

Univerzita Karlova v Praze  
Filozofická fakulta  
Katedra Psychologie

---

# **HANDICAP VE SVĚTLE RESILIENCE**

Rigorózní práce

---

Vypracovala :                      Mgr. Petra Ibllová  
Vedoucí rigorózní práce :      PhDr. Jaroslav Šturma  
Rok :                                      2006

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Praze, dne 23. srpna 2006

*Petra Čiháková*

Mé poděkování patří prof. Matějčkovi za prvotní nápad a odvahu pracovat na novém tématu a v cizím jazyce. Také za jeho laskavost a sílu, které mi během našich setkání předával.

Dále bych ráda poděkovala především PhDr. Šturmovi za odbornou i lidskou podporu a cenné rady po celou dobu doslova převratného vzniku této práce. Věřil, že naše práce má přes všechny těžkosti šanci vzniknout a svou vírou mě posiloval. Děkuji mu také za všechny kontakty, bez kterých by jen těžko vznikal náš výzkum.

Děkuji paní Frantálové z redakce novin Můžeš a dále všem, kteří našli odvahu k osobnímu svědectví zcela neznámé dívce.

Velký dík patří UK a Erasmu za možnost a prostředky strávit šest měsíců na univerzitě ve Francii. Odborné vědomosti a zkušenosti, stejně tak jako lidské zážitky si uchovám po celý život.

---

Nemenší poděkování patří především vedoucí Katedry psychologie PhDr. Gillernové za umožnění psát rigorózní práci ve francouzském jazyce. V této souvislosti chci poděkovat PhDr. Niederlovém PhD. a PhDr. Šturmovi za laskavou ochotu přečíst a ohodnotit mou práci v cizím jazyce, a to i přes vysokou pracovní vytíženost.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým rodičům, za jejich trpělivou a chápavou podporu, kterou mě doprovázeli nejen po dobu tvorby této rigorózní práce.

UNIVERSITÉ CHARLES À PRAGUE  
FACULTÉ DES LETTRES  
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

---

HANDICAP  
DANS LA LUMIÈRE  
DE LA  
RÉSILIENCE

MÉMOIRE RIGOUREUX  
DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

---

AUTEUR : MGR. PETRA IBLOVÁ  
DIRECTEUR : PHDR. JAROSLAV ŠTURMA  
AOUT 2006

**Motto :**

---

*« Ni acier, ni surhomme,  
Le résilient ne peut pas échapper à l'oxymoron,  
Dont la perle de l'huître pourrait être l'emblème :  
Quand un grain de sable pénètre dans une huître et l'agresse au point que,  
Pour s'en défendre, elle doit sécréter la nacre arrondie,  
Cette réaction de défense donne un bijou dur, brillant et précieux. »*

*(Cyrulnik, 1999, p. 207)*

---

## **CONTENU :**

<b>TABLE DES FIGURES :</b>	<b>9</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX :</b>	<b>9</b>
<b>I INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II PARTIE THEORIQUE</b>	<b>4</b>
<b>1 L'HISTOIRE DU CONCEPT DE LA RESILIENCE</b>	<b>4</b>
<b>1.1 LA RESILIENCE DANS LA LITTERATURE</b>	<b>4</b>
<b>1.2 LA NAISSANCE DU CONCEPT DE RESILIENCE</b>	<b>5</b>
1.2.1 LES ANTECEDENTS THEORIQUES DE LA RESILIENCE	5
1.2.2 L'EMERGENCE DU CONCEPT DE RESILIENCE AUX ETATS-UNIS	8
1.2.3 L'EMERGENCE DU CONCEPT DE RESILIENCE EN EUROPE FRANCOPHONE	9
1.2.4 LE DEVELOPPEMENT ACTUEL DU CONCEPT DE RESILIENCE	10
<b>2 QU'EST-CE QUE C'EST QUE LA RESILIENCE ?</b>	<b>10</b>
<b>2.1 L'ENIGME DE LA RESILIENCE</b>	<b>10</b>
2.1.1 LA RESILIENCE COMME UNE CAPACITE	11
2.1.2 LA RESILIENCE COMME UN TRAIT DE CARACTERE	11
2.1.3 LA RESILIENCE COMME UN RESULTAT	12
2.1.4 LA RESILIENCE COMME UN PROCESSUS	13
<b>2.2 LES DEFINITIONS DE LA RESILIENCE</b>	<b>14</b>
2.2.1 L'ORIGINE DU TERME « LA RESILIENCE »	14
2.2.2 LA RESILIENCE EN PSYCHOLOGIE	15
2.2.3 LA RESILIENCE COLLECTIVE	18
<b>2.3 LES CARACTERISTIQUES DE LA RESILIENCE</b>	<b>19</b>
2.3.1 LES FONDEMENTS DE LA RESILIENCE	19
2.3.2 LA RESILIENCE N'EST PAS ABSOLUE	20
2.3.3 LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	21
2.3.4 LES TUTEURS DE RESILIENCE	24
2.3.5 LA RESILIENCE EST-ELLE UNIVERSELLE ?	26
2.3.6 LES CRITERES DE RESILIENCE	26
2.3.7 QUEL EST LE PROFIL D'UNE PERSONNE RESILIENTE ?	28
2.3.8 EST-IL POSSIBLE DE PROMOUVOIR LA RESILIENCE ?	30
<b>2.4 QUELQUES CONCEPTIONS PROCHES</b>	<b>32</b>
2.4.1 L'ADAPTATION	33
2.4.2 L'ATTACHEMENT	33
2.4.3 LA BIENTRAITANCE	35
2.4.4 LA CAPACITATION, L'HABILITATION ET L'EMPOWERMENT	36
2.4.5 LE COPING	36
2.4.6 L'AUTO-EFFICACITE (SELF-EFFICACY)	37
2.4.7 L'ESTIME DE SOI	39
2.4.8 LA FORCE (ANGL. STRENGTHS)	39
2.4.9 LA HARDINESS	40
2.4.10 LE LIEU DE CONTROLE	41

2.4.11 L'OPTIMISME	42
2.4.12 LE SENTIMENT DE COHERENCE	43
<b>2.5 CONCEPTIONS OPPOSEES A LA RESILIENCE</b>	<b>44</b>
2.5.1 LA VULNERABILITE	44
2.5.2 L'INCAPACITE ACQUISE	45

---

<b>3 LES QUATRE CONCEPTS PRINCIPAUX</b>	<b>47</b>
---	-----------

<b>3.1 LE RECHERCHE DE E. WERNER ET R. SMITH</b>	<b>47</b>
3.1.1 LE CONTEXTE HISTORIQUE DE LA RECHERCHE	48
3.1.2 LES CARACTERISTIQUES DE L'ENSEMBLE RESILIENT	49
3.1.3 LES RESULTATS DE LA RECHERCHE DANS LE CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT	50
3.1.4 LES RESULTATS DE LA RECHERCHE : REGARD PSYCHOSOCIAL	51
3.1.5 LES SUJETS RESILIENS A 31/32 ANS	52
3.1.6 LES DIFFERENCES DANS LA VULNERABILITE DES HOMMES ET DES FEMMES	54
<b>3.2 LE CONCEPT DE LA RESILIENCE D'APRES S.J. WOLIN ET S. WOLIN</b>	<b>56</b>
3.2.1 DEFINITION DE LA RESILIENCE D'APRES LES WOLIN	56
3.2.2 LES DEUX MODELES D'APPROCHE ENVERS LA PROBLEMATIQUE	58
3.2.3 LA MANDALA DE LA RESILIENCE	59
3.2.4 LA PRISE DE CONSCIENCE	61
3.2.5 L'INDEPENDANCE	62
3.2.6 LE DEVELOPPEMENT DES RELATIONS	63
3.2.7 L'INITIATIVE	65
3.2.8 LA CREATIVITE ET L'HUMOUR	66
3.2.9 L'ETHIQUE	68
3.2.10 LA CONCLUSION	69
<b>3.3 LA CONCEPTION DE LA RESILIENCE D'APRES S. VANISTENDAEL</b>	<b>70</b>
3.3.1 LA DÉFINITION ET QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONSTRUCTION DE LA RÉSILIENCE	70
3.3.2 LA « CASITA » OU LA « MAISONNETTE »	71
3.3.3 LE PLAN DE LA « CASITA »	72
3.3.4 LE SOL	72
3.3.5 LE SOUS-SOL OU LE FONDEMENT	73
3.3.6 LE REZ-DE-CHAUSSEE	74
3.3.7 LE PREMIER ETAGE	76
3.3.8 LE GRENIER	78
<b>3.4 LA RECHERCHE DE Z. MATĚJČEK</b>	<b>79</b>
3.4.1 LE CONTEXTE HISTORIQUE DE LA CARENCE AFFECTIVE	79
3.4.2 LA DEFINITION DE LA CARENCE AFFECTIVE	81
3.4.3 LES FACTEURS DE PROTECTION	82
3.4.4 L'ETUDE : « LA PROTECTION DE LA SANTE PSYCHIQUE DES PERSONNES AYANT ETE CONFRONTEES A UN RISQUE PSYCHOSOCIAL VERIFIABLE » (2001)	83
3.4.5 LA CONCLUSION	85

---

<b>4 CRISE</b>	<b>86</b>
----------------	-----------

<b>4.1 DEFINITION</b>	<b>86</b>
<b>4.2 TERMES SIMILAIRES</b>	<b>87</b>
4.2.1 CONFLIT	88
4.2.2 FRUSTRATION	88
4.2.3 STRESS	89
4.2.4 DEPRESSION	89
4.2.5 TRAUMA	89
<b>4.3 CLASSIFICATION DES CRISES</b>	<b>90</b>

4.3.1 CLASSIFICATION GENERALE	90
4.3.2 CLASSIFICATION DE BALDWIN	91
4.3.3 CLASSIFICATION DE HOLMES ET RAHE	92
4.3.4 ACCIDENT COMME UNE CRISE TRAUMATIQUE	93
<b>4.4 DEROULEMENT D'UNE CRISE</b>	<b>93</b>
4.4.1 LES STADES D'ADAPTATION D'APRES ELISABETH KÜBLER-ROSS	94
4.4.2 LES STADES D'ADAPTATION DE LA FAMILLE ET DES PROCHES AU HANDICAP	95
4.4.3 LES DETERMINANTS DE DEROULEMENT D'UNE CRISE	96
<b>4.5 CONCILIATION AVEC UNE SITUATION FRUSTRANTE</b>	<b>97</b>
4.5.1 MECANISMES DE DEFENSE	97
4.5.2 LES MECANISMES D'AJUSTEMENT	101
<b>4.6 COMPLEXE D'INFERIORITE</b>	<b>102</b>
4.6.1 COMPLEXE DE SUPERIORITE	104
<b><u>5 HANDICAP</u></b>	<b><u>106</u></b>
<b>5.1 DEFINITION</b>	<b>106</b>
<b>5.2 LA FREQUENCE DU HANDICAP</b>	<b>107</b>
<b>5.3 TYPES DU HANDICAP</b>	<b>108</b>
5.3.1 LES HANDICAPS MENTAUX ET PSYCHOAFFECTIFS	108
5.3.2 LES HANDICAPS MOTEURS	109
5.3.3 LES HANDICAPS SENSORIELS	111
<b>5.4 LES BARRIERES</b>	<b>112</b>
<b>5.5 LE CHANGEMENT DE REGIME A-T-IL APPORTE AUSSI UN CHANGEMENT POUR LES HANDICAPES ?</b>	<b>113</b>
<b>5.6 LA PSYCHOLOGIE DU HANDICAP</b>	<b>115</b>
5.6.1 LES DETERMINANTS SUBJECTIFS ET OBJECTIFS DE LA VIE AVEC UN HANDICAP	116
5.6.2 VALEUR DE LA MOTRICITE DANS DIFFERENTES PERIODES DU DEVELOPPEMENT DE L'HOMME	119
5.6.3 LES NIVEAUX D'INTEGRATION SOCIALE DES INDIVIDUS HANDICAPES	124
<b><u>6 LA CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE</u></b>	<b><u>129</u></b>
<b><u>III LA RECHERCHE</u></b>	<b><u>130</u></b>
<b><u>7 LES POINTS DE DEPART, LES DEVOIRS ET LES BUTS DE LA RECHERCHE</u></b>	<b><u>130</u></b>
<b><u>8 LE CHOIX DES SUJETS</u></b>	<b><u>131</u></b>
<b>8.1 CRITERES DE CHOIX :</b>	<b>132</b>
<b>8.2 LE PROCEDE DE CHOIX</b>	<b>133</b>
<b>8.3 LA COMPOSITION DE NOTRE ENSEMBLE</b>	<b>135</b>
<b><u>9 LA DESCRIPTION DES ETAPES ET DES METHODES UTILISEES DANS LA RECHERCHE</u></b>	<b><u>140</u></b>
<b>9.1 LES ETAPES DE LA RECHERCHE</b>	<b>140</b>
<b>9.2 LES METHODES UTILISEES</b>	<b>141</b>
9.2.1 LE QUESTIONNAIRE PVS	142
9.2.2 LE FORMULAIRE R7	142
9.2.3 L'INTERVIEW SEMI-STRUCTUREE	144

<b>10 LES DIFFICULTES METHODOLOGIQUES DE NOTRE RECHERCHE</b>	<b>145</b>
<b>11 LES RESULTATS</b>	<b>147</b>
11.1 LES RESULTATS DE R7	147
11.2 L'INTERPRETATION DE R7	149
11.3 LA CONCLUSION	153
11.4 L'ANALYSE DE L'ENTRETIEN ORAL	156
11.5 L'INTERPRETATION DE L'ENTRETIEN ORAL	166
<b>12 LA COMPARAISON AVEC LES RESULTATS DE PROFESSEUR MATĚJČEK</b>	<b>172</b>
<b>13 LES ETUDES DE CAS</b>	<b>174</b>
13.1 ZBYNEK ŠVEHLA	174
13.2 JANA HRDÁ	178
13.3 JAN NOUZA ALIAS EZOP	182
<b>IV LA CULTURE ET L'ART COMME FACTEURS DE RESILIENCE</b>	<b>186</b>
<b>V LA DISCUSSION</b>	<b>192</b>
<b>VI LA CONCLUSION</b>	<b>198</b>
<b>VII LA LITTERATURE</b>	<b>201</b>
<b>VIII LES ANNEXES</b>	<b>206</b>
ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE PVS	206
ANNEXE 2 : LE FORMULAIRE R7	207
ANNEXE 3 : L'INTERVIEW	212
ANNEXE 4 : LES ENTRETIENS ORAUX	215

**Table des figures :**

<i>Figure 1: Mandala des résiliences de S.J. &amp; S. Wolin</i> .....	60
<i>Figure 2: La Casita de S. Vanistendael</i> .....	73

**Table des tableaux :**

<i>Tableau 1 : Les caractéristiques générales de l'ensemble</i> .....	136
<i>Tableau 2 : Les scores dans le Formulaire R7 (les sportifs sont en lignes foncées)</i> .....	148
<i>Tableau 3 : Les scores totales de R7 en ordre décroissant (les sportifs sont en lignes foncées)</i> .....	149
<i>Tableau 4 : Les résultats finals de R7</i> .....	150
<i>Tableau 5 : Les scores de « D »</i> .....	154
<i>Tableau 6 : Les scores de « Bobeš »</i> .....	155
<i>Tableau 7 : Les scores de Zbyněk Švehla</i> .....	177
<i>Tableau 8 : Les scores de Jana Hrdá</i> .....	181

*Tableau 9 : Les scores de Jan Nouza ..... 185*

---

---

# I INTRODUCTION

La résilience est une problématique très actuelle et discutée en France dans les derniers sept ans. Le monde anglophone la connaît un peu plus longtemps. En République Tchèque, la résilience reste un thème assez auxiliaire puisque des sources sont très limitées à cause de la barrière de langue. En 1998, Professeur Matějček a introduit ce concept dans la psychologie par un court article dans une revue scientifique de psychologie. Mais il n'a pas suffisamment pointé sur l'originalité et l'importance du concept de la résilience et c'est pourquoi personne n'a cherché plus loin.

Ma rencontre personnelle avec la résilience s'est passée en février 2003 à l'occasion de la parution du livre de Boris Cyrulnik « Le Murmure des Fantômes ». En ce moment, j'ai été à l'Université Paul Valéry en tant qu'étudiante « Erasmus » pour un semestre. Professeur Cyrulnik a présenté cette œuvre sur la résilience au cours d'une conférence à Montpellier. Ses paroles, ainsi que la pensée positive que la résilience permet dans le cas des enfants maltraités ou ayant subi des traumatismes, m'ont absolument charmée. En revenant du séjour Erasmus, j'ai consacré tous mes travaux et mes stages aux études de résilience dans différentes tranches d'âge de la population (enfant, adulte, personne âgée) et dans différentes situations difficiles (maladie physique et maladie psychique). Pour cela, j'ai orienté mes stages en choisissant des patients avec une maladie physique, ayant subi un AVC (Centre de Réadaptation et Rééducation Fonctionnelle au Grau du Roi) et puis vers des patients psychiatriques, des schizophrènes, des paranoïaques et des psychotiques maniaco-dépressifs (Centre Hospitalier Universitaire de la Colombière à Montpellier). A Prague, j'ai étudié la résilience des adolescents drogués à l'hôpital St. Charles. Suite au conseil de Docteur Šturma ~~et après avoir trouvé un article sur la résilience de Professeur Matějček dans « Psychologie »,~~ je l'ai également contacté pour mieux connaître sa recherche mentionnée dans l'article. Professeur Matějček m'a montré les résultats d'une de ses dernières recherches « La protection de la santé psychique des personnes ayant été confrontées à un risque psychosocial vérifiable » (2001) et a prononcé le vœu de faire une recherche comparative à la sienne dans le cadre de la recherche pour mon mémoire rigoureux avec les sujets handicapés physiques. Grâce à sa gentillesse, j'avais à ma disposition toutes les œuvres sur la résilience dont il disposait, ainsi que ses articles inédits.

Malheureusement, avant que nous ne puissions passer au recueil des données, Professeur Matějček est soudainement décédé en octobre 2004. Puisqu'il était l'auteur de tous les questionnaires utilisés dans sa recherche « La protection de la santé psychique des personnes ayant été confrontées à un risque psychosocial vérifiable », après sa mort, personne d'autre ne pouvait m'expliquer en détail leur utilisation. Ces questionnaires n'ont ni de normes ni d'instructions, professeur Matějček et Professeur Dytrych ont été les seuls à les utiliser. Je devais trouver alors d'autres outils psychologiques pour ma recherche et la modifier. Voilà comment un mémoire rigoureux sur la résilience peut examiner la résilience de son auteur !

Mon mémoire rigoureux a alors connu de différents changements et modifications de forme et de contenu. Dans sa forme finale, il est constitué de trois parties : la première partie représente les bases théoriques du concept de résilience et elle forme un cadre théorique pour la deuxième partie : la recherche. Le but de cette recherche est de proposer un point de vue le plus complexe possible sur la résilience des sujets handicapés, en particulier la compréhension des aspects psychologiques leur situation et activités actuelles et montrer les signes de l'adaptation à leur handicap. Ces deux premières parties ont constitué mon mémoire Master. La troisième partie représente l'article que j'ai écrit lors mon année à l'Université Lumière Lyon II (année scolaire 2005-2006).

Dans la partie théorique, je m'intéresse tout d'abord à l'origine de la résilience aux Etats-Unis et à son arrivée en Europe. Puis, j'apporte une multitude des définitions et des concepts semblables à la résilience pour bien mettre en évidence leurs points communs mais aussi leurs différences. Dans le troisième chapitre, je compare des systèmes théoriques de la résilience les plus connus et de différents pays du monde (Etats-Unis, France, République tchèque). Cette comparaison devrait éclairer de différents points de vue possibles sur la résilience, qui peuvent être donnés par la culture et la tradition psychologique. Les deux derniers chapitres sont dédiés et donc très fortement liés à ma recherche. Je présente les différents modèles de la crise et les possibilités d'adaptation ou de conciliation à une crise. Finalement, je justifie d'avoir classifié l'événement de l'accident ou d'une maladie en tant qu'une crise, je définis le handicap et je m'intéresse plus en détail à la psychologie du handicap moteur. A l'aide des témoignages recueillis, je décris la vie avant et après la révolution de velours en 1989 qui a eu lieu en ancienne Tchécoslovaquie pour pouvoir examiner les témoignages des sujets dans ma recherche.

La deuxième partie de mon mémoire rigoureux constitue un plan classique de la recherche. Après avoir décrit les buts de ma recherche, je justifie le choix des sujets et des méthodes en les décrivant. Puisqu'il s'agit d'une recherche majoritairement qualitative, je passe à la description des résultats, et à leur interprétation. Dans la discussion, je réfléchis sur des restrictions de cette recherche ainsi que sur l'impact possible de diverses influences. La conclusion permet de résumer les résultats et de proposer d'autres chemins pour poursuivre la recherche dans ce domaine.

Ce mémoire rigoureux est ainsi issu de mon mémoire Master, soutenu en mai 2005 avec la mention excellente à l'Université Charles, en département de la Psychologie. En décembre 2005, ce mémoire a obtenu un prix d'honneur de la part de la Fondation de Professeur Matějček. Le mémoire rigoureux ci-présent a été élargi par le chapitre IV « La Culture et l'Art comme facteurs de Résilience ». Ce chapitre représente des observations et ressentiments issues de notre recherche sur les personnes handicapées et il est basé sur notre article publié dans la revue française *Reliance*. La position des personnes handicapées en France est bien différente de celle des personnes handicapées en République tchèque. Lors de cet essai, je classe la culture et l'art parmi les facteurs de résilience et je réfléchis sur l'influence du régime communiste sur ce domaine.

Le mémoire rigoureux est écrit en français avec la gentille autorisation de PhDr. Gillernová, comme il en était également mon mémoire de Master en vue d'une candidature pour les études doctorales en France. Je désirerais également que mon travail devienne une union entre mes études Master à l'Université Charles et la suite de mes études et qu'il représente ainsi l'Université Charles de Prague en France.

---

## **II PARTIE THEORIQUE**

---

### **1 L'HISTOIRE DU CONCEPT DE LA RESILIENCE**

#### **1.1 La résilience dans la littérature**

Michel Manciaux (2003, p. 6) dit que la résilience est une réalité incontournable de vie, omniprésente dans la Bible, dans les contes et légendes de toutes les cultures. La littérature de résilience est consubstantielle à l'histoire humaine. Angelo Gianfrancesco (in Manciaux et al, 2001, p. 21- 32) montre l'abondance des références à la résilience dans la littérature. Et encore, la liste pourra être plus longue puisque cet auteur ne se centre que sur le sujet classique de l'enfant blessé ! Imaginons le nombre de livres sur les guerres, les femmes qui ont perdu leurs époux, les personnes qui ont dû quitter leur pays, etc.... L'auteur analyse la situation initiale, le développement et le dénouement de l'histoire. Il mentionne également des fonctions psychologiques et sociologiques de ces contes. Par contre, la littérature scientifique sur la résilience est toute récente. L'objectif de ce chapitre est de présenter un historique pour expliquer comment le concept de résilience a vu le jour. A. Theis (in Manciaux, 2001, p. 33) a essayé de faire une revue de la littérature scientifique de la résilience, et nous aurons souvent recours à elle dans ce chapitre, mais elle témoigne que cela n'est pas une chose facile puisque les récits à ce sujet sont très nombreux et que la plupart sont rédigés en langue anglaise. Les sources dont nous disposons à ce sujet proviennent uniquement des auteurs francophones, ce qui est dommage puisque le concept de résilience est né en Amérique. Les Français et les Américains ont des relations plutôt réservées, ce dont témoigne aussi M. Manciaux (2003, p. 7) qui cite Serge Lebovici à propos du manque de la notion de résilience dans un traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de 1995 : « *C'est une invention des américains. En France, nous préférons parler de ressources.* »

---

## **1.2 La naissance du concept de résilience**

Il existe une multitude d'opinions sur l'émergence du concept de la résilience. Anaut (2003, p. 37), grâce à une revue de la littérature situe la naissance de ce concept au début des années 1980.

Manciaux (2003, p. 7) affirme que le promoteur et aussi un des pionniers de la résilience a été J. Bowlby<sup>1</sup> (1907-1990), médecin et psychiatre britannique qui la définissait comme « le ressort d'une personne qui ne se laisse pas abattre ».

Et la troisième opinion, celle des psychanalystes, proclame que déjà S. Freud avait posé les bases épistémologiques de cette approche, notamment en parlant du concept de sublimation. (Anaut, 2003, p. 37)

### **1.2.1 Les antécédents théoriques de la résilience**

L'histoire de la psychologie témoigne de nombreux efforts qui tentaient d'expliquer la résistance de certains sujets face aux coups de la vie. Au 19<sup>ème</sup> siècle, le volontarisme a accentué la force de la volonté humaine en tant que caractéristique décisive pour résister au stress. La thèse principale supposait que le sujet disposant d'une forte volonté est capable de résoudre tout et de résister à tout. Plus tard, des recherches ont montré que la volonté ne fait pas tout, il faut aussi compter avec l'émotivité.

En même temps, S. Freud a postulé la force de l'ego comme caractéristique principale assurant la résistance de l'individu à l'aide de mécanismes de défense<sup>2</sup>.

La théorie d'E. H. Erikson est considérée comme basique dans la psychologie du développement. Il affirme que les fondements d'un bon développement sont constitués surtout par la confiance basique<sup>3</sup>. (Thomas, Michel, 1997)

Les recherches sur les facteurs biologiques de risque et les événements de vie stressants ont parcouru plusieurs étapes de leur développement. Tout d'abord, dans les années cinquante du vingtième siècle, l'accent a été mis sur des signes négatifs du développement à partir d'un facteur de risque déterminé. Ce modèle pourra être appelé « Modèle à l'influence dominante<sup>4</sup> ». Les psychologues du développement et les pédopsychiatres supposaient que la

<sup>1</sup> Cf. son œuvre : Continuité et discontinuité : vulnérabilité et résilience, a été traduit en français en 1992.

<sup>2</sup> Nous discutons cette problématique dans le chapitre 3.

<sup>3</sup> En anglais « basic trust ».

<sup>4</sup> En anglais « main effect model ».

constitution de l'enfant et son environnement influencent le développement d'une façon indépendante. Les études concernaient donc soit les facteurs biologiques de risque, soit la carence ou la frustration environnementales. Mais les résultats n'avaient pas de grands apports et finalement, à partir de la deuxième moitié des années soixante, un nouveau modèle « d'interaction » est né, (Langmeier, Matějček, 1968).

Même le modèle d'interaction a été supprimé dans les années soixante-dix, car trop statique, par le modèle « de transaction ». Ce modèle a ses racines dans la théorie de J. Piaget (Thomas, Michel, 1997) et dans une théorie de système. Le développement de l'enfant n'a plus été perçu comme une réaction à son environnement. L'enfant a été reconnu actif, essayant de transformer et d'organiser son monde en fonction de ses capacités. L'idée était effectivement que la transaction entre l'environnement soignant et les caractéristiques constitutionnelles de l'enfant déterminait la qualité du résultat. Voilà comment s'est passé le changement des théories sur le sujet de la motivation. A l'origine, elles considéraient l'homme comme passif, gardant l'équilibre en utilisant un minimum d'énergie et en agissant d'après ses instincts uniquement pour satisfaire ses besoins primaires. Dans les nouvelles théories, l'homme est considéré comme un être actif. Des recherches suivantes ont démontré que l'homme agit même si toutes ses besoins sont satisfaits et que donc son comportement ne peut pas être expliqué par ses instincts. L'homme entre en interaction avec le monde extérieur (cette activité peut être nommée la curiosité) et ceci même si cette activité ne mène pas directement vers la satisfaction d'un besoin. (Werner, Smith, 1989)

### **1.2.1.1 Le concept de vulnérabilité**

Dans les années 1970, E. J. Anthony s'est centré sur le risque. Avec d'autres chercheurs, il observait des enfants à risque avant l'apparition de différentes pathologies, avec le but de « découvrir de quelle façon et à quel degré leur vie est façonnée par les risques affrontés, les vulnérabilité et immunités qu'ils apportent dans ces situations et les défenses, compétences et capacités à faire face qu'ils se sont forgées pour survivre psychologiquement », (Theis, in Manciaux et al, 2001, p. 33-34). Il a constaté que les individus sont inégaux devant le risque : ils sont plus ou moins vulnérables. Il a apporté la métaphore des trois poupées. (Anaut, 2003, p. 13) Nous revenons sur la vulnérabilité ultérieurement.

Parmi d'autres apports d'Anthony il y a la psychopathologie et la psychiatrie développementales. J. Rutter (1985) et lui ont critiqué l'application des catégories

diagnostiques des adultes aux enfants. Ils ont attiré l'attention sur le fait que les troubles psychiques de l'âge adulte ont souvent des bases dès l'âge infantile. Ils ont affirmé également que le développement des troubles n'est pas constant et que certains troubles et donc certaines diagnoses sont spécifiques d'après l'âge et d'après le sexe. Ainsi, ils ont introduit la question de la continuité et discontinuité de développement du comportement. (Capron, 2003) L'essentiel n'est pas dans la distinction de la pathologie. Les deux chercheurs ont analysé quelques facteurs de protection qui baissent le niveau du comportement délinquant chez les jeunes. Même Werner et Smith (1989) se sont laissées tenter et ont nommé un de leur œuvres principales « Vulnérable but invincible ».

Cette approche centrée sur le risque et sur le négatif peut expliquer le fait que la résilience ait échappé pendant si longtemps aux spécialistes de l'enfance. Ceci est essentiellement dû à une illusion d'optique. Une personne en difficulté (dépression, délinquance, etc.) est plus « visible » qu'une personne normale. Dès lors, nous sommes amenés à nous interroger sur son passé, nous découvrons, par exemple, qu'elle a vécu dans une famille violente. Mais en procédant ainsi, nous passons à côté de tous ceux qui, ayant également vécu dans un contexte difficile, s'en sortent finalement bien. Les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes, tous ceux qui rencontrent quotidiennement des personnes en difficulté, sont particulièrement soumis à une illusion d'optique. Les enfants vraiment résilients fréquentent en effet rarement les services d'aide et restent « socialement invisibles ». L'attention des psychologues et des travailleurs sociaux s'est donc longtemps concentrée sur les personnes qui n'arrivaient pas à s'en sortir dans la vie. Dès les premières lignes de leur ouvrage consacré au bien-être, Fritz Strack, de l'Institut de Psychologie Max-Planck à Munich, et ses collègues, font ainsi remarquer que les psychologues ont beaucoup plus étudié l'origine des soucis et de la tristesse que les facteurs favorisant le bien-être. (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 19, 20)

Poletti et Dobbs (2001, p. 13) partagent l'avis de Vanistendael et Lecomte expliquant pourquoi on a si peu parlé des êtres résilients jusqu'aux années 80. « Il y a plusieurs raisons possibles, par exemple que ces enfants, ces personnes n'ont pas été « pris en charge » par les services sociaux, les systèmes de santé ou de justice. Ils ont vécu leur vie de manière indépendante et souvent positive, ils ont manifesté de la créativité, de l'intelligence, de la persévérance et de la compassion. »

### **1.2.1.2 Le concept d'invulnérabilité**

La phase suivante est caractérisée par une forte opposition à la période précédente et elle introduit le concept d'invulnérabilité. (Koupernik, Anthony, in Cyrulnik et al, 2003, p. 47) Celui-ci vient de l'observation que certains enfants n'ont pas développés de troubles prédits. Bien qu'Anthony (Theis, in Manciaux, 2001, p. 35) ait essayé de classifier des individus sur le continuum vulnérabilité-invulnérabilité, en distinguant quatre catégories de personnes, Rutter (1985) a critiqué la fixité du concept qui ne tient pas compte de différences inter individuelles. La référence aux enfants invincibles n'a pas non plus permis aux chercheurs de découvrir ce qui rend les gens capables d'échapper aux adversités. Le modèle de l'in/vulnérabilité a finalement été abandonné. (Theis, in Manciaux, 2001, p. 35)

Les chercheurs se sont alors penchés sur les compétences des individus « à haut risque », sur leurs capacités à faire face, sur leurs stratégies d'ajustement, et un nouveau modèle est né, celui de la résilience et des facteurs de protection. (Theis, in Manciaux, 2001, p. 35)

Le terme de la résilience n'a pas été adopté tout de suite, les auteurs ont été prudents. Même Rutter (*Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, 1985, in Hanus, 2002, p. 23) parle tout d'abord de la résistance et vers la fin de son article, il explique les fondements de la résilience et affirme que la résistance serait l'effet du processus de résilience.

