attentif à une levée précoce du ralentissement psychomoteur, alors que l'humeur dépressive et en particulier les idées de suicide sont toujours présentes, ce qui accroît le risque de passage à l'acte. La rémission des symptômes apparaît progressivement en générale après 3 à 6 semaines de traitement à posologies efficaces.

Le traitement antidépresseur peut être associé :

- à un anxiolytique, souvent utile au début du traitement en cas d'anxiété et d'agitation : benzodiazépine le plus souvent, neuroleptiques sédatif en cas de mélancolie ;
- à un hypnotique, nécessaire en cas d'insomnie invalidante ;
- à un neuroleptique, en cas de dépression délirante. (Kapsambelis. V, 2005, p 572, p 573).

Durée et fin du traitement

On considère que la guérison d'un état dépressif correspond à une période de rémission complète des symptômes d'une durée supérieure à 6 mois. C'est pourquoi la poursuite du traitement après cette rémission doit être d'une durée minimale de 6 mois. En cas de maladie maniaco-dépressif unipolaire (trouble dépressif récurrent), un traitement prophylactique des récurrences par antidépresseur, lithiothérapie ou ECT d'entretien est à envisager, selon les cas.

L'arrêt d'un traitement antidépresseur se fera de manière très progressive, tant pour prévenir la rechute que pour éviter le syndrome de sevrage aux antidépresseur. (Kapsambelis. V, 2005, p574).

10-3- autres traitements biologiques

L'électro convulsivothérapie

Les électrochocs peuvent être indiqués d'emblée, en urgence, lorsque la gravité de l'accès ne permet pas l'attente durant le délai d'action de l'antidépresseur, c'est-à-dire en cas de risque suicidaire, somatique (refus alimentaire), ou de troubles du comportement graves : mélancolie anxieuse, stuporeuse ou délirante(en particulier syndrome de Cotard). L'ECT peut également être utilisée d'emblée, en cas de contre-indications aux antidépresseurs, et secondairement, en cas de résistance à ces médicaments.

La TMS (stimulations magnétique transuraniennne)

Technique de recherche et outil thérapeutique, la TMS consiste à stimuler, de manière répétée, le lobe préfrontal par un champ magnétique. Elle est indiquée dans la dépresseur résistante, en particulier sans caractéristique psychotiques.

La photothérapie

Indiquée en cas de dépression saisonnière, elle consiste en une exposition quotidienne de quelques heures à une lumière intense (au moins 2500 lux) par séance quotidienne (matinale) ou biquotidienne. (Kapsambellis. V, 2005, p 574, p575).

10-4-Approche psychothérapeutiques

Une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dans un cadre structuré (fréquence et régularité des séances) doit être envisagée. Elle tentera de resituer l'épisode dans l'histoire personnelle du sujet, pour lui donner un sens en analysant les conflits qui sont à son origine. On aura particulièrement à l'esprit le conflit ambivalentiel amour/haine, et on s'efforcera le plus possible de lier les mouvements d'agressivité à la libido.

D'autres préféreront mener *une psychothérapie cognitivo-comportementale* et travailler sur les distorsions cognitives du dépressif (Kapsambelis. V, 2005, p 575).

Conclusion

Le terme de dépression recouvre des réalités cliniques fortes disparates. Cette disparité impose un travail de séméiologie rigoureux nécessaire pour repérer au plus vite l'urgence psychiatrique, pour traiter tout authentique épisode dépressif caractérisé, et pour éliminer ce qui n'est pas dépressif et relève d'autres entités psychiatriques (les troubles anxieux en particulier), ou de simples mouvements psychiques de l'existence. La clinique est donc amené à développer une vaste gamme de compétence, non seulement dans les attitudes thérapeutiques et le maniement des différents traitements, mais aussi dans l'évaluation de ce qui est, ou n'est pas, état dépressif, dans un contexte de demande sociétale forte qui tend à confondre la santé à l'absence de toute souffrance inhérente à l'existence humaine. (Kapsambelis. V, 2005, p 576).

Préambule

La famille est une expérience, passée, présente ou à venir. Nous l'Avon vécue lorsque nous étions enfants, « une expérience comme le disait le philosophe Gabriel Marcel, qu'il est d'ailleurs très difficile de ne pas dénaturer lorsqu'on tente de la traduire, car c'est celle d'une fierté ». Cette expérience, nous la reproduisons à notre tour lorsque nous devenons épouse et décidons d'avoir nos propres enfants. Nous entrons alors dans ce culte que l'on nomme « l'esprit de famille, qui nous fait préférer nos proches à tous les « étranger » ou tierces personnes ».

Traiterons- nous ici de *La* famille ou *des* familles ? On le sait, s'il y a « de la famille » partout, les formes familiales sont aujourd'hui diverses et les pratiques multiples.

1-le système.

1-1- La théorie de système

1-1-1- Qu'est - ce qu'un système ?

Le mot vient du grec, systéma, qui signifie « assemblage, proposition ».

Sa définition la plus commune est la suivante : un ensemble d'élément en interaction dynamique, l'état de chacun de ces éléments étant déterminé par l'état de chacun des autres éléments (Miller, 1978).

D'emblée apparait l'étendue d'application d'une telle notion. Toutes sortes de réalités peuvent être décrites comme des systèmes, d'où divers regroupements ou classifications possibles. On distingue, par exemple, des systèmes abstraits (une théorie, une langue, etc.) et des systèmes concrets (une cellule, une machine, etc.), des systèmes ouverts et des systèmes fermés, etc. les

critères de classification s'appuient généralement sur l'une ou l'autre des propriétés des systèmes.(Gérard.S, 2005, p 34).

1-1-2-Propriété des systèmes

Tout système baigne dans un environnement donné, avec lequel il entretient ou n'entretient pas des échanges. Dans le premier cas, *un système ouvert*. Il est en interaction permanente avec l'environnement, et échange avec lui matière, énergie, information (« produits »nécessairement à la survie du système contre la dégradation exercée par le temps) .le système rejette aussi dans l'environnement de l'énergie usée » ou *entropie* (pertes, déchets, etc. .)

L'*entropie*, est une fonction .elle désigne le degré de désordre ou d'incertitude dans l'arrangement des éléments d'un système physique. Ce degré est toujours croissant, selon le principe de Carnot.

L'entropie est donc une notion surtout abstrait. Son étymologie grecque signifie « changement » .dans la théorie des systèmes, il est courant de se la représenter comme l'accroissement du désordre, en admettant qu'un système isolé, abandonné à lui mémé, évolue vers un état de désordre maximal.

A l'inverse d'un système ouvert, un système fermé n'échange ni matière, ni énergie, ni information avec son environnement. Donc, non seulement il ne se laisse pas modifier par cet environnement, mais il ne le modifie pas en retour. Pour subsister, un système fermé utilise se réserve potentielle propre. Au fil de ses réactions internes, l'entropie s'accroît de façon irréversible. Elle devient maximale lorsque l'équilibre thermodynamique est atteint, et atteint, et le système ne peut plus fournir de travail.

L'ensemble système - environnement est appelé *écosystème*. Leurs interactions sont représentées, au niveau du système, comme des *entrées*

(inputs) et *des sorties* (outputs), de nature variable : matière, énergie, information.

Enfin, il faut rappeler que tous les systèmes vivants sont ouverts : la cellule, l'appareil circulatoire, un organisme végétale ou animal, une famille, une société, et ceci, quel que soit leur degré de complexité.

L'organisation d'un système doit être considérée sous ses deux aspects fondamentaux ; les aspects structurels et les aspects fonctionnels.

- *Aspects structurels*, un système comporte quatre composantes principales :
 - Une *limite*, ou *frontière*, qui représente l'*interface* et qui démarque le système de son environnement (par exemple : la membrane cellulaire, l'épiderme de l'organisme, les « marqueurs » d'un groupe sociale donné, etc. .) ;
 - Des *éléments*, pouvant être identifiés, dénombrés, classés an catégorie (par exemple : organites intercellulaires, organes et appareils de l'organisme, membres d'une même famille, etc.) ;
 - Un réseau de communication et de transport, véhiculant matière, énergie, produits, information, argent, etc., (par exemple : routes, câbles, etc. .) ;
 - Des réservoirs de stockage, pour l'énergie, la matière ou l'information (par exemple : glycogène, graisses de l'organisme, mémoire humaine, mémoire d'ordinateurs, bibliothèque, banques, etc.).
- *Aspects fonctionnels*, un système a les caractéristiques suivantes :
 - Des flux, de nature différente, circulant les réservoirs et charriant matière, énergie, information .ils s'exprime en débits (par exemple : nombre

de « bits » par microseconde pour un ordinateur, nombre de voyageurs par jour, salaire mensuel, etc.) ;

- Des centres de décision, contrôlant les débits de ces flux en agissant sur eux, en transformant une information en action, etc. (par exemple : un enzyme, un chef d'atelier, un leader politique, etc.).
- des *boucles de rétroaction* (ou *feedback*), qui informent les centres de décision de ce qui se passe « en aval » et leur permettent d'ajuster les décisions en connaissance de cause. de ces boucles dépendent la régulation et la stabilité du système (par exemple : régulation d'une population selon le taux de natalité ou de mortalité, etc. .) ;
- des délais, résultant de la variation des vitesses de circulation des flux, ou des durées de stockage dans les réservoirs, ou des « frottements » entre les éléments du système. Ces délais permettent les ajustements temporels nécessaires à la bonne marche du système (par exemple modification transitoire des règles de circulation routière aux heures de pointe, etc.)(Gerard.S, 2005, p 34-35-36).

1-1-3- Trois concepts majeurs

- Le premier concept de *totalité* il signifie qu'un système est quelque chose de plus que la somme de ses parties (principe de nonsommativité). on tient compte davantage de son fonctionnement globale, comme un tout, ou comme une unité d'un niveau logique supérieure (il y a ici une analogie avec la notion de gestalt en psychologie). Et ce « tout » implique l'apparition de qualités émergentes que ne possédaient par les parties du système. Le comportement d'un groupe laisse émerger des qualités que ne possèdent pas les divers individus qui le constituent, si on les considère un à un séparément (paniques collectives). On voit que c'est la constellation plus que la somme des interactions entre les divers éléments qui caractérise la totalité du système.

- Le deuxième concept majeur de la théorie des systèmes, celui de la *circularité*. Le jeu des feedbacks met en évidence l'importance de la réciprocité des actions et des actions et des influences qui s'exercent entre les entrées et des sorties du système, comme entre les divers éléments qui le constituent.
- Le troisième concept est le principe d'*équifinalité*. il signifie que les mêmes effets peuvent avoir des origines différentes. Autrement dit, les changements observés dans un système ouvert ne sont pas seulement déterminés par les conditions initiales du système, mais aussi par les divers paramètres du système et par la nature même du processus de changement . Ces paramètres du système peuvent même être déterminants dans le changement que les conditions initiales. Ceci est valable seulement pour les systèmes ouverts, les systèmes fermés étant déterminés précisément par les conditions initiales (Von Bertalanffy, 1962). L'implication d'un tel concept est que, pour comprendre le fonctionnement d'un système ouvert, il importe davantage de saisir son organisation structurelle et fonctionnelle que de s'attacher à décrire sa genèse. (Gérard.S, 2005, p38-39).

2-le système familial

Selon Watzlawick (1972, p. 120), la famille est «un système en interaction continue et durable où les membres sont des personnes en communication avec d'autres personnes».il s'agit d'un système ouvert, la famille étant en interaction constante avec son environnement sociale : école, milieu professionnel, communauté, etc.

Selon la théorie des systèmes, la famille ne se définit pas comme l'addition de ses membres ; elle est une entité en soi. Les liens entre les

membres de la famille sont si étroits que tout changement de comportement chez l'un d'entre eux se répercute sur les autres et sur l'ensemble du système familial.

Par ailleurs, tous les membres de la famille exercent une influence les uns sur les autres. Dans cette optique, le comportement de l'un des membres non seulement traduit une réaction aux comportements des autres membres, mais influe sur les comportements des autres membres et sur la famille à travers le processus de la rétroaction (Watzlawick .P, 1972, p).

En tant que système, la famille possède une autre caractéristique : elle est capable de s'adapter aussi bien aux exigences de son environnement social qu'aux différentes phases de son propre développement, soit en amorçant elle-même le changement soit en évaluant en réponse aux informations reçues. Elle parvient ainsi à établir un équilibre entre deux fonction apparemment contradictoires : sa tendance à l'homéostasie et sa capacité de se transformer (Andolfi, 1982).

L'évolution de la famille passe donc par l'alternance de phases d'équilibre et de phases de déséquilibre (Andolfi, 1979).

Les périodes critiques où l'équilibre familial risque d'être rompu coïncident avec les étapes du cycle de vie de la famille telles que la formation du couple, la naissance d'un enfant, le vieillissement et la mort. La famille met alors en œuvre des mécanismes d'adaptation pour s'ajuster, notamment sur le plan de son fonctionnement et de sa structure. (Beudet. L. De. Montigny.F, 1997, p.14-15).

2.1. Le fonctionnement familial

On peut analyser le fonctionnement du système familial à la lumière des six dimensions décrites par Guttman (1977) et par Epsein et ses collaborateurs (1978,1982) : la communication, l'expression des sentiments, la résolution de problèmes, la distribution des rôles, l'engagement affectif, et le contrôle des comportements. (Beudet. L. De. Montigny.F, 1997, p.15).

2.1.1. La communication

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

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

En premier lieu, soulignons q u 'il est impossible de ne pas communiquer, car tout comportement constitue un mode de communication. Or, on ne peut pas ne pas avoir de comportement, et quel que soit celui-ci — c'est-à-dire que nous soyons actifs ou inactifs, que nous parlions ou soyons silencieux —, il transmet un message. En général, notre interlocuteur comprend le message et y réagit de façon à confirmer son impression.

Toutefois, la communication ne se borne pas à la transmission d'une information factuelle, laquelle constitue le premier niveau de l'interaction. Elle inclut également un

Message sur la qualité de la relation entre l'émetteur et le récepteur. C'est le deuxième niveau de l'interaction; Celle-ci s'établit aussi bien au niveau verbal que non verbal.

Il convient de noter un autre principe de la communication, selon lequel la nature d'une relation entre deux individus dépend du sens que chacun donne aux séquences d'échanges. Cela signifie que chacun des interlocuteurs «ponctue» l'interaction à sa façon, en lui attribuant un Début et une fin. Les désaccords sur la manière d'interpréter une interaction donnée sont à l'origine de nombreux conflits entre les membres de la famille. Prenons le cas d'un différend dans un couple La femme explique à son mari pourquoi elle est contrariée: «Je suis fâchée parce que tu es distant.» Celui-ci réplique: «Je ne t'ai pas parlé parce que tu étais fâchée. Tous deux sont persuadés de connaître l'origine du conflit puis qu'ils définissent l'interaction de leur propre point de vue et non de façon globale. En vérité, il n'y a ni début ni fin étant donné que les échanges sont circulaires. On ne peut dire qui commence ni ce que deviendrait un échange sans l'autre. . (Beaudet. L. De. Montigny.F, 1997, p.15-16-17).

2.1.2. L'expression des sentiments

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

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

Outre les règles familiales, d'autres facteurs portent atteinte à la libre expression des sentiments. Ainsi, par peur d'être rejeté, l'individu exprimera ses sentiments de façon atténuée ou déformée : il aura recours, entre autre, au sarcasme, au silence ou au déplacement. Exprimés de cette façon, les sentiments ne seront plus reconnaissables. Les valeurs familiales et culturelles ont aussi un effet sur la capacité d'exprimer des sentiments variés. (Beaudet. L. De. Montigny.F, 1997, p.20-21).

2.1.3. La résolution de problème

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

- définition de problème
- communication du problème aux ressources appropriées
- recherche de solutions
- prise de décision
- action

- contrôle de l'actio
- évaluation (Beaudet. L. De. Montigny, 1997, p.21).

2.1.4. La distribution des rôles :

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

Pour bien comprendre cette dimension du fonctionnement de la famille, on examine d'une part si les fonctions familiales sont assurées et d'autre part qui s'en charge. De plus, on se demande si la répartition des responsabilités entre les membres de la famille est équitable. Un bon fonctionnement familial exige que chacun assume la responsabilité de ses tâches. Par exemple, la personne chargée de faire le marché doit s'acquitter de cette tâche et, en cas d'empêchement, elle doit avertir les autres pour qu'un remplaçant soit désigné. Si une certaine constance dans la distribution des rôles familiaux facilite le fonctionnement de la famille, il n'en demeure pas moins que les membres de la famille ont avantage à être capable d'assumer divers rôles : ils sont ainsi plus flexibles et éprouvent moins d'anxiété lorsque les rôles doivent être redistribués. (Beaudet. L. De. Montigny, 1997, p.23).

2.1.5. L'engagement affectif

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

Lorsqu'il y a absence d'engagement, les membres de la famille ne démontrent pas d'intérêt les uns pour les autres et n'investissent pas dans la relation familiale. On peut dire que leur interaction se borne à évoluer dans le même environnement physique. Par exemple, lorsqu'un membre est souffrant, les autres restent indifférents ou tardent à réagir. Dans l'engagement dépourvu de sentiments, il existe un certain intérêt mais peu d'investissement sur le plan affectif. Certain intérêt mais peu d'investissement sur le plan affectif.

L'intérêt et l'investissement ne sont manifestés qu'en réponse à une demande; ils demeurent toutefois minimes, car les membres de la famille sont isolés les uns des autres.

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

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

L'engagement affectif est étroitement lié au développement du concept de soi des membres de la famille. Des recherches ont démontré que les enfants acquièrent une estime de soi plus élevée lorsque leurs parents sont à leur écoute. A l'opposé, si les parents sont indifférents à leurs résultats scolaires et à leurs

amis ou s'ils ne les invitent pas à participer aux conversations durant les repas, les enfants ont généralement une estime de soi peu élevée.

N'oublions pas que, paradoxalement, l'un des buts de la famille est de se dissoudre. Aussi les parents doivent-ils favoriser l'autonomie de leurs enfants afin de leur permettre de voler de leurs propres ailes. Il est donc normal et sain que l'engagement affectif des membres de la famille les uns envers les autres évolue au fil des ans. (Beaudet. L. De. Montigny.F, 1997, p.25-26-27).

2.1.6. Le contrôle des comportements

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

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

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

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

Face aux diverses situations de la vie quotidienne, la famille établit ses propres normes en ce qui a trait au caractère acceptable des comportements. Elle fixe également une certaine latitude par rapport à ces normes. Par exemple, d'après la norme familiale, les enfants n'ont pas la permission d'aller au parc seul mais, lorsque leurs cousins leur rendent visite, ils ont le droit de les accompagner. (Beudet.L. De Montigny F, 1997, p .27-28).

2.2. La structure familiale

L'une des fonctions de la famille est de favoriser chez ses membres l'apprentissage de relations positives avec autrui, le soutien mutuel, l'autonomie et l'individuation. Pour ce faire, la famille se structure en divers sous-systèmes dotés de règles définissant les frontières et le pouvoir de chacun. Nous allons décrire la structure familiale en nous appuyant, entre autres, sur les travaux des auteurs suivants: Guttman (1977), Satir (1980, 1982), Latourelle (1987), de Montigny (1988) et Wright et Leahey (1989,1995). (Beudet .L, De Montigny.F, 1997, p .30).

2.2.1. Le système familial et ses sous systèmes

Le système familiale fonctionne à l'intérieure d'un supra système constitué d'une part par la communauté et d'autre part par la société .ce supra système est régi par des règles, des valeurs et des normes qui influent sur la famille. Pour faciliter leur fonctionnement dans la société, les membres de la famille s'organisent en sous-groupes

Appelés «sous-systèmes », en fonction de leur âge, de leur sexe et de leurs champs d'intérêt.

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

Lorsque les adultes s'unissent pour fonder une famille, ils créent *un sous-système conjugale* à l'intérieure du quelle ils élaborent des façons de se soutenir mutuellement.

Devenus parents, les conjoints doivent non seulement maintenir ce soutien mais aussi acquérir des habiletés parentales afin de s'acquitter des nouvelles tâches reliées à l'éducation et à la socialisation de l'enfant.

Le sous-système fraternel est, selon Minuchin, «le premier laboratoire de vie sociale dans lequel les enfants peuvent faire l'expérience des relations avec leurs paires ».

En effet, c'est à travers ses relations avec ses frères et sœurs que l'enfant apprend à négocier, à communiquer, à collaborer, à se disputer et à aimer ; il acquiert ainsi les bases de la socialisation. A l'école, l'enfant utilise avec ses pairs les comportements appris au sein de sa fratrie et, inversement, expérimente et raffine auprès de ses frères et sœurs les Façons d'interagir avec les autres qu'il apprend à l'extérieur. (Beaudet.L De.Montigny. F, 1997, p .30-31-32).

2.2.2. Les frontières

Tout système familiale et sous-système doit se protéger de l'ingérence des autres sous-systèmes pour mener à bien ses activités et ses tâches. Pour ce faire, des frontières sont mises en place. Il s'agit en fait de règles précisant qui participe aux activités du système et des sous-systèmes et comment se réalise cette participation. Les frontières varient selon leur degré de perméabilité. Trop rigides, elles restreignent les échanges avec l'environnement; trop diffuses, elles laissent chacun se mêler des activités des autres.

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

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

Lorsque tous les sous-systèmes familiaux sont orientés vers le pôle «surengagement», le moindre changement de comportement chez un membre se

répercute immédiatement sur tous les autres. À l'inverse, quand les sous-systèmes sont orientés vers le pôle «désengagement», le stress d'un individu n'aura de répercussions sur les autres membres que s'il atteint un niveau très élevé. (Beaudet.L. De montigny.F, 1997, p .32-33).

2.2.3. La distribution du pouvoir

Le pouvoir familial est la capacité potentielle ou actuelle, d'un membre de la famille de contrôler, de modifier ou d'influencer le comportement des autres membres (Friedman, 1992). La distribution du pouvoir est une dimension importante de la structure familiale elle reflète non seulement les valeurs et les changements sociaux, tel le passage d'une société patriarcale à une société plus égalitaire, mais aussi le degré d'adaptabilité de la famille, car elle témoigne des règles implicites et de système de valeurs familiaux.