### **1.2.2 L'émergence du concept de résilience aux Etats-Unis**

Depuis plus de 20 ans, les psychologues américains emploient ce terme pour décrire un ensemble de qualités qui favorise un processus d'adaptation créative et de transformation, en dépit des risques et de l'adversité. Aujourd'hui, en Europe francophone, le terme de résilience est utilisé par les spécialistes des sciences sociales, (Poletti, Dobbs, 2001, p. 9).

Les premiers travaux en appui sur la résilience viennent des pays anglo-saxons et nord-américains, (Anaut, 2003 ; Theis, in Manciaux, 2001).

Parmi les chercheurs anglo-saxons, nous pouvons citer Werner<sup>5</sup> (1982 ; 1992), Rutter (1983 ; 1992), Garmezy (1983 ; 1996), Fonagy (1994 ; 2001), Haggerty, Sherrod et al. (1996).

---

<sup>5</sup> La citation des auteurs et de leurs œuvres vient de Anaut (2003, p. 37) ce qui explique des différences sur les dates de parutions des livres dans son texte et dans ma liste de référence, qui proviennent de différentes éditions.

Contrairement aux difficultés de savoir exactement où le concept de résilience est apparu, les auteurs s'accordent sans problème sur la primauté de Werner et Smith (1989) dans la recherche sur la résilience, avec leur recherche longitudinale menée auprès des enfants de Kauaï. En plus des travaux de Werner, d'autres recherches se sont développées sur les réponses adaptatives face au stress cumulé. Même dans la recherche, nous pouvons remarquer une évolution importante du modèle théorique, ainsi que de son champ d'application. ce modèle s'est considérablement développé et semble avoir également affermi ses contours théoriques.

Dans la psychologie développementale et la psychopathologie, c'étaient Garmezy et Rutter qui ont posé les bases théoriques et les principes méthodologiques des recherches dans ce domaine (notamment à partir de leur ouvrage : *Stress Coping and Development in Children*, 1983), (Anaut, 2003, p. 37).

### **1.2.3 L'émergence du concept de résilience en Europe francophone**

L'émergence en France de la résilience s'est faite plusieurs années après les premiers auteurs américains (Werner et Smith, 1989, Rutter, 1985) aient publié leurs recherches. Parmi les chercheurs francophones pionniers, nous pouvons nommer Cyrulnik (1999 ; 2001), Guedeney (1998), Manciaux (1999 ; 2001) ou Lemay (1999) au Québec, (Anaut, 2003, p. 37). Le chemin des chercheurs francophones n'a pas été facile. S. Tomkiewicz s'en souvient : « Le concept de la résilience est né au début des années quatre-vingts, complètement dominées par le concept inverse, celui de la vulnérabilité. Sa dictature était si puissante que, lorsque dans notre traité rédigé avec Michel Manciaux, Serge Lebovici et deux amis suisse et belge, nous avons consacré un long chapitre à la vulnérabilité, nous n'avons à notre grande honte même pas mentionné le terme de résilience, et ceci quatre ans après qu'Emmy Werner eut porté ce concept sur les fonts baptismaux. (...) Le concept a connu un triomphe quasi foudroyant outre-Atlantique et, dès les années quatre-vingt, les publications se sont multipliées. Dans les années quatre-vingt-dix, il est arrivé dans les pays francophones où le succès a été également considérable. On peut mesurer ce succès par le nombre des publications, des séminaires et des colloques consacrés au sujet, » (Tomkiewicz, in Cyrulnik et al, 2003, p. 46, 50).

Il est dommage que nous ne sachions pas par qui et quand ce concept a émergé en France. Theis (in Manciaux, 2001, p. 36) affirme que c'était Manciaux qui, le premier, a posé la

question suivante : « Sommes-nous en face d'un effet de mode, d'un mythe, d'une construction théorique ou d'une réalité ? » A-t-il trouvé une réponse à sa question ? Nous l'ignorons. Mais nous savons une chose : le concept de résilience continue à gagner le monde et à répandre son message lumineux aux psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, assistants sociaux, éducateurs.

### **1.2.4 Le développement actuel du concept de résilience**

Le concept de résilience a trouvé assez rapidement des adeptes dans le champ social, comportemental et cognitif, et en psychiatrie ; plus tardivement en psychologie clinique et en psychopathologie adulte. Le domaine de la sociologie, celui de la psychologie sociale et de la compréhension des comportements (dont l'éthologie) se sont emparés de ce concept pour des applications théoriques et pratiques, notamment dans le champ éducatif et social et dans le secteur de l'inadaptation. (Anaut, 2003, p. 39)

## **2 QU'EST-CE QUE C'EST QUE LA RESILIENCE ?**

### **2.1 L'énigme de la résilience**

Définir la résilience représente un grand problème pour tous les chercheurs. Les effets et le fonctionnement de la résilience sont facilement imaginables et démontrables, tandis qu'imaginer ce que c'est que la résilience, voici une grande difficulté. Est-ce une capacité ? Est-ce acquis ou bien inné ? J. Lecomte (2002, p. 8) affirme qu'il n'y a pas de consensus parmi les spécialistes pour affirmer que la résilience est un trait, un résultat ou un processus. Tous les spécialistes s'accordent cependant pour considérer que ce terme recouvre deux aspects : d'une part, un traumatisme ou une situation difficile prolongée, d'autre part un fonctionnement non pathologique. (Lecomte, 2002, p. 7)

Le désaccord entre les spécialistes commence par l'affirmation, si la résilience est un trait, un résultat ou un processus. Il existe des définitions soutenant toutes les trois théories. Nous allons nous occuper de plus près de ces trois théories avec le but de justifier ces trois

affirmations. Nous ne tendons pas à décider la quelle est la « juste » mais à dire laquelle des théories nous avons choisi pour notre recherche.

### **2.1.1 La résilience comme une capacité**

Vanistendael et Lecomte (2000) ne doutent pas que la résilience est avant tout une capacité. Plus précisément, c'est une « possibilité de réussite dans l'exécution d'une tâche ». (Anaut, 2003, p. 43) D'après le professeur Anaut, il existe un accord entre des chercheurs au sujet de la construction de la résilience. Celle-ci se construit dans l'interaction sujet - environnement. Le sujet développerait ainsi sa capacité de résilience dans sa rencontre avec l'environnement. (Anaut, 2003, p. 43) De nombreux témoignages confirment qu'un point de changement dans le développement d'un individu est venu effectivement après une rencontre avec une personne importante pour le sujet. (p. ex. Cyrulnik, 1999 ; Cyrulnik, 2003 ; Vanistendael, Lecomte, 2000) Nous sommes d'accord avec cette théorie, il n'empêche que nous croyons que certaines bases de cette capacité doivent être innées. Sinon, comment pourrait-on expliquer que certaines personnes sont désignées comme résilientes et certaines non ? Anaut (2003, p. 44) affirme que nous pouvons « également concevoir que c'est au contraire la capacité de la résilience singulière de l'individu qui lui permet de percevoir et d'agir sur son environnement de manière significative. Ainsi, la résilience permettrait à l'individu qui la possède de construire un fonctionnement spécifique dans la rencontre avec son environnement. Dans cette optique, la capacité de résilience déterminerait la manière dont le sujet appréhende et saisit son monde (interne et externe) et cela s'apparente à la mise en place d'un processus. Le résultat de ce processus (la résilience) viendrait de la mise en présence des facultés internes et des potentiels externes comprenant les liens intersubjectifs et le contexte social culturel. » Pour illustrer cette opinion, nous citons une belle métaphore de Boris Cyrulnik (1999, p. 43) : « La résilience est un tricot qui noue une laine développementale avec une laine affective et sociale. »

### **2.1.2 La résilience comme un trait de caractère**

Les Block (1980, in Lecomte, 2002, p. 9) parlent de la résilience de l'ego<sup>6</sup>. Ils la définissent comme : « la capacité d'adaptation aux circonstances variables et aux contingences environnementales, l'analyse du niveau de correspondance entre les exigences situationnelles

<sup>6</sup> Ego-resiliency en anglais.

et les possibilités comportementales, et l'utilisation souple du répertoire disponible de stratégies de résolution de problèmes ».

La résilience du soi est un concept qui désigne une caractéristique personnelle de l'individu, dont voici quelques descripteurs : « chaleureux, apte aux relations intimes ; capable de percevoir le cœur de problèmes importants, valorise l'indépendance et l'autonomie personnelles ». (Lecomte, 2002, p. 9)

Les auteurs qui comprennent la résilience principalement comme un trait de caractère sont : E. Werner, R. Smith, Luthar, Masten, Rutter, etc. (Lighezzolo, De Tychey, 2004, p. 31)

Il y a une difficulté avec ce concept, c'est qu'il est possible de distinguer facilement « les individus résilients » des « pas résilients », ce qui mènera vers une classification fautive. C'est pourquoi Luthar, Cicchetti et Becker (2000, in Lecomte, 2002, p. 9) ont établi une différence entre la résilience de l'ego comme une caractéristique de personnalité et la résilience comme un processus dynamique développemental.

Nous pouvons conclure que la résilience de l'ego constitue l'un des éléments contribuant à la résilience, mais ceci en interaction avec d'autres, aussi essentiel, voire plus, tels que l'affection de parents ou de proches, le soutien social ou la chance. (Lecomte, 2002, p. 9)

Le devoir n'est pas donc de rechercher un trait de personnalité appelé résilience mais d'étudier un ensemble de caractéristiques stables de la personnalité susceptibles de participer à la résilience. (Anaut, 2003, p. 46)

Plus tard (chap.3.2), nous allons présenter le concept de la résilience des Wolin (1993), qui ont retenu sept « résiliences primaires » ou sept caractéristiques qui favorisent la résilience de l'individu qui les possède.

### **2.1.3 La résilience comme un résultat**

~~Pour confirmer la présence de la résilience comme résultat d'un fonctionnement, il faut avoir un ensemble de critères qui permettent d'identifier un fonctionnement dit résilient. Nous retrouvons donc toujours le problème de définition de ce qu'est « un comportement résilient ». Masten (2001, in Anaut, 2003 ; Lecomte, 2002) affirme : « La résilience se réfère à une classe de phénomènes caractérisés par de bons résultats en dépit de menaces sérieuses pour l'adaptation ou le développement. »~~

Lecomte (2002, p. 9) rappelle que tous ceux, qui veulent faire ou qui ont déjà fait une recherche sur la résilience, ont du passer par cette notion du résultat. Mais on retrouve le

problème d'opérationnalisation de la résilience et le problème d'avoir désigné quelqu'un comme résilient dès qu'il a atteint tel ou tel résultat.

#### **2.1.4 La résilience comme un processus**

« Dans la littérature scientifique, l'abord de la résilience en tant que processus dynamique (adaptatif) se réfère le plus souvent à une approche liée aux paradigmes de la psychologie développementale (éventuellement à la psychologie clinique développementale) et en liaison avec les domaines de la psychologie de la santé. (Anaut, 2003, p. 47) Dans cette perspective, le processus résilient ne serait jamais acquis définitivement, mais serait modulable en fonction de l'évolution du sujet au cours de son développement. Il pourra varier tout au long de la vie de l'individu, comme l'explique le concept anglo-saxon de « life span ». (Anaut, 2003, p. 47 ; Lecomte, 2002, p. 9)

Anaut (2003, p. 47) en rajoute à ces théories une autre, celle de la résilience comme « processus non pérenne », pour soutenir le caractère instable de la résilience. Lecomte (2002, p. 9) mentionne de même cette caractéristique de la résilience, mais l'inclut dans l'ensemble du processus. Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik (2001, in Lecomte, 2002 ; Anaut, 2003) précise que dans l'optique du développement tout au long de la vie : « la résilience n'est jamais absolue, totale, acquise une fois pour toutes (...), est variable selon les circonstances, la nature des traumatismes, les contextes et les étapes de la vie ; elle peut s'exprimer de façons très variées selon les différentes cultures. » Ce trait de la résilience devient de plus en plus important et remarqué par des spécialistes. Citons encore quelques remarques sur ce caractère instable de la résilience :

« La résilience n'est jamais absolue mais fluctue inévitablement au cours du temps. » (Lighezzolo & De Tychev, 2004, p. 65)

~~« Une personne peut être plus ou moins résiliente selon les phases de son existence et selon les circonstances. Rien n'est jamais perdu d'avance, mais rien n'est jamais définitivement gagné non plus. Nous ne sommes pas impuissants face aux difficultés de la vie, mais nous ne pouvons pas tout maîtriser non plus. » (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 185)~~

« On peut être résilient dans une situation et pas dans une autre, blessé un moment et victorieux un autre. » (Cyrulnik, 1999, p. 206)

Lecomte (2002, p. 9) propose une opinion sur ces différentes théories sur la résilience en disant, que ces théories paraissent plutôt complémentaires que divergentes.

*Dans notre étude, nous avons voulu intégrer tous ces points de vue sur la résilience. Ainsi, nous avons d'abord utilisé le concept des Wolin, qui perçoit la résilience comme une somme de traits de caractère. Puis, nous avons postulé que les personnes ayant participé à notre recherche sont résilientes puisqu'elles ont atteint un score dans le test PVS et à cause de leurs autres faits et activités. En ce moment, nous avons travaillé avec la résilience en tant que résultat. Et au cours de notre interview, en nous intéressant aux différentes étapes de vie des sujets en lien avec la résilience (p.ex. Question A3 : Avez-vous eu au moins une personne chez la quelle vous avez pu venir vous cacher, demander de l'aide et qui vous a toujours encouragé ?), nous travaillons avec la résilience comme avec un processus.*

## **2.2 Les définitions de la résilience**

La résilience relève d'une approche multidimensionnelle, non univoque, et, par les différentes approches qu'elle suscite, elle reste encore largement confrontée à une variété de définitions au sujet desquelles un consensus ne paraît pas encore d'actualité : divergences tenant à des positionnements théoriques différents, impliquant des facteurs multiples qui resteraient à préciser dans une optique intégrative, différences résultant également de la diversité des options méthodologiques choisies pour en étudier opérationnellement les modalités... (Lighezzolo, De Tychev, 2004, p. 31)

### **2.2.1 L'origine du terme « la résilience »**

Ce terme vient de la physique, en métallurgie la résilience désigne une qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité, et qui se manifeste par leur capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue.

Ce terme est utilisé en informatique, surtout en anglais 'system resiliency' et désigne la qualité du système qui lui permet de continuer à fonctionner correctement en dépit de défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs. Le terme est utilisé aussi en économie, en écologie et en mécanique. ([www.agora.com](http://www.agora.com))

Lighezzolo et De Tychev (2004, p. 23) s'intéressent également à l'étymologie de ce mot. Le mot « résilience » vient du mot latin « salire » qui veut dire sauter, bondir. Le préfixe « re » exprime une répétition, « encore une fois ». Le mot « resilio » conduit à l'idée de sauter en arrière, se rétracter, revenir en sautant, rebondir, rejaillir.

Par cette explication, l'idée d'une simple résistance au choc du matériel s'est transformée en un acte dynamique, associant souplesse et adaptation. (Lighezzolo, De Tychey, 2004, p. 23)

### 2.2.2 La résilience en psychologie

Manciaux (2000), ainsi que Lighezzolo et De Tychey (2004, p. 23) affirment que le verbe « résilier » signifie se reprendre, rebondir, aller en avant après une maladie, un traumatisme, un stress. Manciaux (2000, p. 81) continue : « C'est surmonter les épreuves et les crises de l'existence, c'est-à-dire y résister, puis les dépasser pour continuer à vivre le mieux possible. »

Nous avons vu qu'il existe plusieurs théories sur l'origine de la résilience. Selon ces différentes théories, les définitions de la résilience diffèrent également. Nous allons présenter les chercheurs les plus connus et leurs définitions<sup>7</sup>.

**Anaut, M.** (2003, p. 7) : « *La résilience peut se définir comme la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme.* »

**Cyrulnik, B.** (1999, p. 205) : « *La résilience, c'est plus que résister, c'est aussi apprendre à vivre.* »

**Cyrulnik, B.** (2003, p. 19) : « *On ne peut parler de résilience que s'il y a eu un traumatisme suivi de la reprise d'un type de développement, une déchirure raccommodée.* »

**Fortin, L. & Bigras, M.** (2000, p. 56) : « *Les enfants résilients sont ceux qui réussissent à bien s'adapter malgré les événements stressants et les conditions adverses de l'environnement.* »

**Goodyer, I. M.** (1995, in Manciaux, 2000, p. 82) : « *On admet généralement qu'il y a résilience quand un enfant montre des réponses modérées et acceptables lorsqu'il est soumis, de la part de son environnement, à des stimuli connus comme nocifs.* »

<sup>7</sup> Pour faciliter l'orientation dans la liste des auteurs, nous avons mélangé les définitions américaines, anglaises et européennes ; et nous présentons les auteurs dans un ordre alphabétique. Notre liste n'est pas exhaustive, nous avons choisi les définitions qui sont les plus citées dans d'autres publications.

**Haggerty, R. J., Sherrod, L.R., Garmezy, N., Rutter, M.** : (1996, p. 19) ne définissent pas explicitement la résilience mais ils affirment que la résilience et les facteurs de protection peuvent être conceptualisés de la manière suivante :

- *Un certain niveau de capacité individuelle de surpasser les problèmes. Les facteurs de risque sont définis comme des dérivés des résultats négatifs ou mauvais.*
- *Les compétences d'adaptation malgré la présence d'un stress chronique ou actuel.*
- *La guérison du trauma.*

**Manciaux, M. et Tomkiewicz, S.** (2000, in Gabel M., Jésus F. & Manciaux M., 2000, *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Fleurus, p. 316; [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)) : « *Résilier, c'est se reprendre, rebondir, aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress. C'est surmonter les épreuves et les crises de l'existence, c'est-à-dire résister, puis les dépasser pour continuer à vivre le mieux possible. C'est résilier un contrat avec l'adversité.* »

**Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. & Cyrulnik, B.** (2001, in [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)) : « *La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.* » et : « *La résilience (...) ses deux volets de résistance et de dynamique existentielle ; elle est plus que la résistance elle-même, plus large que l'adaptabilité qui n'en est qu'une composante.* »

**Mansour, S.** (2001, in [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)) : « *Est résilient le sujet qui revient le plus vite à un niveau de bien-être psychologique subjectif sensiblement égal, voire supérieur, à son niveau antérieur, après un événement de vie (ou une étape de vie) négatif.* »

**Masten, A. S.** (1990, p. 427) propose une définition très complexe de la résilience, elle n'oublie aucun de ses aspects : « *La résilience est un processus, une capacité et un résultat d'une bonne adaptation de l'individu, malgré des conditions défavorables ou menaçantes. La résilience se présente en trois étapes :*

- *De bons résultats de développement des enfants « à haut risque ».*
- *Une compétence sauvegardée des enfants en situations stressantes.*
- *La guérison d'un trauma psychique.* »

**Rutter, M.** (1993, in Manciaux, 2000, p. 81) : « *La résilience est un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables.* »

**Vanistendael, S.** (1996, in [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)) : « *La résilience est la capacité d'une personne à affronter les situations difficiles de la vie. (...) La résilience est la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative. (...) Le concept de résilience est plus riche que celui de « surmonter », car formé de deux composantes :*

- *la résistance à la destruction, c'est-à-dire la capacité de l'individu à protéger son intégrité quand il est soumis à de fortes pressions ; et*
- *au-delà de la simple résistance, la capacité à se construire une vie riche en dépit de circonstances difficiles.* »

**Vanistendael S. et Lecomte J.** (2000, p. 19) : « *C'est bien la différence essentielle entre la signification du mot en physique et son sens en psychologie : si la résilience désigne dans les deux cas la capacité de s'opposer aux pressions de l'environnement, elle implique également en psychologie une dynamique positive, une capacité à aller de l'avant. La résilience humaine ne se limite pas à une attitude de résistance, elle permet la construction, voire la reconstruction.* »

Nous avons vu la multitude des définitions de la résilience. Luthar (1993, in Lighezzolo et De Tychey, 2004, p. 86) arrive donc à la conclusion « qu'il n'est pas pertinent de chercher à définir une résilience globale. Il vaut mieux essayer de circonscrire des domaines précis dans lesquels le sujet s'est adapté avec succès (car on ne peut pas être résilient dans tous les domaines...). »

Lecomte J. (2002, p. 10) partage son point de vue sur la pertinence de plusieurs résiliences : « *La résilience n'est pas un concept global uniforme, mais présente de multiples facettes. D'ailleurs, peut-être serait-il plus pertinent de parler de résiliences plutôt que de résilience.* » Nous sommes d'accord que chercher une définition englobante toute la richesse et tout le mystère de la résilience est peut être trop difficile, voir inutile. C'est pourquoi nous avons choisi la mandala de la résilience des Wolin (1993) comme modèle pour notre recherche, elle contient sept 'résiliences de base'. Nous concluons donc avec M. Anaut (2003, p. 98) le chapitre des définitions de la résilience par son affirmation : « A l'heure actuelle, de plus en

plus l'évaluation de la résilience porte sur des « domaines de résilience » associés à la mise en évidence de telle ou telle forme de résilience suivant les critères concernés. Ainsi, par exemple : la résilience sociale sera liée à l'évaluation des compétences sociales adéquates ; la résilience scolaire à la mise en évidence de compétences adaptatives dans le domaine cognitif et scolaire et la résilience émotionnelle sera associée à un certain bien-être psychologique ou à l'absence de perturbations psychologiques et souvent évaluée par l'absence de symptomatologie clinique. »

### **2.2.3 La résilience collective**

La résilience ne concerne pas juste l'individu. Comme nous l'avons vu précédemment, le terme est utilisé aussi en économie et en écologie. Là, il concerne de grands ensembles. De même, en psychologie, le concept de résilience revêt une dimension communautaire, surtout en Amérique latine, et cela de deux façons : on reconnaît d'une part explicitement que la résilience de l'individu se construit au sein de la communauté, qui joue un rôle essentiel de soutien social ; d'autre part, on prend en compte la résilience en tant que processus collectif. (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 181) Dans ce cas, le groupe communautaire est considéré comme un système pouvant présenter certaines caractéristiques du ressort psychologique, dans la mesure où il s'agit de groupes d'individus ayant des liens en commun et interagissant les uns avec les autres. (Anaut, 2003, p. 97)

Ehrensaft E. et Tousignant M. (in Manciaux, 2001, p. 125, 130, 131, 132) expliquent en détails la nécessité de prendre en compte la résilience collective : « La conceptualisation actuelle de la résilience se situe essentiellement à l'intérieur d'une perspective individualiste. (...) Non seulement les valeurs et les attitudes de la culture influencent le degré de résilience, mais le concept de résilience en soi serait déterminé par la culture. Selon Cohler et ses collaborateurs la résilience doit être comprise non seulement comme le produit d'une interaction entre le développement psychologique et l'adversité, mais comme impliquant également la culture de l'individu. (...) Quelques chercheurs soulignent le rôle protecteur de la mémoire rigoureuse collective dans la résilience face aux traumatismes. (...) Kirmayer propose également que le discours d'une culture autour de ses traumatismes collectifs détermine la forme de psychopathologie manifestée ainsi que la capacité à développer de la résilience. (...) Soulignons aussi que la mémoire rigoureuse collective émerge comme un

élément primordial dans le développement du sens et de la résilience face aux traumatismes de génocide et de guerre chez les adolescents réfugiés rwandais. »

M. Anaut (2003, p. 98) a identifié les facteurs répertoriés comme pouvant contribuer à une certaine forme de résilience collective ce sont : « le soutien mutuel, l'anticipation que les membres parviendront à surmonter la crise, un niveau élevé de participation communautaire, ainsi que des caractéristiques comme l'optimisme et le niveau d'empowerment (ou habilitation en tant que sentiment d'être maître de ses choix). (...) L'étude des ressources communautaires rejoint les approches générales de la résilience individuelle dans le cadre de la prise en compte des éléments de soutien social des individus. »

### **2.3 Les caractéristiques de la résilience**

Les définitions de la résilience sont variées et la définissent de différents points de vue. Elles ont également fait allusion aux différentes caractéristiques de la résilience dont nous allons nous occuper maintenant. Une question omniprésente nous résonne dans les oreilles : « Pourquoi y a-t-il ceux, qui sont résilients et ceux qui ne le sont pas ? Comment devient-on résilient ? Peut-on contribuer à la résilience de quelqu'un, l'éveiller ? » Nous allons essayer de répondre à ces questions et de présenter davantage le concept de la résilience dans le texte suivant.

#### **2.3.1 Les fondements de la résilience**

La résilience a deux fondements essentiels (Lecomte, 2004 ; Cyrulnik, 1999) : **le lien et le sens**<sup>8</sup>. Lecomte (2004, p. 66 et 81) l'explique : « Pour toutes sortes de traumatismes (maladie grave, maltraitance, handicap, perte d'un proche, etc.), les deux fondements essentiels de la résilience sont le lien et le sens. Mais lorsque la souffrance concerne un enfant ou un adolescent, il faut rajouter (...) une troisième facette qui est la loi symbolique. (...) L'association du lien et de la loi de la part de l'adulte conduit le jeune à créer du sens. C'est en maintenant de façon équilibrée le lien et la loi qu'un adulte permet à un enfant ou à un adolescent en souffrance de devenir résilient. Plus un jeune a manqué de père, plus il a besoin de repères, dans les deux sens du terme. »

---

<sup>8</sup> Les titres de deux livres célèbres de B. Cyrulnik le confirment : La naissance du sens, 2003 ; et Sous le signe du lien, 1997.

D'autres auteurs nomment d'autres fondements. Cela dépend aussi de la situation. Pour B. Cyrulnik (2001) l'action personnelle est essentielle. « Il faut comprendre et agir pour enclencher un processus de résilience. Quand l'un des deux facteurs manque, la résilience ne se tricote pas et le trouble s'installe. Comprendre sans agir est propice à l'angoisse. Et agir sans comprendre fabrique des délinquants. » (Cyrulnik, 2001, p. 198)

M. Rutter (1985, in Hanus, 2002, p. 23) explique : « La résilience se caractérise par un type d'activité qui met en place dans l'esprit un but et une sorte de stratégie pour réaliser l'objectif choisi, les deux paraissant comporter plusieurs éléments connectés : une estime de soi et une confiance en soi suffisantes, la croyance en son efficacité personnelle et la disposition d'un répertoire de solutions. Elle est très nettement influencée par deux facteurs de protection : des relations affectives sécurisantes et stables et des expériences de succès et de réussites. »

Vanistendael S. et Lecomte J. (2000, p. 189) nomment d'autres fondements de la résilience, mais ceux-ci se trouvent juste à la frontière des fondements de la résilience et des facteurs de protection : « L'acceptation de la personne, la découverte de sens, l'estime de soi ou encore l'humour, se construisent tous au moins en partie de façon non intentionnelle et perdraient de leur valeur si nous voulions totalement les contrôler. »

Hanus (2002, p. 32, 33) nous présente un regard psychanalytique presque choquant sur la résilience. Il affirme que : « Ce n'est pas que pour grandir, franchir les étapes du développement, et souvent vouloir les brûler, que l'enfant se « résilie », c'est pour se venger ! La résilience est le fruit de la colère et de la révolte. (...) Elle (la résilience) est pour lui un travail de restauration narcissique... » Son livre porte le titre « La résilience à quel prix ? » et il ramène le prix aussi dans ce passage : « Si nous reprenons ici l'hypothèse que la résilience a un prix, une face cachée, sombre, de souffrance anesthésiée (...) nous retrouverons derrière la face apparente de la résilience, lumineuse, solaire, réconfortante, une face noire, abyssale, inquiétante ! » Nous allons discuter les désavantages des personnes résilientes ultérieurement.

### **2.3.2 La résilience n'est pas absolue**

Il était dit déjà précédemment qu'une personne résiliente ne l'est pas toujours, cela dépend de la situation et de la période de la vie. (Poletti, Dobbs, 2001, p. 80)

Il ne faut non plus s'imaginer la résilience comme une espèce d'armure contre les difficultés et problèmes. « La résilience n'a rien à voir avec l'invulnérabilité. » (Cyrułnik, 1999, p. 74)

Fortin L. & Bigras M. (2000, p. 56) développent cette idée : « Résilience et invulnérabilité (ou invincibilité) ne sont pas synonymes. (...) Selon Rutter (1985), cette dernière notion est fautive en ce qui concerne au moins trois aspects : premièrement, la résistance aux événements stressants est relative et non absolue ; deuxièmement, les fondements de la résistance sont constitutionnels et environnementaux et troisièmement, la qualité de la résistance n'est pas stable mais varie dans le temps et selon les circonstances. »

Poletti et Dobbs (2001, p. 84) utilisent une métaphore avec la mer pour décrire le fonctionnement de la résilience : « La résilience est comme une marée qui vient et qui s'en va, tous les survivants de temps difficiles sont vulnérables à certains moments et personne ne sort totalement indemne de son passé. »

### **2.3.3 Les facteurs de risque et de protection**

Les facteurs de protection sont souvent cités quand il s'agit du risque. Quand Matějček (1998) parle des facteurs de protection, il les décrit comme des facteurs qui sont capables d'éteindre l'influence des conditions défavorables de l'entourage sur l'individu, ils inhibent la vulnérabilité, donc le résultat d'adaptation de l'individu est meilleur que sans leur présence. Matějček ne mentionne pas la relation entre les facteurs de protection et la résilience.

Les facteurs de risque sont, en psychologie, des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologies ou d'inadaptations. (Anaut, 2003, p. 23)

Cependant, les auteurs mentionnent souvent la relation entre les facteurs de protection et les facteurs de risque. Nous citons Manciaux (2001, p. 17) : « La résilience résulte de l'interaction de facteurs de risques et de facteurs de protection. L'expérience et la recherche montrent que cette distinction est souvent artificielle, ne serait-ce que parce que le même facteur peut constituer un risque ou une protection selon les contextes, la nature et l'intensité du stress, selon les personnes, voire les périodes de la vie du même individu. » Ou encore Anaut (2003, p. 26) : « Les recherches montrent que l'expression des troubles de l'enfant résulte de l'interaction entre les facteurs de risque individuels et environnementaux et les éléments de protection. Ainsi, l'influence des facteurs de risque sur le devenir des sujets est à prendre en compte dans une dimension probabiliste et non déterministe. »

D'habitude, les facteurs de risque et les facteurs de protection sont antagonistes. Rutter (1989, in Werner, Smith, 1992 ; Anaut, 2003) affirme que les effets des facteurs de protections sont catalytiques et favorisent la résilience puisqu'ils peuvent diminuer voir inhiber l'impact des facteurs de risque et/ou les réaction en chaîne négatives qui suivent la situation de danger ou de stress. Mais ils peuvent également améliorer l'estime de soi et l'auto-efficacité et mener ainsi à une recherche active de nouvelles possibilités pour le sujet.

Vanistendael (1999, in Cyrulnik et al, 1999, p. 113) remarque que « les facteurs, considérés comme protecteurs et contribuant à la résilience, peuvent avoir un effet contraire à dose élevée. L'exemple le plus simple est la protection de l'enfant : une bonne protection doit rechercher l'équilibre entre la surprotection d'une part et le manque de protection d'autre part. »

Tandis que la résilience diffère de personne à personne, les facteurs de protection, ainsi que des facteurs de risque sont spécifiques et bien définis.

**Les facteurs de risque** peuvent être regroupés selon trois catégories :

➤ Les facteurs centrés sur l'enfant : la prématurité, la souffrance néo-natale, la jumeauté, la pathologie somatique précoce, les déficits cognitifs, les séparations maternelles précoces ;

➤ Les facteurs liés à la configuration familiale : la séparation parentale, la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la maladie chronique d'un parent (somatique ou psychique), le couple incomplet, la mère adolescente et/ou immature, le décès d'un proche ;

➤ Les facteurs socio-environnementaux : la pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel, le placement de l'enfant. (Anaut, 2003, p. 24)

M. Anaut (2003, p. 24) note également que le plus souvent, c'est la constellation de facteurs de risque qui peut devenir source de risque et non un des risques pris isolément. Une recherche de Garnezy (1991, in Anaut, 2003, p. 24) démontre que le risque de vulnérabilisation s'accroît exponentiellement avec l'accumulation des facteurs de risque.

Tout comme les facteurs de risques, **les facteurs de protection** peuvent être regroupés en trois catégories. Garnezy et Masten (1991, in Anaut, 2003, p. 40) ont identifié les principales variables qui selon les chercheurs favorisent la protection chez les sujets résilients. Voici les trois groupes :

- Les facteurs individuels :
  - tempérament actif, doux, un bon naturel,
  - genre : être une fille avant l'adolescence ou un garçon durant l'adolescence,
  - âge (jeunesse),
  - QI élevé, ou bon niveau d'aptitudes cognitives,
  - Sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi,
  - Compétences sociales,
  - Conscience des relations interpersonnelles (proche de l'intelligence sociale),
  - Sentiments d'empathie,
  - Locus de contrôle interne,
  - Humour,
  - Attrayant pour les autres (charme, charisme).
- Les facteurs de protection familiaux :
  - parents chaleureux et soutien parental,
  - bonnes relations parents-enfants,
  - harmonie parentale (entente).
- Les facteurs extrafamiliaux :
  - réseau de soutien social (grands-parents, pairs...),
  - expériences de succès scolaires.

Nous remarquons que la liste des facteurs de protection concerne l'enfant ou l'adolescent. Il serait sans doute très intéressant et même utile d'effectuer une recherche sur les facteurs de protection des personnes adultes, à leur âge adulte, et non pas rétrospectivement dans leur enfance. Vanistendael et Lecomte (2000, p. 18) nomment les principaux éléments qui favorisent la résilience : l'amour et l'amitié, la découverte d'un sens à la vie, l'estime de soi, l'impression de pouvoir contrôler son existence personnelle, mais ils continuent leur idée sur le personnage résilient en disant que ce sont les mêmes facteurs qui favorisent le sentiment de bonheur chez les individus n'ayant pas vécu de traumatisme. Cette affirmation soutient l'affirmation de Manciaux (2001) que la résilience est un potentiel propre à l'homme.

Un autre terme cité dans ce contexte est « **les facteurs améliorateurs** ». Les facteurs améliorateurs sont supérieurs aux facteurs de protection puisque non seulement ils protègent contre l'influence du stress ou des événements négatifs mais en plus, ils renforcent

activement l'organisme humain, ils améliorent ses capacités d'ajustement et d'adaptation et ils luttent ainsi contre tout ce qui pourrait déstabiliser l'harmonie de l'individu. (Matějček, 1998)

### **2.3.4 Les tuteurs de résilience**

Les tuteurs de la résilience sont des « accompagnateurs extérieurs ». Je les imagine comme des facteurs protecteurs mais vivants. Cyrulnik (2001, p. 143) dit à propos des tuteurs de résilience : « Le plus précieux des facteurs de résilience : la rencontre qui éveille. »

Souvent, on lit dans les études de cas dans les œuvres de Cyrulnik, Lecomte, Vanistendael et d'autres, des témoignages de personnes qui sont devenues résilientes (= qui ont retrouvé un sens à leur vie) grâce à une rencontre imprévue, comme un coup de foudre. Cyrulnik (2001, p. 261) le résume ainsi : « Tous ceux qui ont eu à surmonter une grande épreuve décrivent les mêmes facteurs de résilience. En tête, vient la rencontre avec une personne signifiante. Parfois une seule a suffi. »

Comment est-il possible qu'une seule rencontre, une seule phrase puissent avoir un tel pouvoir, une telle influence sur la vie de l'enfant en détresse ? « Quand un enfant est suffisamment entouré par son groupe, une parole ou un sourire seront noyés parmi beaucoup d'autres, mais quand il est abandonné en plein désert affectif, la moindre parole, le plus petit sourire constituent pour lui un événement majeur. » (Cyrulnik, 2003, p. 176)

Qui sont donc les fameux tuteurs de résilience ? Faut-il avoir des capacités spéciales pour cela ? Lecomte (2004, p. 23) nous répond : « Tout le monde peut devenir, un jour ou l'autre, le tuteur de résilience d'une autre personne. (...) Cette métaphore rend bien compte de deux caractéristiques fréquemment présentes chez ces personnes : elles constituent un repère solide pour l'enfant tout en le laissant se développer à sa manière. » Vanistendael et Lecomte (2000, p. 51, 52) mentionnent une affirmation de C. Portelance, psychothérapeute réputée au Canada, que le premier pas pour pouvoir devenir un tuteur de résilience est de s'accepter soi-même tel qu'on est. Elle dit précisément : « Il n'y a pas d'aide efficace et durable sans amour authentique. (...) L'aidant - parent, professeur, éducateur, médecin, animateur, psychothérapeute ou autre - qui n'est pas habité par un profond amour pour lui-même, de l'être humain et de son travail, ne fait, à mon avis, qu'un travail de technicien et de routine. » (p. 52) Une autre recherche intéressante est citée par les auteurs, celle-ci démontre que les

non professionnels auprès des personnes souffrant de divers problèmes aboutissent à des résultats cliniques équivalents ou supérieurs à ceux, obtenus par les professionnels. (Vanistendael et Lecomte, 2000, p. 65)

Et quel est le rôle d'un tuteur de résilience ? Le principal ! L'importance d'un tuteur de résilience et son rôle clé sont très souvent répétés dans la littérature. Nous avons choisis quelques citations pour l'illustrer :

1) « *Il n'y a qu'une seule solution pour soigner un traumatisé et apaiser son entourage : comprendre. (...) Les enfants qui sont parvenus à devenir des adultes résilients sont ceux qu'on a aidés à donner sens à leurs blessures.* » (Cyrulnik, 2003, p. 64)

2) « *Un enfant n'est pas résilient tout seul. Il doit rencontrer un objet qui convienne à son tempérament pour devenir résistant. Si bien qu'on peut être résilient avec une personne et pas avec une autre, reprendre son développement dans un milieu et s'effondrer dans un autre. La résilience est un processus constamment possible, à condition que la personne en cours de développement rencontre un objet signifiant pour elle.* » (Cyrulnik, 2001, p. 98)

3) « *Pour entrer pleinement dans un processus de résilience, l'enfant blessé doit ressentir qu'un adulte porte sur lui un regard inspiré par un véritable intérêt personnel, une sensibilité authentique face à la souffrance qu'il perçoit chez ce petit d'homme. C'est là le principal élément facilitateur de résilience. (...) Le tuteur de résilience, bien qu'il ne soit pas naïf et qu'il ait conscience des zones d'ombre de la personne qui est en face de lui, s'intéresse cependant prioritairement à ses faces de lumière. (...) Les tuteurs de résilience ne considèrent pas leur parcours personnel, leur compréhension des êtres et de la vie comme des standards qu'autrui devrait adopter à son tour.* » (Lecomte, 2004, p. 41, 43, 53)

4) « *Les relations d'attachement multiples constituent un facteur de résilience dans la mesure où elles offrent plus de chances à l'existence d'au moins une relation d'attachement sécurisante pour l'enfant. L'établissement d'une relation sécurisante avec une autre figure peut constituer un facteur de protection majeur pour un enfant ayant une relation insécurisante avec la mère ou étant soumis à d'autres facteurs de risque. Ceci s'applique par exemple aux enfants maltraités.* » (Palacio-Quintin E., 2000, in [www.observatoire-resilience.org](http://www.observatoire-resilience.org))

### **2.3.5 La résilience est-elle universelle ?**

De tout ce qui a été dit précédemment, nous pouvons déduire qu'il ne s'agit pas d'une question simple. Il est sûr que chaque personne n'est pas résiliente à un moment précis, dans une situation précise. Mais si la question est posée différemment : « Est-ce que tout le monde peut devenir résilient ? », alors là, la réponse est beaucoup plus énigmatique. Manciaux (2001) répondrait « oui » car il considère la résilience comme un potentiel universel et propre à l'homme. Que quelqu'un présente déjà des traits de résilience et un autre non, cela dépend du développement psychologique, du cycle de vie et des circonstances environnementales. « Des ressources latentes peuvent toujours être activées soit spontanément par l'individu, soit faire l'objet de stimulations et d'aides d'accompagnateurs extérieurs (éducateurs, enseignants, psychothérapeutes). » (Anaut, 2003, p. 36)

B. Cyrulnik ([www.reseau-respect.ch/boriscyrulnikreconstructeur.htm](http://www.reseau-respect.ch/boriscyrulnikreconstructeur.htm)) répond en utilisant une de ses belles métaphores : « Chez tout un chacun, des 'braises de résilience' sont présentes. Qu'on souffle dessus à bon escient, et l'enfant meurtri, fracassé, stoppé net dans son développement par le deuil, la maltraitance ou les atrocités de la guerre sortira de son 'agonie psychique' et reprendra le chemin de la vie. Un pouvoir de renaissance dont plusieurs équipes dans le monde commencent à découvrir la puissance. Mais qui implique de rencontrer, sur ce chemin épineux, des « tuteurs de développement » suffisamment solides et compréhensifs. »

Précédemment, nous avons parlé des « tuteurs de résilience », maintenant, nous parlons des « tuteurs de développement ». Voilà comment Lighezzolo J. et De Tychey C. (2004, p. 81) expliquent la différence : « Peut-être convient-il ici de bien différencier deux termes souvent confondus à tort à notre avis : tuteur de développement et tuteur de résilience. Nous nous proposons d'attribuer aux deux modèles parentaux la première fonction, alors que la seconde serait tenue par tous les autres modèles environnementaux que le sujet peut rencontrer lorsque les modèles parentaux sont défaillants ou insuffisants. »

### **2.3.6 Les critères de résilience**

S'il est difficile de définir la résilience elle-même, les chercheurs rencontrent des difficultés encore plus grandes pour définir les critères de résilience selon lesquels, il serait possible de

définir les personnes résilientes<sup>9</sup>. Là encore, une diversité d'opinions émerge. Rutter (1985, in Anaut, 2003, p. 52) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables :

- 1) la conscience de son auto-estime (ou auto-appréciation) et du sentiment de Soi ;
- 2) la conscience de son efficacité ;
- 3) un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux.

Lecomte (2002, p. 10) propose d'autres critères : « La résilience est un processus multidimensionnel, le critère d'évaluation pouvant, selon les cas, concerner le style d'attachement, les relations avec les pairs, les résultats scolaires, le bien-être psychologique, l'insertion professionnelle, l'absence de troubles psychiatriques, etc. »

Mais tout d'un coup, une question cruciale apparaît : est-il possible de désigner une personne comme résiliente d'après un critère ou faut-il qu'elle en remplisse plusieurs ? Lighezzolo, De Tychey C. (2004, p. 92-93) en débattent : « Ne prendre qu'un seul critère en considération reviendrait à cautionner une conception trop réductrice du développement d'un être humain et de son clavier de registres adaptatifs. Par contre en multiplier le nombre (à trois ou davantage) risque de nous conduire à un modèle trop normatif, idéalisé, du fonctionnement de la personnalité. Lesquels conserver alors ? Nous pensons qu'il demeure important, pour parler de résilience, de considérer à la fois un critère renvoyant à l'adaptation socio-environnementale externe (...) et un autre renvoyant au fonctionnement interne de la personnalité du sujet. » Mais finalement, la solution semble être de prendre un petit nombre de critères bien définis, puisqu' « il serait ainsi illusoire de considérer comme pleinement résilients les individus parvenant par exemple à une adaptation sociale de surface soumise à l'environnement, au prix d'un dessèchement de leur vie émotionnelle et d'une mise entre parenthèses de leurs propres désirs, ce que l'on décrit en clinique classiquement sous le terme de « personnalité en faux self ». (Lighezzolo, De Tychey, 2004, p. 69)

La question des critères se complique encore davantage par le développement psychique du sujet. Des critères doivent varier avec l'âge, puisqu'un adulte désigné comme résilient n'aura absolument pas les mêmes traits de comportement qu'un enfant résilient. (Une excellente réponse pratique à cette question est l'étude longitudinale de E. Werner et R. Smith sur des enfants de l'île Kauaï.) Lighezzolo J. & De Tychey C. (2004, p. 92) essayent d'apporter une

---

<sup>9</sup> Nos propres difficultés et leur résolution seront discutées dans la partie de recherche, chap. Choix de l'ensemble et Méthode.

réponse théorique : « Chez le très jeune enfant, il nous semble légitime de privilégier l'absence d'expression symptomatique somatique, comportementale ou mentale, sachant que ce critère pourra être conservé tout au long des étapes ultérieures du développement. Au cours de l'enfance et de la phase de latence, on pourra ajouter à cet indicateur la présence d'une socialisation acceptable et une capacité de suivre les apprentissages scolaires au rythme de son groupe d'âge malgré les conditions environnementales traumatiques. Proposer une série de critères de résilience à l'adolescence pourra paraître téméraire à nombre de cliniciens ! (...) Outre les autres critères mentionnés précédemment, peut-être serait-il défendable de parler de résilience à cette période en cas d'acceptation de soi, du corps sexué, et de désir d'un engagement objectal sexuel sans angoisse ou dépression incapacitante.

A l'âge adulte, nous souscrivions volontiers à la boutade freudienne connue de la plupart des cliniciens pour définir la normalité : « être capable d'aimer et de travailler », et (ou), si les voies de la sublimation sont opérantes, être capable d'aimer son travail ! Parallèlement avec Lecomte (2002), il nous semble que l'accès à la parentalité, lorsqu'il est associé à la capacité de se dégager par rapport à ses propres enfants des répétitions traumatiques subies durant son enfance, constitue un critère essentiel à cette période de la vie. »

### **2.3.7 Quel est le profil d'une personne résiliente ?**

Cyrulnik (1998, in Anaut, 2003, p. 51) a identifié les caractéristiques d'un 'prototype' d'une personne résiliente. « L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes :

- Un QI élevé,
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement,
- ~~Ayant le sentiment de sa propre valeur,~~
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie,
- Capable d'anticiper et de planifier,
- Et ayant le sens de l'humour. »

Poletti et Dobbs (2001, p. 87) ajoutent encore une autre caractéristique des sujets résilients, c'est le refus de se faire accompagner par un psychothérapeute. Cette aide est perçue comme un signe de faiblesse et puis, ils n'ont pas envie de faire face à leurs souvenirs douloureux qu'ils ont su réprimer auparavant.

Mais il faut remarquer que la totalité des caractéristiques ne garantit pas un fonctionnement résilient. Ces différents éléments se retrouvent chez un grand nombre de sujets réputés résilients et sont considérés comme contribuant au fonctionnement de la résilience.

Il ne faut non plus penser qu'une personne résiliente ne connaît pas de soucis où qu'elle ne vit que des moments heureux. La résilience ne garantit pas une vie simple et équilibrée, elle caractérise ceux qui sont capables surmonter les épreuves qu'ils subissent, de vivre malgré tout une vie utile et épanouie qui respecte un certain nombre de choix éthiques. Une personne résiliente, souvent appelée « survivant », garde, le plus souvent des traces profondes des blessures subies. (Poletti, Dobbs, 2001, p. 84)

Nous pouvons admirer les survivants, mais vivre avec eux est particulièrement difficile. Bien qu'un survivant connaisse du succès dans son travail, bien qu'il soit aimé par ses collègues et amis, c'est particulièrement dans la famille qu'il se trouve confronté à des difficultés. Il a souvent de la peine à identifier ses émotions, à les nommer, à en parler. La distinction émotionnelle était une stratégie de survie et il continue à l'utiliser quand des difficultés se présentent. (Poletti, Dobbs, 2001) Mais les résilients sont différents les uns des autres : certains manifestent intensément certaines caractéristiques et plus faiblement d'autres. Il y a ceux qui manifestent une forte tendance au contrôle et à l'initiative, alors qu'ils ont de la peine à communiquer avec leurs proches, d'autres fois, ils communiquent très bien, manifestent de la compassion mais ont peu d'initiative. (Poletti, Dobbs, 2001, p. 87) Ces auteurs parlent de leurs rencontres avec des personnes qui avaient vécu en couple avec un résilient. Leur parcours a été souvent pénible et périlleux<sup>10</sup>. Elles caractérisent ces relations « des défis quotidiens ». Les survivants possèdent souvent une telle vulnérabilité émotionnelle que le moindre regard qui pourrait être interprété comme un rejet peut activer des souffrances profondes. Mais il ne faut pas colorer toute la vie avec un survivant en noir, celui-ci est capable d'émettre une lumière brillante et éblouissante qui illumine des ombres possibles. (p. 88)

---

<sup>10</sup> Nous rappelons au lecteur la citation de Hanus (2002, p. 32, 33) utilisée précédemment, dans le chapitre 2.3.1 sur les fondements de la résilience : « Si nous reprenons ici l'hypothèse que la résilience a un prix, une face cachée, sombre de souffrance anesthésiée (...) nous retrouverons derrière la face apparente de la résilience, lumineuse, solaire, réconfortante, une face noire, abyssale, inquiétante ! »

### 2.3.8 Est-il possible de promouvoir la résilience ?

Nous avons vu qui sont les tuteurs de résilience et nous avons dit avec le Professeur Cyrulnik que tout le monde peut devenir le tuteur de résilience. Il nous reste à identifier les domaines « tuteurs » qui peuvent contribuer à reconstruire l'image souvent très négative que les petits blessés de l'âme ont d'eux-mêmes. C'est souvent par des activités, que le petit survivant peut se réaliser et regagner la confiance en lui-même. Il peut s'agir d'une activité sportive ou artistique (dessin, théâtre), d'une épreuve de responsabilité... « L'enfant blessé doit pouvoir exprimer son monde intime, par le chant, le dessin, la littérature. L'engagement social peut aussi être un formidable facteur de résilience. » Nous pouvons résumer ces domaines en trois principaux : la famille (si ce n'est pas le domaine des problèmes), l'école et la fratrie.

([www.enseignants.com/ressources/entretiens/nathan/ecole\\_resilience.htm](http://www.enseignants.com/ressources/entretiens/nathan/ecole_resilience.htm),

[www.webdlambert.com/dossier-resilience.html](http://www.webdlambert.com/dossier-resilience.html))

Ces facteurs n'acquièrent leur importance majeure qu'après l'événement traumatisant.

**E. Grotberg**, une chercheuse américaine, a décidé de prendre un chemin inexploré mais qui paraît être moins basé sur le hasard (si, un jour, par hasard, une personne croise mon chemin et devient mon tuteur de résilience) et davantage sur les connaissances de l'attachement. Elle a écrit un mode d'emploi ('A guide to promotion resilience in children : Strengthening the human spirit', 1995) comment soutenir la résilience dans chaque enfant avant qu'il ne reçoive un coup de la vie.

E. Grotberg a longtemps travaillé sur un projet « Resilience programs for children in disaster<sup>11</sup> » dans le cadre de « International Resilience Project<sup>12</sup> ». Avec ses collègues, elle a travaillé avec 1225 enfants de 22 pays. Les résultats de cette recherche longitudinale sont intéressants et très concrets, c'est pourquoi nous allons les mentionner brièvement.

➤ Un tiers des sujets montrait les traits de la résilience.

- Les enfants de moins de 9 ans ont besoin de développer surtout des « J'ai » (cf. plus tard).
- Les enfants plus âgés ont la même fréquence de résilience que les adultes. A partir de 9 ans, les enfants sont capables de développer leur propre résilience comme des adultes mais ils demandent plus souvent de l'aide que les adultes.

<sup>11</sup> Programmes de résilience pour les enfants en désastre

<sup>12</sup> Projet International de la résilience (Grotberg, 2001, p. 75-83)

➤ Le statut socio-économique de la famille n'a qu'un faible impact sur le développement de la résilience et sur le comportement. (C à d. que les enfants vivant dans la pauvreté ont des mêmes chances de construire leur résilience que ceux des classes moyennes.)

➤ Les garçons et les filles présentent la même fréquence de la résilience, les filles utilisent plus leurs capacités interpersonnelles pour surmonter des difficultés, et les garçons essaient de les résoudre d'une façon pragmatique.

➤ Certes, des différences culturelles existent, surtout dans le degré du contrôle de l'enfant, dans les punitions ou encore dans la Foi, mais chaque culture permet de développer un type de résilience, spécifique et unique pour cette culture. (Grotberg, 2001, p. 75-83)

Cette recherche a été orientée vers la pratique : elle a servi à vérifier une méthode présentée par E. Grotberg en 1995 : « Guide pour promouvoir la résilience des enfants » qui a pour but de soutenir la résilience au moment d'une catastrophe qu'elle soit naturelle ou humaine. En s'appuyant sur ses riches expériences avec des enfants en difficulté, elle a répertorié les outils utilisés par les enfants résilients pour surmonter un trauma, et elle les a classés en trois groupes : J'ai, Je suis, Je sais<sup>13</sup>.

Ces principales ressources de la résilience seront présentées en fonction de la position de l'enfant.

#### 1) J'AI :

- ✓ Des personnes autour de moi auxquelles je fais confiance et qui m'aiment, quoi qu'il arrive.
- ✓ Des personnes qui me montrent des limites, des règles alors je sais où m'arrêter pour éviter un danger ou des ennuis.
- ✓ Des personnes qui me montrent comment s'y prendre avec les choses par leurs modèles tout simplement quand ils les font.
- ✓ Des personnes qui veulent que j'apprenne à faire tout moi-même.

#### 2) JE SUIS :

- ✓ Une personne qui sait aimer.
- ✓ Content de pouvoir faire des choses sympas aux autres et montrer ainsi mon intérêt.
- ✓ Plein de respect pour moi-même et pour les autres.
- ✓ Plein de désir de faire avec une responsabilité tout ce que je vais faire.
- ✓ Sûr que tout va aller bien.

<sup>13</sup> I have, I am, I can (Grotberg, 1995, p. 11)

## 3) JE SAIS :

- ✓ Parler aux autres des choses qui me font peur ou des soucis.
- ✓ Trouver des moyens de résoudre des problèmes qui se trouvent devant moi.
- ✓ Me contrôler quand je pourrais faire quelque chose pas bien ou de dangereux.
- ✓ Deviner quand c'est le bon moment pour parler à quelqu'un ou pour agir.
- ✓ Trouver quelqu'un pour m'aider quand j'en ai besoin.

Grotberg dit que l'enfant n'a pas besoin de toutes ces capacités pour être résilient. Mais un groupe de capacités n'est pas suffisant. (Grotberg, 1995, p. 11)

Sa méthode pour promouvoir la résilience respecte effectivement toutes ces capacités, elle les adapte pour différentes âges (0-3 ans, 4-7 ans, 8-11 ans) et fournit des conseils précis pour savoir comment procéder, aux parents et aux soignants. Tout est basé sur une relation, sur l'ouverture envers les besoins et les possibilités de l'enfant et sur la vérité. (En ce lieu, nous ne pouvons pas oublier de mentionner la règle principale d'une psychanalyste française Françoise Dolto : « Parler vrai. ») Ses conseils s'appuient aussi sur les théories de développement bien connues comme les stades de S. Freud ou de E. Erikson.

« L'aide extérieure est nécessaire au temps des difficultés, mais cela ne suffit pas. Avec la nourriture et le toit, l'enfant a besoin d'amour et de confiance, d'espoir et d'autonomie. (...) Il a besoin d'un lien fort qui va créer des amitiés. Il a besoin de soutien plein d'amour et de confiance en lui-même, d'espoir en lui-même et en son monde : tout cela construit la résilience. » (Grotberg, 1995, p. 10)

## **2.4 Quelques conceptions proches**

La résistance de l'homme contre les difficultés de la vie dépend sans doute de ses traits de caractère. Dans le chapitre 1 : 'L'histoire du concept de la résilience' nous avons vu que cette capacité humaine a préoccupé les chercheurs et les philosophes depuis toujours. Ils ont construit nombre de conceptions afin d'expliquer des cas de résistance incroyable, qu'ils rencontraient souvent et dont ils entendaient encore plus souvent parler. Vu qu'il n'existe pas une unique définition de la résilience, nous pouvons avoir l'impression qu'il n'existe pas de limites strictes entre la résilience et d'autres conceptions concernant la résistance ou l'adaptation de l'individu face au stress. Le but de ce chapitre est de présenter différents

modèles de caractères « résistants » et des modèles d'adaptation au stress externe<sup>14</sup> et d'expliquer leur particularité et leur complémentarité par rapport à la résilience.

### **2.4.1 L'adaptation**

L'adaptation dans son sens général est définie comme « un ensemble de modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie et, en même temps, celui des mécanismes et processus qui soutiennent ce phénomène. » (Casalis, 2002, p. 29)

Pour Garnezy (Haggerty, Sherrod, Garnezy, Rutter, 1996) l'adaptation et l'inadaptation sont inextricablement liées, le premier comportement ne peut pas exister sans le second. Un comportement tout à fait acceptable dans une période de développement devient rejeté dans une autre, en fonction du degré, des modalités ou des circonstances de son apparition. (Anaut, 2003, p. 59)

J. Piaget s'intéressait aux sources et aux mécanismes de l'adaptation biologique et de la connaissance. Il a distingué deux formes d'adaptation : on parle de « l'assimilation » quand le sujet s'incorpore des éléments extérieurs compatibles avec sa nature ; et de « l'accommodation » quand le sujet se modifie en fonction des particularités des éléments assimilés sans pour autant perdre sa continuité et son indépendance. Ces deux schèmes représentent deux constituants du processus « d'équilibration » qui assure à la fois le progrès et la stabilité. (Casalis, 2002, p. 945)

Patterson et al. (1994, in Anaut, 2003, p. 59, 60) décrivent la résilience comme « l'habileté de fonctionner de façon adaptée et de devenir compétent lorsque des événements de vie stressants se présentent. » d'après cette définition, l'adaptation est un composant indissociable de la résilience.

### **2.4.2 L'attachement**

L'attachement est défini comme « un lien affectif d'une personne à une autre, d'un animal à un congénère ». (Casalis, 2002, p. 111)

La théorie de l'attachement a été formulée par un psychologue anglais, J. Bowlby en 1959. Son attention a été tournée vers la relation mère – enfant, de préférence dans la situation, où

---

<sup>14</sup> Tenant compte de la variabilité et du nombre de modèles et conceptions, nous avons choisi juste les plus connus ou les plus importants et nous les avons classés d'après l'ordre alphabétique.

le développement psychique de l'enfant a été perturbé par une séparation d'avec sa mère, p. ex. le décès de la mère ou sa maladie. Contrairement à toutes les théories anciennes des premiers liens sociaux et affectifs de l'enfant humain, il a affirmé que la tendance à rechercher un contact avec un congénère n'est pas dérivée, mais au contraire primaire et permanent. (Casalis, 2002, p. 111) Selon Bowlby, les liens d'attachement primaires expérimentés par le jeune enfant auraient des conséquences fondamentales pour l'établissement des liens affectifs ultérieurs. Bénony (1998, in Anaut, 2003, p. 67) présente une définition synthétique et précise des principes de base de la théorie de l'attachement primaire : *« La théorie de l'attachement rend compte de la manière dont les premiers liens s'établissent : une bonne base de sécurité permet de développer les fonctions cognitives. De fait, la sécurité autorise la déstabilisation, qui peut être comprise et intégrée ; celle-ci devient même partie intégrante des apprentissages cognitifs et mène les sujets au développement et à l'autonomie. »*

M. Ainsworth (1978, in Anaut, 2003, p. 68) a effectué une expérience qu'on appelle « une situation étrange ». Cette expérience avec des jeunes enfants âgés de quelques mois lui a permis de différencier les différents modes d'attachement et d'en distinguer quatre types :

- Type A : l'attachement « secure » ou « sûr » ;
- Type B : l'attachement « insecure-évitant » ;
- Type C : l'attachement « insecure-ambivalent » ;
- Type D : l'attachement insecure-désorganisé ».

D'après un journal (in Anaut, 2003, p.66), les théories développementales sur l'attachement dominant dans l'approche de la construction de la résilience chez l'enfant. Des études anglo-saxonnes affirment, qu'il existe un lien entre les styles d'attachement et la constitution de la résilience, et elles vont même jusqu'à dire que les styles d'attachement jouent un rôle fondamental dans la constitution de la résilience des sujets. (Anaut, 2003)

Le mécanisme déterminatif serait le suivant : *« Les expériences primaires des toutes premières années de la vie (de 0 à 3 ans) produiraient un style d'attachement déterminé à partir des interactions avec les parents (ou donneurs de soins) et influenceraient les possibilités de développer ultérieurement un processus résilient. Certains styles d'attachement seraient favorables à la construction de la résilience. Ainsi, d'après les travaux de Fonagy et al. (1994), la capacité de la résilience apparaît comme liée à un attachement de type sûr ou secure. »* (Anaut, 2003, p. 68, 69)

Certes, l'attachement peut représenter un des constituants de la résilience, mais sans doute pas le seul, puisque de nombreuses recherches (Wolin, Wolin, 1993 ; Matějček, 2001 ; etc.)

sont basées sur la résilience des sujets qui grandissaient dans un milieu extrêmement défavorable, sans possibilité de mettre en place l'attachement avec un des parents. C'est ce que affirme Rutter et al. (1996) en disant que les liens ultérieurs noués par l'individu pourraient compenser ou suppléer les premières relations éventuellement défailiantes ou insécures.

---

### **2.4.3 La bientraitance**

Delforge B., Deroitte B. et Mauroy M.-C. (Vers la bientraitance de l'enfant et des familles : une expérience de travail de résilience en PMI, in Cyrulnik et al, 2001, p. 260) disent à propos de la bientraitance : « La bientraitance est un des moyens de favoriser l'émergence des capacités de résilience. (...) La bientraitance peut être considérée comme un processus relationnel évolutif et dynamique dont l'intention et les actes visent à permettre un développement physique, psychique et social optimal de l'enfant dans son entourage.» Il s'agit d'un concept très jeune, dont les bases théoriques ne sont pas encore tout à fait définies. Detraux (2002, p. 35, 38) essaie d'éclairer la bientraitance : « La bientraitance est un processus et non un état. Elle peut être apparentée au concept de qualité de vie et contient, comme ce dernier concept, des aspects objectivables et des aspects subjectifs. (...) Nous pensons que le concept de bientraitance peut rendre compte de façon dynamique et développementale de la façon dont des individus participent à un processus de résilience, tout en le construisant pas à pas. (...) Le concept de bientraitance semble bien un concept fédérateur, regroupant les concepts développés plus haut : le coping (...), la résilience (...), l'empowerment (...), le sentiment de cohérence. »

Il ne faut pas s'imaginer la bientraitance comme un concept utopique. Elle n'a pas une et une seule forme unique. « La bientraitance est multiple : les familles examinées se caractérisent par la diversité des pratiques, par l'originalité de leurs projets sans pour autant que puisse être dégagée une seule bonne manière de faire et de se comporter. La bientraitance « pure » n'existe pas : toute éducation génère des moments de souffrances, de conflits et de crises. Or, ces éléments sont indispensables au développement de l'enfant. » Pourtois J.P., Desmet H. & Nimal P. (2000, in [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm))

Ce concept va dans la lignée de Winnicott et du concept d'une 'mère suffisamment bonne', essayant de décrire une éducation suffisamment bonne.