Un grand nombre de facteurs influent la distribution du pouvoir, la structure de réseaux de communication familiale joue un rôle important à cet égard ; ainsi, on note que les membres de la famille qui facilitent la circulation de l'information, en agissant comme intermédiaires, l'origine sociale est un autre facteur à considérer, parmi les autres facteurs d'influence figure la hiérarchie familiale, la présence de coalitions entre différents membres de la famille, l'appartenance culturelle, l'engagement des conjoints dans la relation conjugale et certains événements tel que le chômage, ou la maladie d'un membre de la famille enfin, on remarque en période de crise les individus tolèrent moins l'incertitude et perdent en partie leur habileté à résoudre les problèmes et à négocier (Szinovacz, 1987).

Les distributions de pouvoirs ne se reflètent pas nécessairement dans la réalisation des tâches, On distingue neuf types de pouvoir familial qui sont :

- Pouvoir légitime ou autoritaire.
- Pouvoir de la victime.
- Pouvoir de référence.
- Pouvoir de l'expert.
- Pouvoir de récompense.
- Pouvoir de coercitions.
- Pouvoir de l'information.
- Pouvoir affectifs.
- Pouvoir de la tension. (Beaudet.L.De Montigny.F, 1997, p .35-36).

2-2-4-Le réseau social

Comme le système familiale est en interactions constante avec son environnement ,il est important d'examiner la capacité de la famille à créés des liens avec l'extérieures ,c'est-à-dire a ouvrir les frontières du système familiale vers l'extérieurs ,le réseau social se définit comme « l'ensembles des personnes ayant fournis de soutiens a la famille ou susceptible de lui en fournir dans l'une de six fonctions suivantes :aide matérielles, assistance physique, interaction intime, accompagnement, rétroactions et socialisations ,le réseau sociale peut se composer de professionnelles ou de membres de la famille étendue ,de voisins, d'amis d'aidant naturels et de groupe d'entraide ,la présence et la qualité de réseau sociale ,les informations dont dispose la famille en ce qui concerne les services de santé et les groupe d'entraide existants ainsi que sa capacité à demander et à recevoir de l'aide témoignant des capacités de la famille à s'ouvrir à son environnements ,il est cruciale que la famille soit capable de se structurer en utilisant les ressources de l'environnements ,en effet de nombreuses études ont établi un liens entre la présence et la qualités de réseau social et l'adaptations psychologique des individus(Walker, 1977; Gottlieb, 1981).

De plus, le réseau de soutiens constituerait une protection pour la santé des individus (Norbeck ,1981 ; Lin et Coll., 1979 ; Pagel et Becker, 1987)

La capacité d'adaptations revêt une importance particulière en période de crise comme après la perte d'un enfant, car c'est grâce à elle que la famille évitera une crise aigüe. . (Beudet.L . De Montigny.F 1997, p .37-38).

2-3- Cycle de vie de la famille

Tout comme l'individu, l'unité familiale traverse des étapes prévisibles de croissance et de développement, Elle change et évolue tant sur le plan de fonctionnement tant sur le plan de structure, selon que ses membres naissent, grandissent, ou quittent la cellule familiale.

Parmi les travaux portant sur le développement familial, ceux de DUVALL (1977), de Carter et MC Goldrick (1989) et de HYMOVICK(1992) nous permettent d'éclairer le cycle de vie de la famille. (Beudet.L.De Montigny.F, 1997, p .41).

2-3-1-Les étapes du *cycle* de vie de la famille

Étape 1 : famille conjugale (du début de la vie commune à la naissance du premier enfant) : exemple établir une identité conjugale, conserver une identité individuelle, modifier les relations avec les familles d'origine, décider de devenir parent.

étape 2 : famille avec un nourrisson (d e la naissance à l'âge de 30mois) : exemple intégrer l'enfant dans l'unité familiale, acquerire les habilités inhérentes aux rôles de parents et de Grants –parents, modifier les relations avec la famille étendue afin d'intégrer les rôles de parents et ceux des Grants – parents. Maintenir le lien conjugal et les identités individuelles.

étape3 : famille avec des enfants de l'âge pré-scolaire (de 2ans et demi à 5ans) exemple : éduquer les enfants et leur permettent d'acquérir les compétences sociales, s'adapter à la séparation parents –enfants, intégrer le deuxième enfant à l'unité familial.

étape4 : famille avec des enfants d'âge scolaire (de 6ans à 12ans) exemple : faire face à l'influence du milieu et à celle des pairs (parents)

étape5 : famille avec des adolescents (de 13ans à 20ans) : acquérir plus d'autonomie (adolescents), redéfinir la relations conjugale et la vie professionnelles.

étape6 : famille d'âge mur (du départ du premier enfant à la retraite) : recherche de nouveaux champs d'intérêts indépendants, accepter les difficultés de santé des grands-parents à l'éventualité de leur mort.

étape7 : famille âgées (de la retraite aux décès des deux époux) :s'adapter au passage de la vie active à la retraite, maintenir le fonctionnement de couple, se séparer à sa mort et faire face à la perte des pairs. (Beudet.L. De Montigny.F, 1997, p41-42-43).

3-notions de famille.

La famille reste un point de repère fondamental. C'est dans la famille que s'exprime en premier lieu la solidarité que s'apprend le respect de l'autre et que sa construisent les première expériences et les apprentissages, que se transmettent les valeurs, que s'éveille la créativité et la soif de savoir. Elle est un refuge pour les jeunes et même pour les moins jeunes face aux diversités de la vie. Elle est un maillon central de la cohésion sociale .c'est pourquoi elle doit être protégée, elle doit être confrontée.

3.1. Différentes Définitions de la famille

Étymologiquement, le mot famille dérive du latin classique « familia », dérivé de « famuls » : la famille est l'ensemble formé par le père, la mère et les enfants. Ensemble de personnes qui ont des liens de parenté par le sang ou par alliance (Silamy. N, 1999, p.108).

Définition psychanalytique :

Selon D .Houzel et G. Groitre « nous postulons que la famille fonctionne comme un système dynamique, obéissant au principe de stabilité structurelle, et que son fonctionnement assure à chacun de ses membres les repères stables dont il a besoin pour s'organiser en tant qu'individu sexué.

Définition sociologique :

Selon R.MUCCHIELLI (1980), la famille est : « un groupe primaire naturelle » ce dernier désigne selon COOLEY les petits groupes sociaux à l'interrelation directes et de face à face par opposition aux « un groupes secondaires » ou l'interconnaissance n'est que potentielle. (Albernhe. K et T 2004, P104).

MICHEL DE BOUCAUD (1995), souligne que « l'histoire de la famille nous montre qu'elle a toujours eu à se situer, comme de nos jours, entre la société et l'individu, entre les groupes et les personnes » (Albernhe. K et T 2004, p105).

Définition psychologique :

Pour ROBERT NEBURGER (1995) Une famille est : une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ; un lieu de communication, matrice

relationnelle pour l'individu ; un lieu de stabilité, de pérennité, malgré, ou grâce aux changements que le groupe peut opérer ; un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission transgénérationnelle : la filiation.

3.2. Les types de famille

- **Les familles nucléaires** ou étroites sont constituées par l'assemblage : père +mère+ enfant non mariés.
- **les familles multi générationnelles** ; également parfois appelées familles souches ou familles maisons, sont unies à la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage pluri générationnelle : parents+ enfant+ petits-enfants. Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir au tour d'un père ou d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale.
- **les familles communautaires** sont en revanche élargie à l'horizontale : les enfants mariés ou non agglutinés en cellules conjugales pouvant cohabiter. l'expression de famille recomposée est malheureusement pour GUY AUSLOOS 1998 « il ne s'agit pas de recompositions, encore moins de reconstitutions ; il s'agit d'une famille nouvelle, recrée, qui constitue à son tour un nouveau système. je préfère donc parler de familles néoformées ou recrées, pour insister sur le fait que l'on a à faire avec un nouveau système et non avec des morceaux d'anciens systèmes .on peut de toute façon se poser la question de savoir si ces formes de familles sont tellement nouvelles »(Alberhne.K et Alberhne. T, 2004. p.104.105).

3.3. Les fonctions de la famille

Selon ALBERHNE K.et ALBERHNE .T consiste quatre fonctions :

- **La première** : consiste à canaliser et à discipliner la sexualité pour une préserve de pureté de l'espèce par une meilleur progéniture.
- **La deuxième** : c'est la subvention aux besoins naturelles de tous les membres de la famille et leur procurer le maximum de bien-être physique.
- **La troisième** : complète la précédant, en cherchant la satisfaction du besoin fondamentale de sécurité et de l'affectivité ressenti par les membres du groupe et à créer autour d'eux, le climat psychologique favorable à leur épanouissement personnel. la psychanalyse a relevé l'importance des premières relations affectives, avec la mère en particulier, dans l'identification de la vie psychique et l'élaboration da la personnalité.
- **La quatrième** : vise l'acquisition de la langue maternelle, la transmission des valeurs, des moteurs, des rites, des traditions du groupe d'appartenance, pour assurer

Une meilleure intégration dans le groupe social. La réalisation de ces taches se fait par une distribution des rôles entre les parents qui se varie selon les cultures et les civilisations en formant divers types de familles.(Alberhne. K et Alberhne. T, 2004, p 102)

3.4. La famille algérienne et ses caractéristiques

Avant l'indépendance , le type dominé est la famille traditionnelle multi générationnelle ,régie par les hommes les femmes ne peuvent être que génitrice d'enfants , une préférence marquée pour le fils , contrairement pour la petite fille (Benhabib , 1994 , p.102) Apres l'indépendance ,et suite aux mutations

socioéconomiques et culturelles , aux changement idéologiques , la famille algérienne a connue des bouleversements au niveau de sa construction.

Le père : dans la famille nucléaire, passe de la position de dominateur vers un père démocrate.

Le garçon : devient de plus en plus autonome, prenant une certaine liberté de la tutelle parentale, cette position ne crée pas de conflits à l'égard du père, au contraire, le succès du fils présente une fierté du père.

La fille : ou la femme ne reste plus sous l'autorité du père, du frère, ou du mari, elle garde le respect de ses parents, et désormais dans une certaine limite elle peut prendre la parole et diriger sa propre vie, à condition d'éviter les contradictions avec sa famille.

La mère : acquière un statut économique important, si elle travaille elle présente une source financière pour le foyer, et si elle ne travaille pas, elle gère le budget familiale.

Les années (1990) ,nommées par « la décennie noir » dont la société algérienne a connu un bouleversement , qui va favoriser par la suite , l'apparition d'autre changement ; la nucléarisation se propage de plus en plus ,l'individualisme règne , les taux de chômage et le célibat augmente ,les femmes divorcées ,les vieux expulsés leur enfants .ces données ont mis des obligation de révision du code de la famille .(Benhabib,1994,p.105)

La famille est le micro environnement de l'enfant, elle remplit plusieurs fonctions dont la plus important est l'éducation des enfants sur la base des traditions de la société.

3.5. Règles familiales, rituels, homéostasie

En tant que *système ouvert* l'unité familiale échange continuellement des informations avec son environnement extérieures, de même qu'avec son milieu intérieures (sous systèmes et membres individuelle).en d'autre termes, toutes informations nouvelles (input) en provenance de l'extérieure ou de l'intérieure peut influencer potentiellement l'équilibre de l'unité familiale, et sera traitée par le jeu des feedbacks positif ou négatif. Ce traitement de l'informations dépend de la nature du systèmes familiale, de ses compétences ,de son stade évolutifs ,de la variétés des mécanismes de contrôle et de réponses dont il dispose ,comme de la nature du message auquel il est confronté.

Certains famille, mal adaptées, ou dysfonctionnelles, tolèrent mal les inputs interne ou externe ayant pour effet de modifier leur équilibre actuel et leur organisations. par exemple, l'accès naturel d'un enfant a l'âge scolaire constitue un input à la fois interne(croissance et développement de l'enfant) et externe(convention sociale et même l'égle),qui déstabilise ces systèmes familiaux dans leur équilibre rigidement conservé ,et provoque l'émergence des signaux de détresse ou de symptôme (par exemple, une phobie scolaires ,un conflits conjugale ,un état dépressifs chez un des parents etc.)Qui constituant eux- même un output de type « feedback négatifs ou changement ».

Il est bien entendu naturel qu'une famille n'est pas toujours la même tende a préservés sa stabilité, à sauvegarder son équilibre ou *homéostasie*, comme tous les systèmes vivants, elle le fait précisément au moyen de *feedback négatifs* émis en réponse à tout comportements de ses membres ou à toute informations extérieures qui ont pour effet de déstabiliser.

Cette stabilité nécessaire n'est pas toujours la même ,elle varies ,d'une famille à l'autre ,et au sein d'une même famille selon son stade évolutifs .la variabilités de l'homéostasie dépend des *normes* en présence, c'est-à-dire des

impératifs communes respectifs tacitement par tous les membres comme la montrer Jackson (1956), ces normes familiales se caractérisent sous forme de *règle* qui régit les comportements des membres entre eux et, à un degré variables, vis-à-vis de l'environnement extérieures, l'observateur peut modifier ces règles en repérant les modèles de comportements répétitifs, ou *patterns communicationnels redondants*, c'est-à-dire qui deviennent prévisible entre les membres du système, comme nous l'avons vu avec Bateson, ces patterns redondants expriment indirectement l'accords implicite entre les sujets quant à la définitions de leurs relations, et reflète donc leurs *conventions relationnelles*

Les familles développe aussi toute sorte de *rituels* comportementaux, respecter entre eux et vis-à-vis de l'extérieures, qui servent à renforcer les règles en vigueur, par exemple les rituels de salutations au moment des séparation ou de retrouvailles vont visiblement conditionnés par les règles du système familiale, d'autres rituels domestique reflète aussi les règles homéostatiques : la façons de s'asseoir à table, les sujet dont il est possible de parler, l'ordre habituel dans laquelle les membres de la famille se lèvent le matin ou vont au lit le soir, les phrases machinales échangées dans telle ou telle circonstance, etc., d'où l'on peut dégagées aussi la notion de *style familiale*, comme l'ont fait Ford et Herrick (1974) style qui se modifier ou persiste au fil de son cycle évolutifs naturels, et qui n'est jamais superposable à celui d'une autre famille.

Je décrirai plus loin comment ces dispositifs du *réglage homéostatique* peuvent être transmis sur plusieurs générations, par le canal de loyautés intergénérationnelles souvent « invisible » (Boszormenyi-Naji et Spark, 1973) et de « triangle » émotionnels instables (Bowen, 1978) en contestant désormais cette explications du type « première cybernétique », la perspective constructiviste de la « cybernétique de second ordre » préfère considérez le système familiale comme un système vivant « autopoétique », autrement dit un système générant et spécifiant continuellement sa propre organisation et ses propres frontières

,sans devenir pour autant insensible aux interactions avec l'environnement ,comme on l'a déjà vu plus haut ,cette perspective autoréférentielle a tendance a considérer que les systèmes ne se laisse pas instruire de l'extérieure ,de se fait ,les « perturbations »provenant de l'environnement n'aurait qu'un effet « incitatifs »,sans conserver un caractères « d'input »(c'est le système autopoétique lui-même qui ferait émerger la significations de cette perturbations)(Maturana etVarela,1980),mais comme nous l'avons vu plus haut ,cette approche « autovalidante » et désormais contestée sur le plan théorique par le concept ago-antagoniste et la notion de stratégies systémique bipolaires(Bernard-Weil,2000).(Gérard.S ,2005,p 57-59).

3.6. Typologie familiale, adaptation, cycle évolutif

L'évolution d'une famille passe par des phases d'équilibre alternant avec des phases de déséquilibre.la capacité à changer ou à évaluer de la famille dépend beaucoup d'un paramètre essentiel : son *degré d'ouverture* aux informations internes ou externes. Ce paramètre permet de distinguer divers types de famille, les unes trop « fermées », l'autre trop « ouvertes », pour ne signaler que les pôles extrêmes de ce genre d'échelle .aux premiers temps du mouvement systémique, Jackson disait qu'il était nécessaire de mettre au point une *typologie* des familles.

La typologie proposée par Wertheimer(1975), et qui tient compte précisément du degré d'ouverture des systèmes familiaux, semble assez pertinente du point de vue systémique pour être mentionnée ici.

Cet auteur distingue divers type de fonctionnement familiale, selon leur mode d'autorégulation .une famille est dite *morphostatique* lorsqu'elle tend à maintenir de façon rigide son équilibre et sa structure. Car elles les peines du monde à s'adaptera des situations nouvelles .c'est ce que l'on voit chez certaines

familles de migrants qui accusent des troubles d'adaptation. Liés à l'acculturation.

Une famille est dite *morphogénétique* lorsqu'elle donne trop facilement des feedbacks positifs aux informations nouvelles prévenants de l'intérieure ou de l'extérieure .une telle famille manque de stabilité, comme c'est le cas chez de nombre de familles dites encore « suradapté » au contexte social, et dont l'identité inconsistante se dilue dans l'environnement et absorbe trop vite les normes et les stéréotypes culturels extérieures.

L'*adaptation optimale* d'une famille se reconnaît au fait que chaque membre a la possibilité, suivant la situation, de participer de façon souple et équilibré au processus décisionnel de la famille. Cette capacité d'adaptation permet aux systèmes familiale de négocier de façon profitable des divers crises ou phases de changements qui jalonnent son cycle évolutif, et en favorisant la socialisation des enfants. (Gérard.S, 2004, p 60-62).

3.7. Communication et affectivité

La façon dont les membres de la famille communiquent entre eux est une variable essentiel au fonctionnement du système.

On estime, que la communication dans la famille s'exerce en deux domaines : *le domaine instrumental* et *le domaine affectif* .on tient compte de deux paramètres : le fait que la communication est *claire ou masquée*.et le fait qu'elle est *directe ou indirecte*. A partir de ces paramètres, on peut identifier quatre styles de communication : claire et directe, claire et indirecte, masquée et directe, masquée et indirecte .il serait dès lors tentant de postuler que le style de communication le plus adéquate et le plus efficient est la communication claire et directe .et le moins adéquate et efficient est la communication masquée et indirecte.

D'autre recherche éclairent la façon dont la communication dans la famille est au service fonctions expressives, interactionnelles et transactionnelles .le rôle des parents consiste à donner des modèles d'échange verbaux, para verbaux, et non verbaux, tout en modifiant ou en confirmant ceux que les enfants proposent. La *qualité de la réponse* aux échanges (« *responsivité* ») est variable : confirmation, rejet, déni.

L'observateur doit se poser des questions de type : qui s'exprime le plus souvent ? Aux dépend de qui ? Qui interrompt qui ? Qui répond à la place de qui ? Quels sont les thèmes systématiquement mis en valeur ? Quels sont les thèmes évités ?

Comme on l'a déjà vu, les communication véhiculent les règles qui prescrivent et limitent les comportements individuels au sein du système familial. Elles dénotent également comment les sentiments et les affectes doivent être exprimés, reçus et interprétés entre les membres. Les liens *affectifs* représentent les forces de cohésion les plus puissantes à l'échelle de la famille nucléaire, surtout lorsque les enfants sont encore en bas âge.

La sensation d'être aimé et désirer dans la famille est fondamentale pour les membres (l'intimité sexuelle étant réservée au couple parentale), et l'expérience affective vécue au sein de la famille sera déterminante pour les enfants dans leur relations extrafamiliale .le vécu affectif partagé en famille représente donc une forme d'apprentissage dans le développement de chaque sujet. (Gérard.S, 2004, p 64-65-66).

3.8. Valeurs et mythes

Les *valeurs* (concept sociologique) sont impersonnelles dans leur fond ,individuelles dans forme .qu'elle soient d'essence morale ,religieuse ,patriotique ,culturelle ou sociale ,les valeurs n'ont pas de réel impact sur les

relations interpersonnelles dans la famille ,et ceci contrairement aux apparences (que l'on songe par exemple à certains conflits familiaux ayant pour prétexte des thèmes politiques ,religieux ,ou philosophique) le plus souvent , les valeurs sont utilisées comme un moyen tactique dans les relations interpersonnelles familiales ,en vue d'imposer une règle propre au système ,mais qui doit rester cachée (Jackson ,1965).

Les valeurs sont utilisées par la famille pour cimenter l'assise du *mythe familiale* .celle-ci est définie comme un ensemble de croyances organisées et partagées par tous les membres, et, qui « colorent » leurs rôles mutuels dans la famille, la nature de leur relation, l'image qu'ils se forment de leur identité groupale .comme les valeurs, les mythes familiaux peuvent servir à masquer les règles relationnelles de la famille, où à les exprimer sur un autre plan, plus idéalisé.

Dans bien des cas, ces mythes s'expriment par tout sortes de clichés, de poncifs, de routines : « chez nous, chacun est libre de faire ce qu'il veut » ; « dans notre famille, l'harmonie règne » ; « nous ne pouvons rien nous cacher » ; etc.

Les mythes familiaux ne sont pas forcément pathologies. Un certain degré de mythologie est nécessaire à la représentation commune de l'identité et du style spécifique de la famille, à son « narcissisme collectif » .ils peuvent avoir une fonction régulatrice (par exemple, en amortissant les changements trop brusques)

Certains auteurs, comme Ferreira, en enduisent que le mythe est à la famille ce que les mécanismes de défense du Moi sont à l'individu : le mythe aurait pour effet de préserver les relations en conservant intacte l'image que la famille se fait d'elle-même (1976). (Gérard.S, 2004, p, 67-68).

4- dysfonctionnement familiale

4-1- dysfonctions « territoriales »

Les problèmes de démarcations « territoriale » peuvent se situer dans les rapports que le système familial entretient avec l'environnement. Il en existe plusieurs types.