#### **2.4.4 La capacitation, l'habilitation et l'empowerment**

Ce concept est très fréquent dans la littérature anglo-saxonne. L'expression originale « empowerment » signifie « la capacité de maîtrise et le sentiment de pouvoir sur l'environnement lié à la reconnaissance par l'individu de ses compétences dans ce domaine. » (Anaut, 2003, p. 60) Dans la langue française, ce concept est traduit comme 'la capacitation' (Manciaux, 1999) ou encore 'l'habilitation' au Canada. (Anaut, 2003, p. 60)

Le Bossé Y. D. et Lavallée M. (1993, in [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)) proposent une explication détaillée sur ce concept associé à la résilience : « L'intérêt principal du concept d'empowerment est qu'il permet de cerner de près une réalité importante : des personnes ayant des conditions de vie incapacitantes (chômage, pauvreté, marginalité, etc....), prennent leurs affaires en main et font avancer leur cause. Ces personnes tirent de cette activité un sentiment positif de contrôle sur leur propre vie qui les éloigne progressivement du vécu d'impuissance et de détresse psychologiques que ces conditions de vie entraînent normalement. (...) La notion d'empowerment comporte donc une dimension d'affranchissement individuel et collectif qui ne se limite pas au champ de la santé mentale mais peut s'appliquer à la grande majorité des secteurs d'intérêts associés aux sciences humaines. (...) L'empowerment se situe à l'interface du psychologique et du social. »

Detraux (2002, p. 34) cite les chercheurs Le Bossé, Lavallée et Herrera (1996) qui affirment que la dimension du contrôle personnel est centrale dans les indicateurs théoriques de l'empowerment : « l'autonomie personnelle, la capacité à administrer les choses par soi-même ». Detraux (2002, p. 34) nous donne également les trois moyens identifiés pour accéder à ce contrôle : 1) l'action, 2) les ressources (les compétences), et 3) la communication, c'est-à-dire l'interaction avec des personnes-clés. Il résume que « l'empowerment fait partie intégrante du concept plus général de la résilience. » (Detraux, 2002, p. 34)

#### **2.4.5 Le coping**

Le concept du coping est arrivé en Europe également des pays anglo-saxons. Le verbe anglais 'to cope with' pourrait être traduit en français comme 'faire face'. De même, on utilise le terme 'coping strategies', qui est souvent traduit comme des 'stratégies d'ajustement'. On parle de coping pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles. Selon Lazarus et Folkman (1984, in Anaut, 2003, p. 63) le coping est défini comme «

l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

Il existe plusieurs stratégies d'ajustement (centrées sur l'émotion, centrées sur le problème, évitant, vigilantes etc....) mais les expliquer en détail dépasse le cadre de notre travail. En revanche, il faut s'arrêter ainsi que quelques auteurs, pour bien mettre en évidence la différence entre le coping et la résilience, puisque M. Anaut (2003, p. 65) constate que : « Les liens conceptuels entre le coping et la résilience semblent à première vue très étroits ; cependant, il ne s'agit pas de les confondre. »

La différence majeure réside dans le contenu des deux concepts. Le phénomène de résilience est considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping. Les stratégies de coping font partie de la résilience. « *La définition du terme de résilience indique ainsi une différence notable avec la notion de coping et surtout de sa traduction française l'ajustement, puisque la résilience suppose deux mouvements. Le premier consiste dans les modalités de résistance au stress ou au traumatisme et donc la capacité à faire face (coping), alors que le deuxième mouvement concerne davantage la capacité à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse.* » (Anaut, 2003, p. 66)

Bouteyre E. (2004, in [www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)) affirme que le coping apparaît dans des situations bien précises et contrairement à la résilience n'implique pas un projet de vie au-delà de l'événement alors que cette projection dans l'avenir est spécifique de la résilience.

Detraux (2002, p. 30) rappelle que « les capacités de coping ne doivent cependant pas être analysées uniquement à un niveau comportemental ; au contraire, ces capacités sont intimement liées aux ressources personnelles et contextuelles d'un individu. »

#### **2.4.6 L'auto-efficacité (Self-efficacy)**

L'auto-efficacité ou la propre efficacité (angl. self-efficacy) est une conviction personnelle de l'individu de pouvoir contrôler les événements et d'influencer sa vie. A. Bandura (1977, in Křivohlavý, 2001, p. 76) constate que : « la conviction que le sujet est capable de contrôler le courant des événements, a été et est toujours liée avec l'idée d'un meilleur ajustement des

difficultés de la vie». Les grandes attentes du sujet en ce qui concerne sa propre efficacité génèrent des attitudes optimistes et appréhendées face aux difficultés comme des défis à franchir. De nombreuses études montrent que cette caractéristique est un excellent 'pare-choc'<sup>15</sup> contre le stress. L'auto-efficacité corrèle avec la qualité de vie, un bon ajustement aux difficultés, par exemple un changement d'un comportement nuisant à la santé en comportement protégeant la santé, etc.... (Křivohlavý, 2001, p. 76)

En général, il est vrai que tant que les gens pensent pouvoir contrôler les événements, ils gèrent mieux leurs émotions et ils s'opposent activement aux difficultés de la vie. (Křivohlavý, 2001)

Une basse auto-efficacité est conçue comme un trait de caractère qui est à la base de la vulnérabilité psychique, p.ex. les tendances dépressives, et un mauvais ajustement au stress. Ces gens souffrent d'auto-accusations pour leur 'mauvais caractère', ils perdent foi en eux-mêmes, ils capitulent souvent et facilement et vivent avec un sentiment de désespoir, deviennent facilement des victimes, se plongent dans le doute et perdent ainsi aussi le soutien social. Ces caractéristiques sont souvent enfermées dans des cercles vicieux et elles s'y renforcent. (Bandura, 1997 ; in Horáková Hoskovcová, 2004)

L'auto-efficacité peut puiser d'après Bandura (1997, in Horáková Hoskovcová, 2004) essentiellement dans quatre sources principales :

- L'expérience d'une réussite et d'un succès en surmontant des difficultés - elle peut être procurée par la présence à un modelage explicatif de la situation, par la réussite personnelle, par la désensibilisation, par l'auto instruction.
- Le modelage social – suppose de voir des gens pareils en train d'avoir le comportement qui mène vers le but désiré ; tout est symbolique.
- La conviction sociale de l'efficacité – comprend l'utilisation de la suggestion, l'encouragement, les instructions, la fin des reproches et l'interprétation.
- La réduction du stress et de la dépression – basée sur l'interprétation des signaux du propre corps, le soin du corps et de la condition physique, la relaxation et le bio feed back.

---

<sup>15</sup> Stress buffer en anglais.

### 2.4.7 L'estime de soi

L'estime de soi peut influencer les stratégies d'ajustement face aux problèmes. Křivohlavý (2001, p. 76) définit l'estime de soi comme une capacité de se voir soi-même de la même façon que quand on regarde une autre personne, se décrire et s'estimer. Mais il s'agit aussi de toutes les émotions positives ou négatives qui accompagnent cette évaluation personnelle. Nous pouvons nous estimer nous-mêmes grâce à notre capacité de nous regarder 'de loin' et en même temps percevoir les résultats de ce regard. L'estime de soi est dépendante de l'évaluation ou de l'estimation de l'individu par les autres.

Křivohlavý (2001, p. 77) constate que « les personnes ayant une haute estime d'elles-même sont plus curieuses, plus ouvertes envers de nouvelles informations et de nouvelles choses, elles sont aussi plus crédules, plus satisfaites et ont moins de conflits intérieurs. Elles sont persuadées que leur « moi idéal » est très proche de leur « moi réel ». Elles sont plus assertives, elles se posent des buts difficiles et elles les atteignent. Il en résulte qu'elles sont d'autant plus contentes d'eux-mêmes et leur estime de soi devient plus grande. Elles sont plus résistantes envers les difficultés. »

### 2.4.8 La force (angl. Strengths)

Compton et Galaway (1999) appellent « la force » (angl. Strengths) la capacité à surmonter les obstacles de la vie. Les auteurs se concentrent sur son application surtout dans le domaine du travail social.

Ils ont construit ce concept pour s'opposer au courant prépondérant qui est centré sur la pathologie. Ils l'expliquent : « *L'aspect positif et efficace de la force intéresse la société qui est par ailleurs terriblement fascinée par la pathologie, par les déviations morales et interpersonnelles, par la violence et la victimisation des personnes. Les efforts pour rendre pathologique chaque trait de comportement, chaque habitude, chaque trait de caractère aboutissent à un mélange des diagnoses, des signes et significations qui nous rappellent nos anormalités, nos défauts et nos côtés faibles. Un ensemble puissant de professionnels de la santé, de l'industrie pharmaceutique, des agences d'assurance et des médias nous persuadent de nos côtés faibles et vulnérables, provenant de nos expériences traumatiques (vécus surtout dans l'enfance), qui représentent pour nous un risque majeur, pouvant aboutir à quantité de pathologies diverses. La perspective de 'strengths' essaie de restaurer un regard plus sain sur nos conditions de vie. Il s'agit d'un regard qui respecte la force de l'être*

*humain pour surmonter les difficultés et surpasser les obstacles.* » (Compton, Galaway, 1999, str.15)

Les auteurs définissent leur approche par les affirmations suivantes :

- Chaque individu, chaque famille et chaque communauté a ses propres ressources de force.
- Le trauma, l'abus, la maladie peuvent être nuisibles mais ils peuvent également représenter une occasion de développement personnel, de perfection.
- Il faut avouer qu'on ne connaît la limite supérieure d'aucun individu, ni sa capacité à se développer et à changer, cela concerne en premier lieu les diagnoses.
- Il faut apprendre à être sérieux avec les espoirs et les décisions de changer des individus et des familles, car les rêves nourrissent les espoirs ; les espoirs nourrissent les résolutions et les résolutions se changent en actions).
- Chaque environnement est rempli des ressources de 'force'. (Compton, Galaway, 1999, str.17-18)

Vanistendael (2000) est d'accord avec ceci et ajoute qu'au lieu de chercher les points faibles et les déficits de l'individu et les possibilités de compensation, il faut chercher les points forts et les applications dans la pratique. Au lieu de diagnostiquer des problèmes et de leur attribuer des solutions toute faites, diagnostiquons plutôt les besoins et les points forts des individus, des familles et des communautés, essayons de les mobiliser, de les soutenir et regardons si cela permet aux gens de créer des solutions eux-mêmes.

### **2.4.9 La hardiness**

S. Kobasa (1979, in Krivohlavý, 2001) a continué les recherches dans la lignée d'Antonovsky (cf. la cohérence). Elle s'est centrée sur les managers. A l'aide de l'Echelle de l'ajustement social<sup>16</sup>, elle les a séparés en groupes d'après le taux d'absence au travail et d'après le niveau subjectif de stress. Les deux groupes aux extrémités se différiaient à trois niveaux :

- Le contrôle : l'impression subjective de contrôler son environnement ;
- La loyauté : le niveau d'identification et d'engagement dans son travail ;

<sup>16</sup> Social Readjustment Rating Scale

- Le défi : les situations difficiles sont comprises comme un défi nécessaire pour le développement suivant et non pas comme un obstacle insurmontable. (Křivohlavý, 2001 ; Šolcová, 1995)

Kobasa a classé ces trois niveaux sous un concept : celui de la « hardiness » ou « dureté » en français. Nous pouvons reconnaître des morceaux d'autres concepts dans la hardiness : le contrôle rappelle le locus of control de J. Rotter (cf. un des concepts suivants; la loyauté fait partie de la septième résilience des Wolin (1993) et le défi nous fait penser au Challenge Model des Wolin (1993, cf. chap. 3)

D'après les résultats des recherches, les chercheurs concluent que les personnes ayant un niveau élevé de hardiness se distinguent des autres par un regard positif et comme d'en haut à la situation puisqu'elles ont l'impression de la contrôler, d'en être responsables. A la rencontre avec un stress, elles diffèrent dans la perception cognitive de la situation stressante : elles les perçoivent comme moins stressantes. Ce point de vue influence leurs vécus émotionnels et donc aussi leur état physique; ce qui diminue la capacité du stress de déclencher une réaction pathophysiologique. Ces personnes se voient plus compétentes dans les situations quotidiennes et elles évaluent mieux leurs forces physiques et psychiques que ceux qui croient être entraînés par les événements de la vie. Elles évaluent plus positivement les situations, ce qui mène à un choix des stratégies d'ajustement plus appropriées, ce qui implique un résultat plus satisfaisant.

S. Kobasa et S. Maddi ont construit un questionnaire pour évaluer la hardiness. Il porte le nom de PVS (Personal Views Survey). Il s'agit d'un questionnaire de 50 questions qui concernent les trois domaines nommés précédemment. Pour notre recherche, nous avons postulé que le concept de la hardiness appartient à la résilience, qu'il fait partie du concept de la résilience. Dans la pratique, nous avons postulé que chaque personne qui atteint un score élevé dans le questionnaire PVS, et donc est 'hardy', a toutes les chances d'être aussi résiliente. Après, il faut voir d'autres facteurs.

#### **2.4.10 Le lieu de contrôle**

J. Rotter (1966) a publié un travail dans lequel il distingue deux approches envers les difficultés de la vie. Sa conception part de l'attitude du sujet envers le problème devant lequel il se trouve. Le lieu de contrôle est défini comme : « la perception qu'un individu peut avoir de l'existence d'un lien entre un renforcement donné et l'un ou l'autre des deux registres suivants de causes possibles de ce renforcement : les caractéristiques et conduites

personnelles, les forces et facteurs agissant dans la situation. **Le contrôle interne** correspond au cas où un lien causal est perçu ; l'origine du renforcement est alors imputée aux capacités, aux caractéristiques personnelles, au comportement. **Le contrôle externe** correspond au cas où le lien causal n'est pas perçu ; l'origine de renforcement est alors attribué à des facteurs incontrôlables tels que le hasard, la chance, le destin, d'autres tout-puissants. (Casalis, 2002, p. 281)

Rotter a assorti la présentation de son concept d'un instrument permettant de mesurer les différences individuelles : l'échelle de contrôle interne/externe (angl. I. E. Scale).

Son concept part de sa théorie d'apprentissage social, c'est pourquoi il fut conçu comme une variable générale de personnalité, assimilable à une croyance générale de contrôle résultant de l'expérience accumulée par l'individu au cours de l'ensemble des séquences comportement-renforcement rencontrées. Il traduit le degré de croyance qu'un individu a du lien existant entre ses conduites et/ou caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, etc.) et les renforcements positifs ou négatifs qu'il reçoit.

### **2.4.11 L'optimisme**

L'optimisme appartient aux traits de caractère des personnes qui s'ajustent bien aux difficultés de la vie. M. F. Scheier et C. S. Carver (1985, in Křivohlavý, 2001) ont défini le soi disant « optimisme dispositionnel » comme un trait de caractère des sujets qui attendent généralement que le résultat de l'événement auquel ils participent soit positif. Les auteurs ont également construit un questionnaire pour diagnostiquer ce trait de caractère : 'Test d'orientation de vie' (angl. Life Orientation Test). Ce concept n'a rien à faire avec le biais optimiste ; un faux optimisme du type « je fais quelque chose de risqué mais à moi, rien ne peut m'arriver ».

Une personne optimiste interprète d'une façon optimiste les résultats de ses actions. Les événements positifs sont associés à elle-même, ils sont considérés comme stables dans le temps et ils sont souvent élargis à d'autres domaines. Les événements négatifs sont associés plutôt aux autres ou bien aux circonstances et sont considérés restreints dans le temps et purement situationnels. Ce trait est facile à apprendre d'après Seligman (1999) et on devient ainsi optimiste. (Křivohlavý, 2001, p. 75)

### 2.4.12 Le sentiment de cohérence

Le sentiment de cohérence se définit comme « une orientation dispositionnelle pouvant aider à prévenir une déstructuration et une rupture en cas de situations très stressantes ». (Detraux, 2002, p. 34) Ce concept a été conçu par A. Antonovsky (1979). L'auteur examinait la santé des anciens prisonniers des camps de concentration et il a trouvé que les sujets qui n'ont pas d'impact de cette expérience ont un trait de caractère en commun : le sentiment de cohérence (angl. Sense of Coherence). (Křivohlavý, 2001)

Le terme « cohérence » signifiait dans le milieu culturel et à l'époque d'Antonovsky deux choses : 1) la cohérence sociale, c-à-d. l'union forte d'un groupe de personnes ; et 2) une cohérence interne de la personnalité, « son cœur unique et unifié » (Antonovsky, 1985, in Křivohlavý, 2001, p. 73)

La définition d'Antonovsky (in Detraux, 2002, p. 34) englobe trois dimensions :

- La compréhensibilité : l'aspect le plus cognitif de ce modèle ; il suppose que la personne comprenne la situation adverse avec laquelle elle est confrontée. Elle a conscience du problème et estime que celui-ci est explicable.
- La gérabilité : représente la possibilité d'utiliser des ressources disponibles pour faire face à des demandes (ce qui reflète un concept plus général, à savoir la résilience ; capacité de pouvoir faire face à des faits stressants, angoissants).
- La significabilité : renvoie au sens qu'attribue la personne à sa vie en général, aux événements auxquels elle est quotidiennement confrontée et à son avenir.

Par rapport à ces trois dimensions, les personnes qui ont un sentiment de cohérence très élevé sont les plus aptes à adopter des comportements appropriés, à s'adapter à de nouvelles situations survenant en cours de développement, à faire des choix, à diversifier les modalités de leurs réponses. L'auteur finit en affirmant que : « le sentiment de cohérence est une mesure de la résilience individuelle face à un (des) événement(s) stressant(s), et de la capacité à s'y adapter. » (Detraux, 2002, p. 35)

Werner et Smith (1989) constatent que le composant principal d'ajustement efficace des multiples situations inévitables de stress est effectivement le sentiment de cohérence. Elles se posent la question de savoir dans quelle mesure les familles et la société en général permettent ou empêchent le développement et la sauvegarde de ce sentiment ?

Un concept très semblable au sentiment de cohérence est « self-efficacy » de Bandura.

## **2.5 Conceptions opposées à la résilience**

### **2.5.1 La vulnérabilité**

La vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions. Elle rend compte de la variabilité interindividuelle. Le terme vient du mot latin 'vulnera' qui veut dire blesser. La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses patentes ou latentes immédiates ou différées et peut être comprise comme une capacité (ou incapacité) de résistance aux contraintes de l'environnement. (Anaut, 2003, p. 13)

En général, l'approche de la vulnérabilité peut être conçue selon deux axes principaux :

- La vulnérabilité personnelle (centrée sur le sujet) : terrains ou prédispositions génétiques éventuelles, ressources de la personnalité, ressources cognitives, etc....
- La vulnérabilité liée à l'environnement : dépendant des faiblesses du milieu et des interactions relationnelles inadéquates, comme la structure familiale inadéquate, la pauvreté, l'isolement social, etc.... (Anaut, 2003, p. 14-15)

Werner et Smith (1992) pensent que la résilience et les facteurs de protection complètent du point de vue développemental et même surpassent le concept de la vulnérabilité et aussi les facteurs de risque ; ce sont des dangers biologiques ou psychiques qui peuvent influencer négativement un développement de l'individu ou du groupe de personnes. Ces deux auteures américaines imaginent que la vulnérabilité nuit à l'enfant en augmentant les effets des facteurs de risque. (Werner, 1993, in Anaut, 2003, p. 16) La vulnérabilité est pour ces chercheuses une « prédisposition de l'enfant à développer des psychopathologies ou des troubles de comportement susceptibles de nuire à son adaptation ». (Anaut, 2003, p. 16) Masten (1990, in Anaut, 2003, p. 16) partage le même point de vue sur la vulnérabilité en disant que : « la vulnérabilité peut concerner une prédisposition spécifique, par exemple à une psychopathologie (notamment la schizophrénie) et peut dépendre de problèmes d'ordre génétique particulier. »

Anaut (2003, p. 13) explique que « chez l'enfant, la vulnérabilité peut se révéler face à des facteurs de risque... ». Mais elle remarque que « cependant, la vulnérabilité ne se réduit pas à la confrontation à des facteurs de risque (...), elle est à distinguer des facteurs de risque. » (p. 13) Garnezy (1974, in Haggerty, Sherrod, Garnezy, Rutter, 1996) mentionne que désigner un enfant comme vulnérable ou « à haut risque » provient de quelques modèles principaux qui étudie l'étiologie des troubles du comportement :

1. Des prédispositions génétiques ;
2. une désorganisation pathologique de l'environnement proche, c à d. la famille ; ou
3. de l'environnement socioculturel de l'enfant ;
4. ou encore une carence au cours de la période prénatale et néonatale.

E. J. Anthony (1982, in Anaut, 2003, p. 13) a initié depuis les années 1970 les recherches sur les

enfants à risque et a observé que les enfants étaient inégaux devant le risque et présentaient un état de vulnérabilité variable. Pour soutenir sa théorie, il a proposé la métaphore des trois poupées. Une en verre, l'autre en plastique et la troisième en acier. Chacune réagit différemment à un coup de marteau. Suite à cette théorie, il a créé le concept de l'enfant invulnérable (la poupée en acier). Mais ce concept a été vite abandonné et même Anthony a modifié sa théorie en précisant que pour les enfants, il faut prendre en compte d'autres variables comme : « les probabilités génétiques, les différences constitutionnelles, les hasards de la reproduction, les maladies physiques, les traumatismes dus à l'environnement et les crises développementales ». (Anaut, 2003, p. 14)

Manciaux (1999, in Anaut, 2003, p. 14) a repris la métaphore d'Anthony et l'a modifié en ajoutant qu'il faut prendre en compte l'environnement, l'événement et le niveau de vulnérabilité inné.

Rutter (1985, in Werner, Smith 1992) s'est également opposé au concept de l'enfant vulnérable. Il constate que la résistance au stress est relative, pas absolue. Le niveau de la résistance est donné d'après lui par la constitution, par l'environnement et son niveau dépend des événements de la vie. C'est pourquoi les spécialistes préfèrent les concepts similaires à l'invulnérabilité, comme la résilience ou la résistance au stress. (P.ex. Masten, Garmezy, 1985)

### **2.5.2 L'incapacité acquise**

Seligman (1975, in Horáková Hoskovcová, 2004), à la suite des théories d'apprentissage (Bandura, Sears, Rotter, Kendler), a construit le terme 'incapacité acquise'. Ce concept est caractérisé par une présupposition cognitive d'après laquelle les gens croient que le bon et le mauvais résultat d'une action ou d'un événement sont indépendants de leur activité et de leurs capacités. Le fait décisif pour les sujets participant aux expériences n'était pas la faillite

de l'activité mais le manque de contrôle sur le déroulement de cette activité et l'absence d'harmonie entre leur activité et le feedback de l'environnement.

Contrairement à ce concept, Werner et Smith (1989, 1992) supposent que les expériences des enfants résilients avec l'ajustement et avec le surpassement des situations stressantes par leurs propres activités les immunisent de l'intérieur contre cette incapacité acquise et à la place de cela, ils construisent l'espoir, même dans les cas de pauvreté continue.

### 3 LES QUATRE CONCEPTS PRINCIPAUX

Tenant compte du fait que la résilience est un concept relativement nouveau et inconnu en République tchèque, nous croyons utile présenter ici 3 principaux points de vue sur cette thématique. Dans un premier temps, nous allons mentionner l'étude qui a commencé tout autour de la résilience : une étude longitudinale sur une des îles de Hawaï, Kauaï, de Emily Werner et Ruth Smith, deux chercheuses américaines. Ensuite nous allons parler en détail de la conception du couple Wolin. Cette conception représente la théorie clé de la partie recherche de notre travail. Les Wolin s'y intéressent aussi depuis longtemps d'une manière très systématique et ils ont construit un système de sept domaines de résiliences primaires. Après, nous désirerons présenter la résilience d'après le BICE (Bureau International Catholique de l'Enfance), avec Stefan Vanistendael en tête. Il s'agit d'une des conceptions européennes qui restent assez rares d'ailleurs et qui est orientée vers l'utilisation pratique. Et finalement, nous ne pouvons pas oublier la seule étude tchèque de Z. Matějček. Cette étude ne présente pas de nouveau modèle théorique. L'auteur a une grande expérience avec la carence affective des enfants et il s'est concentré dans sa recherche sur les facteurs de protection des enfants sans famille qui sont devenus des adultes socialement bien adaptés. Cette recherche peut apporter des preuves de la légitimité des modèles existants de la résilience.

#### **3.1 Le recherche de E. WERNER et R. SMITH**

Bien que leur étude ne portait pas initialement sur la résilience, elle a contribué au développement de ce concept et grâce à ses résultats, elle a abouti à analyser quelques facteurs de résilience qui sont souvent mentionnés et cités dans les travaux nommés plus haut. Cette recherche est très particulière. Il s'agit d'une recherche longitudinale effectuée sur l'archipel Kauaï des îles Hawaï. Les auteurs ont suivi des enfants dès la période prénatale jusqu'à l'âge adulte.

Cette recherche a été basée dans l'esprit du modèle interactive dès le début sur deux foyers : les facteurs constitutionnels-ce qui est donné, inné, et sur l'influence de l'environnement. Ses résultats ont apporté beaucoup d'acquis pratiques et ils ont contribué aux changements de la

psychologie du développement. Les résultats des chercheuses américaines sont souvent cités et ils servent de point de départ aux travaux ultérieurs qui concernent la résilience.

La recherche est très complète, nous allons nous centrer juste sur quelques résultats cruciaux.

La recherche a débuté en 1955 et elle a suivi 698 enfants nés cette année-là, jusqu'à leurs 31/32 ans. Elle est unique aussi à cause de sa large multi raciale cohorte des sujets parce qu'elle inclut tous les enfants nés sur cette île sur une année. La recherche avait dès le début une très bonne conception, et ses résultats ont été analysés systématiquement au cours du travail.

Elle a commencé par une analyse de l'histoire reproductive des futures mères, par leur état physique et psychique, et ceci s'est répété chaque trimestre, dès la 4<sup>ème</sup> semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement. Un résumé des complications périnatales suivait, ainsi que d'influence de l'environnement de soin et d'éducation sur le développement physique, cognitif et social dans l'enfance, la puberté et l'adolescence des enfants.

Avant de présenter certains résultats, nous allons citer un résultat général qui va confirmer la demande de Vanistendael sur la utilité générale de ce concept (cf. le chapitre 3.3) :

*« Nous avons trouvé que la recherche sur la résilience nécessite une perspective qui parcourt l'espace et le temps. Nous pouvons dire que les mêmes facteurs semblent d'apparaître dans des études longitudinales des enfants qui proviennent de différents milieux socio économiques et ethniques et qui vivent dans des villes, à la campagne ou au bord de la mer aux Etats-Unis, en Europe et qui grandissent dans de différents époques. »* (Werner, Smith, 1989, p. 155)

### **3.1.1 Le contexte historique de la recherche**

Dans la deuxième moitié des années 70 du 20<sup>ème</sup> siècle l'orientation de la recherche du développement de l'enfant a changé. Après des dizaines d'années de concentration sur la pathologie, elle s'est tournée vers les mécanismes auto réparateurs de l'organisme humain. L'idée du développement normal malgré des circonstances négatives est née. Les recherches qui ont suivi ont apporté de nombreux résultats qui ont attiré l'intérêt des chercheurs sur les capacités des enfants à gérer les problèmes<sup>17</sup>. Ces capacités comprennent l'adaptation des enfants malgré des conditions difficiles, voir frustrantes. Ces recherches ont signalé la

<sup>17</sup> Coping skills (des capacités d'ajustement)

présence de la résilience des enfants, définie comme : « leur capacité à dominer efficacement des stress négatifs intérieurs (l'instabilité des réactions autonomes, une sensibilité excessive) et des stress extérieurs (des maladies, grands deuils et la décomposition de la famille) ». (Werner, Smith, 1989, p. 36)

### **3.1.2 Les caractéristiques de l'ensemble résilient**

La partie de la recherche concentrée spécialement sur la résilience comportait 72 personnes, dont 42 filles et 30 garçons qui n'ont pas atteint l'âge de 2ans. Les enfants ont été classés dans un groupe potentiellement susceptible d'avoir un développement négatif parce qu'ils combinaient au moins quatre facteurs de risque. Tous sont nés et ont été éduqués dans des familles pauvres (pauvreté définie d'après le niveau des revenus et du logement). La majorité des pères n'avaient pas de qualification et ils étaient agriculteurs. De même, la plupart des mères avaient un niveau d'instruction incomplet (approximativement la fin du collège « high school » au bac), la moitié avait huit années et moins ans d'instruction primaire. Ces enfants avaient également des traits constitutionnels de vulnérabilité : dans les examens précédents, ils avaient des taux de stress périnatal plus élevés que d'autres enfants ou leur poids natal était inférieur à 2500 grammes. Certains parmi eux sont nés avec un handicap physique et une partie importante avait des parents dépendants de l'alcool ou malades psychiques.

Pendant l'enfance et l'adolescence, aucun trouble d'apprentissage ni de comportement n'ont été observés. Ils ont réussi à l'école, à la maison et avec leurs copains ; ils se sont donnés des projets de vie réalistes. Vers leurs 20 ans, c'étaient des personnes compétentes, engagées et avec une bonne estime de soi. Ils n'ont pas manqué les occasions qui se sont présentées de se perfectionner. Leurs résultats ont été comparés avec un autre groupe équivalent d'enfants à haut risque qui ont eu à 10 et 18 ans de graves problèmes pour maîtriser leur vie<sup>18</sup> tels que des troubles d'apprentissage, des troubles psychiques, un comportement délinquant à plusieurs reprises. La recherche s'est donc centrée sur les caractéristiques des sujets eux-mêmes, de leurs familles et de leur environnement social pour trouver ce qui a contribué à leur résilience. (Werner, Smith, 1992, p. 213-217)

---

<sup>18</sup> Coping problems

### **3.1.3 Les résultats de la recherche dans le contexte de développement**

Quelles étaient donc les caractéristiques personnelles des enfants résilients ?

- 1) Dans leur enfance, ils ont eu un tempérament qui attirait l'attention positive des membres de leur famille et d'autres adultes, même des inconnus. Au cours de la première année de leur vie, ils ont été perçus par leurs parents ou éducateurs comme « très actifs », les garçons comme « amicaux, facilement maîtrisables » et les filles comme « gentilles, sages et mignonnes ». Ces enfants résilients avaient aussi peu d'habitudes de sommeil ni de nourriture de nature à épuiser leurs parents. Les mêmes résultats disent que les enfants qui ont été le plus touchés par le manque de soutien émotionnel, avaient les caractéristiques suivantes : des tendances constitutionnelles à la passivité, le recul, un niveau général plus passif. (Werner, Smith, 1992, p. 57)
- 2) Les enfants résilients ont eu dès leur jeune âge préscolaire (à partir de 2 ans) une grande activité, une curiosité et une autonomie de comportement. Ils ont recherché eux-mêmes de nouvelles expériences et des contacts sociaux. Ainsi leurs communication, motricité et autonomie ont été de meilleure qualité que les enfants ayant des problèmes de comportement ultérieurement. (Werner, Smith, 1992, p. 58)
- 3) A l'école primaire, les enfants résilients ont vite appris à être bien avec leurs camarades de classe. Ils étaient plus performants en lecture et capacités d'analyse. Quand ils n'avaient pas de grandes aptitudes, ils ont essayé quand même d'utiliser leurs connaissances acquises le plus efficacement possible. Les parents et les enseignants ont affirmé avoir observé que ces enfants avaient beaucoup de passe-temps et de loisirs qui n'étaient pas différenciés d'après le sexe. Ces activités leur fournissaient une consolation à leurs souffrances et une raison de se sentir fiers. (Werner, Smith, 1992, p. 58)
- 4) A la fin de la puberté, leur « self concept » et la personnalité interne<sup>19</sup> des enfants résilients ont été bien développés. Les résultats de test CPI<sup>20</sup> ont montré un niveau plus élevé de la responsabilité, de la sollicitude et de l'orientation de vie vers la performance. En particulier, les filles résilientes sont sorties comme plus assertives et indépendantes que d'autres filles dans la cohorte. (Werner, Smith, 1992, p. 58)

<sup>19</sup> Voir aussi chap. 2 : Les termes similaires. Self-concept : l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes. Personnalité interne : En anglais « locus of control interne » ; les sujets internes cherchent la cause d'un événement en eux-mêmes, sont conscients de leur capacité de modifier les événements.

<sup>20</sup> Californian Psychological Inventory, Gouh, 1969 (Werner, Smith, 1989, p. 83)

### 3.1.4 Les résultats de la recherche : regard psychosocial

- 1) La majorité des enfants résilients ont été élevés dans des familles avec 4 enfants ou moins. La différence d'âge entre les enfants a été de 2 ans et plus. Chacun des enfants avait donc la possibilité de former une relation avec au moins une personne qui lui fournissait assez d'attention positive. Une autre partie des relations et de l'attention positive venait des grands-parents, des soignants etc. Ces personnes ont également servi comme modèles pour l'identification positive de l'enfant. Dans le cas des familles où la mère avait un emploi, ou dans le cas où le père manquait, les filles résilientes ont effectué les travaux ménagers. Ces occupations ont contribué à leur plus grande autonomie et responsabilité. Les garçons résilients étaient souvent des fils aînés, sans la nécessité de partager l'attention des parents avec d'autres enfants. Dans la plupart des cas, ils avaient un modèle masculin dans la famille, que ce soit le père, le grand-père, un oncle ou un cousin. La structure de la famille, les rôles et les obligations de chaque membre sont devenues des parties constituant la vie quotidienne.
- 2) Les enfants résilients trouvaient également un soutien émotionnel nécessaire hors de leurs familles. Ils avaient d'habitude un ou plusieurs amis. En cas de problèmes, ils cherchaient du réconfort dans les relations avec des voisins ou des amis. Ils ont participé à de nombreuses activités hors de l'école, spécialement des activités collectives. Ils ont eux-mêmes ainsi contribué à donner un sens à leur vie et ils ont gagné la conviction d'avoir la vie entre leurs mains.
- 3) Les facteurs constitutionnels comme *la santé et le tempérament* ont le mieux fait la différence entre les enfants résilients et les enfants en risque dans la petite enfance. A l'âge scolaire, les enfants résilients se sont fiés le plus aux personnes proches ~~alternatives (donc les amis, pas la famille)~~. ~~Les capacités de raisonnement et verbales~~ ont été autant importantes à cet âge. Pendant l'adolescence, les caractéristiques internes des enfants résilients sont devenues primordiales. Nous pouvons nommer l'estime de soi et l'attitude interne<sup>21</sup> envers les événements. (Werner, Smith, 1989) Nous aurons recours à ces caractéristiques nommées au cours d'analyse des résultats de notre recherche.