Certaines familles tracent une frontière extrêmement rigide et presque « étanche » avec le milieu sociale. Elles n'autorisent pas de relations significatives avec quelqu'un qui n'appartient pas au clan familial. Voisins, ou autres sujets sont maintenus à distance, traité avec méfiance ou avec dédain. Cette attitude s'accompagne de sentiments d'exclusion ou de ségrégation et les raisons sont compréhensibles (par exemple chez certaines familles de migrants, confrontées à des règles socioculturelles, ou exposés à des pressions racistes). mais parfois les motifs sont irrationnelles, associés à des mythes familiaux bizarres et des règles homéostatiques qui témoignent d'un manque d'adaptation du système. L'isolement qui suit n'est guère favorable à l'évolution de telles familles. Leurs membres accusent des difficultés de croissance et d'adaptation avec le monde extérieur, ici les séparations sont mal tolérées.

D'autres familles ont une frontière insuffisante et même inconsciente qui démaque pas suffisamment leur territoire du milieu environnant. Les membres de la famille ici ont des échanges fréquents avec l'environnement mais très appauvris entre eux, les frontières interindividuelles étant souvent rigides au sein du système. Exemple d'un enfant prématurément poussé par le système à établir des échanges à l'extérieur de la famille. L'enfant cherche une réponse à ses besoins naturels hors du système familial et s'expose à toutes sortes de risques. De leur côté les parents souvent conflictuel et désinvesti sur le plan affectif ou éthique.

Il existe un troisième modèle encore plus dysfonctionnel, dans lequel les frontières deviennent rigides et imperméables à tous les niveaux. Le système familiale est de sorte « verrouillé » aussi bien vers l'intérieure que vers l'extérieur. Les échanges sont non seulement pauvres, fragmentés, mais encor déformer, aussi bien entre famille et environnement qu'entre les membres de la famille.(Gérard.S,2004, p 76-80).

4-2- les rôles pathologiques

Ici, le concept *rôle* désigne l'ensemble des comportements et des fonctions qu'un membre de la famille assume vis-à-vis des autres membres. Les rôles familiaux peuvent être *claires*, c'est-à-dire perçus et reconnaissables par les membres de la famille et par des observateurs extérieures, ou bien ils peuvent être *flous*, c'est-à-dire non reconnus, cachés ou dénis par les autres membres.

Quelques types de rôles dysfonctionnels ont été étudiés par exemple, le rôle de *meneur* (ou « *leader* ») familiale peut être attribué de façon inadéquate. Cette *compétence décisionnelle* appartient aux parents, qui forment une alliance égalitaire clairement reconnue par eux et les enfants. Les enfants peuvent participer dépendant de leur développement et du domaine d'application, mais il se peut que le rôle de meneur soit rigidement accaparé par l'un des parents, et l'autre disqualifié. Une telle condition est défavorable, car elle incite à la formation de coalition avec la génération des enfants. Il se peut aussi que ce rôle de mineure soit attribué de façon secrète à l'un des enfants. Celui-ci assume des fonctions qui ne relèvent pas de sa compétence : par exemple se prononcer sur les problèmes sexuels et conjugaux des parents.

La parentification est le processus par lequel un rôle de responsable est attribué à un enfant, de sorte qu'il soit amené à fonctionner comme le « parent de ses propres parents », ou comme le « parent » d'un frère.

La parentification devient dysfonctionnelle et pathogène lorsque le processus est caché, non reconnu, et que la tâche à assumer est inadéquate ou disproportionnée. En cas, les parents exploitent les loyautés de l'enfant en lui imposant un rôle souvent écrasant, d'autant plus destructeur que le mérite de l'enfant n'est jamais reconnu, le rôle étant assumé de façon « invisible » et dénié par les autres membres. (Gérard.S,2004, p81-82).

4-3-Emotions, conflits, pseudo-conflits

Les *échange affectifs* peuvent connaître des aménagements dysfonctionnels au sein de la famille.

Le *climat affectif* qui règne dans le système familial est l'une des premières réalités auxquelles tout thérapeute se trouve confronté lors de chaque rencontre. Certaines familles imposent d'emblée une atmosphère de froideur intimidant, d'autre font preuve d'un contact chaleureux et ouvert, et d'autre laisse encore régner une ambiance de cordialité vaine et superficielle. Ce climat dépend des facteurs qui défient toute évaluation précise. Il est évident que des « variables » telles que l'amour, la haine, le mépris, la honte, la jalousie ou l'estime ne sauraient être mesurer de façon quantitative ou méthodique. Pourtant, de tels sentiments restent connectés à d'autres réalités de la vie familiale, qui répondent un peu mieux à une évaluation méthodique : interactions, communications, patterns, répétitifs, règles...etc.

L'expression des sentiments et des émotions au sein de la famille reste assujettie à des impératifs propres à la vie en commun. Ces impératifs régissent l'équilibre du groupe familiale et impliquent un déterminisme multilatérale qui conditionne de véritables enjeux interpersonnels dans la manière sont exprimés l'attachement ou le rejet, l'entente ou l'inimitié. Par exemple, la façon dont les parents capables de se témoigner d'amour ou de l'hostilité comme la façon dont

ils sont enclins à résoudre leurs désaccords ou à les entretenir indéfiniment, peut avoir des répercussions considérables sur les relations affectives qu'ils établiront avec leurs enfants et sur l'aptitude de ceux-ci à exprimer leurs émotions.

4-4- typologie des familles dysfonctionnelles

Diverses classifications ont été proposées pour tenter une « typologie » familiale. Quelques auteurs ont passé en revue et résumé les critères permettant de distinguer les familles « saines » ou « fonctionnelles » des familles « perturbées » ou « dysfonctionnelles » (Barnhill, 1979 ; Fleck, 1980 ; Walsh, 1982 ; Beavers, 1982).

Barnhill(1979) énumère huit paramètres de distinction entre famille fonctionnelle et famille dysfonctionnelle (in Walsh, 1982) :

1. Individuation	/ fusion
2. Mutualité	/ isolement
3. Flexibilité	/ rigidité
4. Stabilité	/ désorganisation
5. Clarté	/ distorsion (des perceptions)
6. clarté	/ confusion (des rôles)
7. réciprocité	/ conflictualité (des rôles)
8. clarté	/ inconsistance (des frontières intergénérationnelles)

Beavers distingue sept types de familles, selon un double paramètre : la compétence et le style. *La compétence* se réfère à deux échelles d'adaptation :

celle de l'individu et celle de l'unité familiale. *Le style* se réfère à la tendance centripète ou centrifuge du système familial c'est familles qui sont :

La famille « optimale » ; la famille « adéquate » ; la famille « moyenne » à tendance centripète ; la famille « moyenne » à tendance centrifuge ; la famille « sévèrement dysfonctionnelle » à tendance centripète, la famille « sévèrement dysfonctionnelle » à tendance centrifuge. .(Gérard.S,2004,p 97-98).

Conclusion

La famille est un objet d'étude infiniment difficilement à décrire, sa réalité est à la fois objective et subjective. La famille devenue de plus en plus, multiple, instable et incertaine, inquiète ; alors les spécialiste la scrutent, l'auscultent, craignant pour sa vie future, mais la vieille dame tient bon, contre vents et marées.

Préambule

Dans le chapitre méthodologique on va exposer les objectifs de notre recherche, de définir la méthode sur laquelle on va s'appliquer, afin d'effectuer notre recherche, de même que la population d'étude, les outils de recueil des informations et le terrain.

Dans notre thème de recherche, nous avons abordés la dépression, comme étant une réaction qui peut accompagner les handicapés moteur ainsi une autre variable qui est le système familiale et le rôle qui va jouer dont le développement psychologique chez le handicapé.

La pré-enquête

La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignée, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels.

Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci. Il existe plusieurs types de pré-enquêtes qui sont généralement combinés sous forme d'étapes successives dans la même pré-enquête. (Aktouf. O, 1987, p 102).

La pré enquête elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaire, analyses de documents) prévus pour effectuer l'enquête, si l'on a des doute sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs(Grawits. M, 2001, p 526).

Notre pré enquête qui s'est dérouler aux seins de L'association Echo des handicapés dans la région de Tazmalt ou ont testé l'utilité de l'outil, essayé de poser quelque questions de guide d'entretien, si elles sont claire, facile à comprendre, leur ambigüité, sur trois Cas et si la consigne est claire confirmer la disponibilité pour appliquer des instruments, on a remarqué c'est facile à comprendre, ce qui nous a permet de commencer la pratique.

1- La méthode de recherche

On a utilisé la méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas qui a été définit : La méthode clinique consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leurs comportements ou de leurs opinions (par exemple, consommation d'alcool, attitudes vis-à-vis de la sexualité, etc.)En utilisant des questionnaires ou des interviews. La manière dont les questions sont formulées est décisive dans la mesure où elle peut induire les réponses des sujets. . (Chahraoui.K et Bénony. H, 2003, P 131-132).

La méthode est définit comme l'ensemble des procédures, des démarches précises adoptées pour en arriver à un résultat. En science, la méthode est primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminent les résultats.(Angers. M, 1997, p 9).

La méthode est constituée d'un ensemble de règles qui, dans le cadre d'une science donnée, sont relativement indépendantes des contenus et des faits particuliers étudiés en tant que tels. Elle se traduit, sur le terrain, par des procédures concrètes dans la préparation, l'organisation et la conduite d'une recherche (Aktouf. O, 1987, p27).

La méthode clinique a pour objet l'étude approfondie de *cas individuelle*, c'est -à-dire des déterminants héréditaires, biographique, génétiques, de la conduite du sujet observé, elle utilise d'une part l'*anamnèse* : connaissance du passé du sujet, grâce aux documents personnels, aux récits du sujet lui-même et

d'autre part l'observation de ses réactions « en situation » ou en laboratoire, par des tests et examens complémentaires (Grawitz. M, 2001, p 358-359).

2- Groupe d'étude

On a choisi quatre (4) cas d'une manière volontaire et ce selon la disponibilité des critères d'inclusions suivant : handicapés moteur, adulte, âgé entre 26 à 30 ans des deux sexes, leur niveau scolaire varie entre 4^{ème} années primaire et 8^{ème} année secondaire, et leur niveau d'handicap qui est le pied droit, pied gauche et les deux pieds, les deux mains, ainsi que leur cause du à des accidents et congénitale (diplégie).

2-1-caractéristique du groupe d'étude

Tableau 1 : récapitule les cas de groupe d'étude

Nom	Age	Situation familiale	Niveau scolaire	Niveau du handicap	Cause du handicap
Rachida	30	célibataire	6 ^{ème} année primaire	Les deux pieds	Accident
Nabila	28	célibataire	8 ^{ème} année C.E.M	Le pied gauche	Accident
Hilal	29	célibataire	4 ^{ème} année primaire	Les deux mains	Diplégie
Afifa	26	célibataire	4 ^{ème} année primaire	Le pied droit	Accident

3- Durée et lieux de recherche

Notre pratique s'est déroulée aux seins d'une association des handicapés moteur de Tazmalt qui englobe l'ensemble des handicapé moteur et mentaux , qui date du 11/04/2015 jusqu'à 31/05/2015,dans laquelle, on a pu les rencontrés dans l'atelier dans laquelle ils exercices leur activité à savoir le macramé, la peinture, théâtre et la pâte chimique, ils ont manifesté leur confiance et leur disponibilité pour nous transmettre les données nécessaires pour notre étude à savoir la passation des tests et les entretiens, cela après avoir expliqué le travail et ses objectifs, en leur assurent la confidentialité du travail.

4- Les outils de la recherche

4-1- entretien clinique

L'entretien avec le patient ou /avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il n'est pas la seul d'évaluations et même si il peut être complété considérablement par d'autres telles que des observions (en milieu naturel, à l'hôpital, etc.). Examens et tests psychologique. Son but est diagnostique et thérapeutiques ; diagnostique dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne ; thérapeutique en ce sens qu'il peut parfois à voir une action bénéfique immédiate et, le plus souvent, instaurer une relation qui permettra la prise en charge psychologique et l'élaboration d'un projet thérapeutique.

L'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. L'entretien d'évaluation en pratique clinique nécessite la mobilisation, du coté du clinicien, d'un mouvement d'empathie propre à la démarche compréhensive conjointement à une approche active et centrée. Le clinicien est en quête

d'éléments précis et préétablis servant à catégoriser et à classer mais il importe de différencier :

les symptômes observés ; Les symptômes ressentis par le patient ; L'interprétation que le patient donne de ses symptômes ; L'interprétation que fait le clinicien ou un membre de l'entourage (parents chez l'enfant, conjoint chez un adulte, entourage familiale chez la personne âgées) des symptômes du patient. (Chahraoui.K et Bénony. H, 2003, p 32). dont on a utilisé :

4-1-1- l'entretien semi directif

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son écrit. (Chahraoui. K et Bénony. H, 2003, P 143).

4-1-2- le guide d'entretien

C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire. (Blanchet. A et Gotman. A, 2007, p 58).

L'objectif du premier axe c'est d'avoir les informations personnelles du sujet, l'axe concernant le vécu psychologique du sujet aux centres c'est de savoir

l'adaptation psychologique chez le handicapé durant ces années d'intégrations , si il a pu s'intéresser aux différent activités du centre , concernant l'axe de la dynamique relationnelle du sujet et sa famille l'objectif est de comprendre la relation du sujet avec sa famille, le fonctionnement du système familiale du sujet, l'objectif de l'axe dépression c'est de savoir si les handicapés moteur peuvent engendré une dépression, concernant l'axe d'handicap moteur c'est de savoir l'impact de leur handicapé sur leur activité , leur vie quotidienne , et savoir leur propre sentiment d'être dans une situation handicapante, pour finir savoir leur perspective dans leur future.

4-2- le test de F.A.T

4-2-1- un test

Ce sont des instruments déjà élaborés qui servent à déceler ou à mesurer des éléments cachés dont le sujet lui-même n'a, en principe, généralement pas conscience. Les tests se présentent sous forme de questionnaires, d'épreuves verbales ou non verbales, de jeux de constructions, d'images à compléter ou à commenter, de dessins à effectuer... Tous les tests s'appuient en principe sur des théories très élaborées et très rigoureuses et sont soumis à des critères de passation, de correction et de comparaison très précis.

Il existe bien d'autres formes d'instruments qui s'apparentent plus ou moins à tous ceux que nous avons cités et qui remplissent, chacun, un rôle spécifique dans le cadre de recherches et d'enquêtes particulières, mais les plus courants, et de loin, viennent d'être passés en revue.(Aktouf. O, 1987, p 83).

4-2-2- le FAT (Family Apperception Test)

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

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

Planche1 : Le diner. Un homme, une femme et trois enfants (deux garçons et une fille) sont assis autour de la table du diner, Les adultes discutent, alors qu'un seul enfant mange.

Planche2 : La stéréo. Un garçon agenouillé devant une chaîne stéréo tient un disque. Un personnage féminin se trouvant en premier plan lui tend un objet rectangulaire.

Planche3 : La punition. Un garçon est agenouillé à côté d'un vase brisé ; de l'eau et des fleurs sont renversés. Au premier plan, un personnage ambigu tenant un objet tubulaire derrière son dos est tourné vers le garçon

Planche4 : Le magasin de vêtements. Dans un magasin de vêtements, une femme montre une robe à une jeune fille. La jeune fille croise les bras, l'expression de son visage ne peut être discernée.

Planche5 : Le salon. Un homme, une femme et un garçon sont assis devant un poste de télévisions. Une jeune fille à la main posée sur les boutons de la

télévision, un cinquième personnage, debout au font de la pièce, fait face aux autres, sa mains est posée sur la poignée d'une porte entrouverte.

Planche6 : Le rangement. Un personnage féminin, debout sur le seuil d'une chambre à coucher, est fane à un garçon qui, assit sur le lit, tourne le dos à l'observateur. Un tiroir de la commode est ouvert, un ballon de basket se trouve sur le sol, une chemise et un livre sont jetés sur le lit défait.

Planche 9 : Le haut des escaliers .Un enfant regarde depuis une chambre à coucher vers un escalier éclairé. Le lit est défait ; un réveil, posé sur la table de nuit, indique 11h30.

Planche 8 : La galerie marchande .Une femme et un enfant passent bras dessus, bras dessous, devant un magasin ou sont présentées, dans la vitrine, des chaussures ainsi qu'une pancarte : « soldes ».La femme porte des articles dans un sac. Un garçon et une fille marchent derrière eux, souriant et gesticulant.

Planche 9 : La cuisine.Un homme est assis à la table de la cuisine, faisant des gestes avec une main et regardant le bloc-notes qu'il tient dans l'autre main, Une femme, debout devant une gazinière,tourne une cuillère dans une casserole.sur le pas de la porte, un enfant regarde la scène.

Planche10 : Le terrain de jeux. Deux garçons en tenu de base-ball sont debout l'un à côté de l'autre. Chacun tient une batte de base-ball, un seul d'entre eux porte un gant. Une partie est en train de se dérouler à l'arrière- plan.

Planche 11 : La sortie tardive. Deux adultes âgés (un homme et une femme) et une femme plus jeune font face à un jeune homme, debout, dont la main est posée sur la poignée d'une porte qui mène au dehors. Il désigne une pendule qui indique 21h. La lune apparait à travers une fenêtre.

Planche 12 : les devoirs.Une jeune fille. Tournée vers l'observateur, est assise à un bureau, un crayon à la main ; devant elle, un livre et un cahier sont ouverts.

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

Planche 13 : L'heure du coucher. Un personnage ambigu est assis dans le lit ; un homme, assis sur le lit également, est tourné vers lui. L'homme a une main posée sur la cuisse du personnage, son autre main est posée sur ses propres genoux.

Planche 14 : Le jeu de balle. Un homme et un jeune garçon sont debout, face à face. ILS ont des gants de base-ball et une balle. Sous un porche, un autre garçon et une jeune fille les regardent. L'entrée principale de la maison est ouverte.

Planche 15 : le jeu. Deux garçons et une fille sont assis autour d'un plateau de jeux de société, à côté d'un arbre de Noël. Un personnage féminin les regarde, debout. A l'arrière-plan, un autre personnage, allongé sur un canapé, tient un livre ouvert.

Planche 16 : les clefs. Un homme et un garçon sont debout devant une voiture. Le garçon montre la voiture d'une main alors qu'il tend l'autre main vers l'homme. L'homme tient un jeu de clefs.

Planche 17 : le maquillage. Un personnage féminin se met du rouge à lèvres en se regardant dans le miroir d'une salle de bain ; une autre femme, debout près de la porte, lui fait face.

Planche 18 : L'excursion. Un homme et une femme sont assis à l'avant d'une voiture. Un garçon, une fille et un troisième enfant sont assis à l'arrière. Le garçon et la fille sourient en levant leurs poings l'un vers l'autre.

Planche 19 : le bureau. Une jeune fille est debout devant un homme assis à un bureau, des papiers devant lui. Il la regarde ; elle a une main posée sur le bureau.

Planche 20 : le miroir. Un enfant, tournant le dos à l'observateur, est debout devant un grand miroir. Le reflet du miroir est voilé.

Planche 21 : L'étreinte. Un homme et une femme sont debout, tenant chacun les bras de l'autre serrés. Aux pieds de l'homme, il y a un porte-documents. Une fille et un garçon, portant des livres d'école, sont debout près d'une porte ouverte et regardent le couple.

b-Procédure d'administration

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

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

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

Pour des sujets adultes, la même consigne peut être utilisée, avec une modification de la première phrase qui devient :

« J'ai une séries d'images sur lesquelles figurent des familles. »

Les consignes seront perçut comme claires et explicite par une grande majorité. Certains sujets, cependant, pourrait avoir plus de difficultés à comprendre la tache.si une réponse contient un récit incomplet, une enquête additionnelle doit être effectuée pour permettre d'obtenir des réponses complètes et cotable. Cette enquête s'articule autour de cinq questions de base :

1. Qu'est-il en train de se passer ?
2. Que s'est-il passé auparavant ?
3. Que ressent-il /elle ?
4. De quoi parle-t-il /elle ?
5. Comment l'histoire va-t-elle se terminer ?

c-La cotation

Catégories de cotation

Le système de cotation du FAT a été conçu pour structurer les réponses en fonction des théories familiales systémique .cette cotation permet la formulation d'hypothèses sue le fonctionnement du système familiale à partir des réponses d'un seul membre de la famille. Les catégories de cotation suivante permettent la transcription et la compréhension diversifiée des relations et des processus familiaux.

- **Conflit apparent**

Conflit familial

Conflit conjugal

Autre type de conflit

Absence de conflit

- **Résolution du conflit**

Résolution positive

Résolution négative ou absence de résolution

- **Définition des limites**

Appropriée/adhésion

Appropriée /non-adhésion

Inapproprié/adhésion

Inappropriée/non-adhésion

- **Qualité des relations**

Mère=alliée

Père=alliée

Frère/sœur=alliée

Conjoint(e)=alliée(e)

Autre=alliée

Mère=agent stressant

Père=agent stressant

Frère/sœur=agents stressants

Conjoint=agent stressant

Autre=agent stressant

- **Définition des frontières**

Fusion

Désengagement

Coalition mère/enfant

Coalition père/enfant

Coalition autre adulte/enfant

Système ouvert

Système fermé

- **Circularité dysfonctionnelle**

- **Mauvais traitements**

Maltraitance

Abus sexuel

Négligence/abandon

Abus de substance

- **Réponse inhabituelles**

- **Refus**

- **Tonalité émotionnelle**

Tristesse/dépression

Colère/hostilité

Peur/anxiété

Autre type d'émotion

4-2-3- L'échelle de dépression de Beck

a-L'inventaire de dépression de Beck

Révisée (BDI-II) est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16 ans. Il est composé de 21 items. Le BDI-II a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le DSM-IV.

Historiquement, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets diagnostiques comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez les sujets de la population normale (Archer, Maruish, Imhof, et Piotrowski, 1991 ; Piotrowski et Sherry, 1992 ; Piotrowski, Sherry et Keller, 1985). mais avec l'utilisation des applications et les qualités psychométriques de BDI, auprès de la populations cliniques normales, ont montré sa grande fidélité(Beck, Steer et Garbin, 1988 ; Steer, Beck, et Garison, 1986).

Le BDI composé de 21 items ; ordonnés suivants la gravités de contenu des différents énoncés, selon une échelle en 4 points (cotés de 0 à 3). La passation durait de 10 à 15 minutes, le calcul des notes était obtenu en additionnant les évaluations de chacun des 21 items.

En 1971, Beck et ses collaborateurs ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI-A ; dans cette version, la formulation pour décrire les symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimé (Beck et al, 1979). Le nombre item était limité à 4 propositions, ainsi que la formulation étaient emportées à 15 items. La version définitive du BDI-A é était établie en 1978, et publiée aux états unis en 1979.

En 1994, Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-II, des items évaluant des critères de dépression du DSM-IV ont été créés. Cette version est composée de 24 items. Enfin grâce aux études

effectuer sur un échantillon de 193 de patients psychiatriques ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive.

a. La passation

Le temps de passation est de 5 à 10 minutes pour les personnes qui souffre d'une dépression sévère ou de trouble obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

b. La cotation

La note de BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si un sujet à donner plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63, sauf pour l'item 16 « modification dans les habitudes de sommeil » et l'item 18 « modification de l'appétit », dans le quelle il y a 7 réponses (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b). afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements. (Beck. A, Steer. A et al, 1998, p 1-10).

c. Dépouillement et interprétation des scores

Chacun de ses items comporte quatre phases correspondant à quatre degré d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut prendre en considération la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items.

Tableau : notes des seuils au BDI-II

Note totale	niveau
0-11	Minimum
12-19	Léger
20-27	Modéré
28-63	Sévère

. (Beck. A, Steer. A et al, 1998, p 45).

5-Déroulement de la recherche

Notre recherche qui c'est dérouler aux sein de l'association ECHO auprès des handicaps moteurs ces pu être réalisé, dans un cadre institutionnelle, et se conformant aux règles de l'éthique et au code déontologique , on s'est présenter autant que étudiantes en Master II pour effectuer un stage pratique pour une recherche intitulé « le système familiale et dépression chez les handicapé moteur adulte »,on a insisté sur le secret professionnel on leur disent « tout ce que vous allez dire sa restera entre nous, et ça va servir uniquement la recherche , tout ce qui concerne votre identité , on va la caché ».

On a commencé Cas par Cas, premièrement par l'entretien semi directif on laisse le patient reposer dix (10) minute, après c'est la passation du F.A.T on laisse le patient ce reposer 10 minute, pour finaliser avec l'application de l'échelle Beck, et à la fin on salue les patients, on l'espère de les revoir.

Présentation et discussion des résultats des quatres cas

1-présentation du premier cas

Il s'agit de M^{elle} Rachida âgée de 30 ans, célibataire avec un niveau d'étude 6^{eme} années primaire, elle est la 5^{eme} fratrie de 7 enfants (3filles et 4garçons),elle est handicapé aux niveaux des deux pieds.

1-1-présentations et discussions de l'entretien clinique

- Les réponses concernant le vécu psychologique du sujet dans le centre :
L'entretien à été effectuer avec M^{elle} Rachida, elle nous a répondue par la parole en Kabylie : « sa fait Settat snin aya Gide kecmegh gher l centre-agi », « sa fait 6ans que je suis dans ce centre »
- « D le président n la association-agi iyidinane ad kechmegh gher l centre-agi », « c'est le président de l'association qui ma demander d'intégrer ce centre »
- « Ttaseghde wahdi », «je vient toute seul »
- « Asse amenzu gid ussigh gher l centre-agi hussegh-d imani-w yelha, d asse amenzu gid hussegh imani-w deg la liberté », « la première fois que j'ai intégrer le centre, j'ai sentie bien, c'est la première fois que j'ai sentie en liberté »
- « yella l macramé, lthéatre, la corale nekke fkaniy-id l théâtre axatar nnaniy-id tesaaid la voix ghedmegh kra n wussan weqbel ma yella gma ur yegga ara ad fregh », «il ya du macramé, théâtre, la corale, mais moi il m'on proposé du théâtre car il me dise que j'ai une belle voix, j'ai travaillé quelque temps avant que mon frère me privent de liberté ».

- « Lsentiment-inu ami d keçmegh gher lcentre-agi s3adegh lwaqt yelhan xir ma yella qimegh deg uxxam, deg uxxam dljahanama teswi3in vaqugh ad nghegh-iman-iw akken ad faken akk ighuvlen » « mon sentiment quand j'ai intégrer le centre je passé du bon temps mieux que la maison, chez moi c'est l'enfer parfois j'ai envie de mètre fin à ma vie pour finir avec ces problème ».
- Les réponses concernant la dynamique relationnelle entre le sujet et sa famille :
- « t3içigh di mawlaniw » « je vis avec mes parents »
- « imawlaniw taz3afen-iyi attas axxater deg thazwarra d nutni i yisserhen ad keçmegh gher lcentr-agi umba3ed ugin axxater agma yugi ad tassegh, imawlaniw qaren-iyi dnetta i dargaz n wuxxam d netta ara debren » « mes parents m'énerve car ces eux qui mon aux début permis d'intégrer le centre après ils m'ont empêché d'y aller du faite que mon frère refuse que je sors, mes parents mon dit que ces lui l'homme de la maison c'est lui qui décide.»
- « imawlan-iw t naghén felli axxater am ara ad ruhegh ad fghegh taguin umba3ed I tughell z3afenni garrassen ma3na normal temyughalen » « mes parents dispute à cause de moi à chaque fois que je leur demande de sortir, il se dispute entre eux mais ils se pardon »
- « imawlan-iw tnaghén-iyi tagin ad xedmegh ayen vghigh ,di tazwara ur s3igh ara lés béquille ughin attidaghen , qaren iyi-d wagi id lmekthuvim,d lafutim, ur zegged ara , ur thes3id ara l'avenir i kmi sragin haçça lmuth ma3na tsemihegh assen deg l3id ixxedemen ughazd ariha » « mes

parents me disputes ils m'empêche de faire ce que je veux , aux début j'on avais pas de béquille ils voulaient les acheté , ils me dise c'est ton destin, c'est de ta faut, tu ne mariera jamais, ta pas d'avenir, ce qui t'attend c'est la mort ».

- « ayethma taghun ad xedmegh,surtout gma amuqran ,iqariyid ur thazmired i kra s l'handicap agui ad seqimed des uxxem , smanighess lmuth , gma aktern lhevs,ma yella d yessathma s3igh snath ma yalla d yiweth tess3awani-yi atas tassagiyid lahwayej, tasqaseghed yidi , tikwal ç ttaganiyi mebla imekli ,haça tughaled weltma deg uxxedim ara çegh yerna ma yella fkaniyid imekli hassevniyi taydiss,mayelle d weltmani tamectuht tetttheqiriyi,tettsethi yissi,ur themmel ara ad fregh yides tikwat themmel attawi hed nnayed mayiyawi nekki teqqariyid kem ur tezmired ara,meme axxam-negh mara fghen regh lebher truhun akk ttaganiyi wehdi », «mes freres m'empêche de travailles,surtout mon grand frères il me dit que tu peut rien faire avec cette handicap, tu restera a la maison, je lui souhaite la mort ,mon frère c pire que la prison, quand a mes sœurs j'ai deux ,l'une elle m'aide beaucoup ,elle m'achète des chose ,on rigole en semble ,parfois quand ils me laisse sont nourriture j'attend jusqu'à la sortie de ma sœur de son travaille pour que je mange, et si ils me donne à manger c comme une chienne, quand a ma petite sœur elle a honte de moi ,elle aime pas sortir avec moi elle préfère amené quelqu'un d'autre que moi ,elle me dit que je ne peut me déplacer ,même toute la famille quand il sorte à la plage ils parts tous et ils me laisse ».
- Les réponses concernant la dépression
- « tez3afegh toujours axatar nekki handicapé », « je me sen toujours triste car je suis handicapé »
- « thussugh imaniw ze3fegh truyegh tout le temp, amarra d mektigh lbatel is3eddan felli imawlan-iw ur yeggan ara ad xedmegh ,ad fregh am nekke

am teqcicin,thussugh iman-iw degoutigh deg uxxam ur zmiresh ad xedmegh kra,zik d nekk igtffen la responsabilité n uxxam assmi llan dimectah d nekk idirebban ayetma d yessetma tura ttun akk lghir issenghedmegh ttawden yermi ttadamen idrimen-iw tura urttamnegh yiwen », « je me sens triste tout le temps quand je me souviens de l'injustice de mes parents qui m'ont empêché de travailler et de sortir comme les filles de mon âge je me sens dégoûté à la maison je ne peut rien faire avant c'est moi qui a pris la responsabilité de la maison quand ils étaient petits mes frères et sœurs c'est moi qui les à élever mais maintenant ils ont oublier tout le bien que j'ai fait pour eux, ils arriver même a me prendre de l'argent,maintenant je n'ai confiance en personne »

- « thussugh iman-iw ayir tramagh kan deg yiwen umkan,tikwal txemimegh ad nghegh iman-iw », « je me sens fatigué je reste à la même place parfois je pense a mettre fin à ma vie »
- « d ssah neqsegh atas deg les activités axatar ugin-iyi ad fregh yerna ur zmiresh ad xedmegh kra axatar nekki andicapé alukan nekke ami yad ilaq imawlan-iw ur yixedmen ara akka zik hemlegh ad maqillire, ad llsegh,ad aghegh lehwayeg qaren-iyid ad sedred yissen di laxerth-im », « oui il ya un retrait dans mes activités car il m'ont empêché de sortir, et je peut rien faire car je suis handicapé,si j'étais comme les autres mes parents me traiterai pas de cette façon,avant j'aime me maquillé, m'abiller,et m'acheter des choses mais ils me disait de va les mettre lors de tes funérailles »
- « tekkared atas deg id,yerna ma yella krerd ur turalegh ara gher yides » « je me réveille souvent, et je suis incapable de me redormir »
- « Ker3agh l3ibed d nethni i yegen srimir wahdi yerna ur sekkegh ara laman , axeter ama qimegh ger assen 3adren fell-i' "je déteste les gens ce qui ma pousser à s'isoler et ne faire confiance à personne, et car quand je m'assoit avec eux ils parle de moi" »

- Les réponses concernant l'handicap « ligh handicapé asmi iss3igh asseghass wnass » « je suis dans cette situation d'handicap depuis que j'ai un an et demi »
- « sebba n l'handicap-agi d yemma i yibuben ref a3rur-is après ghlird arzegeh des aqegern-iw ,yemma theyaid d lekthev ma3na naniyi-d madden d netta-th taqariyi-d la faut-im kem » « la cause de mon handicap c'est ma mère qui ma porter sur sont dos puis je suis tomber et mes pieds sont casser, ma mère ma dit que ces faux mais j'ai sut par les gens, elle me blâme d'être moi même la cause de mon handicap »
- « l'handiacp –agi ur yegi ara ad xedmegh attas lahwayeg aluken ligh normale ad illigh am nekk am theyid, ad xedmegh, ad zewgegh,a3ath gma ad yegh ad xedmegh » « mon handicap m'empêche d'exercer beaucoup de chose ,si j'ai normale j'aurais pu vivre ma vie comme les autres ,avoir un travaille, me marier et peut être mon frère m'empêcherai pas de travailler »
- Les réponses concernant l'avenir, à la fin de l'entretien Rachida nous révéler quelle ne pense plus à son avenir et ce qui l'attend c'est la mort « ur swaligh ara imani-w regh zeth i yissragun haça lmuth » « je ne vois du tout l'avenir ce qui m'attend c'est la mort ».

1-2-Analyse de l'entretien de premier cas

L'analyse de contenu de l'entretien de M^{elle} Rachida elle confirme quelle c'est adapté avec le temps dans le centre, quelle se sentez bien à l'idée de travailler dans le centre.

Quant aux a son vécu dans le centre, elle nous à exprimer se tristesse son dégoût et son envie de ne pas vivre a l'idée de ne plus jamais travailler dans centre, concernant sa relation avec son frère et ses parents, on a remarqué une colère et de hein envers sa famille de faite qu'il refuser toute liberté de la laisser

sortir, travailler, et de leur incompréhension vis-à-vis de son handicap. Et elle nous a parlé des relations de désaccord aux seins de sa propre famille et de leur mépris et ignorance envers ses intérêts et ses besoins quotidiens.

On a constaté aussi que pour Rachida son handicap la empêché d'exercer certain activité, mais quelle à accepté son handicap et que ses sentiment de male être son causé par l'attitude de son entourage envers elle, et que son entourage familiale influence sur le vécu quotidienne de Rachida et de son état psychologique.

1-3-Analyse de protocole du F.A.T du premier cas

- **Planche 1 - le diner** « tagita tafamilt argaz, tamatuth, d warawiss , argaz-agi isvaniyid yez3ef, axxatar iwaha sufus -is , ula tametuth –is tez3ef, izmer lhal yella amuçkil gar-assen , ma darraw-is yiwen isxemim, taqçiçth agi tehess lmekla , yiwen ithess » « c'est une famille un homme, une femme et ses enfants cet homme me semble énerver, car il le montre avec ces main , même sa femme est énervé, peut être il y a un problème entre eux , l'un de ces enfants est entrain de pensé , la fille à arrêter de manger et l'autre il mange ».
- **Planche 2- stéréo** « wagi zdaxel n lbureau negh di lxudma, taqçiçt agi tessakesd les CD, aqiç agi yigarithen gher daxel, aqçiç agi issbaniyid yifreh » « c'est dans un bureau ou un lieu de travaille la fille lui a donné un cd pour que le garçon le met dedant, ce garçon me semble heureux »
- **Planche 3-punition** « wagi d ldessin negh d lfen baba-s yettef tawarqet ma yella daqcic-agi yettarssam sufella n tewriqt-agi » « c'est un dessin ou c'est de l'art, sont père tient une feuille et ce garçon et entrains de dessiné sur une feuille ».
- **Planche 4-magasin de vêtements** «wagi d lmagasin n lqeç teskunayazd i yell-is aroba yell-is agi ur zdya3gib kra « c'est un magasin de vêtement la mère montre à sa fille une robe mais sa fille rien lui plait »

- **Planche 5-salon** « tagi tafamilt zdaxel usalu tella tmettut argaz d warraw-is tagi d tv yiwen deg warraç-ni ibed gher twurt ur iban ara ma yebgha ad yekçem negh ad yeffegh ahat yessetha » « c'est une famille dans un salon il ya une femme un homme et ses enfants sa c'est une télévision l'autre garçon est debout on ne sait pas s'il veut entrer ou sortir peut être il est timide »
- **Planche 6-rangement** « tagi tamettut d mis zdaxel n texxamt aqçic-agi yeldi acasier yezmer lhat yetgabi f kra yemma-s tez3ef fell-as axatar ur iwenna3 ara taxamt-is » « c'est une femme et sont fils dans la chambre ce garçon à ouvert sont casiers peut etre il cherche quelque chose sa mère est énervé par ce que il n'a pas rangé sa chambre »
- **Planche7-haut des escaliers** « tagi zdaxel n texamt aqçic yetmuqul l cadre negh lhid negh izmer lhal d kra igxussen yetmuqul gher dassawen » « c'est dans la chambre ce garçon regarde un cadre ou un mure peut être il ya quelque chose qui lui manque il regarde en haut »
- **Planche 8-galerie marchande** « tagi tahanut n sebad llan les clients aqçic-agi d yemma-as ur frihen ara tettef aqçic-agi gher ruress yezmer lhal ur ufin ara ayen isni3egben sin agi deffir ferhen yerna yella lxilaf ger umerkanti du zawali » « c'est un magasin de chaussure il ya des clients ce garçon et sa mère ne sont pas heureux elle à mit sont enfant entre ses bras peut être il non pas trouvé ce qu'il leur plaise ses deux derniers sont heureux il ont trouvé ce qu'il leur plait en plus il ya une différence entre un pauvre et un riche »
- **Planche 9-cuisine** « tagi zdaxel n tcousinte tamettut agi tettnawal argaz agi uez3ef axatar ur diwgid ara deg lawan aqçic-agi yetmuqul degs-en » « c'est dans la cuisine la femme prépare un mangé sont mari est énervé car elle na pas préparé l'heur ce garçon les regardent »

- **Planche 10-terrain de jeux** « wigi d widag yetturaren ze3fen wigi zdeffir tkemilen la3benssen » « ce sont des joueurs sont énervé les autres dérière continue leur jeux »
- **Planche 11- sortie tardive** « wigi zdaxel n lsalon axatar llan iffouteillén argaz-agi iwaha gher ssa3a ahat i3edda lhal llan sin yemxaren tamettut-agi attafed d yellit-sen » « c'est dans un salon par ce que il ya des futailles cet homme montre avec ses mains a une montre peut être c'est tard il ya deux veilles cette femme peut être c'est leur fille »
- **Planche 12-devoirs** « tagi tafamilte taqçit-agi teqar tetxemim axatar tettef afus-is f lhenk-is yezmer lhal yella kra ittixussen »
- **Planche 13-l'heur ducoucher** « tagi zdaxel n texamt tagi tamettut-is negh d yell-is assafed d yell-is axatar tella yiwet n teplast kan baba-s agi yattakzd les conseilles nettat tettbaned tez3ef » « c'est dans la chambre c'est peut etre sa femme ou sa fille mais c'est sa fille car il ya une seul place sont père lui donne des conseilles et elle est énervé »
- **Planche 14-jeu de balle** « tagi tafamit negh di xeddamen aqçic d baba-s agi tturaren taqçit-agi tez3ef tettef lehnak-is aqçit-agi yetmuqul deg-sen taqçit-agi tez3ef yella kra ittixussen » « c'est une famille ou des travailleurs ce garçon et sont père joue cette fille est énervé car elle à mit ses mains sur ses joues ce garçon les regardent cette fille est énervé car il ya quelque chose qui lui manque »
- **Planche 15-jeux** « tagi tafamilt serssend les cadeaux yezmer lhal tella lmunassaba araç-agi tdicurin tina ibeden tettmuqul deg-sen tayed teqar » « c'est une famille ils ont mit des cadeaux peut être il ya une occasion ses enfants ils décors celle qui est debout les regardent et l'autre étudie »
- **Planche 16-clefs** « wagi mis d baba-s mis-agi yebgha tissura ntonobile baba-s agi ye3weq yettef aqeruy-is ye3weq ma styefk negh xati » « son

fils et sont père sont fils il voulait les clés de la voiture sont il hésite il a mit sa mains sur sa tête il ne sait pas est ce que il lui donné ou pas »

- **Planche 17-maquillage** « taqçiqç-agi tetmaquillé yemma-s agi ur tebriw ara iwaçu itmaquillé axatar llant kra n tyemmatin ur hemlent ara ad walint yessitsent tmaquillint » « cette fille elle se maquille sa mère voulait pas pour quoi elle se maquille car il ya certains femme voulait pas que leur fille se maquille »
- **Planche 18-excursions** « tagi tafamilt zdaghel n tonobil argaz-agi tmettu-is ze3fen sin deffir tturaren wina nniden yetmuqulend deg-sen » « c'est une famille dans la voiture l'homme et sa femme sont énervé les deux derrière joues et l'autre il est regardent »
- **Planche 19-bureaux** « wagi d ççigh taqçiqç-agi ahat ur tefhim ara kra » « c'est un prof il parle avec cette fille peut être elle n'a pas compris quelque chose »
- **Planche 20-miroir** « dargaz yetmuqul deg lemri ma yelha negh xati » « c'est un homme il regarde dans un miroir si il est beau ou pas »
- **Planche 21-etreinte** « tagi tafamilt argaz-agi tmettut-agi tntaxenaraç-agi tmuqulend degsen amek itnaxen » « c'est une famille cette femme et cet homme se dispute les enfants les regardent comment il discute ».

1-4-Feuille de cotation de premier cas :

FAT

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

Nom : _____ Date : _____

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

**Feuille de
cotation**

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

Index Général de Dysfonctionnement

1-5 Analyse des huit (VIII) questions :

La feuille de cotation complétée présente des notes obtenues par Rachida sous toutes les catégories de cotation et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

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

Le protocole de Rachida peut permettre la cotation car il ya pas de refus et / ou une réponse inhabituelle.

- ◆ dans quelle mesure le conflit est-il apparent ?

L'index générale de dysfonctionnement de ce protocole est élevé à (41) ce qui peut renvoyer a l'existence de conflits non résolu à l'intérieure de la famille.

- ◆ ou le conflit se situe ?

Le protocole de Rachida fait état d'un niveau moyen de conflit conjugale (n=04) par rapport aux conflits familiale (n=07) et d'un niveau faible de conflits extra-familiale (n=02), ces observations pertinentes suggèrent qu'il y à un conflit familiale non résolu, c'est dans le non dit que entant que y'a une force dans la famille qui interdit la communication normale et la discussion des problèmes ce qui peut renvoyer a la difficulté de la famille a fonctionner efficacement sur le plan des relations extra-familiale et la faible note de conflit conjugale (n=04) par rapport au conflit familiale (n=07) renvoi soit que la relation conjugale se caractérise par la distance affective ou les parents design Rachida comme un bouc émissaire de leur propre problèmes ou conflits conjugaux.

- ◆ quel est le fonctionnement familial caractéristique ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille a l'égard de la gestion des conflits est très significative, relation négative ou même l'absence de résolution (n=12) mérite d'être noté c'est-à-dire ces indices renvoient à la communication pathologique des conflits, (n=03) pour non adhésion ce qui peut renvoyer à l'absence totale des limites parentale (approprier / non adhésion) ce qui provoque une dynamique familiale qui mène au mécontentement des membres de la famille se qui engendre des frontières trop rigide et des coalitions contre les autres membres, ceci rend compte à d'un fonctionnement parentale très immature , fusion (n=02).