<sup>21</sup> En anglais « locus of control interne ». Voir aussi chap. 2 : Les termes similaires.

### 3.1.5 Les sujets résilients à 31/32 ans

La recherche s'est poursuivie quand les « enfants » de l'ensemble d'origine ont eu 31/32 ans. L'ensemble comportait cette fois-ci 63 personnes dont 27 hommes et 36 femmes. Les résultats ont été comparés avec plusieurs groupes : un groupe de gens sans problèmes, un groupe de délinquants et un groupe dont les sujets souffraient de problèmes psychiques. Nous allons nous concentrer juste sur le groupe des sujets résilients.

En ce qui concerne la formation, les hommes et les femmes résilients ont atteint une formation plus élevée<sup>22</sup> que les personnes du groupe à haut risque.

Le taux de chômage dans le groupe des sujets résilients a été significativement inférieur à la moyenne de l'époque. Seule un homme qui venait de finir sa formation et trois femmes avec de jeunes enfants n'ont pas été employés. (Werner, Smith, 1992, p. 59) Une part significativement élevée des hommes résilients ont eu un travail qualifié ou semi qualifié par rapport aux hommes avec des problèmes. Le groupe résilient avait associé la majorité de leurs problèmes avec l'emploi. Pourtant, la carrière et le succès au travail ont été le but prioritaire dans cette période de la vie des sujets résilients, et spécialement pour les femmes. (Werner, Smith, 1992, p. 60)

Dans la vie privée, un plus grand nombre de femmes résilientes que de femmes du groupe des délinquants se sont mariées. Quatre-vingt pour cent de femmes résilientes ont été mariées, y compris quelques-unes qui ont été mariées pour la deuxième fois (15%). Le taux de mariage pour les femmes résilientes est plus élevé que la moyenne nationale qui est de 68,5%. Par contre moins de la moitié des hommes résilients se sont mariés, ce qui est au-dessous de la moyenne nationale (64,7%). Ce numéro a été le même dans le groupe des délinquants. Le taux de divorce est semblable dans les deux groupes mais presque double de la moyenne pour cette génération : 17,4 % vs 8,5%. Malgré tout, les résultats montrent que les hommes résilients ont considéré la carrière comme prioritaire sur les engagements à long terme, et ceci pendant tout le jeune âge adulte.

Trois quarts de femmes résilientes ont été des mères (76,5%), tandis que moins que la moitié des hommes ont eu des enfants (43,5). La majorité des mères ont eu deux enfants et n'en ont pas planifié d'autres. Bien que par rapport à la moyenne, les parents résilients aient eu moins d'enfants, ils ont quand même plus évalué les aspects positifs de la parentalité que le groupe

<sup>22</sup> Il s'agit de la formation au-delà de l'école primaire. (Werner, Smith, 1992, p. 59)

délinquant. Deux tiers des hommes résilients ont considéré le fait d'être papa comme un signe de développement personnel et une grande partie parmi eux ont apprécié l'aide de leur compagne dans le rôle parental. Cette appréciation n'est pas apparue dans le groupe des délinquants. (Werner, Smith, 1992, p. 63) Plus de la moitié des femmes résilientes (64%) ont exprimé leur plaisir de voir leurs enfants grandir. (Werner, Smith, 1992, p. 64)

Pour résumer, les résultats montrent qu'à l'âge de 31/32 ans, la majorité des femmes résilientes et la minorité des hommes résilients ont maîtrisé avec succès le stade de générativité (Erikson, 1959). Ensemble, les hommes et les femmes, ont fait des efforts efficaces d'être des bons parents malgré leurs frustrations continues avec leurs propres parents. (Werner, Smith, 1992, p. 64)

Les relations difficiles avec les parents des hommes et femmes résilients ont eu un impact négatif sur leur propre vie parentale, tel que le divorce, les problèmes chroniques dans la famille ou les maladies psychiques des mères. Mais le groupe des résilients a géré ces problèmes en se détachant de leurs parents alors que les personnes du groupe délinquant sont restées mêlées dans la pathologie familiale et ils l'ont considéré comme une norme. (Werner, Smith, 1992, p. 65)

Les sujets résilients ont présenté leurs relations avec leurs frères et sœurs comme plus satisfaisantes que le groupe délinquant. (Werner, Smith, 1992, p. 67)

En ce qui concerne des amis, les deux groupes n'ont différés ni dans le nombre d'amis, ni dans la satisfaction avec ces relations, ni dans les activités partagées. (Werner, Smith, 1992, p. 68) En revanche, les hommes résilients ont déclaré être souvent des solitaires, contrairement aux hommes délinquants qui dépendaient davantage du support émotionnel de leurs copains. (Werner, Smith, 1992, p. 68)

Les différences entre les deux groupes sont les plus marquantes dans le domaine des buts et des soucis. Les femmes résilientes (64,7%) et les hommes résilients (39,1%) ont désigné comme la plus haute priorité la carrière et le succès, deux buts qui occupaient les positions les plus basses dans le groupe des délinquants. Puis suivaient le développement et la satisfaction personnels, un quart des sujets résilients désiraient un mariage heureux, des enfants et leur propre maison. Tandis que les positions les plus basses chez les sujets résilients ont été occupées par le désir des relations étroites avec la famille et les amis. (Werner, Smith, 1992, p. 69)

L'échelle des soucis a commencé à l'égalité pour les deux groupes, les soucis financiers ont été désignés comme les plus importants. Les soucis pour l'emploi occupaient l'esprit des hommes et les soucis pour la santé des enfants l'esprit des femmes. La fréquence de soucis

pour la santé personnelle a surpris même les chercheurs dans le groupe résilient. Les taux ont été plus que doublés par rapport aux personnes délinquantes. (Werner, Smith, 1992, p. 70)

Les personnes résilientes cherchaient le soutien émotionnel dans les moments stressant en elles-mêmes, (hommes 73,9%, femmes 61,8%), contrairement au groupe délinquant qui se sont fiés aux membres de leur famille ou à leurs amis. La moitié des femmes résilientes et un tiers des hommes résilients ont considéré leurs partenaires comme une source importante de soutien. Presque la moitié des femmes du même groupe se sont fiées à la foi et la prière, tandis que dans le cas des hommes résilients, ce nombre n'a atteint qu'un cinquième. Il ne s'agissait pas d'une confession commune, certains appartenaient à l'Eglise catholique, d'autres étaient Bouddhistes, Protestants ou Mormons.

### **3.1.6 Les différences dans la vulnérabilité des hommes et des femmes**

E. Werner et R. Smith (1989, pp. 36-49) ont également remarqué la différence des hommes et des femmes dans la vulnérabilité et la résilience. Ces remarques sont tout à fait en accord avec les connaissances de la psychiatrie de développement. Ces résultats nous intéressent, c'est pourquoi nous avons décidé de les mentionner ici. Nous sommes obligés de les prendre en compte pendant l'interprétation des résultats de nos propres recherches.

Voici les différences :

➤ Jusqu'à 10 ans : les garçons avaient plus d'accidents graves et de maladies nécessitant d'être soignées par un médecin que les filles ; ils ont eu également plus de problèmes d'apprentissage et de comportement à l'école et à la maison que les filles.

➤ En général, l'immaturation des garçons unie aux grandes attentes des autres aux garçons de montrer les traits de comportement masculins alors qu'ils vivaient surtout dans l'entourage des femmes ont contribué (séparément et individuellement) au niveau des troubles de comportement plus élevé que chez les filles.

➤ De 10 à 20 ans : le nombre total de garçons avec des troubles d'apprentissage a diminué, alors que le nombre de filles avec des troubles graves de comportement a augmenté. Les garçons semblaient d'être d'avantage préparés aux exigences de l'école et du travail alors qu'ils présentaient toujours un niveau de comportement délinquant et antisocial plus élevé. Les filles ont été confrontées avec la pression sociale au rôle des femmes ce qui a provoqué d'avantage de problèmes psychiques vers la fin de l'adolescence, d'avantage de problèmes avec l'adaptation, et les grossesses des filles trop jeunes avec des mariages.

➤ Alors que les garçons rencontraient des problèmes surtout avec la gestion de leur comportement agressif dans l'enfance, les filles avaient des problèmes avec la dépendance surtout à l'adolescence.

Pour conclure, nous pouvons résumer que les hommes ont eu plus d'expériences avec des difficultés et leur gestion que des filles. Réciproquement, les femmes ont rencontré plus d'événements stressants à l'adolescence. Malgré les pressions sociales et biologiques qui semblent influencer la vulnérabilité de chaque sexe dans les périodes d'âge différentes, un plus grand nombre de filles à haut risque (high-risk) s'est transformé en femmes résilientes que de garçons à haut risque.

Des chercheurs tchèques Langmeier et Krejčířová (1998, p. 262) ont constaté des différences de sexe pareilles : « ...des garçons sont plus vulnérables en ce qui concerne des complications périnatales, la sous-alimentation, l'infection et des handicaps physiques. Les troubles émotionnelles sont à peu près aussi fréquentes chez les filles comme chez les garçons avant la puberté, mais pendant la puberté et l'âge adulte, ils deviennent plus fréquents chez les filles et les femmes. » Les auteurs ajoutent que ces différences sont conditionnées biologiquement et socialement.

Un autre psychologue tchèque, Zdeněk Matějček (1986) s'est aussi intéressé aux différences des sexes dans la vulnérabilité. Dans son cas, il s'agissait de l'influence d'absence d'un des parents a développement psychosocial de l'enfant. Si père manque dans la famille, le risque est plus élevé pour les garçons que pour les filles. Il affirme que : « ...les garçons sont plus sensibles, réceptifs et aussi 'vulnérables' que les filles. » (Matějček, 1986, p. 62) Les garçons manquent l'autorité d'où les troubles possibles de comportement. Les filles, elles, sont ~~déclarées comme mieux socialement adaptées mais elles peuvent présenter des problèmes en~~ formant des liens avec les hommes à cause de la manque du modèle masculin.

Une fréquence supérieure des femmes que des hommes dans le groupe adulte (le jeune âge adulte) des sujets résilients dans les résultats de Werner et Smith (1992) est en accord avec ce qui a été dit précédemment.

### **3.2 Le concept de la résilience d'après S.J. WOLIN et S. WOLIN**

Steven J. Wolin, M. D. et sa femme Sybil Wolin, PhD. ont basé leur théorie de la résilience sur de nombreuses années de pratique clinique et de recherche. Actuellement, ils dédient tout leur travail à ce thème et les résultats de leurs recherches apparaissent en citation dans beaucoup d'articles sur ce thème. Leur théorie a été publiée dans plusieurs livres, dont celui que nous utilisons « *The Resilient Self* » (1993) représente le résumé de leurs connaissances théorétiques et de leurs résultats pratiques. Le livre est conçu pour présenter la théorie de la résilience, sa relation à la vie quotidienne et l'issue des situations difficiles. Il combine les études de cas, les sujets pour une réflexion personnelle et les suggestions pour gérer les situations difficiles. Le livre est surtout destiné aux personnes qui ont vécu dans une famille avec des difficultés<sup>23</sup> ou problématique, la langue utilisée est facile, sans trop de termes psychologiques. La lecture apporte des idées pour comprendre ces problèmes et pour ne pas se laisser influencer par les problèmes familiaux. Ceci explique pourquoi nous avons décidé d'utiliser juste quelques questions et de les transformer, pour qu'elles répondent au mieux à la situation des sujets handicapés. A la fin de ce livre, le lecteur trouve un questionnaire psychologique pour évaluer son état actuel de perturbation<sup>24</sup> par les problèmes familiaux. Ce questionnaire est très demandant : il comporte 120 questions, il est également très personnel, nous pourrions difficilement demander à un participant étranger à notre recherche de nous le remplir. Voici la raison pour laquelle nous ne l'avons pas utilisé, mais ceci sera discuté dans la partie de recherche.

Ce chapitre a pour but de présenter leur concept en détail puisqu'il s'agit du concept clé de notre recherche. Ni traduction tchèque ni française de cette œuvre ne sont disponibles, nous allons le traduire nous-mêmes et indiquer en légende le mot d'origine, donc en anglais. (Il existe un bref résumé de leur théorie dans le livre de R. Poletti et B. Dobbs « *La Résilience : L'art de rebondir* », 2001, p. 32-34.)

#### **3.2.1 Définition de la résilience d'après les Wolin**

Les Wolin définissent la résilience comme un processus. Pour eux, elle représente un paradoxe qui comprend un endommagement psychologique et une force subsistante, dont le résultat peut être la conciliation avec la souffrance. « *La résilience comme le paradoxe dans*

<sup>23</sup> « *troubled family* » en anglais

<sup>24</sup> *The Damage Inventory*

notre recherche est basée sur 25 personnes, hommes et femmes, qui ont grandi dans des conditions familiales difficiles et qui vivent en ce moment une vie adulte satisfaisante ». (Wolin, Wolin, 1993, p. 6) Ils les appellent les « survivants<sup>25</sup> ». Les survivants sont nombreux mais ils ont une chose particulière par rapport aux autres. « *La capacité de surmonter les contraintes (...) se répand et mûrit en forces durables ou aspects du self du survivant que j'appelle les résiliences. Il y en a sept.* » (Wolin, Wolin, 1993, p. 5)

---

Les résiliences se développent différemment chez différents enfants, adolescents et adultes et prennent des formes variées. Ils postulent que les résiliences tendent à se typer d'après le type de personnalité. Par exemple un survivant extraverti aura une combinaison de résiliences différente de celle d'un survivant sérieux et introverti. Certains survivants peuvent avoir besoin et peuvent utiliser toutes les résiliences pour pouvoir surmonter le passé. Pour la majorité, la résilience et la vulnérabilité sont en permanente ou fréquente opposition, l'une les tient debout, et l'autre les tire vers le bas. La vie intérieure du survivant est un champ de bataille permanent où les forces de découragement et les forces de décision luttent constamment. Pour la plupart, la décision vainc. (Wolin, Wolin, 1993, p. 6)

Les sept résiliences sont les suivantes :

- **La prise de conscience<sup>26</sup>** (ou **la perspicacité<sup>27</sup>**) qui est la capacité à identifier les problèmes, leurs sources, et à chercher des solutions pour soi-même et pour les autres, tout en étant sensible aux signaux donnés par l'entourage.
- **L'indépendance<sup>28</sup>** qui est basée sur la capacité d'établir des limites entre soi-même et les personnes proches, de se distancer de ceux qui nous manipulent et de rompre les relations de mauvaise qualité.
- **Le développement de relations<sup>29</sup>** (**l'aptitude aux relations**) satisfaisantes avec les autres, la capacité de choisir des partenaires en bonne santé mentale.
- **L'initiative<sup>30</sup>** qui permet de se maîtriser et de maîtriser son environnement en ~~trouvant du plaisir à des activités constructives.~~
- **La créativité<sup>31</sup>** qui permet de penser autrement que les autres et de trouver refuge dans un monde imaginaire, qui permet aussi d'oublier la souffrance intérieure et d'exprimer positivement ses émotions.

---

<sup>25</sup> « survivors »

<sup>26</sup> Insight

<sup>27</sup> Les noms entre la parenthèse sont les traductions utilisées par Manciaux (2000) et Anaut (2003).

<sup>28</sup> Independence

<sup>29</sup> Relationships

<sup>30</sup> Initiative

<sup>31</sup> Creativity

- **L'humour**<sup>32</sup> dont le but est de diminuer la tension intérieure et de déceler le comique au cœur de la tragédie.
- **L'éthique**<sup>33</sup> (**un sens moral ou religieux**) qui guide l'action parce que l'on sait ce qui est bien et ce qui est mal et qu'on accepte de prendre le risque de vivre sur la base de ces valeurs. L'éthique permet aussi de développer l'entraide et la compassion. (Poletti, Dobbs, 2001, p. 32-34)

### **3.2.2 Les deux modèles d'approche envers la problématique**

Les Wolin partent de la comparaison de deux modèles de compréhension de la problématique. Le premier s'appelle « Modèle d'endommagement<sup>34</sup> » et le deuxième « Modèle de défi<sup>35</sup> ».

Le modèle d'endommagement est représenté par une approche classique, psychopathologique. Seuls les traits pathologiques sont décrits, il n'y a pas de place dans ce modèle pour les côtés forts de l'individu. S'il existe un cas sans endommagement trouvé, il est classé comme « asymptotique » ou « sans symptômes visibles ». Ce modèle décrit des enfants de familles problématiques comme vulnérables, impuissants, enfermés dans la famille ». Les tenants de cette théorie proclament qu'il y a un prix à payer pour les efforts pour surmonter les problèmes, et ce sont des symptômes et des troubles de comportement inclus dans des catégories générales pathologiques. Les troubles de comportement dans la puberté et l'adolescence proviennent d'endommagement primaire et peuvent évoluer vers les mêmes problèmes que leurs parents. Le rôle de la psychothérapie est donc d'aider à diminuer cet endommagement par la compréhension de ces problèmes. (Wolin, Wolin, 1993, p. 12-15)

Le modèle de défi est né à la base d'une expérience clinique. Souvent les enfants examinés des familles problématiques ne présentaient non seulement pas de symptômes visibles mais ~~plus tard, ils n'ont pas adopté les modèles de comportement malsain de leurs parents.~~ Dans ce modèle, nous retrouvons deux ensembles de forces : l'enfant et l'interaction familiale. Les difficultés familiales sont comprises comme un danger pour l'enfant et en même temps comme une occasion. L'enfant est vulnérable par l'influence malsaine de ses parents mais il est aussi poussé à surmonter la douleur et la souffrance par des expériences, par des recherches et des actions de sa propre initiative. Le résultat des forces d'endommagement et

<sup>32</sup> Humor

<sup>33</sup> Morality

<sup>34</sup> The Damage Model

<sup>35</sup> The Challenge Model

de défi est un individu qui ne s'est pas débarrassé de toutes ses pathologies mais qui a pourtant développé la résilience qui restreint son endommagement, et qui supporte son développement et son well-being. Les éléments contrastants de la vulnérabilité et de la résilience sont des produits d'un processus de formation d'identité de l'individu qui s'appelle « miroitement<sup>36</sup> ». Voilà comment les Wolin (1993, p. 16 et 17) l'expliquent : « En accord avec les spécialistes du développement des enfants, nous sommes nés sans l'idée de qui nous sommes. Nous rassemblons l'image de nous-mêmes, d'abord de notre corps, puis de notre nature de base – en voyant notre réflexion dans les visages des gens qui s'occupent de nous. Les enfants qui voient d'habitude l'amour, l'acceptation, la joie et l'admiration dans le miroir des visages de leurs parents, se construisent une représentation interne correspondante d'eux-mêmes qui dit : « Je suis digne d'amour. Je suis bon. » Dans les familles avec des difficultés ce miroitement est faussé et les enfants se trouvent en risque de se former une représentation interne disant : « Je suis mauvais. Je suis inacceptable. » Ceci vient de parents qui sont perturbés par leurs problèmes et qui reflètent une image comme les miroirs grotesques. »

Le modèle de défi refuse l'influence linéaire des symptômes de risque sur l'enfant mais met l'accent sur l'interaction des symptômes positifs et négatifs sur l'axe enfant-parents. Cette théorie nous renvoie au besoin de reconnaissance mentionné dans la majorité des systèmes de besoins humains, p. ex. E. Berne ou A. Maslow et à la théorie de l'attachement de R. Spitz, M. Mahler et d'autres.

### **3.2.3 La Mandala de la Résilience<sup>37</sup>**

La mandala de la résilience est une représentation graphique du concept des sept résiliences des Wolin. Elle est inspirée par les mandalas de C. G. Jung.

~~Cette représentation a une grande symbolique. C'est une forme mythologique qu'on trouve partout dans le monde. Elle est associée avec la paix, l'harmonie et la santé. Elle représente aussi le cercle protecteur que forment les sept résiliences autour du « moi ». Elle traduit qu'il n'existe pas de hiérarchie et continuité dans le temps entre les résiliences. (Wolin, Wolin, 1993, p. 20-21) Pour chacune des sept résiliences, les Wolin ont décrit trois phases de développement : l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Dans l'enfance, les résiliences apparaissent sans une forme précise, sans orientation vers un but, plutôt comme un~~

<sup>36</sup> Mirroring

<sup>37</sup> The Resiliency Mandala

comportement motivé par l'intuition. Pendant l'adolescence, ce comportement se forme et devient intentionné. A l'âge adulte, le comportement devient plus général et plus inscrit dans la personne ; il devient une partie durable du « moi ». Par exemple, la prise de conscience commence avec « sentir » dans l'enfance, puis dans l'adolescence se transforme en « savoir » et mûrit en « comprendre » dans l'âge adulte. (www.projectresilience.com)

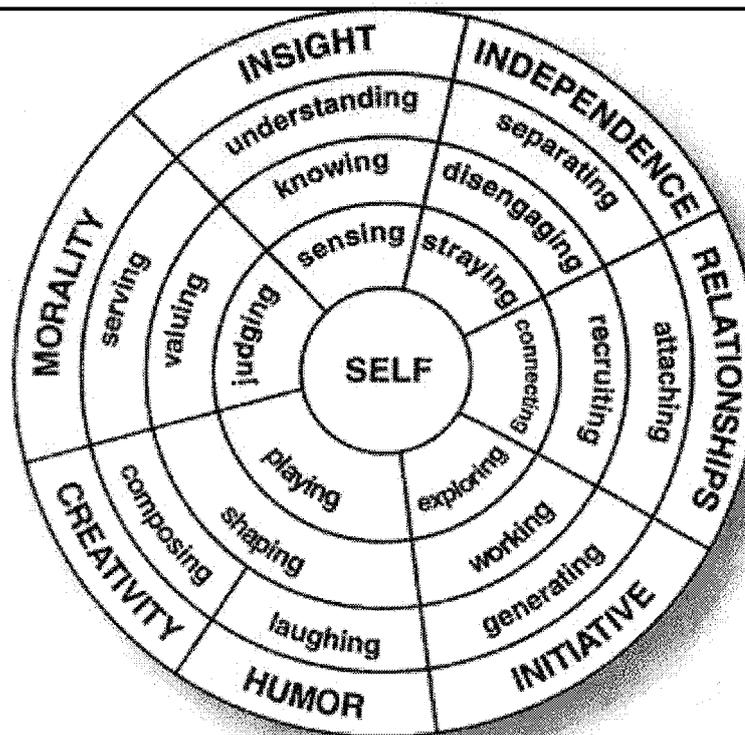


Figure 1: Mandala des résiliences de S.J. & S. Wolin

### 3.2.3.1 Comment lire la mandala de la résilience ?

Chaque cercle du diagramme représente une étape de développement. Le « moi » se trouve au centre du cercle. Le cercle le plus proche du centre représente les phases des résiliences dans l'enfance. En allant vers l'extérieur, le cercle voisin nous montre les étapes des résiliences dans l'adolescence et le cercle à côté dans l'âge adulte. Le cercle à l'extérieur de la mandala donne un nom commun, général à la résilience.

En lisant le diagramme cercle par cercle, vous allez comprendre le développement du concept général de la résilience à chaque période du développement.

En lisant les pointes, vous comprendriez le développement d'une résilience individuelle dans le temps. Chaque pointe représente une résilience. En vous approchant vers le centre, vous descendez dans le développement de l'homme.

### 3.2.4 La prise de conscience

~~La prise de conscience est une habitude mentale de chercher et poser des questions et donner~~ des réponses honnêtes. Le développement de la prise de conscience commence par « sentir<sup>38</sup> » ou par une intuition que la vie familiale est bizarre et invraisemblable. Habitué au danger, l'enfant résilient reconnaît bientôt le sens des changements dans la marche, dans les vêtements, dans la respiration ou la tonalité de voix de ses parents. Avec la maturité intellectuelle de l'adolescence, « sentir » s'approfondit en « savoir<sup>39</sup> » la totalité des problèmes familiaux et ses implications sur lui-même. A l'âge adulte, la préparation psychique des survivants résilients mûrit en « compréhension<sup>40</sup> » d'eux-mêmes et des autres. (Wolin, Wolin, 1993, p. 67)

Plus tard, les Wolin ont ajouté qu'à l'âge adulte, la compréhension apporte également la tolérance envers la complexité et l'ambiguïté du monde ou des sujets.

([www.projectresilience.com](http://www.projectresilience.com))

Ce facteur exprime la capacité de l'enfant à ne pas se laisser inclure dans le monde du comportement bizarre de ses parents, à être sceptique, à savoir se tenir à l'écart des problèmes familiaux et à s'assurer ainsi la possibilité de son propre développement sain. Cette résilience met en question l'image de l'enfant comme quelqu'un d'uniquement réceptif et passif.

➤ L'enfant résilient sent. « Sentir » le problème ne lui donne pas la capacité de changer les événements. Mais cela peut interrompre les réflexions faussées de la famille sur l'enfant, ~~remettre le problème là, où il est réellement, réduire l'angoisse de l'imprévu en acquérant la~~ capacité de le prévoir et l'habileté de se retirer de l'épicentre du conflit. (Wolin, Wolin, 1993, p. 76)

➤ L'adolescent résilient sait. Il est conscient d'être différent de ses parents. Il ne se sent pas coupable parce que la maladie de ses parents ne peut pas être sa faute. Il sait filtrer les informations et les évaluations de ses parents troublés passent à côté de lui. Il sait garder une

<sup>38</sup> Sensing

<sup>39</sup> Knowing

<sup>40</sup> Understanding

image de lui-même et du monde qui est beaucoup plus joyeuse que celle de ses parents. Ce facteur protecteur de savoir a été identifié par W. Beardslee et D. Poderefsky. (1988, in Wolin, Wolin, 1993, p. 81) Ils ont questionné des adolescents de 15 à 18 ans qui étaient les enfants de parents gravement psychologiquement malades. Ces enfants sont restés à l'écart de la maladie de leurs parents, ils ne craignaient pas la répétition du futur et ils étaient même capables d'empathie et de compassion vis à vis de leurs parents.

---

➤ L'adulte résilient comprend. C'est lié à une autonomie personnelle et morale, à des attitudes saines envers la vie et à la concentration à un futur positif. Ils perçoivent les difficultés comme des occasions pour devenir une personne compétente, responsable et avoir une saine assurance. Ils n'accusent pas les autres de leur destin et ils sont fiers d'être sortis vainqueurs de leur épreuves. (Wolin, Wolin, 1993, p. 84)

### **3.2.5 L'indépendance**

L'indépendance est caractérisée par le détachement émotionnel et physique des sources de problèmes. C'est le meilleur moyen pour influencer la satisfaction de ses propres besoins, pour sauver la relation aux parents et en même temps pour garder cette distance avec les difficultés. Il s'agit d'un compromis entre un détachement voulu des problèmes et un désir émotionnel fort d'une relation. L'indépendance commence chez les enfants par « se cacher<sup>41</sup> », donc s'évader et se préserver de la souffrance quand les difficultés s'approchent. L'adolescent est émotionnellement « désengagé<sup>42</sup> ». Il sait se détacher des situations difficiles et vit à côté pour lui-même. L'adolescent a appris qu'en tenant une certaine distance, il se sent mieux qu'en essayant de s'approcher de quelqu'un sans succès. Le survivant adulte maîtrise ses sentiments blessés et il arrive à se « séparer<sup>43</sup> » de sa famille problématique. Il gagne la liberté du choix de la relation à ses parents, il choisit les attentes rationnelles à la place des demandes exagérées des parents. (Wolin, Wolin, 1993, p. 88)

---

Le fait de se séparer peut être compris aussi comme la prise de contrôle sur ses peines et ses souffrances. ([www.projectresilience.com](http://www.projectresilience.com))

➤ L'enfant résilient se cache. Il se sauve devant les scènes angoissantes, soit physiquement, soit dans un monde imaginaire. En se rappelant ces moments plus tard, cela

---

<sup>41</sup> Straying

<sup>42</sup> Disengagement

<sup>43</sup> Separating

lui apporte de la peine et un sentiment de solitude sans doute. Mais ces souvenirs lui rappellent aussi ses capacités de développer des protections d'indépendance. Quand l'enfant se cache, il ne doit plus être le messager entre les deux camps sur le champ de bataille, celui qui nettoie des bouteilles d'alcool cassées non plus, ni l'objet sexuel, ni le confident de problèmes qu'il préférerait ne pas connaître. (Wolin, Wolin, 1993, p. 98)

---

➤ L'adolescent résilient est désengagé. Sa séparation physique de la famille continue. Il cherche des petits boulots pour l'été, il gagne de l'argent pour être indépendant aussi matériellement, il augmente ses compétences pour avoir une meilleure qualification dans le monde des adultes. Il choisit ses études ou son emploi bien éloigné de ses parents. Il se détache très vite du rôle soumis à la tyrannie de ses parents et commence tôt à décider pour lui-même. Il utilise plusieurs stratégies : il considère son détachement de la famille comme positif, il reste calme devant le comportement troublé et les remarques blessantes de ses parents, il garde les pieds par terre, ne s'aventure pas dans des espoirs fous et il s'oriente vers le futur et vers la possibilité de partir. (Wolin, Wolin, 1993, p. 100-101)

➤ L'adulte résilient se sépare. La séparation n'est pas seulement physique, le fait de quitter la maison de ses parents. Il se sépare aussi émotionnellement et psychiquement. Pour garder des contacts avec ses parents, il pose des règles. Des lettres qui sont capables d'exprimer beaucoup sans affects sont un bon moyen de pardonner. Dans des cas extrêmes, le contact va se dérouler sur un sol neutre, les appels seront courts ou à des heures qui sont favorables à une communication calme. Le fait d'avoir ses propres enfants peut aider aussi. L'adulte se rend compte qu'il n'est plus un enfant et il n'a plus tendance à retourner dans un rôle soumis. (Wolin, Wolin, 1993, p. 104-108)

---

### **3.2.6 Le développement des relations**

---

Les relations sont des liaisons intimes et satisfaisantes envers les autres gens. Elles nous démontrent qu'il est possible d'aimer et d'être aimé. Elles fournissent une compensation directe au déni que les familles troublées infligent à leurs enfants. Les enfants résilients cherchent l'amour en « se connectant<sup>44</sup> » ou en attirant l'attention des adultes qui sont disponibles. Bien que ces relations occasionnelles ne soient pas une compensation idéale,

---

<sup>44</sup> Connecting

elles sont suffisantes pour prouver à l'enfant qu'il est digne de l'attention. Ces enfants vont plus tard « recruter<sup>45</sup> » avec confiance des relations avec d'autres personnes pour se substituer aux relations insatisfaisantes avec leurs parents. A l'âge adulte le recrutement se transforme en « affiliation<sup>46</sup> ». Le survivant adulte est ainsi capable de former et d'entretenir des liaisons satisfaisantes. Entretenir ses liaisons comprend une harmonie entre donner et recevoir et un regard mature au bien-être des autres et de soi-même. Les individus résilients se présentent de nouveau comme actifs. Ils n'acceptent pas le rôle de victime ou d'objet d'attention. Les relations formées par eux leur permettent de se percevoir comme aimant et aimés. L'expérience précoce de donner et de recevoir les prépare à la formation de relations profondes et satisfaisantes à leurs enfants, partenaires etc. (Wolin, Wolin, 1993, p. 111)

➤ L'enfant résilient se connecte et essaie d'attirer l'attention de quelqu'un. Souvent, ces enfants surprennent leur entourage par une grande ouverture, une simplicité et une assurance puisque dans les essais de se connecter, ils n'ont rien à perdre. Le signe de la résilience n'est pas un grand nombre de relations satisfaisantes mais plutôt des essais répétés pour former ces relations malgré des déceptions. (Wolin, Wolin, 1993, p. 118)

➤ L'adolescent résilient recrute. Il a plus de moyens et donc il cherche les relations pour satisfaire son besoin d'affiliation. L'amertume de ne pas être aimé assez est compensée par la possibilité de choisir les personnes qui vont leur remplacer la famille. (Wolin, Wolin, 1993, p. 120-122)

➤ L'adulte résilient puise dans ses expériences précédentes. Il connaît le prix d'une bonne relation et ses nouvelles relations sont radicalement différentes des relations dans la famille d'origine. Il connaît également l'importance de la satisfaction du besoin d'appartenir quelque part, d'une communication ouverte, du partage du bien et du mal, et du soutien des membres de la famille avec l'assurance mutuelle de ce qu'il représente pour l'autre. Il est amicalement engagé dans des relations amicales ainsi que dans sa commune. Des côtés difficiles comme le souvenir au passé peuvent aussi apparaître ; cela varie entre « je peux faire tout seul » jusqu'à « je vais me partager à mort ». Il distribue la générosité qu'il a demandée déjà comme enfant mais qu'il a reçu juste parfois. Parfois, des réactions semblables à celles de ses parents apparaissent dans une situation difficile. L'adulte va

<sup>45</sup> Recruiting

<sup>46</sup> Attaching

chercher de l'aide psychologique à cause de sa promesse de ne pas « contaminer » sa nouvelle famille. Les rituels représentent un moyen de garder l'identité familiale, un point de repère dans le temps et dans les changements du monde et marque la continuité de la famille. (Wolin, Wolin, 1993, p. 124-133)

### 3.2.7 L'initiative

L'initiative est une décision de s'imposer et de maîtriser son environnement. Les survivants résilients se concentrent sur les parties de la vie qu'ils peuvent contrôler plutôt que de se noyer dans la confusion et dans les problèmes de leur famille. Ces parties tournent comme ils l'ont désiré et ceci augmente leur compétence et leur pouvoir. L'initiative est visible surtout quand un enfant résilient se détourne des troubles dans sa famille, suit sa curiosité et va « explorer<sup>47</sup> » le monde physique. En faisant des expériences qui échouent ou qui réussissent, en explorant l'entourage, ces enfants acquièrent le sentiment de leur propre efficacité<sup>48</sup>. A l'âge scolaire, l'exploration se change en « travail<sup>49</sup> ». Bien que tous les enfants résilients ne deviennent pas d'excellents étudiants, les activités de l'enfance et d'autres s'approfondissent, se focalisent et s'orientent vers un but. L'ensemble des activités possibles est très large, souvent il s'agit de résoudre un problème, une question. Le travail mûrit en « productivité<sup>50</sup> ». Les adultes résilients choisissent et créent des projets qui élargissent leur personnalité et ouvrent le chemin vers un développement personnel ultérieur. (Wolin, Wolin, 1993, p. 136)

Ce terme a été analysé au cours des interviews cliniques avec les survivants. La majorité des sujets ont parlé de leur espoir de pouvoir influencer la direction de leur vie, même si pour le moment, ils ne savaient pas comment<sup>51</sup>. (Wolin, Wolin, 1993, p. 139) (Nous pouvons en déduire que les personnes résilientes appartiennent au groupe de personnes avec un « locus of control » interne d'après la théorie de J. Rotter. Cette échelle est le sujet de la description de chapitre 2.4.10.)