- ◆ quelles sont les hypothèses possibles sur la qualité des relations apparentes dans cette famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggèrent que le protocole est dominé par la colère / hostilité et la dépression / tristesse dans ce système familiale, se sont des conséquences des conflits non résolus et de la communications pathologique, les parents surtout la mère, parce que apparemment le père si comme il était absent, son perçu comme des agents stressant que alliées (mère), on note un système ouvert (n=04) contre fermé (n=0) pour indiquer adhésion des membres face aux instructions de la fermé du système ce qui a crée un environnement angoissant plein de colère et de répression.

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

L'analyse de protocole suggère que cette famille fonction d'une manière fusionnelle, et un faible fréquence des conflits conjugale, qui indique que les

sous-système régissent différemment à l'intérieure de cette famille ce qui indique l'absence de coalitions (n=0).

- ◆ Y a-t-il des signes d'inadaptation majeure ?

Ce protocole indique deux types de mauvais traitement, la négligence et abus de substance qui peut souligner une utilité d'investigation plus approfondie.

- ◆ Existe-t-il, dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la formation d'hypothèses clinique utiles ?

L'analyse de note obtenue dans ce protocole indique que c'est la mère de Rachida qui organise la dynamique familial on cause d'absence du père , ce qui a engendré un sous-système rigide qui s'oblige de s'installer pour donner des instructions de type limite , frontières et la fusion ce qui a laissé Rachida vivre dans l'inadaptation et dans la lutte pour souligner un processus d'individualisation dans le système familial , l'éloignement de père, résistance et provocation du frère qui prend la place du père, l'incapacité physique de Rachida compliquée par sa famille peuvent être vus comme des éléments déstabilisants pour le système familiale et puis un dysfonctionnement de la famille.

1-6-présentation des résultats de BDI-II de premier cas

1-6-1- tableau N° 1, résultat N° 1

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	1	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et il ne peut

			qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e)
07	Sentiment négatif envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
09	Pensées ou désirs de suicide	2	J'aimerais me suicider.
10	pleurs	1	Je pleure plus qu'avant.
11	Agitation	1	Je me sens plus agité (e) ou plus tendu (e) que d'habitude.
12	Perte d'énergie	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	indécisions	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	dévalorisations	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
			J'ai moins d'énergie qu'avant.

15	Perte d'énergie	1	
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou de deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17	irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	fatigue	2	Je suis trop fatigué (e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score		35	
Degré de dépression		Sévère	

L'échelle de dépression de Beck, démontre que la patiente manifeste un pessimisme et une perte d'intérêt pour son avenir dans l'item N^o (2) et (3), elle répond par le degré N^o(3) « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et il ne peut qu'empirer », « j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie », elle manifeste aussi un sentiment de punition dans l'item N^o(6), elle répond par le degré N^o (3) « j'ai le sentiment d'être punis ».

L'affecte dépressif est liés à la perte d'amour et un faible estime de soi dans les items N⁰(7), elle répond par le degré N⁰(3) « je ne m'aime pas du tout », ainsi que dans l'item N⁰(21), elle répond par le degré N⁰(3) « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe ».

On constate aussi quelque symptôme dépressif comme les idée suicidaire dans l'item N⁰(9), elle répond par le degré N⁰(2) « j'aimerais me suicider », d'autre symptômes comme troubles du sommeil dans l'item N⁰ (16) ,elle répond par le degré N⁰(3b) « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », fatigue, perte d'appétit , irritabilité dans les items N⁰(20) ,(18) et(17) , elle répond par les degrés N⁰ (2), (1a) et (2) « je suis trop fatigué (e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant », « j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude », « je suis beaucoup plus irritable que d'habitude », par contre Dans les items N⁰ (1), (4), (10), (15), (19),elle répond par le degré N⁰(0).

1-7-Synthèse du premier (1) cas :

A traver l'analyse de l'entretien clinique, et de test du FAT, ainsi des resultats de l'échelle de Beck, on constate que Rachida souffre d'une dépression du aux dysfonctionnements de sa famille qui réagit avec du conflit et ses résolutions négatives avec un caractériqtique fusionnel dans les relations.

2-Présentation de deuxième cas

Il s'agit de M^{elle} Nabila âgé de 28 ans célibataire avec niveau d'étude de 8^{ème} années secondaires, elle est la troisième d'une fratrie de 4 enfants (deux frères et de sœurs), elle est handicapée aux niveaux du pied gauche.

2-1-Présentations et discussion de l'entretien clinique

L'entretien concernant le vécu psychologique du sujet dans le centre : l'entretien c'est effectué avec M^{elle} Nabila, elle nous à répondu en kabylie « ligh di lcentr-agi 3amayen d nafs » « je suis dans le centre depuis deux ans et demi »

- « in, d nekk i gevghan ad i keçmen regh lcentr-agi , mais d 3ami idihedren ref lcentr-agi donc keçmerd lcentr-agi » « oui, c'est moi qui a choisi d'entré dans le centre , mais c'est mon oncle qui ma parler de l'existence de centre ,donc je me sui integrer ».
- « tikwel sasserd wahdi ,sattafegh lbus, thura numegh sasserd wahd, ma yelle ullaç transport yessawiyid 3ami negh weltma » « des fois je vien toute seul je prend le bus je me suis habitué àvenir toute seul ,si il y a pas de transport mon oncle me raméne ou ma sœur ».
- « ass amenzu i dussigh ger lcentr-agi srugh,ur ligh ara alaise ugadagh , ur numegh ara amakan-aghi ak d l3ived-agi,ur tmeslayer ara d wiyad tsethigh atas » « la première fois que je suis venu aux centre j'ai pleurer je me sentie pas alaise, j'avais peur , je n'arrive pas à m'habitué a cette endroi, et ces gens, je ne parle pas avec les autre j'été très timide ».
- « ih , lante les activité , yella lmacramé , la peinture, la pate chimique, daçu nekki xedmegh lmacramé xater snagh athxedmegh » « oui, il ya des avtivités ,il ya le macramé, la peintue, la pate chimique,mais mois je fais du macramé car je suis douer ».
- « thura thussugh bien,ferhagh,thura inumegh, thura vedlegh atas ur twalligh ara imani-w handicapé, tura ufighd l3ibed iyifahmen » « maintenant je suis me sens bien, heureuse, je suis habitué mieux qu'avant,maintenat j'ai beaucoup changé je me vois pas handicapé, j'ai trouvé des camarade qui me comprenne ».
- Les réponses concernant la dynamique relationnelle entre le sujet et sa famille

- « ih, s3içigh d imawlani-w » « oui, je vis avec mes parents ».
- « imawlani-w normal ,lhan,vava yess3a seesin sna di l3amriss, yemma tess3a xems u xemsin ,yes3ayid fellas ma yella ur texdim ara ayen izdina » « mes parents sont normale,ils sont gentille , mon père à 60 ans,ma mère à 55 ans ,il lui cris dessous si elle fait pas se qui lui à demander »
- « Temyez3afen f lahwayeg amti ma3na tamyughalen am akken kra ur d yidri ,tamqadaren garassen » « il se dispute sur ce genre de chose,mais ils réconcilie comme si rien c'été passé , ils se respecte ».
- « ur demzigar ara di mwlani-w , axatar ur yidfehmen araparfois yemme txeddem lxilef gar nekk d yesssathma, amara tmeslayent ref uxxeddim nsent tsmahsiss assent , amara demesslayer fuxxeddim inu deg lcentre ur tmehsiss ara, amaken nekk handicapé donc ur déçli3 ara dgi, amara ntmeslayegh flehwayeg n teqchichin ur sentirisi ara i wayen ixedmogh ur oncourgiw ara ad xedmogh atas am yessetma,ma yella d baba ur yessenteresew ara iwayen ixedmogh ,iwayen vrir ad xedmogh, imawlani-w s3ayeren-iyi sawalen-iyi amtqajarth » « j'ai pas de bonne relation avec mes parents parce que il me comprenne pas parfois ma mère fait une déférence entre moi et mes sœurs quant-il parle du travaux elle est écoute et quant je parle de mon travaux elle m'écoute pas puisque je suis handicapé donc elle s'intéresse pas quant je parle des truc de fille, elle s'intéresse pas a ce que je fais ,elle m'encourage pas de faire plus comme mes sœurs ,quand a mon père il s'intéresse à ce que je fais et se je veut faire, ils m'insulte par le mot amtqajarth(larme aux yeux).
- « s3ir sin wathmathen,d snett n yessethme »« j'ai deux frère et deux sœur »
- « nekk d wayethma ak d yethassme normal, ama uhwajegh kra takniyithid ma3na ur tewqi3ara I wayen ixedmogh di lcentre amara dhadragh ref ayen ixedmogh di lcentr u yidmehsissen ara tvadilan à

sujet, thussugh imaniw amaken hazeniyi ixater nekki handicapé » « ma relation avec mes frères et sœurs et normale , quand j'ai besoin de quelque chose il me la donne mais ils s'intéressent pas à ce que je fais dans le centre, quand je parle de mon activité aux centres ils change de sujet , je sens qu'il m'ignore parce que je suis handicapé ».

- Réponses concernant la dépression « heznegh atas d l'andicapa-agi id sseba stettreyegh assmi s3igh 23 ans yebghayi yiwen hemlegh ihemliyi itelbiyid izmaj ma3na yemmas ur yitebghiwara axatar nejkki handicapé tennayid amek ara kemseknegh imeden ur stghedemed ara axxam tennayid widak yettilin g lcentre heblen mara dmektik lehdur agi heznegh atas mais tura ur yitewqi3ara qarenniyid imawlan-iw zwag d lmektub ur miktib ara », « je me senté triste c'est cette andicape qui me rend triste quant j'avais 23ans il y'avait quelqu'un qui voulait demander ma main en s'aimer ,mais sa mère n'a pas accepté parce que je suis handicapé ,elle me dit comment je vais te présenté aux gens, et incapable de lui faire une maison ,elle a dit ceux qui sont dans ce centre c'est des fous , quand je pense à ces paroles sa me rend très triste, maintenant je mon fiche ,mes parents m'en expliqué que si ce mariage n'a pas lieu c'est pour ton mieux » .
- « ur 3agugh ara atas des fois » « je me sens pas souvent fatiguer, des fois ».
- « ur nqissegh ara deg uxxedimi-w , am zikk am thure » « j'ai pas remarquer de retrait à mes activités ,je travaille comme avant ».ù
- « ganagh normale » « oui, je dort normal ».
- « ih, tikwal hamlagh ad qimegh wahdi amara za3fegh, tmakthayard ayen i3aden, mais maniçi kulass » « oui des fois je préfère resté tout seul quand je me sens triste et pour pouvoir me souvenir de ce que j'ai vécu, mais pas toujours ».

- Les réponses concernant l'handicap « ligh handicapé asmi s3igh sessasnin » « je suis dans cette situation d'handicap quand j'avais six ans »
- « sebba n l'handicap rlighd ref les escaliers,umba3ed arzagh deg arajari-w azelmad » « j'ai tombé dans les escalier et j'ai u une fracture aux niveau du pied gauche ».
- « asmi ligh g l'ecole ur qaregh ara axatar talayenyid,assmi ligh une coiffeuse ur zmiregh ara axater isseqrahiyi deg iveddi, tura mi xedmegh lmacramé ur s3essiver ara swattas » « quand j'éte à l'école sa ma empêché de travaillé car il me recarder , et quand j'éte coiffeuse je ne pouvez pas travailler car mon pied me fesais mal de rester debout,actuellement le macramé sa demande pas d'effort ».
- Réponses concernant l'avenir « vrir ad seqrar lmacramé deg lcentr-agi, ad ruhegh regh frança ad swanigh ,inayed 3ami izmar ad tahlud » « j'aimerai enseigner le macramé dans le centre, et de partir en France pour me soigné, mon oncle ma dit que ces possible de guérir ».

2-2-Analyse de l'entretien de deuxième cas

L'analyse de contenu de Nabila concernant son vécu dans le centre pour handicapé elle nous exprimer ces difficultés dans les premier temps à s'adapté dans le centre, mais elle s'est mieux adapté, voir aimer de s'intégrer, elle déclarer quelle ses sentie avec ses semblable, avec des gens qui là comprennes.

Quand a ces relations avec sa famille, elle nous déclare la négligence de ses parents, de l'insouciance de son père et de la ségrégation de sa mère, elle nous à exprimer un faible estime de soi concernant son image dans la société et ainsi les regarde de pitié porté par le milieu extérieure sur elle se qui la donné lieu à des sentiments de tristesse de manque de confiance et une mauvaise image de soi et de son corps.

Nabila nous à déclarer ainsi ses capacité a travailler à ce projeter dans l'avenir et son souhait à un avenir meilleur, car selon elle son handicap ne l'empêchera pas à y faire plus, mais elle parle de son handicap comme situation qui l'empêche d'avoir des relations intra personnelle, et comme situation qui la marginalise dans sa dynamique familiale.

2-3-Analyse de protocole du F.A.T de deuxième cas

- **Planche 1-le diner** « yella yiwen urgaz yerfed afus-is f yiwet n tmettut amaken yez3ef f tmettut-is yella yiwen uqçiç yesers afus-is f twenzaz amaken yetxemim f lhaga taqçiçt-agi tetbened normal ma daqçiç-agi nniden itett waqila argaz-agi yetvirtu tamettut-is » « il ya un homme qui à une mains lever sur sa femme il semble disputé avec sa femme il ya un garçon qui a mit sa mains sur le front il semble qu'il pense à quelque chose la fille semble normal alors que l'autre garçon il mange je crois que cet homme est entrains d'avertir sa femme ».
- **Planche 2-stéréo** « tella yiwet n teqçiçt tefkay-as taktabt igm-as netta yettef un cd ferezxas tefkayas taktabt akken adixar netta yefreh yevgha ad yihesse la musique » « il ya une fille qui donne un livre à sont frère lui il tien un cd je crois que elle lui à donner pour qu'il étudie mais lui il sourie car il préfère écouter de la musique ».
- **Planche 3-punition** « wagi daqçiç yerrez l vase a tan tura yettegma3itid baba-s iruhed yewid yides a3ekaz ahat yevgha atyepuni nefg yeqar-as ad yegma3 l vase » « il ya un garçon qui à verser un vase il est entrains de le ramassé sont père est venu avec un bâton peut être il veut le punir ou il lui dit de ramassé le vase ».
- **Planche 4-magasins de vêtements** « tagi tamettut d yell-is ta3erdazd aroba tennay-as i yellis ma telha ma3na aroba yagi tameçtuht fell-as taqçiç-agi ur zda3gib ara axatar aroba yagi mançi d lgor-is » « c'est une femme avec sa fille la femme essaye une robe pour elle demande à sa

fille si elle lui va bien mais je pense que cette robe est petite pour elle cette fille alaire mécontente par ce que cette robe n'est sont jorne ».

- **Planche 5-salon** « yella urgaz tamettut d weqçiç tella yiwet n teqçiçt tetteqwam la tv d yiwen uqçiç ibed tawurt telli yezmer l hal aqçiç-agi yez3ef axatar la tv ur teqwim ara akken ad inezeh l mache » « il ya un homme une femme et un garçon il ya une fille assis pour réparé la tv est un garçon qui est debout la porte ouverte peut être le garçon est en colère par ce que la tv n'ai pas repérer pour regardé son match ».
- **Planche 6-rangement** « tagi tamettut truhed gher texamt n mis yemma-s agi tetbaned tez3ef axatar aqçiç-agi ur iwena3 ara taxamt-is axatar ahat yetgabi f lhaga tennay-as ad iwena3 taxamt-is » « c'est une femme qui vient dans la chambre de sont fils sa mère me semble énervé car ce garçon n'a pas bien ménager sa chambre peut être par ce que il cherche quel que chose elle lui demande de rangé sa chambre ».
- **Planche 7-haut des escaliers** « wagi daqçiç zdaxel n texamt waqila yetmuqul dassawen yessawal i yemma-s akken asyetleb kra n lehwayeg ahat yebgha ad yeç axatar d lawan i mekli » « c'est un garçon dans une chambre il semble regardé en haut i appelle sa mère pour lui demandé quelque chose peut être il veut manger car c'est l'heur de mangé ».
- **Planche 8-galerie marchande** « tagi tamettut d mis frend zdaghel l magasin tamettut-agi tettef mis ger ifassen-is yetbaned amaken yez3ef yezmer lhal ur dyugh ara ayen issi3egben yemma-s tennayazd adaghed abrid nniden yemma-s tettef l sac tughed lehwayeg llan sin waraç deffir ferhen uxen ayen issni3egben » « c'est une femme avec sont fils dans un magasin la femme tien sont fils dans ses bras il me semble triste peut être par ce que il n'a pas acheté ce qu'il veut sa mère lui dit tu va acheté une autre fois sa mère tien un sac elle à acheté des choses il ya deus garçon derrières ils sont heureux peut être ils ont acheté ce qui leur plait ».

- **Planche 9- cuisine** « tagi tamettut tessewgaded l makla zdaghel n tcousinte d wargaz yettef ajournal negh d'acarné yella yiwen uqçiq yetmuquled deg tewurt yettalayed yemma-s yezmer l hal aqçiq -agi yugad imawlan-is ad myez3afen » « c'est une femme qui prépare un mangé dans la cuisine et un homme qui tien un journal ou un craner il ya aussi un garçon qui regarde de la porte il regarde sa mère peut être ce garçon à peur que ses parents se dispute ».
- **Planche10-terrains de jeux** « wagi daqçiq d wargaz tturaren l football ma3na snaghen yezmer lhal ur rbihen ara llan sin deffir tturaren » « c'est un garçon et un homme qui joue de football mais il se dispute peut être par ce que il n'on pas gagné il ya deux autre derrière qui joue ».
- **Planche 11-sortie tardive** « yella urgaz ibed tamettut tamghart d umghar yezmer l hal didulan-is argaz-agi yerfed afus-is gher ssa3a ahat d lawan imensi » « il ya un homme debout une femme une veille dame et un vieux homme peut être c'est leur beau parents l'homme et entrains de levé sa mains sur le réveille peut être c'est l'heur de diner ».
- **Planche 12-devoirs** « twaligh argaz tamettut d yellit-sen imawlan-is ze3fen taqçiq-agi tez3ef tettef l henk-is sufus-is tetmuqul taktabt-is yezmer l hal imawlan-is nnana-s ad txedmed les devoirs » « je vois un homme une femme et leur fille ses parents sont énervé cette fille est énervé elle a la main sur la joue elle regarde sont cahiers peut être ses parents lui dit de faire ses devoirs ».
- **Planche 13-heure du coucher** « tella yiwet n tmettut zdaghel n wussu yella urgaz-is tamettut-agi tetbaned tuden argaz-is yeqqar-as ma tahlid » « il ya une femme dans un lit il ya son mari cette me semble malade son mari lui dit si tu va bien ».
- **Planche 14-jeu de balle** « llan warraq tturaren berra iwexam yella urgaz-agi d mis tturaren l balon taqçiq-agi tetmuqul deg-sen ma daqçiq-agi nniden yeqim yetbaniyid ur yefrih ara » « il ya des enfants qui joue à

l'entrée de la maison cette homme et sot fils joue au ballon cette fille est entrains de les regardé et l'autre garçon assis il me semble mécontent ».

- **Planche 15-jeu** « llan sin warraç d teqçiçt tturaren domino tella yiwet n teqçiçt tbed tetmuqul deg-sen tturaren tella yiwet n teqçiçt suffel ocanapé teqar livre » « il ya deux garçon et une fille qui joue de domino il l'autre fille debout entrains de les regardé joué il ya une autre fille sur le canapé qui lit un livre ».
- **Planche 16-clefs** « yella urgaz d mis mis-agi yettelba-s tissura ntonobile i baba-s ma3na baba-s ur yebghiw ara yettef affus-is fuqeruy-is ye3weq ma styefk negh xati axatar ma yefkayast yugad ad yexdem laxident ma yella ur syefkiw ara ur yebghiw ara ad yez3ef » « il ya un homme et son fils son fils lui demande les clé de la voiture à son père mais son père ne voulait pas il a la mains sur la tête il hésite de lui donné ou pas par ce que s'il lui donne peut être il fera un accident s'il lui donne pas il ne voulait pas qu'il soit triste ».
- **Planche 17-maquillage** « tamettut tmaquillé zdaxel n la douche tella yell-is tetmuqul deg-s zat n tewurt ahat tetraju dallas ad tmaquillé negh ad zdefk rray-is ma telha negh alla » « une femme qui se maquille dans la douche il ya sa fille qui est entrains de la regardé pré de porte peut être elle attend son tours de se maquillé ou peut être de lui donné son avis si elle est belle ou pas ».
- **Planche 18-excursion** « twaligh tamettut d wargaz d warraw-nsen zdaghel n tonobil tamettut-agi tetbaned tez3ef tedewer udem-is fergaz-is yezmer l hal ur zdyugh ara ayen tebgha argaz-is yebgha ad zdyehder sin uraç-agi tturaren gmat-sen yetmuqul deg-sen » « je vois un homme une femme et leur enfants dans la voiture la femme semble triste elle tourne le visage a son mari peut être il lui a pas acheté ce qu'elle veut son mari veut lui parlé les deus enfants joue et leur frère les regardent ».

- **Planche 19-bureau** « wagi dargaz d yell-is yell-is agi tettelbas idrimen ma3na baba-s agi ur yestuffaw ara deg uxedim-is deg l bireau » « c'est un homme et sa fille peut être sa fille lui a demandé de l'argent mais sont est occupé par sont travaux dans le bureau ».
- **Planche 20-miroir** « wagi daqçiç yetmuqul iman-is deg lemri mayella telha lebssayagi fell-as » « c'est un garçon qui se regarde dans un miroite si ses vêtements lui va bien ou pas ».
- **Planche 21-etreinte** « argaz tamettut d sin waraw-nsen amaken tamettut-agi tetwedi3 argaz-is ahat ad iruh ad ivoiyagé negh ad iruh gher uxedim araç-agi trajun baba-tsen ahat ad duklen lwahid ad ruhen gher lecoule » « un homme une femme et deux enfants il me semble que la femme dit eureviers à son maripeut être il va voyager ou allé au travaille leurs enfants attends leur père pour allé ensemble ils vont aller à l'école ».

2-4 La feuille de cotation du deuxième cas :

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

Nom : _____ Date : _____
 Age _____ Position dans la famille _____
 (ex. père, fille, grand-mère)

Feuille de cotation

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

Index Général de Dysfonctionnement

2-5-Analyse des huit (VIII) questions de deuxième cas

La feuille de cotation complétée présentée les notes obtenus par Nabila sous toutes les catégories de cotations : est l'analyse se fera selon les huit questions suivantes :

- ◆ Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration de l'hypothèse de travail valide ?

Le protocole de Nabila est suffisamment long pour permettre la cotation car il y a pas de refus ou/ et une réponse inhabituel.

- ◆ Y a-t-il des conflits ?

L'index générale du dysfonctionnement de ce protocole modérément élevé a (n=26) ce qui renvoie à l'existence de conflits non résolus à l'intérieure de la famille.

- ◆ Dans quel domaine le conflit apparaît-il ?

Le protocole de Nabila fait état d'un faible niveau de conflit conjugal (n= 2) par rapport aux conflits familiaux (n=9), ces observations évoquent qu'il y a un conflit familial non résolu, sur le plan extra familial (n=0) et du conflit conjugal (n=4), renvoie soit que la relation conjugale se caractérise par une relation froide et de distance affective, et d'absence de communication à l'intérieure de la famille ce qui a donné lieu à un conflit familial non résolu.

- ◆ Le mode de fonctionnement de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement de cette famille à l'égard de la gestion des conflits est plus ou moins significative, en trouve (n=6) pour une résolution négative ou absence de résolutions c'est un indice qui peut refléter une absence de communication à l'intérieure de cette

famille voire même une communication pathologique, pour la thématique résolution positive des conflits (n=4) qui mérites d'être notés ,il y aussi un autre indice qui est la circularité dysfonctionnelle avec un niveau faible (n=1), mais qui peut reflété l'incapacité et la difficulté de cette famille à résoudre un conflits d'une manière positive et définitive.

- ◆ Quelles pourrait être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de qualité relationnelle familiale suggèrent que la tristesse ,dépression, colère et hostilité domine dans ce système familiale , conséquence des conflits non résolu, et de l'absence de communication , particulièrement des parents .ce qui concerne la système ouvert il est élevé à (n=10), à l'inverse du système fermé(n=0), même avec une famille qui encourage un système ouvert le il faut soulignons que l'adhésion des membres aux instructions des parents (n=3) peut engendré des sentiment de colère et de tristesse.

- ◆ Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière ouverte et de faible fréquence de conflit conjugal indique d'un sous système qui peu différencier à l'intérieure de cette famille qui peut être un sous système parentale.

L'absence dans ce protocole, d'indices de coalitions, soutien l'idée que les deux parents vivent dans une relative homéostasie, bien que leur relation n'apparaisse pas très sein.

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

Ce protocole indique deux type de mauvais traitement, la maltraitance et la négligence qui peut souligner plus d'investigations.

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

L'analyse des notes obtenues dans ce protocole que la relation que Nabila entretient avec ses parents est plus aux moins limités aux respects des règles et aux adhésions des membres face aux instructions des parents.

Ainsi l'incapacité physique de Nabila, la négligence et la maltraitance verbale de la mère de Nabila en donnée lieux à des sentiments de tristesse, colère et hostilité en vers sa famille tout ça peuvent être vu comme des éléments déstabilisant pour la dynamique familiale et puis un dysfonctionnement familiale.

2-6-présentations des résultats de BDI-II de deuxième cas

2-6-1- tableau N° 2, résultat N° 2 :

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	pessimisme	0	Je ne suis pas particulièrement dcouragé face à mon avenir.
03	Echec dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une raté.
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours

			autant de plaisir qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	2	Je m'attends à être punis.
07	Sentiment négatif envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi même n'ont pas changé.
08	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi même que je ne l'étais.
09	Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.

12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Pert d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
17	Irritabilité	0	je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	0	je parviens à me concentré toujours aussi bien qu'avant.

20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.
Score		06	
Degré de dépression		Minimum	

L'échelle de dépression de Beck, démontre que la patiente manifeste un sentiment d'être punis, dans l'items N⁰(6), elle répond par un degré N⁰(2) « je m'attends à être punis », elle manifeste aussi un manque d'intérêt pour toute relations personnelle liés à la perte d'amour dans l'item N⁰ 21, elle répond par le degré N⁰ (2) « le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.

Par contre dans les items N⁰(1), (8), la patiente manifeste une tristesse et une perte d'estime de soi, elle répond par le degré N⁰ (1) « je me sens très souvent triste », « je suis plus critique envers moi même que je ne l'étais ».

Dans les items N⁰(2), (3), (4), (5),(7), (9), (10), (11), (12), (13) ; (14), (15) ; (16), (17), (18), (19) et (20), la patiente répond par un degré N⁰(0), la patiente elle n'est pas décourager face à son avenir, elle na pas le sentiment d'avoir échouer don sa vie , elle n'a pas perdue de plaisir, elle n'a pas le sentiment d'être coupable ,ni un sentiment négatifs sur soi.

Concernant les symptômes dépressif, ils ne sont pas présent dans cette patiente à savoir, absence de désir de suicider, agitation, perte intérêt pour les

gents et les activités et absence de fatigue, trouble de sommeil, perte d'appétit et absence de toute difficulté de ce concentration.

2-7-Synthèse de deuxième (2) cas :

Suite à l'analyse de l'entretien clinique , de test de FAT , ainsi que de l'échelle de Beck, on constate que Nabila souffre d'une dépression minimale , se qui ai adéquate avec l'analyse de son entretien et du test de FAT , dans lesquelles elle décrit une tristesse et un faible estime de soi lié à son handicap et dû aux dysfonctionnement de sa famille conséquence des conflits non résolu, et de l'absence de communication , particulièrement des parents.

3-présentation du troisième cas

Il s'agit de Monsieur Hilal âgé de 30 ans, célibataire avec un niveau d'étude de 4^{ème} année primaire, il est le 5^{ème} fratrie de huit enfants (5 garçons et 3 filles), il est handicapé aux niveaux des deux pieds.

3-1-présentations et discussions de l'entretien clinique :

- réponses concernant le vécu psychologique du sujet dans le centre : l'entretien c'est effectué avec Monsieur Hilal, il nous a répondu par la parole en Kabylie « ligh di lcentr-agi teltasnin –agi » « je suis dans ce centre il ya presque trois ans »
- « ih, d nekk i gevrans ad ruhegh regh lcent-agi mais dargaz n waltma i dihadren fellas » « oui, c'est moi qui a choisie de s'intégrer dans ce centre mais, c'est mon beau frère qui ma parler de ce centre »
- « d nekk, wahdi ma3na la premierer fois si druhegh seqsegh ref mkan » « c'est moi qui est venu toute seul, j'ai juste renseigné la premier foit que je suis venu sur le lieux ».

- « ussan imenza, di lcentre-agi ur sennigh hedd ur hadrar d hed mais rapidement ennumegh s ruherd , qglegh s3igh imdukel » « les premiers jours dans le centre je connaisser personne , je parler avec personne, mais rapidement je me suis adapté et j'ai des amis ».
- « ih, lante les activité di lcentre-agi illa lmacramé , la peinture, lan wid iqarenn , le dessin, nekk ligh xedmegh lmacamé mais havsagh, a3yigh yerna yu3egh-iyi qlegh qarhentiyyi iffassen-iw » « oui, il ya des activité dans le centre , il ya le macramé , la peinture, y a ceux qui étudie, le dessin, moi je travaillé le macramé, mais j'ai arrêté , j'éte fatiguée plus c'est défficile j'avais male aux épaule »
- « thura bien illigh di lcentr-agi, hemlagh wid ixedmen daghi s3igh imdukel, nes3ady lxaqth l3aly , xir n varra akka maqar ur sxemimigh ara ref les problème nverra » « je me sens bien dans ce centre , j'aime ceux qui travaille ici, j'ai des amis, je passe un bon moment avec eux , mieux que dehors , sa m'empêche de pensé aux problèmes ».
- Les réponses qui concerne la dynamique relationnelle ils nous à répondu « s3içegh di mawlan-iw » « je vis toujours avec mes parents ».
- « imawlan-iw bien, nesmyahder, vava issessade regh centre-agi, yemma ur dessas ara axatar deg uxxal » « mes parents son bien , on se parle, mon père vient souvent aux centre , ma mère est une femme aux foyer , donc elle ne peut pas venir ».
- « ih, tikwel s naghene, ref lehwayeg ilaqen axxam » « oui, il se dispute des choses qui concerne la maison ».
- « temyughalen normal amaken kra ur yelli » « isl se pardonne rapidement comme si ne s'était passé ».
- « imawlani-w tikwel del3alithen mais safqa3niyi , qareniyid ur truh ara regh lcentr, ruh ad qelved axxedim, del waqth aszewjad » « mes parents parfois ils sont bien mais ils m'énerve ils m'interdise de venir aux centre , cherche un vrai travaille, c'est le moment d'avoir une famille ».

- « s3igh tlata n yessathma d 8 n waythma”“ j’ai trois soeurset 8frères”.
- « yessathma bien nhedder ref lahwayeg , kifkif d wayethma nhedder ref lxedma n wuxxem, nem çawer ref amek nkemel axxem-negh » « avec mes soeur en parle des choses, la meme chose avec mes frères en parle du travaille , en parle de la construction de notre maison »
- Les réponses concernant laxe de dépression il répond « haznegh ,axxatar imaxlaniw gumaniyi ad arar taqçiç ivrigh axxatar handicapé ithella, um ba3ad urniyid yiweth nayed ur vrigh ara » « je suis triste parceque mes parents m’ont empêché de me marier avec la fille que je veut car elle était handicapé, après il m’ont poussé à m’engager avec une autre fille que j’aile pas ».
- « amara demktigh lahwayeg ur xdemegh ara , s dégoutigh mais d la faut- iw » « quand je pense au sujet et aux chose que j’ai pas sa ma dégoute, mais ces ma faute »
- « ih, ur xedmegh ara am zikk, ur zmiregh ara ilehwayeg thizayanin , yerna thura vedlegh axedil »« oui, je travaille pas comme avat, je peut pas fair un travaille au dessous de mes force, en plus j’ai changé du travaille ».
- « ganagh , mais tikwel ur ganagh ara haçça d svah, mais mançi toujours » « j’arrive à dormir mais des fois , je reste éveiller jusqu'au matin , mais pas toujours ».
- « tikwel shibigh ad qimagh wahdi, mayella ufighd hed i3eder f lahayej iyi3ejven ad qimegh yidesse » « j’aime bien être seul, mais si je trouve une personne qui parle des sujet qui me plaise je reste avec ».
- Les réponses concernant l’axe d’handicap, il répond : « akka id lulegh » « c’est comme ça que je suis né ».
- « l’handicap agi, uyijara ad tfegh deg yiweth lxedma, ad vdugh lxedma um ba3ed tajarth axxatar ur sezmgheh ara ». « cette handicap m’empêche de travaillé, à chaque fois que je commence un travaille, avec le temps je le laisse car physiquement je ne peux pas ».

- Les réponses concernant l'avenir il répond : « ur zriġh ara daġu ara xedmegh reġh zeth , vrigh ad ruheġh reġh lazayer akken araxedmegh, ad vadeġh ref thmurth- aġi » « j'ai pas encor décidé, j'aimerais travailler à alger, m'éloigner du village ».

3-2-Analyse de l'entretien de troisième cas

Suite a notre entretien avec Hilal qui alaire très timide, ils nous parler à de son travaille au sein du centre, il exprimer son bien être, ces bon relation avec l'ensemble de ces camarade, il nous a exprimer ces difficultés a communiquer aux débuts de son intégrations puis grâce aux échange avec les autres handicapé, il s'est parfaitement intégrer.

Puis en constate qui Hilal souffre de sentiment de regret et de tristesse qui selon l'entretien sont causé aux faite que ces parents on refuser ces personelle, et de leur insistance à planifier son avenir.

Concernant la dynamique familial de Hilal on trouve que ces relation avec ces parents est limité, des simple échange avec les frères et sœurs, concernant l'handicap, Hilal affirme que son handicap l'empêché physiquement de travailler, si non ils arrivent facilement à s'accepté.

3-3-Analyse de protocole du F.A.T de troisième cas

- **Planche 1-diner** « twaligh tafamilt zdaxel nuxam tetten yella babat-sen ihedar tmettu-is yeqara-s iwaġu arraġ-agi uġin ad ċċen yella uqċiċ aġi arrif n yemma-s ur itett ara apparament ur yella ara bien taqċiċt-agi normal wis tlata itett yemmat-sen teqqara-sen ċċet » « je vois une famille dans la maison ils mangent il ya leur père il parle avec sa femme il lui demande pour quoi les enfants ne veulent pas mangé il ya ce garçon a coté de sa mère il ne mange pas apparemment il va pas bien cette fille est normal le troisième il mangent leur mère leur dise mangé ».

- **Planche 2-stéréo** « tagi zdaxel n tcousinte negh zdaxel n texamt aqçiç-agi yettef disque taqçiçt-agi tefkayas tawriqt soit d weltmas negh d yell-is n 3emm-is » « c'est dans la cuisine ou dans la chambre ce garçon tien un disque cette fille lui donne une feuille soit c'est sa sœur soit c'est la fille de sont enclé ».
- **Planche 3-punition** « tagi flou zdaxel n tcousinte tella taqçiçt d baba-s yennay-as iwaçu iterzid lvaz-agi baba-s agi yexdem yessers ifasen-is gher deffir yettef tawriqt troulé » « c'est flou c'est dans la cuisine il ya une fille et son père il lui dit pour quoi ta brisé le vase son père est énervé il a les mains derrière et il tien une feuille roulé ».
- **Planche 4-magasin de vêtements** «tella yiwet n teqçiçt theddar d yemma-s yemmas-agi tennaya-s ma t3egbam aroba-yaqi negh ad 3iwdegh tayed taqçiç-tagi amaken ur sya3gib kra axatar tettef ifasen-is » « il ya une fille qui parle avec sa mère la mère lui demande si la robe lui plait ou elle va lui choisir une autre la fille semble rien lui plait car elle croisé les mains ».
- **Planche 5-salon** « zdaxel n salon yella baba-tsen yemma-tsen sin waraç d yiwet n teqçiçt taqçiçt-agi tebgha ad çeç3el la tv wiyad tnezihen trajun ad çeç3el ad nezhen la tv aqçiç-agi rif n tewurt yebgha ad yeffex » « dans le salon il ya la mère le père deux garçon et une fille la fille veux allumé la tv les autre regardent ils attends pour regardé la tv le garçon à coté de la porte veut sortir ».
- **Planche 6-rangement** «tagi zdaxel n texamt yella uqçiç yeqim sufel n srir yemma-s tez3ef fella-s tennay-as iwaçu taxamt-ik ur tewene3 ara » « c'est dans la chambre il ya un garçon assie sur le lit sa mère est énervé contre lui elle lui dit pour quoi ta chambre n'ai pas rangé ».
- **Planche 7-haut des escaliers** « tagi zdaxel n texamt aqçiç yetmuqul dassawen yettalay ma yella ad issub hed yella reveils teskanayed 11 :30 yezmer l hal yebfgha ad yeçç negh yessawal ihed akken ad zdyefk ad

yeçç » « c'est dans la chambre un garçon qui regarde en haut des escaliers il regarde si quelqu'un va descendre il ya un réveil qui montre 11 :30c'est peut être il veut manger ou il appelle quelqu'un qui va lui donné un mangé ».

- **Planche 8-galerie marchande** « wagi zdaxel n ssuq twalix tamettut d mis mis-agi yez3ef yezmer l hal ur yufiw ara negh ur dyugh ara ayen issi3egben yemma-s tennaya-s ad nagh abrid nniden sin-agi deffir taçiqç-agi d weqçiqç-agi ferhen ufin ayen isni3egben » « c'est dans un marché je vois la femme avec son fils il me semble énervé peut être il n'a pas trouvé ou acheté ce qu'il veut sa mère lui dit qu'il vont acheté une autre fois les deux derrière sont heureux par ce que il ont trouvé ce qu'il leur plait ».
- **Planche 9-cuisine** « twaligh argaz zdaghel n tcousinte yennay-as i tmattut-is yebgha ad yeçç ma daqçiqç-agi zat n tewurt yettalay dacu itxedem yemma-s » « je vois un homme dans la cuisine il dit à sa femme qu'il veut manger et ce garçon a coté de la porte regardent ce que sa mère faisait ».
- **Planche 10-terrains de jeux** « sin yergazen zdaghel n le stade sin-agi hedren ze3fen axatar ur arbihen ara sin-agi deffir tturaren normal » « deux homme dans un stade ses deus paroles ils sont énervé car ils n'on pas gagné les deux derrière joue normale ».
- **Planche 11-sortie tardive** « wagi zdaghel n salon yella babat-sen sufel ocanapé yell-is tettef taktabt aqçiqç-agi iweha sufus-is gher réveils yeqarasen d lawan imensi » « c'est dans le salon il ya le père sur le canapé sa fille tien un livre et ce garçon fait signe avec la main vers le réveilles leur dit c'est l'heur de diné ».
- **Planche 12-devoirs** « argaz-agi yeqara-s i tmettut-is illaq yellit-sen ateqar taqçiqç-agi tetbaned t dégoûté ur s ye3gib kra axatar baba-s yeqar-as illaq ateqar » « le père dit à sa femme qu'il faut que leur fille étudies la fille semble dégoûté rien lui plait car sont père lui demande d'étudier »

- **Planche 13-heur du coucher** « tella tmettut tehlek zdaghel n wussu yella wargaz-is yeqar-as ma tahlid negh ad tyawi gher l'hôpital yetqeleq » « il ya une femme elle est malade elle est dans le lit il ya son mari qu'il lui demande si elle va bien ou elle veut qu'il a ramène à l'hôpital il est inquiet ».
- **Planche 14-jeu de balle** « yella urgaz yetturar d mis l balon taqçiç-agi tettef aqerruy-is sifasen-is tettalayitnid aqçiç iqimen-aka yetbaned yexdem yezmer l hal ur zdenan ara ad yurar yidsen » « il ya un homme qui joue avec son fils du ballon la fille qui tien sa tête avec ses mains les regardent et ce garçon assie me semble triste peut être personne ne lui à demandé de joué avec eux ».
- **Planche 15-jeu** « llan sin waraç d teqçiçt tturaren domino taqçiçt-agi teqarasen amek itturarem tella yiwet n teqçiçt tbed tetmuquled deg-sen d yiwet teqim focanapé teqar livre » « il ya deux garçon et une fille joue de domino la fille demande comment joue il ya une fille debout qui observe et une autre allongé sur le canapé qui lit un livre ».
- **Planche 16-clefs** « twaligh tonobil aqçiç-agi yettelb-as i baba-s ad zdyefk tissura n tonobil negh l pirmsis baba-s agi ur yebghiw ara ye3weq axatar yugad assyerez tonobil » « je vois une voiture ce garçon demande à son père les clés de la voiture ou sont permis sont père ne voulait pas il hésite par ce que il a peur de lui cassé la voiture ».
- **Planche 17-maquillage** « tagi tamettut tetebrossi tuxmas-is teqar-as i yell-is arjuyi » « c'est une femme qui brosse ses dents et elle demande à sa fille de l'attendre ».
- **Planche 18-excursion** « tagi tafamilt zdaxel n tonobil ruhen ad hewsen tamettut-agi tez3ef fergaz-is tedewer aqeruy-is argaz-is yettalayitid sin waraç-agi defir tturaren wayed yettalayiten » « c'est une famille dans la voiture ils sont partie faire une balade cette femme est énervé contre son

mari elle lui à tourné la tête son mari la regarde les deux derrière joue et l'autre les regardent ».

- **Planche 19-bureau** « yella wargaz d yell-is tebgha lhaga gher baba –s yezmer l hal didrimen ma3na baba-s agi ur yestufaw ara » « il ya un homme et sa fille sa fille veut quelque chose à son père peut être de l'argent mais son père est occupé ».
- **Planche 20-miroir** « daqçiç yettmuqul iman-is deg lemri ma yeçbah negh xati » « c'est un garçon qui se regarde dans un miroir s'il est beau ou pas ».
- **Planche 21-etreinte** « tamettut d wargaz-is tetwedi3it sin agi warraç trajun babat-sen akken ad ruhen gher l'école » « la femme et son mari elle lui dit eu revoir les deux enfants attends leur père pour allé à l'école ».

3-4 Feuille de cotation du troisième cas :

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

Nom : _____ Date : _____
 Age _____ Position dans la famille _____
 (ex. père, fille, grand-mère)

Feuille de cotation

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

Index Général de Dysfonctionnement

3-5-Analyse des huit (VIII) questions de troisième cas

La feuille de cotation complétée présente des notes obtenues par Hilal sous toutes les directives données se forme de huit (VIII) questions, on propose l'analyse suivante :

- ◆ Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration l'hypothèse de travail ?

Le protocole de Hilal peut permettre la cotation car il y a pas de refus ou et une réponse inhabituel.

- ◆ Y a-t-il présence de conflit ?

L'index général de dysfonctionnement de ce protocole est passable à (20) , ou l'absence de conflit , ou l'absence de conflit est fréquent présent (n=11) suggèrent l'absence de tout conflit au sein de sa famille.

- ◆ Dans quel domaine le conflit apparaît-il ?

Le protocole de Hilal , fait état d'un niveau élevé d'absence de conflit (n=11), mais sa n' empêche pas de prendre en considération , le niveau de conflit familiale qui est de (n=8), ces observations fond état d'un conflit non résolu, puisque la faible note de conflit conjugale est de niveau(n=1), en peut interpréter soit la relation des parents de Hilal est saine , ou la relation de ces parents est caractériser par un certain équilibre mais d'une distance affective, soit masquer leur problèmes familiale est désignant Hilal problème.