➤ L'enfant résilient explore. Alors que ses parents ne s'intéressent pas à leur enfant, celui-ci fait des expériences avec les objets qui l'entourent. Il peut surprendre par son habilité

<sup>47</sup> Exploring

<sup>48</sup> Self-efficacy ; cf. chap 2.4.6

<sup>49</sup> Working

<sup>50</sup> Generating

<sup>51</sup> Cette affirmation nous ramène à la notion de « locus of control », traité dans le chapitre : 2.4.10

à se procurer des choses que devront lui fournir ses parents. Par exemple soigner un petit frère, faire des petits travaux dans la famille... Psychologue R. W. White (1959, in Wolin, Wolin, 1993, p. 143) affirme qu'un des besoins principaux de l'enfant est d'être compétent, de voir sa propre influence sur des choses donc d'être efficace<sup>52</sup>. Les résultats de ses actions le récompensent pleinement et remplacent ainsi le soutien et l'appréciation de ses parents. (Wolin, Wolin, 1993, p. 140-146)

➤ L'adolescent résilient travaille sur son développement et se perfectionne pour devenir autonome le plus tôt possible. Il est patient et persévérant, il a une haute tolérance au stress. Il aime se tester dans des situations extrêmes pour connaître ou encore mieux, pour élargir ses limites. Le travail lui permet de rester dans la réalité et de la créer, pas se laisser transformer par elle. (Wolin, Wolin, 1993, p. 146-155)

➤ L'adulte résilient est productif. Il adore résoudre des problèmes, faire des plannings, participer aux activités qu'il peut influencer et achever. Son comportement tend à être un exemple pour les autres. Il n'oublie pas ses épreuves vécues dans l'enfance, elles représentent pour lui la source de sa force. Il crée et participe aux projets compliqués, pas faciles, pour satisfaire son besoin de se sentir compétent et efficace. Ses activités ont souvent un caractère public et officiel, il initie des changements dans sa communauté pour le bien des autres, ce qui le comble et donne un sens à sa vie. (Wolin, Wolin, 1993, p. 155-160)

### **3.2.8 La créativité et l'humour**

La créativité et l'humour sont deux ports de l'imagination où le survivant peut se cacher et réarranger les détails de sa vie en plaisir. La créativité trouve « un Rien » dans « Quelque chose » et l'humour transforme au contraire « un Quelque chose » en « Rien ». La créativité et l'humour sont deux résiliences étroitement liées. Les deux éléments, au contraire des cinq autres résiliences qui ancrent l'individu dans la réalité, inversent la réalité. Les deux résiliences commencent par « jouer<sup>53</sup> » au super héros, à une princesse prise en otage ou à un cosmonaute. Avec le temps, l'énergie imaginative se transforme et se « forme<sup>54</sup> » dans des activités artistiques. Beaucoup d'adolescents commencent à écrire des poèmes, à composer,

<sup>52</sup> Cf. chap 2.4.6 Termes similaires : Self-efficacy

<sup>53</sup> Playing

<sup>54</sup> Shaping

dessiner ou danser pour se libérer de leurs familles et pour donner une forme à leurs blessures intérieures. Une partie des survivants adultes « crée<sup>55</sup> » d'une manière professionnelle des œuvres artistiques. Mais la majorité des survivants orientent plutôt leur besoin de jouer vers le « rire<sup>56</sup> ». Ils mélangent l'absurdité et les choses angoissantes, désagréables et ils rient sur ce mélange. La créativité et l'humour sont deux résiliences capables d'inverser la réalité amère et de la transférer en imagination. Ces résiliences permettent d'exprimer la douleur, les souffrances plutôt que d'exploser sous le poids des problèmes. L'humour est la capacité de trouver le comique dans le tragique. L'humour aussi commence par « jouer », se développe en « former » et s'achève par « rire ». (Wolin, Wolin, 1993, p. 163; [www.projectresilience.com](http://www.projectresilience.com))

➤ L'enfant résilient joue. Le jeu caractérise une activité essentielle pour l'enfant. Le jeu permet à l'enfant de quitter dans son imagination sa réalité désagréable. Les Wolin utilisent ce terme dans le sens psychanalytique qui inclut toute l'activité imaginaire qui permet de nier ou de refouler les difficultés. Le jeu renforce l'ego de l'enfant et lui donne le sentiment d'une grande efficacité. Jouer représente une possibilité saine de faire des expériences à changer sa réalité sans le ressentiment d'impuissance et de dépendance. (Wolin, Wolin, 1993, p. 168-171)

➤ L'adolescent résilient forme ses activités. Il est concentré au maximum dans des activités imaginaires et créatives. Ses peines reçoivent une forme concrète et deviennent ainsi des objets dont il peut se débarrasser. Le ressentiment primaire d'une victime se change en satisfaction pendant la création de son œuvre. (Wolin, Wolin, 1993, p. 171-175)

➤ L'adulte résilient crée ou rit. Ce sont des étapes adultes du jeu et de la concrétisation des activités. Ces outils permettent de se regarder comme à un objet et de réinterpréter de loin la situation. Ils fournissent la possibilité du contrôle, de force et de joie. Le rire fonctionne comme une formule primitive magique avec la quelle on peut se débarrasser de ses ennemis. Le rire est une capacité des sujets résilients qui leur permet de voir l'absurdité dans leurs peines, de rire de leurs propres difficultés et d'utiliser l'humour pour se sortir d'une mauvaise humeur ou pour dissoudre la tension entre eux et les autres. La création est un développement voulu des capacités artistiques qui ne sont plus seulement un moyen mais qui ont acquis la forme d'un outil professionnel de travail. (Wolin, Wolin, 1993, p. 175-182)

<sup>55</sup> Composing

<sup>56</sup> Laughing

### 3.2.9 L'éthique

L'éthique est une activité qui comprend les actions à la base d'une conscience informée. C'est le désir de vivre une vie juste et d'aider les autres. Ses origines se trouvent dans l'enfance, où les enfants résilients se sentent blessés et commencent à distinguer le bien et le mal dans leur vie quotidienne. Ils « jugent<sup>57</sup> » leur environnement et les événements. A l'adolescence, les survivants « attribuent une valeur<sup>58</sup> » à des principes comme la pitié, la justice, la loyauté et l'honnêteté. Leur comportement a adopté ces principes et ils essaient de les instaurer chez eux, à la maison. A l'âge adulte, ces principes reçoivent une forme concrète et publique, et se concrétisent en « service<sup>59</sup> » orienté vers les autres. Servir, cela impose l'humanité et l'engagement dans les affaires publiques de la commune.

L'éthique est placée comme la dernière résilience puisqu'elle ne ressemble à aucune des précédentes, mais elle les dépasse toutes. Les autres résiliences attribuent au passé la dernière place. L'éthique puise dans le passé et est orienté vers l'avenir. Les autres résiliences essaient de réparer l'ego blessé, alors que l'éthique tente de changer, d'améliorer le monde. Elle est caractérisée par le changement de regard sur le problème même. Au lieu de chercher et l'analyser, l'individu résilient se concentre sur son chemin de vie personnel, s'il le parcourt correctement. (Wolin, Wolin, 1993, p. 185-188)

➤ L'enfant résilient juge. Il est capable de distinguer ce qui est bien et ce qui est mal, et pas seulement ce qui est « bon » ou « mauvais » pour lui personnellement. Le plus souvent, le jugement est basé sur la comparaison de sa famille avec une autre famille. Il n'ajoute rien à sa famille, même si elle en sort avec une mauvaise appréciation. L'enfant est capable d'exprimer clairement les vrais problèmes et n'accepte pas les excuses ou prétextes de ses parents. Il attribue la faute à celui qui le mérite ; même s'il se met en danger de perdre son identité familiale par l'autodifférenciation des personnes problématiques. Il utilise des référentiels comme l'école, la foi, la police ou des exemples du bien et du mal dans des contes pour les enfants. (Wolin, Wolin, 1993, p. 188-192)

➤ L'adolescent résilient attribue des valeurs à des principes de comportement. Il se comporte et se décide à l'aide de ces principes. Il donne le peu dont il dispose : son temps, son affection, son travail ; et en récompense, il devient plus respectable à ses yeux et il sait avoir participé à quelque chose qui a un sens, qui est bon. Il refuse autoritairement toutes les

<sup>57</sup> Judging

<sup>58</sup> Valuing

<sup>59</sup> Serving

dépendances, l'agression, la promiscuité sexuelle, etc. souvent, il tend à devenir 'le responsable' dans son irresponsable famille. Il gère les finances, les contacts avec les amis familiaux. Cela lui donne le sentiment de sa capacité et une image positive de lui-même. Il est quelqu'un qui s'est opposé à son destin. Parfois, nous pouvons l'entendre réfléchir sur la finalité humaine en disant que la seule chose qui reste après la mort d'un homme, c'est un souvenir heureux et l'appréciation dans les pensées des autres. (Wolin, Wolin, 1993, p. 193-197)

➤ L'adulte résilient sert les autres. Il ressent une obligation morale de contribuer à leur propre bien-être plutôt qu'au sien. Souvent, il affirme n'avoir rien à perdre et se bat de toutes ses forces pour la justice. Il sait combien il a déjà traversé d'obstacles et de difficultés et il est peut-être d'autant plus prêt à en franchir d'autres, pour le profit de ses proches et pour les autres. Il s'engage dans la vie publique ou comme bénévole, il participe aux actions caritatives, il est intéressé par la politique à cause de son pouvoir d'améliorer les vies des autres. Sa résilience éthique est donc une recherche éternelle des réponses aux questions basiques de l'homme et de sens à sa vie. (Wolin, Wolin, 1993, p. 197-202)

### **3.2.10 La conclusion**

Les Wolin postulent que la connaissance de ces sept résiliences peut être utile aux enseignants, aux psychologues, aux assistants sociaux et aux professionnels de la santé. Ces résiliences peuvent les aider à voir où se trouvent les forces et les ressources dans les histoires d'enfants, d'adolescents et d'adultes submergés par des problèmes et affrontant des obstacles qui peuvent sembler insurmontables à première vue. C'est pourquoi ils ont offert ces connaissances sur les sept résiliences et la mandala de la résilience à chacun en la partageant sur Internet à l'adresse : [www.projectresilience.com](http://www.projectresilience.com).

~~R. Poletti et B. Dobbs leur reprochent de ne pas avoir assez souligné l'importance d'un~~  
attachement sécurisé par rapport à B. Cyrulnik. (Poletti, Dobbs, 2001, p. 34) Nous nous opposons à cette remarque de « faute » ou d'« infériorité » de leur théorie puisque la diversité de différentes théories de la résilience est un atout pour la science et traduit mieux la diversité de la vie. De plus, leurs résultats sont basés sur les entretiens cliniques. L'individualité des sujets questionnés est évidente et il faut avoir à l'esprit les différences culturelles des Etats-Unis et de l'Europe.

### **3.3 La conception de la résilience d'après S. VANISTENDAEL**

Le modèle suivant de la résilience est un modèle suisse, construit par les chercheurs du Bureau International Catholique de l'Enfant (BICE), avec Stephan Vanistendael en tête. Il s'agit d'une organisation qui s'occupe des problèmes sociaux des enfants et leur résolution dans nombre de pays du monde, surtout des pays en développement. Elle se concentre également aux problèmes des jeunes en risque dans des pays développés. S. Vanistendael postule que la résilience est le plus probablement aussi âgée que l'espèce humaine lui-même ; qu'elle existait avant même qu'un concept la décrivant fut né. Nous présentons ce modèle à cause de son originalité graphique, son orientation vers la pratique et son origine européenne.

#### **3.3.1 La définition et quelques éléments de construction de la résilience**

Dans une adaptation aux sciences sociales et à la psychologie, Vanistendael (1998, in Cyrulnik, 1999), définit la résilience comme « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* » (p. 10).

En travaillant sur les facteurs de protection et les facteurs de risque, les chercheurs du BICE ont dégagé plusieurs pistes sur lesquelles il est possible de penser une action qui favoriserait la résilience. Stefan Vanistendael (in Cyrulnik et al, 2001, pp. 161-196) propose une liste de cinq domaines :

1. *Des réseaux informels de soutien (relations familiales et amicales) qui reposent sur une relation d'acceptation inconditionnelle de l'enfant par au moins un adulte. Cette acceptation constitue probablement la base sur laquelle tout le reste va s'édifier.*
2. *La découverte d'un sens, d'une logique, d'une cohérence. Cet aspect est lié à la vie spirituelle et à la religion.*
3. *Des aptitudes sociales et le sentiment de maîtriser quelque peu les événements de la vie et de pouvoir résoudre les problèmes.*
4. *Une image positive de soi.*
5. *Le sens de l'humour, ou un environnement dans lequel l'humour peut s'épanouir.*

Ces cinq domaines ont été retenus par l'auteur parce que transposables dans divers cultures ou milieux, ils sont de plus susceptibles d'être compris et utilisés par des acteurs sociaux sans

que ceux-ci ne soient submergés par des explications compliquées. Nous retrouverons l'orientation à la pratique.

### **3.3.2 La « CASITA » ou la « maisonnette »**

Afin de synthétiser d'une manière claire les cinq domaines dans lesquels il est possible d'envisager une action, ~~Stefan Vanistendael a développé l'idée de la « casita » en 1996~~ (Vanistendael, Lecomte, 2000, pp. 205-212).

Le terme « casita » est un mot espagnol qui signifie « maisonnette ». Ce modèle a été utilisé pour la première fois **au Chili** dans un atelier sur la résilience pour des psychologues, des travailleurs sociaux et des éducateurs spécialisés, au début comme un simple moyen mnémotechnique. L'expérience a montré que l'usage de la « Casita » va beaucoup plus loin que la simple mnémotechnique. Le nom espagnol est resté, parce qu'il est facile à prononcer à travers les groupes linguistiques, un avantage incontestable dans le travail international.

Chaque domaine où une action est possible est représenté par une pièce. La « casita <sup>60</sup> » requiert une vision d'ensemble, ces différents champs d'actions ne doivent pas se concevoir comme étant cloisonnés, l'idéal est d'établir de multiples liens entre eux. Le modèle de la casita n'est pas un modèle fixe, immuable qui doit se dérouler selon un mode d'intervention structuré, précis et ordonné. Il n'y a pas d'ordre à suivre. Vanistendael et Lecomte (2000, p. 210) affirment : « La personne qui souhaite favoriser la résilience chez autrui va commencer à travailler là où elle peut, en se fixant des priorités selon les besoins ». Cependant, il importe d'abord de valoriser les compétences des personnes avant de chercher à en construire de nouvelles. La simplicité, la flexibilité et l'orientation vers une aide pratique, concrète et individuelle représentent les atouts principaux de cet « instrument de travail ». (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 212)

---

<sup>60</sup> Lorsqu'il présente la « casita », Stefan Vanistendael invite les participants à aménager et meubler ses chambres en fonction du contexte de travail. Il explique que, si la structure de base est semblable, les formes peuvent varier. Ainsi par exemple, lors d'une session où il présentait la « casita », certains participants avaient ajouté des toilettes pour indiquer la nécessité de pouvoir éliminer les tensions. (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 209)

### 3.3.3 Le plan de la « casita »

Le sol sur lequel se bâtit la « casita » représente les besoins de base de tout individu (manger, dormir...).

Les fondations sont constituées des réseaux informels (la famille, les amis, le voisinage, les collègues de travail...) C'est au cœur de ces réseaux qu'il est, en principe, plus facile de vivre une acceptation fondamentale.

Au rez-de-chaussée, nous trouvons la capacité à découvrir un sens à sa vie.

Au premier étage, nous découvrons trois chambres : l'estime de soi, les compétences et aptitudes ainsi que l'humour. Aborder le thème de l'estime de soi nécessite de garder à l'esprit qu'il s'agit d'un aspect en interaction avec plusieurs domaines. D'une part, l'acceptation fondamentale d'une personne et la découverte d'un sens à la vie stimulent l'estime de soi. D'autre part, l'acquisition de compétences, pour autant que la barre ne soit fixée ni trop bas ni trop haut, peut la renforcer.

Sous le toit de la « casita » on trouve les autres expériences, invitation à chercher ce qui est particulier à chaque contexte.

Nous allons présenter en détail des différentes pièces de casita puisque la vue complète sur la maisonnette nous permettra de voir la conception francophone de la résilience. Nous allons nous appuyer sur des chercheurs français connus dans le domaine de la résilience, tels que Boris Cyrulnik, Stanislaw Tomkiewicz ou Michel Manciaux et d'autres. Il est également intéressant de chercher des similitudes dans le concept des Wolin et dans celui de Vanistendael.

---

### 3.3.4 Le sol

---

La casita est construite sur le sol. Il est composé de **besoins matériels élémentaires** comme la nourriture et les soins de santé de base. S. Vanistendael (Vanistendael, Lecomte, 2000) s'est rendu compte de l'importance de ces besoins et essentiellement de sommeil, en aidant au cours d'un programme pour enfants de la rue à New York. Avant de pouvoir commencer un travail psychologique, il fallait les laisser dormir longtemps, tellement leur épuisement a été grave.

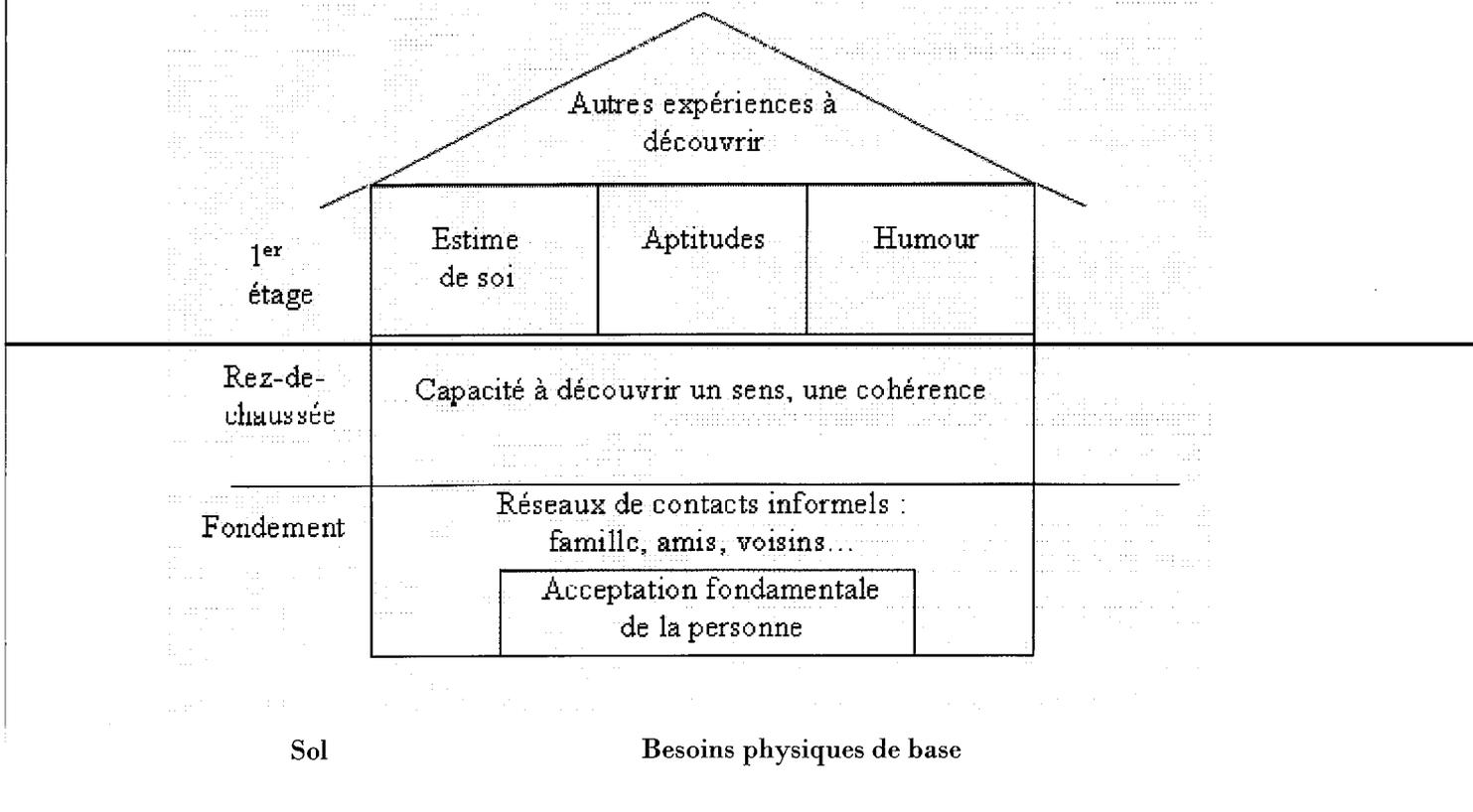


Figure 2: La Casita de S. Vanistendael

### 3.3.5 Le sous-sol ou le fondement

**Les réseaux informels** constituent les fondations de la casita. Ils sont indispensables à la construction de la résilience en apportant le soutien nécessaire au développement ou à la croissance de la personne. Les réseaux informels que sont la famille, les amis et les voisins peuvent être plus ou moins présents chez les adultes. C'est pourquoi **les réseaux formels** offrent une alternative qui permet de combler leur relative absence, ou encore ils peuvent offrir une source de soutien complémentaire qui possède ses propres particularités.

---

En réalité, le type de réseau qui offre le soutien est sans importance dans la résilience. Pour tous les auteurs, la résilience est d'abord un processus relationnel. S'il y a un élément fondamental dans la résilience, c'est bien celui d'une relation de qualité qui permet de s'exprimer avec confiance. Cyrulnik (1999) souligne indirectement l'importance des réseaux formels lorsqu'il mentionne que « la plus grande partie des facteurs de résistance d'un individu est tissée autour de lui par les organisations psychosociales qui, en lui tendant des perches, lui offrent des circuits d'épanouissement possibles » (p. 53). Il ajoute que, pour métamorphoser l'horreur, il faut créer des lieux où s'exprime l'émotion. Une resocialisation « comme si de rien n'était » souligne la blessure, alors que la transformation se fait sans

---

peine dès qu'on peut la dessiner, la mettre en scène, en faire un récit ou une revendication militante (Cyrulnik, 1999, p. 70).

Créer des lieux, c'est offrir aux personnes un espace formel pour s'exprimer et ne plus faire comme si rien ne s'était passé parce que cela entretient le silence et l'inaction. C'est aussi soulager les proches pour qui entendre et voir la souffrance des siens peut s'avérer une tâche trop lourde à porter.

~~Vanistendael et Lecomte (2000) ainsi que Hanus (2001) expriment toutefois une certaine~~ réserve quant à l'impact que peuvent avoir les groupes d'entraide et de soutien chez les personnes qui ont subi un traumatisme. Parce qu'elles sont de plus en plus à l'aise pour exprimer leur expérience, les personnes peuvent entretenir une dynamique d'apitoiement sur leur sort où parler de leur vécu fait émerger des sentiments de tristesse qui incitent à en parler encore plus, ce qui à son tour augmente la tristesse... La résurgence des émotions liées à cet événement peut également être violente et nécessiter une aide supplémentaire. Il relève du rôle du professionnel de recadrer la situation pour maintenir les aspects bénéfiques des groupes (Vanistendael et Lecomte, 2000; Hanus, 2001).

Au centre des réseaux se situe **l'acceptation fondamentale** de la personne. L'acceptation fondamentale est souvent source de confusion. Elle réfère à l'acceptation de la personne et non pas nécessairement à l'acceptation de ses comportements qui, eux, peuvent parfois s'avérer inadmissibles (Vanistendael et Lecomte, 2000, p. 208). La conscience de partager la même humanité rend cette acceptation fondamentale possible. Elle crée une ouverture à l'empathie qui se manifeste par l'accueil de l'autre tel qu'il est, qui permet de le comprendre et de vouloir lui venir en aide (Vanistendael et Lecomte, 2000).

Le réseau de contacts correspond à la résilience primaire « développement des relations » dans la conception des Wolin (1993).

---

### 3.3.6 Le rez-de-chaussée

---

Au rez-de-chaussée de la casita, se trouve **le sens, la cohérence à sa vie**. Qu'on soit adulte ou enfant, le sens est une dimension reconnue comme étant indispensable au développement de la résilience. Selon Vanistendael et Lecomte (2000, p. 77), « donner un sens à sa vie constitue un élément essentiel permettant de surmonter les difficultés de la vie ». Le sens permet à l'individu de se transcender parce que sa vie est dirigée vers quelque chose ou quelqu'un d'autre que soi-même, qu'il s'agisse d'un but à atteindre ou d'un être humain à

connaître (Frankl, 1994). Il ajoute que le sens à la vie ne peut pas se définir d'une manière générale. Il renvoie plutôt à la capacité d'une personne à choisir sa propre interprétation des événements de sa vie.

La quête de sens peut prendre la forme d'un enjeu existentiel tout comme elle peut seulement permettre à la personne de prendre une distance par rapport à un événement pour ne plus être tourmentée par celui-ci. Selon Cyrulnik (1999, p. 18), dans le cas d'une prise de distance, une ~~réponse satisfaisante aux questions « Pourquoi dois-je tant souffrir? » et « Comment vais-je faire pour être heureux quand même? »~~ influence positivement l'aptitude des personnes à affronter la situation dramatique et ses conséquences. La première question vise à comprendre l'événement en le situant dans une perspective plus large. Elle soulève cependant des sentiments d'injustice et de colère, tant que cet événement n'est pas repositionné. La réponse à la seconde question amène une ouverture aux autres, à de nouveaux horizons. Le sens connu peut amener la personne à passer à l'action, en utilisant son expérience, par exemple, pour se doter d'un projet à réaliser, d'un objectif à atteindre (Cyrulnik, 1999; Vanistendael et Lecomte, 2000; Hanus, 2001).

En tant que quête existentielle, la recherche de sens peut être explorée à l'intérieur de trois dimensions : l'accomplissement, l'amour et la souffrance (Frankl, 1994). L'accomplissement renvoie à ce que Frankl (1994) considère la mission de chaque personne. Le sens de l'accomplissement n'est autre que la réalisation de soi par le travail ou la création d'une œuvre. L'amour, celui de l'autre, de la nature ou de l'art, permet la création de liens avec quelque chose ou quelqu'un d'autre que soi. Il donne accès à une meilleure connaissance de soi parce qu'il dévoile à chacun ses caractéristiques. L'amour permet ainsi de prendre conscience de ses potentiels et suscite un élan pour les actualiser. Le sens d'une souffrance permet de « transformer une tragédie personnelle en victoire, une souffrance en réalisation humaine » (Frankl, 1994, p. 16). La souffrance cesse lorsqu'elle devient significative. Selon ~~Frankl (1994), l'homme ne cherche ni le plaisir ni la souffrance mais une raison de vivre,~~ avant tout. C'est pourquoi il accepte la souffrance à condition qu'elle ait un sens. La vie n'est jamais totalement absurde.

L'absence de réponse à la quête de sens augmente la douleur et ce, tant et aussi longtemps que cette quête se perpétue. À l'inverse, elle donne un sentiment d'un plus grand pouvoir sur sa vie lorsqu'elle aboutit favorablement. « Elle constitue un processus adaptatif, permettant à la personne une plus grande maîtrise de son existence » (Vanistendael et Lecomte, 2000, p. 81). En parlant de femmes agressées, Poletti et Dobbs (2001, p. 63) ont pu « vérifier combien celles qui avaient trouvé une raison de vivre, un sens à la souffrance qui était la leur, avaient

accès à des ressources insoupçonnées qui leur permettraient de faire preuve de résilience ». Les personnes qui ont trouvé un sens à leur expérience manifestent moins de symptômes de stress, démontrent une estime de soi plus élevée et sont aussi mieux insérées dans la société (Vanistendael et Lecomte, 2000).

La découverte d'un sens à sa vie peut se faire grâce à une certaine « philosophie » consistant à apprécier pleinement l'existence ; certains percevront ce sens au travers d'une expérience religieuse. (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 208)

Ce niveau est également celui des projets concrets. Dans un registre proche, certains adultes résilients découvrent un sens à leur vie en s'engageant dans une pratique altruiste. Le rez-de-chaussée nous permet aussi le contact avec le jardin, donc la nature. (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 208)

Le rez-de-chaussée ne correspond pas à une résilience précise d'après la mandala des Wolin (1993) mais contient des caractéristiques de plusieurs résiliences. La recherche intellectuelle et la découverte d'un sens de vie correspondent à la « prise de conscience » des Wolin. La recherche d'un sens de vie nécessite « l'initiative » et « créativité ». (Wolin, Wolin, 1993) Dans un certain cas, « l'éthique » trouvera également sa place au rez-de-chaussée de la casita.

### **3.3.7 Le premier étage**

Trois pièces constituent le premier étage de la casita, ce sont **l'estime de soi, les aptitudes** ainsi que **l'humour**. L'estime de soi est un besoin fondamental et universel pour tout être humain. Elle découle de l'appréciation que l'on a de soi. Cette appréciation est fonction du regard que l'on porte sur soi et de celui de l'autre sur soi, de la qualité des relations affectives et de l'évaluation faite concernant ses propres réalisations (Vanistendael et Lecomte, 2000).

~~L'estime de soi est constituée de deux dimensions : l'estime de soi affective et l'estime de soi~~  
pour ses compétences. L'estime de soi affective permet de s'aimer malgré ses défauts, ses limites, ses échecs et ses revers simplement parce que la personne se reconnaît inconditionnellement digne d'amour et de respect. Elle est indépendante des performances et permet de résister à l'adversité et de se reconstruire après un échec. L'estime de soi affective peut être reconstruite chez l'autre en manifestant à son égard une attitude d'acceptation et de respect. Le respect donne à la personne un sentiment de valeur personnelle (Vanistendael et Lecomte, 2000).