- ◆ Quelle est le mode fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familiale a l'égard de tout conflit éclaire que ils on une résolution négatives ou absence de résolutions (n=5), ainsi pour la non-adhésion qui est de (n=2) aux limites imposé par les parents qui peut renvoyer aux mécontentements de ces membres.

- ◆ Quelle pourrait être les hypothèses liées à l'apparente qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indicateurs de la qualité relationnelle familiale suggère que la colère et l'hostilité et dégoût domine se système familiale ou les frontières son rigide et l'absence de toute coalitions entre tout ces membre (n=0), on note aussi un système ouvert à (n=6) a l'opposer du fermé (n=0) pour indiquer que face aux non –adhésion des enfants et les limites des parents peut crée une certaine colère et hostilité a l'intérieur de la famille et d'absence de coalition entre ces membres.

- ◆ Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnels systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de protocole suggère que cette famille fonctionne d'une manière fusionnelle, et la faible fréquence de conflit conjugale, qui indique l'existence de sous-système peu différencié à l'intérieure de cette famille. L'absence de tout coalition entre ces membres sont dans une relation froide bâtis sous le respect des limites donnons ainsi un conflit entre le système conjugale qui influence le sous-système parentale.

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

Ce protocole ne contient pas de réponses qui souligneront une investigation.

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

L'analyse des notes obtenus au FAT suggère que ces les parents de Hilal qui organisent la dynamique familiale, ces interprétations laisse entrevoir l'idée que les sentiments de colère de Hilal sont liée à un difficile processus d'individuation au sein d'un système familiale fusionnel. Les frontière établis par les parents et l'absence de tout coalition peut être vue comme déstabilisant pour l'équilibre familiale, la colère de Hilal pourrait être mise en relation avec ces luttes familiaux.

3-6- présentation des résultats de BDI-II de troisièmes cas**3-6-1- tableau N° 3, résultat N°3:**

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas particulièrement découragé face à mon avenir.
03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être punis.
07	Sentiment négatif envers soi-même	2	Je suis déçu par moi même.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.

09	Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je ne pleur pas plus qu'avant.
11	Agitation	3	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Pert d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
17	Irritabilité	0	je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peut moins d'appétit que d'habitude.

19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentré aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.
Score		13	
Degré de dépression		Légère	

Selon l'échelle de dépression de Beck on peut déduire que notre patient souffre d'une légère dépression, et qui se manifeste par une agitation ce qui concerne l'item N⁰ (11), il à répondu par le degré N⁰(3) « je suis si agité ou tendu que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose », il a manifesté aussi sont sentiment d'avoir des regret par rapporte à sa vie passé et une déception de sa propre personne dans l'item N⁰(3) et N⁰(7),il répond par le degré N⁰(2) « quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec », « je suis déçu par moi-même » et une perte d'intérêt pour une relation intra personnelle et sexuelle dans l'item N⁰(21), qui répond par le degré N⁰(2) « le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant ».

Cette dépression est lié à un sentiment de tristesse ,culpabilité, perte de l'appétit, difficulté à se concentrer ce que on trouve dans les items suivants N⁰(1),(5), (18) et (19), il répond par le degré N⁰(1),(1a), « je me sens très

souvent triste », « je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire », « j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude », « je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude ».

Ce qui concerne les items N⁰ (2,3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20), il nous répond par le degré N⁰(0).

3-7-Synthèse du troisième (3) cas

A travers l'analyse de l'entretien clinique, de test du FAT, ainsi que de l'échelle de Beck, on constate que Hilal souffre d'une légère dépression liée à ses relations restreintes avec ses parents et ses frères et sœurs, et exprime des sentiments de culpabilité dus à ses choix de vie antérieurs, pour lui son handicap l'empêche physiquement d'accéder à un travail stable, concernant les résultats obtenus de FAT, on constate clairement que cette famille est dysfonctionnelle caractérisée par des résolutions négatives vis-à-vis d'un conflit et en termes de qualité relationnelle on remarque l'absence de coalitions familiales et une dynamique relationnelle organisée par ses parents ce qui laisse entrevoir des sentiments de tristesse et de dépression.

4-présentation de quatrième cas

Il s'agit de M^{elle} Afifa âgée de 26 ans célibataire avec un niveau de 4^{ème} années primaires elle est la 4^{ème} d'une fratrie de neuf enfants (7 sœurs et 2 garçons) elle est handicapée au niveau du pied droit.

4-1- présentation et discussions de l'entretien clinique

Les réponses concernant le vécu psychologique du sujet dans le centre

-« sa fait tura 3amayan aye gid keçmegh gher l centre-agi » « sa fait 2ans que je suis dans ce centre ».

-« ih d nekk igxtaren ad keçmegh gher l centre-agi » « oui c'est moi qui a choisie d'intégré dans ce centre »

-« ruheghd d yemma d weltma d gma truhughd daghen yal ass d baba » « je vien avec ma mère et ma sœurs et mon frère je viens aussi tout les jours avec mon père ».

-« ass amenzu gid keçmegh gher l centre-agi yelha hedregh akk d l3ibad n xedem l macramé d la pate chimique « « la première fois que je suis intégrer dans ce centre c'était biens je parle avec tout le monde on fait du macramé et de la pate chimique ».

-« ih llant les activités deg l centre agi n xedem l macramé zdaghel n la telier d la pate chimique d ledessins d la peinture nekk xedmegh l macramé » « oui il ya des activités dans ce centre on fait du macramé dans la Tellier la pate chimique, dessins et la peinture moi je fais du macramé ».

-« l sentiment inu ami dkeçmegh gher l centre-agi hussegh-d bien hemlegh la telier twaligh iman-iw am nekk am miyad » « mon sentiment quant Jai intégrer ce centre j'ai sentie bien j'aime bien l'atelier je me vois comme tout le monde ».

Les réponses concernant la dynamique relationnelle entre le sujet et sa famille

-« ih s3içigh dimawlan-iw » « oui ,je vis avec mes parents ».

-« nekk hemlegh atas imawlan-iw baba agent de securité ma d yemma femme de ménage nheder atas deg uxam baba yeqariyid toujours daçu itxedmed deg l centre ma yelle tse3edad lwaqtim yemma daghen cetti teqariyid dacu iwendefkan d lmakla » « moi j'aime bien mes parents mon père et agent de sécurité ma mère et femme de ménage en se communique bien à la maison mon père me dit toujours ce que j'ai fait aux centre et est ce que j'ai passé du bon temps ma mère aussi ma grand mère me dit que ce que ta mangé aux centre ».

-« ih imawlan-iw tnaghen tnaghen tiswi3in f yedrimen ma yella ur tes3iw ara yemma idrimen yetez3af nekke qaregh-as sber axatar rebbi yettaked sber » « oui mes parents se dispute il se dispute parfois a cause de l'argent quant ma mère n'a pas d'argent il s'énerve moi je lui dis d'être patient car dieu donne de la patience ».

-« ma ra deker yemma s bah baba ad yekçem gher t cousinte asyini semhiyi atamghart ad nnaghen s bah ad myughalen tameddit amaken ur dyedri kra » « quant ma mère se réveille le matin mon père entre dans la cuisine il lui demande de lui pardonner il se batte le matin et il se midi comme si rien c'était passé ».

-« nekk dimawlan-iw amara nili lwahid yelha tetqessir n heder waygaranegh » « ma relation avec mes parent est bien quant on est ensemble en rigole beaucoup »

« ih s3igh seb3a yessetma d sin wayetma » « oui j'ai 7soeurs et 2frère ».

« nekk dwayetma d yessetma nelha nheder fatas lehwaye gma amekran yeqariyid yal ass daçu itxedmed deg l amar yili yidsen thussurd bien » « ma relation avec mes frère et sœur est bien en parle de beaucoup de chose quant je suis avec eux je me sens bien ».

Les réponses concernant la dépression

-« ur thussugh ara iman-iw hezngh heznegh mara yili lmuth » « je me sens pas triste je me sens triste lorsque il ya un décé ».

-« ur thussugh ara iman-iw a3yigh toujours dynamique mahussegh a3yigh truhugh gher wussu ».je me sens pas fatigué je suis toujours dynamique quant je sens la fatigue je pars directement aux lit ».

-« xati ur n qissegh ara deg uxedim » « non il n'ya pas un retrait dans mes activités quotidiennes »

-« yettasiyid yides mara hussegh iman-iw a3yigh » « sa m'arrive de dormir quand je sens la fatigue ».

-« ur hmilegh ara ad qimegh wahdi hemlegh l3ibad meme si ur tessingh ara » « je n'aime pas rester toute seul j'aime les gens même si je les connais pas »

Les réponses concernant le handicap

-« llix handicapé assmi s3ix 3amayen di l3emr-iw » « ma situation d'handicap remonte à l'âge de 2ans ».

-« sseba l'andicap-agi s3ix a3eqqa aberkan deg udariw ayefu-s ruhegh gher gher s bitar n alger qima dina teltesnin après hligh après a3eqqa yagi yuxal dameçtuh assmi s3igh seb3asnin a3eqqa yagi yuxal dameqran apres uxalegh gher sbitar n sidi aich qimegh dina setta çhour nnaniyid ad txedmed l'operation apres asegaz rzagh deg uqejar-iw » « la cause de mon handicap que j'avait un bouton noir aux pieds droit je me suis hospitalisé pour une période de 3ans après ce bouton est devenu petit à l'âge de 7ans ce bouton commence a dégonflé il m'on orienté à l'hôpital de sidi aiche il m'on demandé de faire une opération après 1ans je me suis cassé le pieds »

-« l'andicap-agi ur yiherem ara ad xedmegh les activités inu » « cette handicap m'a pas empêché de faire mes activités ».

Les réponses concernant l'avenir

-« vrigh ad seqaregh l macramé deg l centre-agi vrigh ad ruhegh gher letrangé » « je veux enseigner le macramé dans ce centre et partir à l'étranger ».

4-2-Analyse de l'entretien de quatrième cas

Durant l'entretien avec Afifa, elle a manifesté un optimiste, joyeuse, elle nous parler avec enthousiasme de son travaille aux centre, elle a démontre sa facilité dés le début de son intégration aux centre a s'adapté et que elle se senté mieux avec ces amis dans le centre.

Concernant sa relation avec sa famille, Afifa parle de bonne relations avec l'ensemble se sa famille, elle parle d'un père bienveillant et attentionné à tout ses désir et besoin, il s'intéresse à son travaille aux centre à ces projet d'avenir, est d'une mère qui éprouve de l'intérêt pour sa fille sont bien être, et des frères et sœurs très attachés.

Afifa affirme que elles se sont pas différents du milieu externe car elles se sont allaise dans sont corps, la seul difficulté quelle trouve ces à se déplacé physiquement.

Mais notre cas à exprimer une tristesse liés à un évènement extérieure liés à son vécu d'enfant, ou elle a subit peut être des abus et des insultes de la part de ses enseignant et quelle refuser toute conversation lié aux études ou à l'école.

4-3-Analyse de protocole de F.A.T du quatrième cas :

-Planche 1-le diner « twaligh tetten aqçiç-agi yesers afus-is f lhenk-is yez3ef argaz-agi tmettut-is hedren amaken tnaghen yiwen nniden itett yiwen nniden ihbesslmakla « je voix qu'ils mangent ce garçon a mit sa mains sur son joue il est énervé cet homme et sa femme se discuté comme si il se disputé l'autre il mange et l'autre à arrêté de mangé ».

-Planche 2-stéréo « twaligh aqçiç yeç3el a cd weltmas tettef tewriqt akken ad idixar yennay-as sahit axatar mara stefked lhaga i yiwen ad stinid ssahit » « je

voix un garçon allumé un cd sa sœur tien une feuille elle lui donne pour étudier il lui dit merci car quant tu donne quelque chose a quelqu'un tu lui dis merci ».

-Planche 3- punition « aqçiç itezu tibhirt baba-s agi yetef tewriqt teroulé twaligh l vaz » « un garçon fait du jardinage son père tien une feuille roulé je vois un vase ».

-Planche 4-magasin de vêtements « tagi tamettut d yell-is zdaxel n lmagasin tamettut-agi tebgħa adagh aroba taqçiçt-agi tennay-as axlayet taqçiçt-agi tebaned s tez3ef » « une femme et sa fille dans un magasin la femme veut acheter une robe la fille lui à dit qu'il est très chers cette fille me semble qu'il est triste ».

-Planche 5-salon « twaligh tafamilte argaz tamettut d weqçiç aqçiç-agi yebgha ad yekçem tamettut-agi theder d wergaz-is hedren f l3ibad aqçiç-agi yeffex axatar ur zdexrin ara ad yeqim yidsen yez3ef » « je vois une famille un homme une femme et un garçon ce garçon veut entrer cette femme parle avec son mari ils parlent des gens ce garçon il sort car il l'on pas appelé pour qu'il reste avec eux il est énervé ».

-Planche 6-rangement «tagi tamettut d mis twaligh lqeç yemm-as teqaras ad yeqwem lqeç-is tefqe3 fell-as » « une femme et son fils je vois des vêtements sa mère lui dit d'arrangé ses vêtements elle énervé contre lui ».

-Planche 7-haut des escaliers « wagi daqçiç yettef tawurt yella réveils yeskanayed 11 :30 deffir n tewurt llant les éscaliers yezmer l halé aqçiç-agi yehlek » « c'est un garçon il touche la porte il ya un réveil qui montre 11 :30derrière la porte il ya un escalier peut être il est malade »

-Planche 8-galerie marchande « tagi tamettut d mis frend zdaxel l magasin akken ad ruhen saxam tettefd mis ger ifasen-is yetbaniyid amaken yez3ef yezmer l hal ur dyugh ara ayen isi3egben snath-agi n teqçiç-in deffir ferhent axatar ur nnuxent ara ma3na aqçiç-agi yez3ef » « c'est une femme avec son fils

ils sont sortis d'un magasin pour aller à la maison elle ç mit son fils entre ses mains il me semble qu'il est énervé peut être il n'a pas acheté ce qu'il veut ses deux fille derrière sont heureuse car ce sont pas disputé mais ce garçon est énervé ».

-Planche 9-cuisine « wagi dargaz tmettut d mit-ssen zdaxel n tcousinte argaz-is yennay-as dacu itxedmed iheder tmettut-is aqçiç-agi yezmer l hal yeluz ahat yessetha axatar imeçtah ma yella ur sentefkid ara ad ççen ur tetten ara » « c'est un homme une femme et leur garçon dans la cuisine sont mari lui dit que ce que tu fait il parle avec sa femme ce garçon peut être il a fin il veut mangé peut être il est timide par ce que les petits si tu leur donne pas du mangé ils mangent pas ».

-Planche 10-terrains de jeux « wagi d le stade yella lgardiens ttraren l balon sin-agi waraç tbanend amaken ze3fen axatar ur yuraren ara akken yelha wiyad tturaren normal » « c'est un stade il ya un gardien ils jouent du ballon ces deux garçon me semble énervé car ils n'on pas bien joué les autre jouent normal ».

Planche 11-sortie tardive « tagi tamettut d wargaz-is d sin yemxaren argaz-is yet3eyid axatar yes3a a problème didulan-is » « c'est une femme avec son mari et deux veille son mari il url car i la un problème avec ses beaux parents ».

Planche 12-devoirs « wagi dargaz tmettut d yellit-sen tagi tafamilt taqçiçt-agi teqar tettef astylo baba-s yez3ef axatar ur teqar ara aken yelha deg lecool yeqaras gher akken ad tefghed d kra yezmer l hal ur tehnil ara leqraya yezmer l hal telle sseba yezmer l hal ççgh-is ur tihmil ara assmi qaregh gel primaire yella yiwen ççigh yetkelix-iyi yeqariy-id arwah am defkegh dwa iwdarim (larme aux yeux) » « c'est un homme et une femme et leur fille c'est une famille cette fille elle étudies elle a un stylo entre ses mains sont père est énervé car elle n'a pas bien étudier à l'école il lui dit de bien étudier a fin de devenir quelqu'un peut êtres elle n'aime pas les études peut être il ya une cause peut être sont

enseignent la déteste quant j'étais aux primaires il ya un enseignant qui se manqué de moi il me propose qu'il me donne des médicament pour mon pieds(larme aux yeux) ».

-Planche 13-heur de coucher « wagi dargaz tmettut-is zdaxel n texamt yeqara-s ma thelked tamettut-is tetbaniyid tehlek argaz-is yehzen a chaque fois gara teqim zdaghel nussu yeqqar-s dacu ikemyughen argaz-is yesers afus-is fella-s yezmer l hal adarew » « c'est un homme et sa femme ils sont dans la chambre il lui demande si elle est malade sa femme me semble malade sont mari est triste a chaque fois quelle reste dans le lit il lui dit Quesque ta il a mit ses mais sur elle peut être elle est enceinte ».

Planche 14- jeu de ball « aqçiç-agi d baba-s tturaren lballon taqçiç-agi tetbaniyid tez3ef axatar tettef lhenk-is yezmer lhal tevgha atturar yidsen fayen itez3ef aqçiç-agi yetmuquled deg-sen » « ce garçon et son père joue aux ballons cette fille me semble triste car elle a mit ses mains sur ses joue peut être elle veut joué avec eux c'est pour ce la qu'il est triste ce garçon les regardent ».

-Planche 15-jeu « llan tlata warraç d weltmat-sen yiwen suffel ocanapé yeqar taktabt sin-agi waraç tturaren weltmatsen tbed garas-en tebgha atzer dacu ituraren tagi tefreh tagi iqimen focanapé tehzen yezmer lhal ur tessin ara atturar heqrent » « il ya trois garçon et leur sœur et l'autre sur le canapé lit un livre leur sœur est debout entre eux elle veut voir ce qu'il joue elle est heureuse celle sur le canapé est triste peut être elle ne sait pas jouer il l'ignore ».

Planche 16-clefs « argaz d mis hedren f tonobil aqçiç-agi yebgha tisura n tonobile ma3na baba-s agi ur yevriw ara astyefkatan yetnal açebuv-is nekke tnalegh açebuv-iw mara heznegh yezmer lhal yebgha ad yegh yiwet tagdit double v » « un homme et son fils ils parlent des clés de la voiture mais son père voulait pas les donné il est entrains de touché ses cheveux moi je touche mes cheveux quant je suis triste peut être il veut acheté une nouvelle double v ».

Planche 17-maquillage « snath n teqçiçin zdaxel n la douche tagi d yemma-s tetmaquillé yell-is agi tettalayitid teqar-as daçu itxedmed teqar-as tmaquilir tetraju nnobas tevra ad tili toujours telsa bien tetmaquillé bien » « deux fille dans la douche celle la c'est sa mère elle se maquille sa fille la regarde elle lui dit ce que tu fait elle dit je me maquille peut être elle veut se maquillé elle attends son tours elle voulait quelle soit toujours bien abillés et bien maquillé ».

-Planche 18-excursion « tagi tafamilt zdaxel n tonobil yella urgaz tamettu-is d waraw-is tamettut-agi tetbaniyid tez3ef fergaz-is win yes3an taquesquette yeqim tranquille ssin-agi tturaren » « c'est une famille dans la voiture il ya un homme et sa femme et ses enfants cette femme me semble énervé contre son mari celui avec la casquette est tranquille les deux autre jouent ».

-Planche 19-bureau « wagi dargaz d yell-is zdaxel n lbureau baba-s agi yez3ef yezmer l hal tetelbas lekwaghed netta yenn-as ur stufagh ara » « un homme et sa fille dans un bureau son père me semble énervé elle lui demande peut être de lui faire des papiers il lui dit que je suis occupé ».

-Planche 20-miroir « twaligh aqçiç yettalay deg lemri ixedem top model yettadessa » « je vois un garçon se voit dans un miroir il fait du top model il sourie ».

-Planche 21-etreinte «twaligh argaz tamettut d sin waraç tamettut-agi tetwedi3it akken ad iruh gher lxedma araç-agi trajun baba-tsen akken atiwede3 » « je vois un homme une femme et deux garçon sa femme lui dit eurevoirs pour allé aux travaux les garçons attends leurs tours pour lui dire eurevoirs ».

4- 4 -Feuille de cotation de quatrième cas :

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

Nom : _____ Date : _____
 Age _____ Position dans la famille _____
 (ex. père, fille, grand-mère)

Feuille de cotation

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

Index Général de Dysfonctionnement

4-5-l'analyse des huit (VIII) questions du quatrième cas

La feuille de cotation complétée présente des notes obtenus par Nabila sous toutes les catégories de cotations et on va analyser ses réponses selon les directives données se forme de huit (VIII) questions, on l'analyse suivante :

- ◆ Le protocole est-il suffisamment long pour permettre l'élaboration d'hypothèses de travail valides ?

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

- ◆ Y a-t-il présence de conflit ?

L'index générale de dysfonctionnement de ce protocole est élevé (32) et l'existence de conflit familiale est fréquent à (n=10), ce qui suggère la probable existence d'un conflit non résolu à l'intérieur de la famille.

- ◆ Dans quel domaine le conflit apparait-il ?

D'une manière assez intéressante, le protocole d' Afifa fait état d'un faible niveau de conflit conjugal (n=1), d'un niveau élevé de conflit familial (n=10) et d'un niveau faible de conflit extra familial (n=1).ces observation suggèrent l'existence d'un conflit familiale non résolu.

- ◆ Quel est le mode de fonctionnement caractéristique de cette famille ?

L'analyse des indices de fonctionnement familiale éclaire que la thématique résolution négative ou absence de résolution est à (n=9), comme la présence de la modalité la non-adhésion des limites (n=2) qui na pas d'influence sur le comportement des parents mais qui a engendré une absence de tout coalition entre ces membre, donc absence de toute autorité parentale qui mène aux coalitions de tout ces membres.

- ◆ Quelles pourrait être les hypothèses liées à l'apparentes qualité relationnelle au sein de la famille ?

Les indices de la qualité relationnelle familiale suggèrent que colère et hostilité domine se système a (n=8), et que les parents ne sont pas perçu

comme générateur de stress mais comme allié en particulier la mère (n=4), de ce fait prendre en considération au autre agent stressent (n=2).les 7 réponses systémique indique que la famille encourage un fonctionnement ouvert mais qui ne prépare ces membre face aux expériences individuel.

- ◆ Quelles sont les possibles hypothèses relatives aux aspects relationnelles systémiques au sein de la famille ?

L'analyse de ce protocole suggère que la famille de Afifa ne fonctionne pas de manière fusionnel, mais plus tôt ouvert et l'absence de tout coalition peut empêcher tout résolution aux conflits familial qui ne parvienne pas de ces membre mes d'un agent extra familiale.

- ◆ Ya –t-il des indices d'inadaptation majeur ?

Ce protocole contient deux réponses faisant allusion à la maltraitance et la négligence, qui fait souligner l'utilité d'une investigation plus profonde.

- ◆ Existe-t-il, dans ce protocole, des thématiques qui contribuent à la formation d'hypothèses clinique utiles ?

L'analyse des notes obtenus au FAT indique que la dynamique familial n'est pas organiser par les parents de Afifa, en remarque négligence et abondance, ce qui a donner lieu à un système ouvert dans le quelle les membres ne sont pas en coalition qui engendrera par la suite l'incapacité des parents à résoudre tout type de conflits.

4-6- présentation des résultats de BDI-II de quatrième cas**4-6-1- tableau N° 4, résultat N° 4 :**

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	0	Je ne me sens pas triste.
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas particulièrement découragé face à mon avenir.
03	Echec dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être punie.
07	Sentiment négatif envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.

09	Pensées ou désirs de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	J e pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
17	Irritabilité	0	je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé.

19	Difficulté à se concentrer	0	je parviens à me concentré toujours aussi bien qu'avant.
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
Score		0	
Degré de dépression		Minimum	

L'échelle de dépression de Beck concernant notre patient , montre une absence de dépression et de toute manifestation dépressif, dans tout les items suivant N⁰(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) , elle répond par le degré N⁰(0) « je ne me sens pas triste », « je ne suis pas particulièrement découragée face à mon avenir », « je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée », « j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant », « je ne me sens pas particulièrement coupable », « je n'ai pas le sentiment d'être punie », « mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé », « je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude », « je ne pense pas du tout à me suicider », « je ne pleure pas plus qu'avant », « Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude », « Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités », « Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant », « Je pense être quelqu'un de valable », « J'ai toujours autant d'énergie qu'avant », « Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé », « je ne suis pas plus irritable que d'habitude », « Mon appétit n'a pas changé », « je parviens à me concentré toujours aussi bien qu'avant », « Je ne suis pas plus

fatiguée que d'habitude », « Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe ».

4-7-Synthèse de quatrième (4) cas

Suite aux résultats obtenus de l'entretien clinique, de test de Fat, ainsi que l'échelle de Beck, on déduit que Afifa ne présente aucun symptôme dépressif, mais elle manifeste des sentiments de joie, de bonheur et de satisfactions concernant son vécu dans le centre et ses relations avec sa famille qu'on confie de très bonne. Face aux analyses de l'entretien et de l'échelle se qui n'ai pas adapté avec les résultats de test de FAT dans la quelle, il présente une famille dysfonctionnelle très élevée caractériser par résolutions négative de conflit voir absence de résolutions, absence de coalitions familial, non-adhésion des limites se qui engendre une absence d'autorité parentale.

5-discussion générale des résultats

L'analyse du contenu de l'entretien avec les quatre cas, nous a permis de dégager quelques constatations leur vécu psychologique étant handicapé moteur, leurs réactions dépressives ainsi que la dynamique familiale dans laquelle ils vivent.

En a donc compris que nos sujets ne présentent pas de difficulté à s'accepter comme handicapés, ils confirment leur adaptation à leur situation qui présente comme une incapacité physique à se déplacer, à travailler.

Ils indiquent ainsi un sentiment de tristesse, colère et haine qui est lié aux relations qu'ils entretiennent avec leur famille, particulièrement leur mépris, incompréhension, répression, et abus et aussi l'absence d'entente entre ces membres, à l'exception de cas de « Afifa », qui décrit un sentiment de satisfaction et de bonheur et parle de très bonnes relations avec sa famille, elle parle de père attentionné et d'une mère qui s'occupe d'elle et surtout de bonne d'échange communicationnelle avec ses frères et sœurs et parle d'indifférence entre elle et ses frères et sœurs.

Concernant les résultats obtenus de l'échelle de Beck en trouvant les cas de « Rachida », qui est atteinte d'une dépression sévère, qui se décrit par des sentiments de tristesse, d'agitation, de pensées suicidaires, de troubles de sommeil et d'appétit tous ces signes qui sont adéquats avec les mauvaises relations qu'elle décrit avec sa famille lors de son entretien, mais ce qui concerne les cas de « Nabila, Hilal », leur degré de dépression est entre léger et minimum ce qui est adéquat à leur discours lors des entretiens dans lesquels ils décrivent une tristesse, des sentiments négatifs de soi et une faible estime de soi qui est liée aux limites imposées par les parents et de leur domination de leur vie personnelle, contrairement aux cas « Afifa », avec une absence de dépression ce qui est adéquat avec l'entretien où elle décrit une bonne relation avec l'ensemble de sa famille y compris ses frères et sœurs.

A propos des resultat obtenu du test de FAT, on constaté que l'ensemble des cas décrive une famille plus aux moins dysfonctionnelle de (20 à 41) , dans le quelle on trouve des famille en conflits familiale et défficultés à résoudre d'une manière positive se dernier , voir absence de résolutions, des limits imposer par des parents qui sont adhérer par les membres de la famille se qui engendre des angoisse, des répressions, et des sentiment de colere et de dépression envers cette famille qui ce rapport logiquement a l'analyse de l'entrtien et au résultat obtenu de l'échelle de Beck.

A l'exception de cas de « Afifa » ou elle décrit lors de son entretien ces bon relation avec tout son entourage et ce qui montre l'echelle de Beck avec une absence de dépression à (0), mais qui contredit les résultat du dysfonctionnement familiale qui est élevé à « 32 », de se fait en peut intepréter ceux désaccord entre les echelles et les entretien comme etant soit Afifa présente un conflit intrapersonnel quelle projet sur sa famille ce quand trouve dans l'echelle de FAT ou que Afifa déni la réalité d'existence d'un conflits famiale et d'un dysfonctionnement à l'intérieure de cette famille qui reste sans résolution dans ce cas elle décrirais une famille équilibré en harmonie , une sorte d'ambivalence entre ce quelle vie et de ce qu'elle souhaite avoir.

Pour conclure on pourrait dire que les trois cas « Rachida, Nabila, Hilal » , souffre d'une dépression qui est lié non à leur situation d'handicape, mais cette réaction émotionnelle est déclencher par un système familiale déséquilibrés et dysfonctionnelle, a l'inverse de « Afifa »qui ne presente pas de dépression lors avec l'échelle de Beck et dans l'entretien , mais en constate dessentiments de colere et d'hostilité quelle projéte dans le test de FAT liés aux dysfonctionnement de sa famille.

6-Discusion des hypothèses :

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultatsobtenus dans la partie pratique.

La première hypothèse

Les handicapés moteurs souffrent de symptome dépressif.

Effectivement nos trois premiers cas on confirmé notre hypothèse, ils souffrent de dépression à degrés différents à l'inverse de dernier cas qui represente aucun signe dépressif, on les résumant comme suite :

Les cas qui ont présentés une dépression minimum à sévères sont : Nabila, Hilal, Rachida ;

- Après avoir analysé notre entretien avec Nabila on deduit qu'elle souffre de tristesse, de manque de confiance, un faible estime de soi, movaise image de soi et de son corps, perte d'intérêt pour toute relations conjugale.le score obtenu dans l'échelle de Beck est de 06.
- On constate que le cas Hilal souffre de plusiuers symptome de dépression, il souffre de tristesse, sentiment d'echec dans la vie, sentiment négatif envers soi-même, défficulté a se concentrélors une agitation, perte d'intérêt pour le sexe.le résultat obtenu est de 13.
- On deduit du cas de Rachida qu'elle souffre de symptome dépressif sévère, tristesse, sentiment de pessimisme et sentiment négative envers soi-même, divalorisation, perte d'énergie, trouble d'appétit et du sommeil, fatigue et perte d'intérêt pour le sexe.le score obtenu de l'échelle de Beck est de 35.

Le cas qui a présenté aucune signe dépressif : Afifa qui refléte sont comportement : une personne optimiste, joyeuse, elle parle d'un enhousiasme

par rapporte à son avenir, et de ses relations exterieur que en confirme de bonne et de sa facillité a s'adapté aux milieux exterieure qui selon elle son handicap ne la déferencier en aucun cas des autres personnes.

On peut déduire que la dépression touche les handicaps moteur mais qui se différent d'un individue à l'autre ce qui dépend évidemment de la capacité de la personne handicapé à accepté son corps et de se faire accepté par sa famille et le monde exterieur.

La deuxième hypothèse

Les handicaps moteurs perçoivent que leur système familial est caractérisé par les conflits, les résolutions négatives et la fermeture aux systèmes sur les relations.

Inconstestablement nos cas perçoivent que leur système familiale est dysfonctionnel qui se manifeste d'une manière différente d'un cas à un autres, les cas comme suite :

- A travers l'analyse de l'entretien et le protocole de FAT, on constate que la famille de Rachida présente un degré du dysfonctionnement élèver à 41 qui ce caratérise par des conflits non résolut , absence totale des limites parentales avec un fonctionnement parentale très immature , et absence de toute coalitions entre ces membres ce qui a permet aux grands frères de prendre le role de « leader » , ce cas qui est approprier aux étude faite (Boszormenyi- Nagy) qui parle de concepte de « parentification » qui est un role de responsable attribuer à un enfant , qui devient dysfonctionnel et pathogène lorsque le processus est caché , non reconnu par les autres membres et quand se role est écrasants.

La famille de Rachida est carctérisé par des frantières insuffisantes et même inconsistances, qui ne démarque pas suffisamment leur territoire du milieu envirenement, les membres de cette famille ont donc des

échanges fréquents et facile avec l'environnement, mais des échanges très appauvris entre eux.

- Ce qui concerne le cas de Nabila, on constate que le dysfonctionnement du système sa famille est modérément élevé à 26 qui se caractérise par des résolutions négatives ou absence de résolution, et une circularité dysfonctionnel qui reflète l'incapacité de cette famille à résoudre leur conflits familiale d'une manière définitive et positive, un système ouvert avec des limites et des frontières établit par les parents. En se basant sur l'entretien de Nabila on constate aussi la marginalité de la part de sa mère en vers sa fille, ce type de dysfonctionnement que (Vogel et Bell, 1961 ; Ackman, 1964 ; Watzwick et coll, 1970) qui désigne comme « bouc émissaire », dans le quelle on attribue le rôle de « fautive » qui donne lieu à d'autres rôles aux autres membres comme « persécuteur, victime, réparateur ».
- Dans le cas de Hilal on trouve un niveau de dysfonctionnement à 20 , caractérisé par une absence de résolutions de conflit , la qualité relationnelle entre ces membres est dominé par la colère et l'hostilité , des frontières rigides, absence de coalition entre ces membres , d'après l'analyse de l'entretien on constate que ces les parents de Hilal qui organise la dynamique familiale , et le sentiment de colère de Hilal qui est lié aux refus des parents de Hilal à son autonomie , liés des difficultés de processus d'individuation au sein de cette famille fusionnel.
- pour le dernier cas qui présente Afifa, on note un niveau du dysfonctionnement élevé à 32, ce niveau éclaire l'absence des résolutions des conflits , la non-adhésion des membres face aux limites posés par les parents et absence de coalitions avec ses membres, ce qui concerne la qualité relationnelle dominé par colère et hostilité qui n'a pas été engendré par les membres de la famille puisque elle sont perçus comme des alliés , ce qui laisse doute sur un autre agent stressé à l'extérieur de

sa famille, dans le protocole de FAT Afifa fait référence à l'abondance et négligence qui sont dû à la « démission parentale » dans la quelle (Giovannoni, 2008, Dekeuwer et autres 2003), souligne que la démission parentale peut prendre l'aspect d'une absence physique du domicile familial, ou se résumer au désintérêt témoigné par le parent vis - a -vis de l'éducation et de la scolarité de son enfant - elle peut être partielle, sous forme de négligence qui consiste à moins bien accomplir ses devoirs envers ses enfants, ou totale. Dans un deuxième cas, il s'agit de carrence qui consiste non pas dans la mauvaise exécution des obligations parentales, mais dans l'absence d'exécution de celle-ci, c'est-à-dire le manquement même des parents a leurs obligations.

Conclusion générale

Conclusion :

La souffrance prend des visages et des fonctions différents, la dépression est parmi les expériences humaines les plus difficiles et les douloureuses à vivre, l'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse, le pessimisme imprègne l'ensemble de la mentale du déprimé, elle entraîne une vision négative de soi, sentiment de dévalorisation et d'autodépréciation.

Le handicapé n'ai pas seulement face é cette dépression, sa souffrance prend une autre dimension qui l'influence, c'est celle de sa famille dysfonctionnel, qui est un facteur révélateurs d'une souffrance psychologique.

Dans le cadre de notre recherche intitulé sur le système familiale et la dépression chez les handicapés moteurs, nous avons tenté de démontrer que les handicapés moteurs souffre de dépression et que le dysfonctionnement familiale à impact sur l'apparition d'une dépression.

Afin d'aboutir au objectifs de notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons suivi la méthode clinique qui nous a permis le recueil de signes qui permettent de définir, de comprendre, la situation du sujet, de sa souffrance, de sessymptômes, en utilisons des tests, des échelles, a partir de ça nous avons utilisé l'entretien clinique, l'échelle de Beck et le test de FAT qui nous en permis de confirmer et d'infirmer certains cas dans la premier hypothèse et de confirmer la deuxièmes hypothèses.

Cette étude nous permis de l'importance du système familiale chez les handicapés moteurs, qui est un facteur qui développe ou diminue leur souffrance et leur détresse.

Nos hypothèses à propos de la dépression et du système familial sont réfutable, mais les résultats de n'importe quelle recherche scientifique est relative car notre population ne présente la population mère

Conclusion générale

Cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'approfondir sur les handicapés, nous avons pensé à quelque question qui peut être recherché dans des études ultérieures qui sont :

- La réalisation sexuelle est-elle envahissante et source d'angoisse et d'inquiétude pour les handicapés ?
- Est-ce que les personnes handicapées sont capable de séduire ou d'être séduit si on ne correspond pas aux modèles idéaux que notre société privilégie en matière d'esthétique corporelle ?

La liste Bibliographie

Les ouvrages :

1. Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown (1998) **inventaire de dépression de Beck**, les éditions du centre de psychologie appliqué, Paris.
2. Aktouf. Omar(1987) **méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations –une introduction à la démarche classique et une critique**, édition les presses université de Québec.
3. Albernhe Karine et Thierry (2004) **thérapie familiale systémique**, 2édition Masson, Paris.
4. Angers. M (1997) **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Dunod, Paris.
5. Besançon. Guy (2005) **manuel de psychopathologie**, édition, Dunod, Paris.
6. Benyahia.Youcef (1996) **déficience motrices et handicaps**, édition Association des Paralyse de France.
7. Blanchet, Alain et Gotman, Anne (2007) **l'enquête - l'enquête et ses méthode-**, 2 édition, Armand Colin.
8. Beaudet. L, de Montigny. F 1997 **Lorsque la vie éclate**, 1^{re} édition, Seli Arslan.
9. Doucet. Carol, Abdelhauser. Alain et al (2011) **le psychologue en service de médecine –les mots du corps**, 2^e édition, Elsevier Masson.
10. EY. Henry, Bernard. P et Brisset.CH (1989) **manuel de psychiatrie**, 6ème éditions, Masson, Paris.

La liste Bibliographique

11. Gerrig. Richard et Zimbardo. Philip (2008) **psychologie**, 18^e édition, Pearson Education France.
12. Gillig. Jean-Marie (1999) **intégrer l'enfant handicapé à l'école** », 2^e éditions, dunod, Paris.
13. Giroux. Sylvain et tremblay. Ginette (2009) **méthodologie des sciences humaines** ,3 éditions, édition de renouveau pédagogique Inc., Québec.
14. Guidette. Michèle et Tourrette. Catherine (2002) **handicaps et développement psychologique de l'enfant**, 2^e édition, Armand colin.
15. Juignet. Patrick (2001) **manuel de psychopathologie psychanalytique – enfant adulte**, éditions presse universitaire de Grenoble.
16. Kapsambelis.Vassilis (2012) **manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte**, 1^e édition presse universitaires de France.
17. Lemperrière. Thérèse (2000) **dépression et suicide**, édition, Acanthe , Masson, Smithkline Beeckam, Paris.
18. Lenoir. René(1989) **Les exclus : un français sur dix** ,4^{ème} édition, seuil, Paris.
19. Lévy-soussan. Pierre (2001-2002) **psychiatrie**, édition Esternet Med-line.
20. Liberman Romain(2011) **handicape et maladie mentale**, 8^{ème} édition, presse universitaires de Frances.
21. Manciaux Michèle-Terrenoire Gwen(2004) **Les personnes handicapées mentales –éthique et droit**, édition Fleurus, Paris.
22. Mareau. Charlotte et Vanek Dreyfus. Adeline (2005) **l'indispensable de la psychologie**, édition Studyrame.

La liste Bibliographique

23. pedinielli. Jean louis et Bernoussi. Amal (2005) **les états dépressifs**, édition Armand colin.

24. Pewzner. Évelyne(2003) **introduction à la psychopathologie de l'adulte**, 2^é édition, Armand colin.

25. Salem. Gérard (2005) **l'approche thérapeutique de la famille** », 4^é éditions, Masson.

26. Wright. John, Lussier. Yvan et Sabourin. Stéphan(2008) **manuel clinique des psychothérapies de couple**, édition presse de l'université de Québec.

Dictionnaires :

1. Henriette. B et coll (2011) **Le grand dictionnaire de psychologie**, Larousse.

2. Bloch. H et coll(2002) **Dictionnaire fondamentale de la psychologie**, édition Larousse, Paris.

Rapports :

1-Rapport de INSERM(2004) **institut nationale de la santé et de recherche médicale**, expertise collective.

Site internet :

1. site : www.psycom.org.

Guide d'entretien (français)**Axe – N⁰-1- Renseignement personnelle.**

Prénom

Age

Niveau scolaire

Situation matrimoniale

Axe-N⁰-2-Le vécu psychologique du sujet dans le centre.

Depuis quand vous êtes dans le centres ?

Est-ce que c'est vous qui a choisir de s'intégrer dans le centre ? Si c'est non, c'est qui alors ?

Qui vous a accompagné aux centres ?

Comment vous avez réagit la première fois quand vous êtes intégrer dans le centre ?

Y a-t-il des activités aux centres ?si, c'est oui, exercer vous ces activités ?

Parler nous de votre sentiment lorsque vous êtes dans le centre ?

Axe –N⁰-3-La dynamique relationnelle entre le sujet et sa famille.

Vivez-vous avec vos parents ?

Parler moi de vos parents ?

Est-ce que vos parents disputent ? Comment ?

Comment vos parents règlent leur dispute ?

Comment voyer vous votre relations avec vos parents ?

Avez-vous des frères et sœurs ?

Comment elle est votre relation avec vos frères et sœurs ?

Axe –N⁰-4- Informations concernant la dépression.

Est ce que vous vous sentez triste ?comment ?

Pouvez-vous me décrire votre tristesse ?

Est-ce que vous sentez la fatigue souvent ?

Avez-vous remarqué un retrait dans vos activités quotidiennes ?

Est-ce que vous arrivez à dormir ?

Est-ce que vous préférez souvent d'être seul ?

Axe –N⁰ - 5- Information concernant l'handicap moteur.

Depuis quand vous êtes dans cette situation d'handicap ?

Qu'est-ce qui est la cause de votre handicap ?

Avez-vous remarqué que votre handicap vous empêche d'exercer une activité quelconque ?

Axe-6- Information concernant l'avenir.

Comment voyez-vous votre avenir ?

Guide d'entretien (Kabyle)**Ixef – wiss-1- umlan udmawan**

Isem

La3marth

Aswir agherviz

Addad n twaçult

Ixef-wiss-2-tameddurth taslimamt n usentel daxel lcentre.

Melmi i thellid deg lcentre-agi ?

D keçç i gavran ad keçmed lcentr-agi ? ma yella xati, menhu ihi ?

Menhu id issedun yidek?

Amek i thellid ass amenzu id keçmed gher lcentre-agi ?

Lan yermaden deg lcentre ? ma yalla ih, anithi?

3adrard amek ithussud amara thellidi deg lcentre-agi ?

Ixef–wiss-3-asaghan nusentel gar-as d twaçult-is

Tas3içid di mawlan-ik ?

Hadriyid xef imawlan-ik?

Tsnarenn imawlan-ik? amek?

Amek iferrun imenri-nsen ?

Amek-it usaghan-ik di mawlan-ik ?

Tes3id ayaethma-k d yessathma-k ?

A mek-it usaghan-ik d wayethma-k d yessathma-k ?

Ixef –wiss-4- umlan i3nan isselvi.

Tesshussud imani-k thezned ? amek?

Thzemrad ayid wasfed lahzen-agi ?

T3agud atas ?

Theswalid thneqsed deg uxxedim ?

Thaganedh ?

Themled ad seqimid iman-ik ?

Ixef–wiss- 5- umlan ye3nan a3awiq.

Melmi i thellid di 3awiq ?

Daçu i dessaba n nu3awiqi-k ?

A3awiq-agui ur kyigi-ara ad xedmed ?

Ixef- wiss-6- umlan n yimal.

Amek I thesswalid imal-ik ?

Les planches du FAT :