L'estime de soi pour ses compétences, appelée aussi confiance en soi, permet à la personne de croire en ses capacités d'agir adéquatement selon les besoins de la situation. Elle donne la détermination nécessaire à la réalisation de ses projets et de ses rêves et elle se bâtit à partir du succès obtenu dans ses réalisations. Avoir une haute estime de soi pour ses compétences ne signifie pas pour autant que la personne possède une estime de soi globale élevée puisque, dans certains cas, la personne dissimule un manque d'estime en prenant un « masque de surcompétence<sup>61</sup> ». Par contre, la personne qui possède une bonne estime de soi affective aura indubitablement confiance en elle dans la mesure où elle bénéficie des conditions requises pour réussir convenablement ce qu'elle entreprend. Une saine estime de soi permet de développer une conscience dépourvue de culpabilité (Vanistendael et Lecomte, 2000), c'est-à-dire qu'elle permet à la personne de faire une distinction entre ce qui lui est attribué et ce qu'elle est vraiment; elle lui permet de voir qu'elle peut être victime sans être coupable. Polctti et Dobbs (2001, p. 61) en parlent comme d'une « capacité à refuser la culpabilité, même lorsque l'opresseur tente de l'imposer d'une manière ouverte ou cachée ». Les personnes qui ont subi un traumatisme ont à lutter contre un fort sentiment de culpabilité parce qu'elles se condamnent en s'octroyant l'entière responsabilité d'un événement. D'une part, elles considèrent que c'est un prix à payer pour leur propre méchanceté; d'autre part, le fait d'assumer la responsabilité de l'événement répond à leur besoin de croire que chacun est en contrôle de sa propre destinée<sup>62</sup> (Cyrulnik, 1999). Cette culpabilité est souvent renforcée par l'environnement qui blâme la victime pour ce qui lui arrive en arguant qu'il y a toujours une bonne raison pour que les gens souffrent. Ces convictions sont sécurisantes parce qu'elles laissent faussement croire que nous sommes à l'abri du malheur tant que nous agissons « correctement<sup>63</sup> ».

**Les aptitudes et les compétences** constituent la seconde pièce de l'étage. Celles-ci varient selon chaque personne, sa situation et ses besoins. Par contre, certaines aptitudes et compétences, telles les habiletés sociales, sont généralement reconnues comme étant d'une grande importance au niveau relationnel. Il s'agit, par exemple, de savoir établir un contact avec l'autre, de maîtriser ses impulsions, de savoir demander de l'aide, de résoudre un problème, de savoir communiquer ou négocier (Vanistendael et Lecomte, 2000). Étant donné que ces habiletés s'enseignent, cette seconde pièce de la casita est un domaine où les

<sup>61</sup> Cf. comparer avec le complexe de supériorité d'A. Adler chap. 4.6.1

<sup>62</sup> Cf. comparer à locus of control externe, p. 46 chap. 2.4.10

<sup>63</sup> Cf. Croire en protection de Dieu tant que nous respectons ses Dix Commandements (Bible)

interventions sont plus faciles à réaliser pour un professionnel. Toutefois, « il ne suffit pas d'acquérir des aptitudes et des compétences. Pour vouloir et pouvoir les utiliser, il faut avoir le sentiment qu'on a une certaine influence sur le cours des événements » (Vanistendael et Lecomte, 2000, p. 158).

La dernière pièce de l'étage, celle de l'**humour**, peut laisser place à de la confusion. Il ne faut pas confondre rire de la situation ou de soi, qui serait un humour destructeur et cynique, avec l'humour qualifié de thérapeutique. Contrairement à la première forme d'humour, l'humour thérapeutique ne peut être forcé. Selon Vanistendael et Lecomte (2000), l'humour est une soupape au stress; il permet de dépasser la réalité sans la refouler.

Loin d'être une fuite, cet humour exprime une pleine reconnaissance de la réalité, c'est-à-dire non seulement du caractère destructeur du pouvoir en place, mais aussi des valeurs à préserver. Il instaure de plus un espace de liberté et de détente, indispensable dans une situation d'oppression (p. 129).

Pour Frankl (1994), l'utilisation de l'humour démontre que la personne maintient une certaine distance par rapport aux situations, aux choses. Dans le cas de la résilience, l'humour est un indicateur à l'effet que la personne intègre son expérience sans la nier et sans chercher à s'en défendre.

Le premier étage de la casita pourra être habité par « l'initiative, l'indépendance » des Wolin. L'humour aura sa propre chambre, son importance a été relevée dans les deux concepts.

### **3.3.8 Le grenier**

Enfin, comme dans toute maison, au dernier étage de la casita se situe le grenier. Cet étage est celui de l'ouverture à de **nouvelles expériences**. La personne reprend le contrôle de sa vie en étant capable de reprendre des initiatives et de poser des actions. Elle n'est plus repliée sur elle-même et n'est plus bloquée par les conséquences du traumatisme subi. Elle est toutefois consciente de sa vulnérabilité et sait qu'elle doit se protéger. À ce moment, souffrances passées et résilience sont enchevêtrées et cela « conduit de nombreuses personnes résilientes à faire preuve d'un étrange mélange de force et de fragilité »; fragilité à cause de l'épreuve et force pour l'avoir surmontée (Vanistendael et Lecomte, 2000, p. 188).

Les nouvelles expériences nécessitent la « créativité et l'initiative » pour les recueillir et l'éthique pour les utiliser bien.

Nous avons vu que chaque étage de casita de Vanistendael correspond à un morceau de la mandala de la résilience des Wolin. Nous croyons que toutes les résiliences partielles des Wolin peuvent être placées dans la casita. Cette affirmation nécessiterait sans doute une étude plus profonde. ~~Cependant, l'accord entre les chercheurs des différents continents sur~~ les composants de la résilience favorise la formation des résultats sur la composition de la résilience et peut représenter un point de départ pour d'autres recherches.

### **3.4 La recherche de Z. MATĚJČEK**

La recherche de Zdeněk Matějček et de ses collègues en 2001 est un accomplissement de l'œuvre de sa vie. Dans les années soixante, il a commencé à travailler avec Professeur Langmeier sur la carence affective des enfants. Leurs recherches ont été appréciées dans la mesure internationale. Puis, ils ont commencé tous les deux une recherche longitudinale sur les enfants dont la mère a demandé l'avortement auprès des commissions et a été refusée deux fois. Ils ont suivi le développement de ces enfants toute leur vie et la recherche actuelle « La protection de la santé psychique des personnes ayant été confrontées à un risque psychosocial vérifiable » (2001) représente l'achèvement de leur travail. Avant de présenter cette étude, nous allons approcher l'histoire de la carence affective ainsi que sa définition.

#### **3.4.1 Le contexte historique de la carence affective**

Le concept de la carence affective a été présenté pour la première fois en 1961 par Professeur Langmeier au Congrès des pédiatres à Bratislava. Il s'agissait d'une nouveauté dans la terminologie. ~~De point de vue pratique, cela n'était rien d'extraordinaire ; des enfants dont~~ les besoins primaires n'ont pas été saturés au sein de la famille existaient depuis toujours. Nombreuses recherches ont étudié ces enfants, surtout dans différents établissements hors de la famille. Mais sa théorie de la carence affective a éclairé les conséquences de la cette carence, et qui en plus, proposait une possibilité de réparation de ces séquelles psychiques ! Tout cela a été au contraire de ce qu'on disait sur la difficulté de la réparation de la carence

affective précoce. Nous allons présenter le développement des connaissances sur la carence affective et sur sa réparation en quatre étapes importantes.

➤ La première étape était empirique. Elle durait à partir la deuxième moitié du dix-neuvième siècle jusqu'aux années trente du vingtième siècle. Elle est caractérisée par l'accumulation des connaissances et des expériences, sans l'effort d'en tirer des résultats. Les chercheurs ont été le plus souvent des médecins qui travaillaient dans des orphelinats ou dans des hôpitaux d'enfants. Ils ont pu constater une mortalité extrêmement élevée des enfants abandonnés et la perte de vivacité des survivants. La première guerre mondiale a fourni un grand nombre d'orphelins.

➤ La deuxième étape est celle des années trente et quarante du vingtième siècle. Le début de cette étape est lié à l'école de Vienne avec Charlotte Bühler en tête. Ainsi que H. Hetzer, elle observait des enfants dans des situations difficiles, comme des conditions sociales et économiques faibles, des orphelins, des enfants abandonnés. R. Spitz et J. Bowlby ont effectué d'autres recherches et leurs résultats exprimaient le même : la carence affective précoce apporte des séquelles irréversibles sur les enfants ; son impact est profond et dure longtemps, voir il est éternel ; la carence affective est à l'origine des psychoses, des psychopathies et des comportements délinquants. Les chercheurs ont présenté une étiologie claire, une symptomatologie unifiée et un pronostic négatif. A la suite de leurs recherches, les spécialistes ont attiré leur attention à ce domaine.

➤ La troisième étape est caractérisée par l'esprit critique envers les résultats précédents. Les recherches démontraient une précipitation dans les résultats précédents sans espoir. Les résultats de cette époque sont déjà plus optimistes. Tandis que la période précédente se concentrait surtout à la carence affective des enfants étant élevés sans leurs mères, la période des années cinquante du vingtième siècle a démontré que les enfants qui grandissaient avec leur mère mais sans amour, sans l'attachement peuvent présenter les mêmes traits de carence affective. De plus, Langmeier et Matějček (1968, p. 15) ont affirmé que : « Tandis que dans la période précédente, les chercheurs postulaient que presque 100% des enfants frustrés présentent un endommagement psychique, des recherches contemporaines montrent qu'une grande partie de ces enfants en échappent. » Ces nouvelles recherches ont aussi démontré que juste une minorité des enfants présentent une maladie psychique grave et qu'elles sont variées. De plus, des facteurs multiples de la carence affective ont été découverts. Un nouvel espoir est né avec les premiers succès de réparation du développement d'un enfant.

➤ Les années soixante ont été marquées par une étape expérimentale et aussi théorique. L'accent a été mis sur le lien entre l'organisme et l'environnement dans des conditions de la carence affective. Les recherches se sont orientées vers des groupes plus petits ce qui a permis une précision élevée et de nouvelles réponses sur le rôle de l'individualité dans l'influence de la carence affective. Des recherches longitudinales focalisées sur le changement des séquelles de la carence affective au cours des années ont apparues. C'est également la période des recherches de Professeur Langmeier et Professeur Matějček. (Langmeier, Krejčířová, 1998 ; Langmeier, Matějček, 1968)

### **3.4.2 La définition de la carence affective**

Les bases de la théorie de la carence affective se trouvent dans les concepts de risque ou plus précisément dans les théories de la satisfaction des besoins. Casalis (2002, p. 171) définit la carence comme : « une absence ou insuffisance d'aliments biologiques ou psychologiques indispensables au développement harmonieux de l'être humain ou animal. » La carence affective est donc : « une privation de la présence de la mère ou d'un substitut maternel satisfaisant pendant plusieurs mois. » (Casalis, 2002, p. 171)

La théorie de la carence affective reste importante même de nos jours grâce à son orientation vers la prévention et la réparation des difficultés de développement des enfants ayant subi une carence affective. De plus, les connaissances acquises sont comparées à de nouveaux résultats et sont ainsi mises à jour pour répondre le mieux aux besoins des enfants.

Langmeier et Matějček (1968, p. 22) définissent la carence affective comme : « un état psychique qui naît dans des situations de la vie où le sujet n'a aucune possibilité de satisfaire suffisamment et suffisamment longtemps une (ou plusieurs) besoins psychiques primaires (vitales) ». En parlant de « l'état psychique », ils veulent dire l'état actuel qui se produit sur les bases d'un processus psychique spécifique. Celui-ci constitue des bases pour un comportement spécifique. L'état psychique se manifeste ainsi par un comportement spécifique ; ce comportement a des traits qui, à l'aide du contexte du développement de l'enfant permettent d'identifier les séquelles de la carence affective chez l'enfant.

Les auteurs ont aussi fait une liste des besoins basiques qui doivent être satisfaits pour que l'enfant puisse se développer en une personnalité saine. Ils ont trouvé que ces besoins ne se réduisent pas à l'âge d'enfant mais ils nécessitent la satisfaction quasiment au cours de toute la vie. Il s'agit de besoin de stimulation ; de besoin d'une vie avec un sens ; de besoin d'une certitude de vie ; de besoin d'une identité positive ; et de besoin d'un avenir ouvert.

Langmeier et Matějček (1968) ont aussi présenté un modèle de la carence affective à plusieurs niveaux. Sa description dépasse le thème de notre mémoire rigoureux.

Une remarque de Professeur Matějček (1994) est très intéressante du point de vue de la résilience. En ignorant ce concept, après avoir examiné des enfants dans des maisons des enfants, il a remarqué d'avoir rencontré des enfants qui ont été profondément atteints par l'environnement des maisons des enfants tandis que d'autres enfants sont restés pratiquement intacts par leurs expériences du même environnement. Avec Professeur Langmeier, ils n'ont trouvé aucune pathologie. Ainsi, ils ont appelés ces enfants : « relativement bien adaptés ». Avec nos connaissances, nous les aurions pu désigner comme résilients. Ce groupe d'enfants a beaucoup intéressé les deux chercheurs et ils s'y sont intéressés d'avantage. Dans le chapitre suivant, nous allons présenter leurs résultats.

### **3.4.3 Les facteurs de protection**

A la suite des résultats des leurs recherches sur les séquelles tardives d'une carence affective précoce et des connaissances sur quelques « guérisons complètes », ils ont trouvé quelques facteurs qui ont la capacité d'arrêter la détérioration due à la carence affective précoce, voire la réparer. (Matějček, 1998) Ils les ont appelé « des lieux d'échappement », ce qui traduit leur rôle. Les lieux d'échappement sont les suivants :

➤ L'utilisation des capacités intellectuelles au cours du travail à l'école. Ceci ne dépend pas forcément des capacités intellectuelles générales de l'enfant mais de ses ambitions, de son désir de primer et triompher.

➤ L'application des capacités et des habilités individuelles dans le groupe des copains et donc l'acceptation de l'individu par ce groupe. Son rôle de socialisation est marquant surtout entre 9 et 12 ans.

➤ ~~La démonstration et l'application de la force et la flexibilité masculines. Vers la fin de~~ l'âge scolaire et en puberté représente un composant principal de l'identité masculine. Les filles trouvent en équivalent dans leur apparence et des formes féminines du comportement.

➤ Le choix d'un emploi satisfaisant et la possibilité de s'y mettre en valeur. Le travail joue aussi le rôle d'un facteur de socialisation.

➤ Une vie sexuelle épanouie, des expériences érotiques positives, surtout à l'adolescence. Une relation avec un partenaire bien-aimé qui leur donne aussi le sentiment d'être bien-aimé augmente le prix de l'individu dans ses yeux.

➤ Le mariage, la vie maritale, un soutien et une aide mutuelle.

➤ La parentalité, les expériences de la grossesse, les sentiments maternels et paternels, le partage des peines et des joies, un lien. (Matějček, 1998)

La répartition de ces lieux d'échappement sur la droite d'une vie humaine nous rappelle la théorie d'E. Erikson. (Erikson, 1961 in Thomas, Michel, 1997)

Tous ces facteurs nécessitent un engagement personnel de l'individu, il s'agit donc des facteurs individuels. Mais il reste intéressant que loin de toutes les connaissances sur la résilience, ils sont arrivés à des facteurs semblables aux ceux, qui sont cités dans d'autres recherches sur la résilience.

#### **3.4.4 L'étude : « La protection de la santé psychique des personnes ayant été confrontées à un risque psychosocial vérifiable<sup>64</sup> » (2001)**

Cette étude effectuée à l'aide du Grant du Ministère de la Santé dans les années 1999-2001 par un équipe des chercheurs avec Professeur Matějček en tête a été réalisée au Centre Psychiatrique de Prague (PCP). Les sujets de cette recherche sont des personnes choisies parmi les sujets de la recherche longitudinale de Langmeier et Matějček et d'autres personnes suivies pendant une longue période de temps par un des deux chercheurs. Les personnes suivies ont été élevées soit dans une maison d'enfant (25 sujets), soit dans une famille d'accueil (53 sujets), soit dans un village d'enfant (75 sujets). L'âge moyen de chaque groupe respectif variait de 31 ans jusqu'à 46 ans. Les sujets ont été choisis en fonction des résultats d'un test diagnostique. Il s'agissait des sujets « socialement bien adaptés » d'après les résultats de ce test, tenant compte leur situation précoce de carence affective. Les sujets choisis se sont développés en père/mères des familles, ils ont un emploi et ils mènent une vie « normale » ou ordinaire, ce qui dans leur cas peut être considéré comme extraordinaire, puisqu'ils n'ont par répété le comportement de leurs parents.

Les sujets ont été demandés de remplir quatre questionnaires et puis de répondre à des questions d'une interview. Tout le matériel de diagnostic a été préparé par les chercheurs eux-mêmes, il existait une variante uniquement pour les hommes et une autre destinée aux femmes. Le premier questionnaire touchait les informations générales et le style de vie de

<sup>64</sup> Notre mémoire rigoureux devait effectuer une recherche pour vérifier les résultats de cette étude sur différent groupe des sujets. A cause des raisons mentionnées dans l'introduction, il n'en était pas ainsi. Malgré cela, nous allons présenter l'étude de Professeur Matějček en détails pour expliquer et justifier les démarches dans notre recherche et pour pouvoir comparer certains résultats à la fin.

l'individu, il comportait 22 questions. Le deuxième questionnaire songeait sur la satisfaction personnelle avec différents domaines de la vie ; cf. la santé, les amis, la famille d'origine, la famille actuelle, la vie amoureuse etc. Il a été assez demandant, il comportait 61 questions à choix multiple. Le troisième questionnaire a été en effet une liste de vingt-trois affirmations sur une vie familiale heureuse et le sujet devait leur attribuer un chiffre d'après l'importance personnelle de l'affirmation. Le dernier questionnaire a été également une liste de sept affirmations qui évaluaient la satisfaction avec l'état actuel de l'individu. Ces questions ont songé pour le sentiment général de l'insatisfaction/la satisfaction de l'individu. L'interview n'a pas été structurée, elle avait plutôt la forme d'un récit.

Toutes les informations ont été traitées de manière qualitative. Le but de cette recherche a été d'apporter d'autres connaissances sur les facteurs de protection dans le développement psychosocial des personnes qui ont été confrontées à une carence affective pendant leur enfance précoce, avec l'accent sur l'implication dans la pratique psychologique.

Les résultats touchent alors les facteurs qui leur ont permis cette bonne adaptation. Tous les groupes se ressemblent en leurs résultats. Il est vrai que le nombre des personnes socialement bien adaptées est nettement moins élevé parmi les enfants élevés dans une maison d'enfant que dans d'autres groupes. Les différences entre les hommes et les femmes sont négligeables, à l'exception des résultats du troisième questionnaire, celui qui demandait pour les attitudes et valeurs d'une vie familiale heureuse. Un des facteurs de protection 'résilients' est l'acceptation de l'identité familiale dans la famille d'accueil ou dans le groupe où l'enfant vit. La qualité des relations entre ses frères et sœurs, qu'ils soient germains ou pas, représente un autre facteur protecteur. Plus tard, les succès à l'école et l'utilisation des capacités personnelles deviennent importants. Des relations psycho sexuelles satisfaisantes qui mènent vers un mariage et une vie de couple et une vie familiale heureuse jouent le rôle des facteurs de protection contre des séquelles d'une carence affective précoce. Finalement, les chercheurs ont désignés aussi des traits de caractère de l'individu qui peuvent être décrits comme une « ouverture » envers des stimuli émotionnels positifs arrivant de l'extérieur social. Certains individus témoignent que leur point de coupure envers une vie satisfaisante a été une rencontre avec quelqu'un en dehors de la famille ou bien l'acceptation de la foi et une orientation de vie religieuse. Tenant compte de leur passé, les sujets qui grandissaient sans leurs parents biologiques sont très attachés à leurs familles actuelles et les relations avec leurs amis sont secondaires dans telle mesure, qu'il n'est même pas possible de les nommer en tant que des facteurs de protection. (Matějček, Dytrych, Bubleová, Kovařík, 2001) Ce résultat est

en contradiction avec les résultats des autres chercheurs (Cyrulnik, Grotberg, et d'autres) mais tout est lié au passé des sujets.

Les résultats récents soutiennent les résultats précédents, ainsi que l'organisation des facteurs de protection en accord avec les stades de développement d'E. Erikson.

### **3.4.5 La conclusion**

Nous avons présenté quatre concepts différents de la résilience. Il serait intéressant de comparer les résultats de Werner (1989, 1992), des Wolin (1993) qui ont travaillé également avec des sujets des familles difficiles et de Matějček (2001) pour voir des différences et des similitudes et pour les analyser. Bien que la résilience soit un sujet très large et difficile à aborder, nous retrouverons à travers de différentes conceptions et approches théorétiques des similitudes dans son contenu, dans les facteurs de protection et dans son fonctionnement. Nous avons remarqué qu'il existe des facteurs (situations, activités, personnes) qui peuvent être nommés protecteurs pour les personnes ayant subi une carence ou une frustration, ces facteurs n'ont pas la même importance à chaque fois. Leur importance est donnée par le passé et le type de frustration ou de carence vécue.

## 4 CRISE

### 4.1 Définition

Nous retrouverons rarement un mot plus profane et aussi souvent utilisé que le mot « crise ». En fin de compte, nous ne savons plus si être en crise est pathologique ou si elle appartient à la vie quotidienne. Le mot crise (latin **crisis**, du grec **krisis**) provient de l'ancien théâtre grec, où il signifiait la partie d'une pièce de théâtre où le combat de deux forces contradictoires culminait. (Klimeš, in Špatenková, 2004, p. 15)

En psychologie, psychothérapie et psychiatrie ce terme définit un stress psychique extrême, un état dangereux, un événement de vie ou un changement dans le traitement. (Hartl, in Špatenková, 2004, p. 15)

En sociologie et psychologie moderne, la crise représente un état transitoire de la labilité interne initié par les événements externes critiques ou par les événements de vie qui nécessitent des changements et résolutions spéciales. (Špatenková, 2004, p. 15)

L'Encyclopédie Universelle Larousse (2003) propose aussi plusieurs définitions du mot « crise ». Elles nous témoignent l'utilisation vaste de ce terme. :

➤ Brusque accès, forte manifestation d'un sentiment, d'un état d'esprit : **Une crise de larmes, de jalousie.**

➤ Familier. Enthousiasme soudain pour une action, brusque mouvement d'ardeur : **Il est pris d'une crise de rangement.**

➤ Moment très difficile dans la vie de quelqu'un, d'un groupe, dans le déroulement d'une activité, etc.; période, situation marquée par un trouble profond : **Crise de conscience.**

➤ Manifestation violente d'un état morbide, survenant en pleine santé apparente (crise d'appendicite, crise de goutte, crise d'épilepsie, crise de colique néphrétique, etc.).

Le dictionnaire fondamental de psychologie (Casalis, 2002) définit crise comme : « Rupture violente du processus évolutif, dont la direction se voit soudain masquée, modifiée ou inversée. » (p. 297)

La crise marque donc une discontinuité profonde. Cette discontinuité est accompagnée par les impressions négatives éprouvées par l'individu qui ne parvient pas à surmonter un conflit. ~~D'après certaines théories, la crise appartient naturellement au processus de développement.~~ Nous pouvons nommer la théorie de « huit stades psychosociaux de l'homme » de E. Erikson ou les stades de S. Freud. Les théories de la discontinuité du développement appartiennent également à ce groupe. (Casalis, 2002 ; Špatenková, 2004)

De point de vue psychanalytique dans la théorie de Freud, le passage d'un stade à l'autre dans la construction de la personnalité, ne peut s'accomplir qu'au prix d'une crise caractérisée par l'apparition d'un complexe. Pour démontrer que nous restons parfaitement dans la normalité, la bonne santé, sans entrer dans la pathologie, nous rappelons la crise d'opposition d'un enfant qui se situe à 3 ans et qui est typique pour les enfants de cet âge. Elle est accompagnée par l'apparition du complexe d'OEdipe. (Casalis, 2000, p. 296) Ainsi, d'après la théorie d'Adler, nous pouvons nous attendre à ce qu'une crise inattendue au cours de la vie humaine soit accompagnée par un complexe. C'est pourquoi nous avons incorporé le complexe d'infériorité et de supériorité dans ce chapitre.

## **4.2 Termes similaires**

Le mot « crise » est souvent utilisé comme un synonyme pour d'autres termes. Nous pouvons citer « conflit », « stress », « dépression » ou « frustration ». Ces expressions sont proches et se correspondent en partie dans certains cas mais elles ne sont pas interchangeables. Čáp et Dytrych (1967, p 5) affirment que le terme supérieur à nos termes mentionnés précédemment est « les situations difficiles » et que les termes comme le stress ou le conflit désignent des moments spécifiques de ces situations difficiles.

La littérature nous offre une grande richesse de définitions pour chaque terme, il serait facile de décrire chaque terme en plusieurs chapitres. Tenant compte du fait que cette différence des termes est purement indicative et ne représente pas le sujet du mémoire rigoureux, nous allons nous limiter à des définitions de base.

### 4.2.1 Conflit

Le mot « conflit » vient du latin, le préfixe « con » signale qu'il s'agit de la collision de deux sujets. Conflit signifie alors « la collision de deux ou plusieurs efforts, forces ou tendances qui sont totalement ou partiellement en opposition ». (Křivohlavý, 2002, p.15)

En général, le conflit est une situation désagréable. Mikšík (2001), Čáp et Dytrych (1967) considèrent le conflit comme une situation difficile.

---

Les conflits peuvent être classés selon le nombre de sujets engagés et selon les caractéristiques des tendances en collision. Křivohlavý (2002) distingue quatre types des conflits :

- **Conflits intrapersonnels** : conflit intérieur d'un individu ;
- **Conflits interpersonnels** : entre deux sujets ;
- **Conflits groupaux** : existent au sein d'un groupe de gens ;
- **Conflits intergroupaux** : entre deux groupes de personnes.

La théorie des conflits a été bien élaborée d'abord par des psychanalystes qui cherchaient quels conflits sont importants pour le développement psychique et quelle est leur relation à des troubles psychiques. Ainsi, S. Freud a décrit le complexe d'OEdipe et le complexe de castration, A. Adler a ajouté le complexe d'infériorité et C. G. Jung a relativisé tout et il a ajouté le conflit entre l'extraversion et l'introverson, surtout chez des personnes vers la moitié de leur vie. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 7)

D'autres théories de conflit ont suivi, chaque courant psychologique a prêté attention au conflit. Nommons quelques auteurs, p. ex. A. R. Lurija, K. Lewin ou N. E. Miller et C. Hull. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 8 et 9)

### 4.2.2 Frustration

---

Dans des situations de conflit et aussi dans d'autres situations il arrive qu'un besoin d'individu ne soit pas satisfait. Un état de non-satisfaction, de déception et de tension naît. Cet état s'appelle « la frustration ». La frustration est un terme plus large que le conflit. Elle désigne toute rencontre de l'individu avec un obstacle considérable sur le chemin vers la satisfaction d'un besoin. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 10)

D'après les psychanalystes, la frustration mène vers le stade inférieur de la satisfaction du besoin, donc elle oblige l'individu à la régression. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 11)

D'autres auteurs ont développé la théorie de la frustration, p. ex. N. R. F. Maier, Brown, Farber, R. Lawson et M. H. Marx. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 12)

### **4.2.3 Stress**

La théorie du stress a été développée en 1936 par H. Selye, un endocrinologue canadien. Il a défini le stress comme : « une réponse non spécifiée de l'organisme à l'influence d'un facteur quelconque ». Le stress est une réponse physiologique caractéristique à une détérioration ou une mise en danger de l'organisme. Elle se manifeste par le syndrome général de l'adaptation (GAS : angl. General Adaptation Syndrome), qui a trois étapes :

- 1) La réaction d'alarme (alarm reaction) ;
- 2) le stade de résistance ; et
- 3) le stade d'épuisement. (Špatenková, 2004, p. 17 et 18, Čáp, Dytrych, 1967)

### **4.2.4 Dépression**

La dépression et la crise ont une multitude de symptômes en commun ; comme la perte de la motivation et de l'énergie, la tristesse, etc. mais la dépression est une maladie psychique qui a sa diagnose, alors que la crise n'est pas une maladie, c'est une « réaction normale à une situation anormale ». (Špatenková, 2004, p. 17)

### **4.2.5 Trauma**

Il faut noter la différence entre la crise et le trauma. La crise est définie par le sujet « à qui quelque chose est arrivé », alors que le trauma est défini par l'objet, c à d. par « le fait qui est arrivé ». Le trauma est une réaction à une situation qui est arrivée en conséquence d'un événement qui dépasse l'expérience humaine habituelle. (Baštecká, in Špatenková, 2004, p. 18)

Čáp et Dytrych remarquent que la multitude de différents termes nous indique l'absence d'un terme général, souverain, pour le stress, la frustration et le conflit. D'autres problèmes voient les auteurs dans les relations de ces termes qui sont souvent floues. (Čáp, Dytrych, 1967)

### 4.3 Classification des crises

#### 4.3.1 Classification générale

Il existe plusieurs classifications. La classification classique distingue trois types de crises : crises développementales, crises situationnelles et crises cumulatives.

➤ **Crises développementales**, appelées aussi **crises générales** ou encore **crises normatives** sont indissociables de la vie humaine. Elles nous concernent tous et dans certains cas, nous les attendons même avec impatience. Elles apportent à chaque fois un changement dans le développement de l'individu et elles nécessitent des « stratégies de coping <sup>65</sup> » pour accepter les nouveaux rôles. Elles peuvent être accompagnées par un stress émotionnel venant p. ex. de l'incertitude de soi-même. Ce sont des crises que S. Freud et E. Erikson considèrent comme des étapes normales de la vie humaine Il s'agit de l'entrée à l'école, de la fin d'études, du mariage, de l'entrée à la retraite etc.. Ces crises ne commencent pas d'un coup mais se développent des jours ou des semaines.

➤ **Crises situationnelles ou épisodiques ou traumatiques** résultent des événement extérieurs inattendus. Celles, qui ont été induites par des générateurs de stress forts et intenses, sont classifiées « traumatiques ». (Une classification détaillée des crises situationnelles a été faite par Holmes et Rahe. Nous allons la présenter ultérieurement.) Ces crises mettent en danger l'identité et l'intégrité de l'individu, son sentiment de sécurité, sa santé et souvent même sa vie. Des événements tels que le décès d'une personne proche, la perte d'emploi, la diagnose d'une maladie incurable ou l'invalidité en font partie. Ces crises commencent soudainement, avec le choc de l'événement.

➤ **Crises cumulatives ou chroniques** arrivent dans le cas où l'individu a refusé de résoudre une crise développementale et a accepté une défense mal adaptée. Le vécu d'un événement traumatique récent est encore accentué par le souvenir de l'échec précédent. Il est souvent difficile de différencier les crises situationnelles et chroniques. Un indice peut être le temps entre les problèmes ou l'événement et le début de la crise. Pour une crise chronique, ce temps dépasse huit semaines et peut aller jusqu'à des années. (Špatenková, 2004, p. 23-27)

<sup>65</sup> Coping (strategies) : Processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, et de ses motivations, fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser. (Casalis, 2002, p. 286)

### 4.3.2 Classification de Baldwin

La typologie des crises de Baldwin est originale et très utilisée en République tchèque. Il décrit six classes ou types de crises. Ces types sont classés hiérarchiquement d'après leur gravité. Plus une crise est grave, plus le degré de sa psychopathologie est élevé. Les causes des crises changent aussi, ainsi que l'intervention recommandée.

➤ **Les crises situationnelles** sont initiées surtout par des facteurs extérieurs, comme la perte, le changement, le choix. Il s'agit de situations problématiques qui suscitent l'anxiété chez l'individu. L'intervention consiste à définir la situation, à procurer les informations, à proposer l'aide, l'intervention, la thérapie et à mobiliser le réseau social. (p. ex. L'impossibilité à se préparer à un examen à cause du bruit de voisins.)

➤ **Les crises transitoires** sont liées à un changement d'état dans la vie ou dans la vie familiale de l'individu. Il est capable de les anticiper et de se préparer à leur arrivée. Mais ces situations nécessitent un changement et une adaptation quand même. L'intervention possible est de définir la transition, d'aider à comprendre le changement et leur signification et à comprendre le changement de rôles sociaux. Il est également recommandé à chercher de nouvelles alternatives, de soutenir de nouvelles activités et de donner des conseils en vue de changements préparés (p. ex. changement d'emploi, mariage, naissance d'un enfant).

➤ **Les crises traumatiques** sont causées par un événement stressant soudain, inattendu. L'individu se sent battu par la situation et les stratégies d'ajustement sont paralysées. Dans ce cas, il est nécessaire de soutenir l'acceptation de la perte en reconnaissant sa signification personnelle et de fournir un soutien. Puis, il faut mobiliser le réseau social. L'individu devra ventiler ses émotions pour pouvoir se détacher de la personne ou de l'objet perdu. Les souvenirs sont les bienvenus ainsi que les sentiments de culpabilité. (p.ex. un décès soudain du partenaire, viol, accident de voiture, catastrophes naturelles...)

➤ **Les crises développementales** proviennent de la psychodynamique de l'individu. Elles rappellent la non résolution de devoirs fondamentaux de développement comme la dépendance, le pouvoir, les conflits des valeurs, l'intimité, l'identité sexuelle ou la jalousie. La maturité sentimentale n'est pas atteinte et cela se traduit dans des problèmes interindividuels. L'intervention est compliquée. Elle consiste à manifester le problème, à accepter la crise comme un défi de développement personnel, à soutenir l'environnement social et puis le motiver à coopérer, à soutenir le client dans la résolution des devoirs de développement actuels et à le soutenir à chercher son identité et son chemin de vie personnel. (p.ex. l'inceste, l'infidélité répétée, les rapports répétés avec des alcooliques etc.)

➤ **Les crises psychopathologiques** sont causées par une grande vulnérabilité interne ou par une psychopathologie de l'individu. Elles sont fréquentes chez les personnes névrotiques, chez les border-lines et dans les psychoses non organiques. Tout d'abord, il faut reconnaître la psychopathologie existante et se focaliser à stabiliser ou à rétablir les fonctions. Attention à ne pas soutenir une régression plus grave. Un suivi complémentaire selon les indications est inévitable.

➤ **Les crises nécessitant de l'aide psychiatrique urgente** sont des états purement psychiatriques. L'individu perd la responsabilité de ses actes. L'abus d'alcool ou de drogues peut jouer le rôle du déclencheur. Elles sont souvent accompagnées par des fantasmes ou menaces suicidaires. L'intervention est d'évaluer rapidement la situation, de préserver le client de tout danger et de stabiliser son état. Le traitement est souvent à long terme et un suivi complémentaire est à considérer. (p.ex. psychoses aiguës, intoxications alcooliques ou de drogues, agression incontrôlable etc.) (Špatenková, 2004, p. 28-31)

### **4.3.3 Classification de Holmes et Rahe**

Holmes et Rahe (1967) ont affirmé que chaque situation qui nécessite de nombreuses accommodations de la part des intéressés peut être perçue comme stressante. Pour mesurer l'influence des événements de vie sur les sujets, ils ont construit « l'échelle des événements de vie ». (Atkinson et al, 1995, p. 589 et 590, Špatenková, 2004, p. 19-21) Ces événements peuvent être négatifs (le décès d'un être proche, la perte de l'emploi) ou positifs (la naissance d'un enfant, le mariage). Les chercheurs ont attribué à chaque événement un nombre précis de « points de stress » et à la fin ils en ont fait une échelle. Ils ont d'abord placé le mariage au milieu de l'échelle avec 50 points et puis ils ont questionné des centaines de sujets sur d'autres événements stressants et les ont classés dans cette échelle. Le maximum de points a été attribué au décès du partenaire (100 points) et le minimum à une petite violation de la loi

(11 points). Sans doute, nous pouvons reprocher à l'échelle une certaine subjectivité puisque même si plusieurs sujets ont été questionnés, il n'empêche qu'ils ont toujours donné en réponse leurs propres significations de l'événement, jamais des significations objectives. La crise est telle situation que l'individu considère comme critique. Déjà Holmes et d'autres collègues ont effectué des recherches ultérieures et ils ont trouvé que son échelle présente certaines différences culturelles et d'âge. (Atkinson et al, p. 590)

De Meus (in Špatenková, 2004, p. 21) a repris cette échelle et l'a réorganisée. Il a également ajouté quelques événements.

### **4.3.4 Accident comme une crise traumatique**

Après avoir défini et classé les crises, nous revenons à certains points mentionnés précédemment pour prouver que l'accident ou une maladie soudaine fait partie de l'ensemble des crises et pour apporter quelques détails importants pour notre recherche.

*Un accident est un événement fortuit qui a des effets plus ou moins dommageables pour les personnes ou pour les choses. C'est également un événement inattendu, non conforme à ce qu'on pouvait raisonnablement prévoir.* (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003)

Et puisque dans la partie 4.1 nous avons défini avec Casalis (2002, p. 297) la crise comme : « une rupture violente du processus évolutif, dont la direction se voit soudain masquée, modifiée ou inversée », nous pouvons en déduire que l'accident est une crise.

De même, d'après la classification générale et celle de Baldwin (cf. 4.3.1 et 4.3.2), les accidents appartiennent au groupe de crises traumatiques parce qu'ils sont causés par un événement stressant soudain, inattendu. (Špatenková, 2004, p. 29)

D'après Holmes et Rahe (Atkinson et al, 1995, p. 590, Špatenková, 2004, p. 20) l'accident représente 53 points de stress en tant qu' « accident ou maladie personnelle ». Leur théorie postule que les points de stress peuvent s'accumuler. Un accident qui mène à l'invalidité apporte avec lui non seulement l'accident lui-même (53 pts) mais aussi la perte (47 points) ou le changement d'emploi (39 points), le changement de situation financière (38 points), la modification des capacités de travail (29 points), des changements dans les conditions de vie (25 points), souvent des problèmes dans le mariage (29 points) et des changements dans les activités sociales (18 points).

Les points sont purement indicatifs, le fait de devenir handicapé a pour chacun sa propre signification dans la vie familiale et active. Nous avons voulu démontrer que l'accident qui amène un changement important dans les habitudes de l'individu est un événement fort stressant.

## **4.4 Déroulement d'une crise**

Deux auteurs américaines Silver et Wortman (in Špatenková, 2004, p. 33) ont effectué une analyse des recherches empiriques sur les situation difficiles. Leurs résultats peuvent être résumés en trois points principaux :

1) Les réactions des gens à une crise ne sont pas prédictibles. Il est possible de s'attendre à ce que certains états émotionnels, tels que le choc, la négation, l'agression et la dépression apparaissent, mais leur présence n'est pas indispensable pour toutes les crises.

2) Il est généralement probable que l'adaptation à une situation critique se déroule en passant par les étapes suivantes :

- le choc,
- la négation,
- l'agression,
- la dépression, et
- l'acceptation.

Ces étapes sont analogues aux étapes du modèle de E. Kübler-Ross (que nous allons présenter ultérieurement puisqu'il est bien accepté en République tchèque). Il n'est pas nécessaire que les étapes se suivent exactement dans cet ordre, elles peuvent se répéter ou bien parfois une ou plusieurs manquent.

3) Nous avons tendance à supposer que les gens s'adaptent à la situation difficile après un certain temps. Les recherches cliniques montrent qu'un grand nombre de sujets ne l'acceptent jamais. (Nous allons nous occuper des facteurs qui peuvent jouer un rôle dans le chapitre 2.3.3.) (Špatenková, 2004, p. 33 et 34)

#### **4.4.1 Les stades d'adaptation d'après Elisabeth KÜBLER-ROSS**

E. Kübler-Ross était une psychologue suisse qui vivait aux Etats-Unis. Elle a consacré toute sa vie et ses œuvres au phénomène de la mort. Dans son livre « Dialogues avec des mourants » (1992) elle a présenté ses cinq phases de la pensée et du comportement de l'homme en réaction à une mauvaise nouvelle. Bien qu'elle se soit occupée uniquement de ~~patients avec des maladies incurables, sa théorie sur les cinq stades est valable dans le cas~~ général. Dans son livre « Dialogues avec des mourants » (1992) les noms des stades sont différents de ceux qui sont mentionnés par Špatenková (2004, p. 37) mais leur contenu est le même.

- Premier stade : **Fermeture des yeux devant la réalité, l'isolement**

Le patient ne veut pas accepter la mauvaise nouvelle, il essaie de fermer les yeux devant la réalité et de la fuir. Souvent, il fuit dans l'isolement. Une des réactions habituelles est : « *Quoi ? Vous avez dû vous tromper !* »

➤ Deuxième stade : **Méchanceté**

Le client refuse l'aide, ne croit toujours pas et veut gérer la situation lui-même. Il veut rester le maître de la situation.

➤ Troisième stade : **Négociation**

Le client essaie de pousser les limites de la diagnose ou de la situation. Il veut changer au moins quelque chose dans son destin. Quand il voit que c'est irréel ou pas possible, il se fâche et devient agressif.

➤ Quatrième stade : **Dépression**

Le patient se rend compte de tout ce qu'il est en train de perdre ou de ce qu'il a déjà perdu et aussi de tout ce qui doit changer dans son entourage et dans le futur. Il est indispensable de savoir vivre le deuil.

➤ Cinquième stade : **Acceptation**

Le client a assumé sa situation, il ne vit plus dans les folles espérances et est prêt à s'adapter à une nouvelle situation (ou dans le cas des patients de l'auteur, prêt à mourir). (Kübler-Ross, 1992 ; Křivohlavý, 1985)

#### **4.4.2 Les stades d'adaptation de la famille et des proches au handicap**

L'homme est un individu social. Ses joies deviennent aussi les joies des autres et ses peines de même. Un accident ou une maladie inattendue bouleversent toujours tout l'entourage social de l'individu. Soudainement, l'individu handicapé attend l'aide de ses proches alors qu'eux, ils ont besoin d'aide eux-mêmes. C'est pourquoi M. Kuchar<sup>66</sup> dit à propos du soutien de la famille du malade : « Un superviseur pour la famille et des conseils seront utiles encore avant que le handicapé ne rentre à la maison. Il faut avoir un but que le handicapé devra atteindre, même avec de l'aide. Je ne pense pas que ça soit possible sans une dépendance à une personne, mais ceci ne devra être que passager. »

Les stades d'adaptation des parents à un handicap de leur enfant (quelque soit l'âge de l'enfant) sont d'après Matějček (2001, p. 67) :

1) le choc, bouleversement, pétrification de l'information et de la compréhension de son sens, et même si les parents ont déjà pu sentir quelque chose de bizarre, même s'ils se doutaient de quelque chose avant ;

<sup>66</sup> Cf. les interviews, partie pratique

- 2) la réaction de l'abandon au désespoir, la détresse ;
- 3) les tendances défensives, cf. chap. 4.5.1 ;
- 4) l'acceptation successive de la réalité et une adaptation positive.

La situation devient encore plus compliquée dans le cas où il s'agit d'une maladie grave où les stades d'amélioration et d'aggravation de la santé de l'enfant changent souvent. Dans le cas de la mort ou d'un accident, l'adaptation intérieure est « plus facile » parce qu'il s'agit de ~~situations accomplies, bien définies.~~

Nous avons vu quels sont les stades d'adaptation du malade et de sa famille à la nouvelle d'un handicap physique ou d'une maladie qui rend le sujet handicapé physique. Ils se ressemblent énormément. Les deux côtés doivent changer le mode de vie, toute la structure familiale change. Le contenu psychologique de ces changements sera traité dans le chapitre 5.6 Psychologie du handicap. Regardons maintenant quels sont les facteurs qui déterminent le déroulement d'une crise.

#### **4.4.3 Les déterminants de déroulement d'une crise**

Tout au long de la vie, le sujet rencontre quantité d'événements qui peuvent déclencher une crise. Un événement peut représenter un défi amusant pour l'un, alors que pour l'autre le même événement représente un danger. Le commencement d'une crise, son déroulement et ses conséquences dépendent d'un ensemble de facteurs. Bien que le vécu d'une crise soit purement individuel, nous pouvons identifier certains facteurs qui influencent la réaction de l'individu. (Špatenková, 2004, p. 33 et 34)

- **L'âge** : définit la problématique psychologique en cours de résolution ainsi que les ~~attentes de l'entourage social.~~
- **Le sexe** : les femmes sont capables de partager leurs soucis et cherchent plus souvent de l'aide sociale que les hommes qui cherchent du soutien dans l'alcool, le workoolisme ou le sexe.
- **La situation de vie** : comme un ensemble de facteurs ; la situation financière, familiale, l'emploi etc.
- **La santé** : psychique et physique du sujet ; un individu qui souffre de la faim ou d'une maladie est plus susceptible à ce qu'une crise soit déclenchée.

- **Les facteurs personnels** : comme la caractère, le tempérament, la stabilité ou labilité émotionnelle, la vulnérabilité etc.
- **La capacité de gérer les situations difficiles** : qui comprend les mécanismes de défense et les stratégies de coping.
- **Les crises précédentes non résolues.**
- **Les autres crises actuelles.**

---

- **L'espoir** : s'il est présent, c'est la plus grande force.
- **Les croyances religieuses** : qui peuvent être également une source d'espoir.
- **Le soutien social** : dépend du réseau social de l'individu. (Špatenková, 2004)

Dans le chapitre 5.6 Psychologie du handicap, nous mentionnons des déterminants subjectifs et objectifs de la vie avec un handicap d'après Novosad (2000). Son regard est plutôt sociologique, mais il nous propose une vue complexe à la situation du handicap. Les deux groupes de déterminants de Špatenková (2004) et de Novosad (2000) sont quasiment identiques. Nous pouvons en déduire que la situation du handicap est une crise et que ces déterminants sont universels pour des situations difficiles.

#### **4.5 Conciliation avec une situation frustrante**

L'organisme possède une grande diversité de réponses prédéterminées à une situation difficile ou stressante. Ces réponses ont différents noms d'après le courant psychologique dominant : « techniques d'ajustement, mécanismes de défense ou stratégies de coping ». Nombreuses d'entre elles ont été décrites, et une forme positive et une négative ont été découvertes pour chacune. Chaque individu a son ensemble de techniques d'ajustement, il les utilise souvent et il n'en utilise que rarement d'autres. Ces techniques peuvent être définies comme « des systèmes de réactions ou des habiletés que le sujet apprend dès l'enfance dans les situations stressantes et difficiles, ils sont caractéristiques pour chaque individu ». (Čáp, Dytrych, 1967, p. 41)

##### **4.5.1 Mécanismes de défense**

Pour mieux nous orienter dans l'ensemble des mécanismes de défense, nous allons commencer par les plus anciens, les originaires dans le développement humain pour en venir

aux spéciaux qui se sont développés ultérieurement. (Nous avons choisi le terme mécanisme de défense à cause de sympathies envers la psychanalyse.)

#### **4.5.1.1 L'agression et des mécanismes de défense dérivés**

L'agression est utilisée quand le sujet se sent plus fort que l'adversaire ou l'obstacle. L'agression peut être adéquate dans certains cas, parfois elle est même socialement agréée comme un signe de courage et de masculinité. Parce qu'elle peut devenir dangereuse pour les autres, la société la juge dans la plupart de cas comme négative. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 42)

Dollard définit le comportement agressif comme : « un comportement nuisant à un organisme ou à un objet qui le remplace ». (in Čáp, Dytrych, 1967, p. 43) De nombreux chercheurs ont essayé de démontrer l'origine de l'agression. S. Freud postulait qu'elle est innée, elle provient de Thanatos, l'instinct de la mort. De nos jours, les théories sur le caractère acquis de l'agression dominant. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 44)

L'agression peut prendre différentes formes : l'agression verbale, fréquemment utilisée (qui n'a jamais dit « merde » ?), les gestes agressifs, ou une attaque directe. L'objet de l'agression n'est pas forcément celui ou ce qui l'a causée. Elle se déplace vers un objet alternatif. (Špatenková, 2004, p. 35) L'agression peut se tourner vers le sujet lui-même. C'est le cas de la culpabilité ou d'un ennemi trop abstrait. Un sentiment d'impuissance naît dans le sujet et se tourne contre lui. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 44)

Les mécanismes de défense modifiés formés à la base de l'agression sont d'après Čáp et Dytrych (1967, p. 44- 47) :

➤ **L'obtention de l'attention et l'égoïsme** : qui sont caractérisés par différents types de comportements excentriques dans les interactions quotidiennes (p.ex. parler beaucoup et très fort, couper la parole des autres, excentricité dans des vêtements ; formes pathologiques : l'hypocondrie, l'hystérie, la manie).

➤ **L'identification** : joue un rôle important dans le développement de la personnalité.

Un enfant s'identifie avec le parent du même sexe, d'où le problème des familles incomplètes. L'identification est positive dans le cas où les modèles sont aussi positifs. Les modèles peuvent être des personnes, le statut d'un des parents, un club de sport, un groupe de copains, une idée politique ou autre ou un objet, le plus souvent un objet de luxe. L'identification devient pathologique si elle reste forte à l'âge adulte envers les parents du sujet, si elle est exagérée ou mène vers un comportement mal adapté ou s'il s'agit d'une illusion (p.ex. le fanatisme, l'identification hallucinatoire avec un personnage célèbre).

➤ **La compensation** : est un mécanisme de défense contre le complexe d'infériorité. (cf. chap. 4.6 Complexe d'infériorité) La compensation peut être utilisée pour supporter n'importe quelle frustration. Elle a été développée surtout par A. Adler. Elle consiste à faire des efforts dans un autres domaine que le frustrant. Il s'agit d'une forme active de conciliation et elle est fortement valorisée en société. Les formes mal adaptives existent malgré tout aussi, p. ex. la compensation par la nourriture ou la compensation de l'absence d'une relation amoureuse par une liaison forte à l'enfant.

➤ **La sublimation** : est un cas spécial de la compensation. S. Freud a beaucoup travaillé cette problématique. Il a défini la sublimation comme un dédommagement de la satisfaction sexuelle par une autre satisfaction, socialement tolérée. (in Čáp, Dytrych, 1967, p. 46) Cette définition n'était pas prouvée, c'est pourquoi elle a été élargie par Cameron et Magaret (in Čáp, Dytrych, 1967, p. 46) en « La sublimation est un dédommagement d'un comportement socialement interdit par des réactions socialement approuvées, surtout avec des traits d'altruisme ». la sublimation est souvent utilisée en pratique.

➤ **La rationalisation** : est la justification d'un comportement illégitime par des raisons légitimes. Ce mécanisme est compliqué puisque les motifs de comportement humain sont difficilement vérifiables. La rationalisation a pour but de diminuer la tension et la culpabilité ou bien de supporter une défaite. Chaque rationalisation change la réalité et donc est plutôt négative. Mais il faut voir que parfois elle n'a pas de conséquences négatives et réconcilie l'individu qui ne peut pas changer la réalité. Les formes pathologiques sont l'hypocondrie, l'hystérie etc.

➤ **L'autopunition et le rachat** : sont des mécanismes de défense basés sur l'agression tournée envers le sujet lui-même. Souvent, les sujets sont habitués à vivre dans des termes de péché, de punition, de vengeance et de sanction. Ils considèrent chaque situation frustrante est comme une punition pour leurs mauvais faits (qu'ils les ont commis réellement ou pas). Ce mécanisme peut augmenter le sens moral des individus, à long terme, il est plutôt nuisible puisqu'il ne résout pas le problème et peut devenir source de souffrance.

➤ **La projection** : permet de situer nos pensées et nos motifs par rapport aux autres. Nous pouvons encore distinguer deux types de projection :

- a) l'individu proclame que « tout le monde fait cela donc moi je peux aussi », et
- b) l'individu voit les mauvaises caractéristiques chez les autres, alors que lui, il se sent bon, pur.

La projection dénature la réalité et peut être nuisible pour les relations de l'individu avec les autres. Mais elle a aussi la Capacité de soulager l'individu dans sa déception et dans son malheur. Les formes pathologiques sont la dépression, l'obsession et la schizophrénie.

#### **4.5.1.2 La fuite et des mécanismes de défense dérivés**

La fuite comprend plusieurs types de comportement, soit l'échappement dans la direction opposée à l'ennemi, soit se montrer inférieur à l'ennemi, p. ex. quand un loup montre la partie la plus vulnérable de son corps, le cou. En général, la fuite est mieux acceptée dans la société que l'agression, il n'empêche que les gens ridiculisent les « trouillards, poltrons et mauviettes ». (Čáp, Dytrych, 1967, p. 41)

De même, une fuite peut prendre différentes formes dans le comportement humain. Il est possible de s'échapper physiquement ou symboliquement (fermer les yeux, se cacher le visage), dans le fantasme, dans la maladie, dans l'alcool, les drogues ou le travail. Le cas extrême est la fuite de la vie - le suicide. (Špatenková, 2004, p. 35)

La passivité et l'obéissance sont les formes modifiées de la fuite et elles sont le mieux acceptées dans la société. Prenons l'exemple d'un enfant sage, calme et obéissant. Celui-ci est moins bien préparé pour la vie dans la société qu'un enfant vif, se battant et remuant beaucoup mais il aura plus de punitions donc de difficultés que le premier. (Čáp, Dytrych, 1967, p. 42)

Les mécanismes de défense modifiés formés à base de fuite sont d'après Čáp et Dytrych (1967, p. 48- 51) :

➤ **L'isolation** : diminue la possibilité de se trouver dans une situation frustrante. D'un autre côté, elle restreint aussi les possibilités d'apprendre le comportement nécessaire pour la vie dans un groupe social. A long terme, elle mène à la détérioration des relations personnelles et à la tension intérieure. Sa pathologie serait représentée par une fatigue chronique, l'hypochondrie et les obsessions. L'autisme est une forme extrême et pathologique.

➤ **La régression** : est un pas en arrière dans des modes de comportement plus anciens, vers des objets de satisfaction précédents etc. ce n'est pas tout le comportement ancien qui est reproduit, plutôt quelques traits, souvent d'une manière mal adaptée. Elle exprime le désir de soins « comme un enfant » de la part des autres. (Špatenková, 2004, p. 36)

➤ **La fixation** : signifie un arrêt excessif sur un objet précis ou sur un style de satisfaction d'un besoin ou des réactions stéréotypées même dans les situations qui auraient

nécessité une modification du comportement. Plus la fixation est renforcée par les autres, plus elle devient forte et difficile à quitter.

➤ **La suppression** : s'utilise surtout dans le des conflits internes, p. ex. des fantasmes sur les sujets socialement interdits. Le sujet s'interdit ses fantasmes ou de penser à une situation. Ainsi, le conflit se mêle de sentiments de culpabilité et revient plus tard sous la forme de complexe autonome qui revient paradoxalement plus souvent.

➤ ~~La dénégation~~ : signifie la négation de la réalité, faire comme si une situation n'existait pas. « *Cela ne peut pas être vrai !* »

➤ **La réaction inverse** : consiste à lutter de toutes forces pour l'opinion qui est inverse à la notre et qui peut être refoulée. P. ex. un moraliste qui désire dans son inconscient mener une vie débauchée.

➤ **Le refoulement** : processus de mise à l'écart des pulsions qui se voient refuser l'accès à la conscience. (Chemana, Vanderersch, 1998, p.362)

#### 4.5.2 Les mécanismes d'ajustement

Les théoriciens psychanalytiques classent l'humour parmi les *mécanismes de défense*, les cognitivistes parlent plutôt de *stratégie d'ajustement*. L'approche de Stefan Vanistendael et de Jacques Lecomte (Vanistendael, Lecomte, 2000) nous apprend à différencier ces deux notions. Le terme « stratégie d'ajustement », en mettant l'accent sur le caractère actif des attitudes adoptées, s'oppose au terme « mécanismes de défense ». D'une part, il y a un mécanisme, processus inconscients et automatiques, d'autre part il y a une stratégie, efforts cognitifs et comportementaux plus ou moins volontaires. Il y a également antagonisme entre défense/ajustement. La défense a une fonction de protection, tandis que l'ajustement est plus dynamique, voire combatif. Les auteurs soulignent que, sur le plan pratique, ces distinctions ne sont pas toujours respectées. Plusieurs processus étant classés tantôt dans les mécanismes de défense, tantôt dans les stratégies d'ajustement. L'essentiel est que certains comportements et modes de pensée permettent non seulement de résister à une situation stressante, mais aussi de s'engager dans une démarche dynamique et positive.

Voici quelques uns des « *mécanismes d'adaptation positive* » nommés, avec l'humour, dans les travaux sur la résilience. (Vanistendael, Lecomte, 2000 ; Cyrulnik, 1999 ; Cyrulnik et al. 2001)

➤ **Le recours à l'imaginaire** permet de s'évader dans la rêverie, de mettre en scène son malheur, d'exprimer son émotion à travers l'art.

➤ **Le déni** utilisé de manière temporaire peut devenir le premier temps de l'adaptation en permettant à la personne de ne pas s'effondrer et de reporter à plus tard le travail d'adaptation à la réalité.

➤ **Le clivage** consiste à séparer le monde en deux dans le but de mettre à l'écart ce qui est insupportable. Boris Cyrulnik différencie le clivage résilient de la conceptualisation kleinienne. Pour Mélanie Klein, le clivage est une séparation intrapsychique entre « bon sein » et « mauvais sein », le clivage résilient selon Boris Cyrulnik est une séparation qui « *intervient entre le sujet blessé et son milieu, incapable d'entendre le discours de la victime.* » Il s'agit d'un mécanisme extra psychique qui pourrait expliquer la créativité chez les individus résilients.

➤ **La sublimation**, consiste à transformer une pulsion agressive en une « passion », un goût du sport, de l'art ou encore en altruisme. Il s'agit alors de s'occuper des autres parce qu'on a été en échec pour s'occuper de la souffrance de sa propre famille.

Selon Stefan Vanistendael et Jacques Lecomte, la résilience inclut les mécanismes de défense et stratégies d'ajustement dans une perspective plus large et dans une dynamique de projet à moyen et long terme. « *Elle permet à l'individu d'intégrer les événements traumatisants de son existence, mais d'une manière atténuée, afin qu'ils ne déséquilibrent pas trop sa personnalité et laissent la porte ouverte à une nouvelle croissance.* » (Vanistendael, Lecomte, 2000, p. 142)

## 4.6 Complexe d'infériorité

A. Adler (1870-1937) s'est séparé du mouvement psychanalytique en 1910 à cause de son désaccord avec S. Freud sur le rôle de la pulsion sexuelle. A la suite de cet événement, il crée un nouveau courant psychologique, la psychologie individuelle.

Le disciple de Freud a interprété toutes les attitudes humaines individuelles comme des réactions de compensation à des sentiments d'infériorité provoqués par une infériorité organique réelle. Il pense que l'on peut rendre compte de la vie psychique de l'individu à partir du sentiment d'infériorité qui résulte de l'état de dépendance dont chacun fait l'expérience dans son enfance ainsi que de l'infériorité des organes. Le sentiment

d'infériorité est compensé par une volonté de puissance qui pousse l'individu à vouloir se montrer supérieur aux autres. Il admet que le sentiment d'infériorité est un symptôme fréquent. (Chemana, Vandermersch, 1998, p.8)

A. Adler affirme : « *Etre homme signifie se sentir inférieur.* » (Adler, 1995, p. 44) Mais il ajoute que le sentiment d'infériorité est positif et qu'il dure jusqu'à ce que le besoin soit satisfait. Il est positif parce qu'il oblige l'individu à atteindre la certitude, à surmonter des difficultés. (Adler, 1995, p. 45) Ces difficultés peuvent être surmontées par l'énorme force compensatoire dont l'individu dispose également et qui constitue les bases du développement de toute l'humanité. (Adler, 1995, p. 45) Le sentiment d'infériorité peut être compris aussi comme un sentiment d'imperfection personnelle ou dans le temps. (Adler, 1995, p. 45) La direction du développement de l'individu poussée par la force compensatoire est définie par le *sens de la communauté*. Ce sens impose des critères du bien et du mal. (Adler, 1995, p. 47) D'habitude, le sentiment humain d'infériorité se perd dans des efforts d'aller en avant, mais il se réveille avec une plus grande force dans les étapes de bouleversement de la vie humaine. Il devient le plus remarquable dans les épreuves. (Adler, 1995, p. 49)

A moment d'un problème pareil, le sentiment d'infériorité uni au manque du sens de la communauté peut aboutir à deux chemins possibles. Le premier, c'est la névrose, la psychose ou le masochisme ; et le deuxième c'est l'alcoolisme, les actes criminels, le suicide ou la perversion active. (Adler, 1995, p. 50) Mais plus tard, il affirme : « Tout cela sont les démonstrations du complexe d'infériorité qui s'est transformé en *complexe de supériorité* ». Avant de passer au complexe de supériorité, il faut expliquer comment un sentiment d'infériorité peut se transformer en complexe d'infériorité. Adler se posait beaucoup cette question et finalement, il a trouvé la réponse. « Le complexe d'infériorité représente une certaine durée des conséquences<sup>67</sup> de sentiment d'infériorité, l'échouage dans le sentiment d'infériorité à cause d'un manque de sens de la communauté ». (Adler, 1995, p. 52)

~~Le sens de la communauté joue encore un autre rôle important. Adler a constaté que les mêmes rêves, les mêmes situations, même s'ils étaient absolument égaux, ont différentes influences sur les hommes. Et c'est effectivement la quantité du sens de communauté et le style de vie qui sont les déterminants décisifs qui influencent jusqu'à quelle mesure ces événements vont influencer le comportement de l'individu. (Adler, 1995, p. 52)~~

<sup>67</sup> Note : Conséquences physiques et psychiques. cf. (Adler, 1995, p. 52)

Les causes du complexe d'infériorité se trouvent dans le passé de l'individu, dans ses attitudes actuelles, s'il a été un enfant gâté, dans la présence d'organes inférieurs et dans le sentiment éventuel de la négligence dans son enfance. (Adler, 1995, p. 52)

Pour conclure et pour introduire notre recherche qui est le sujet de la deuxième partie de ce mémoire rigoureux, nous allons citer Adler : « Inversement, l'état organique agit sur le processus psychique. Dans le cas d'infériorité organique, les exigences extérieures sont ressenties comme hostiles, ce qui provoque dans le psychisme une tension aggravant le sentiment d'infériorité et pouvant conduire à des échecs. Mais, parfois, l'entraînement psychique résultant de cette tension a pu mener à grandes réussites : les hommes les plus remarquables sont souvent défavorisés physiquement ; en surmontant leurs infériorités organiques, ils développent des aptitudes inhabituelles ». (Dictionnaire de la psychanalyse, 2001, p. 15)

#### **4.6.1 Complexe de supériorité**

Le complexe de supériorité est une réaction au complexe d'infériorité. Les efforts pour atteindre la supériorité ne cessent qu'à des moments où l'individu se trouve menacé ou où il a des grandes chances de perdre à cause du manque du sens de la communauté. (Adler, 1995, p. 54) Chaque pas à côté du chemin du sens de la communauté peut et devra être interprété comme un essai de devenir supérieur. Ne pas perdre, ne pas rester au fond de l'humanité, tout cela est lié au sentiment de supériorité. Mais pour l'atteindre, il faut avoir le courage de franchir cette barrière de ne plus être lié au le sens de la communauté. L'exemple d'un criminel nous l'illustre. Lui aussi, il doit chercher comment excuser son acte pour franchir cette frontière. Des gens qui vivent avec un complexe d'infériorité mais qui n'ont pas le courage de franchir ce pas recourent à la névrose, à la maladie, et au masochisme. Cela leur apporte le soulagement. (Adler, 1995, p. 54)

Le complexe de supériorité est clairement visible dans les exigences exagérées de l'individu envers lui-même et envers les autres. Il est caractérisé par des pensées et ressentiment presque surhumain, par l'orgueil, par la tyrannie, par les futilités, par les efforts de dominer les autres etc. La liste des comportements qui nous mènent vers le complexe de supériorité pourra encore continuer longtemps : les affections exagérées, le rire après chaque mot, les efforts pour abaisser les autres etc. mais Adler lui-même nous avertit de ne pas utiliser les

termes de complexes trop souvent puisque même les meilleurs caractères humains peuvent dans un moment de faiblesse rappeler un des deux complexes. (Adler, 1995, p. 55)

N'oublions pas ce qui a été dit au début de ce chapitre : une crise, qu'elle soit développementale ou autre, est toujours accompagnée par l'apparition d'un complexe. Et malgré cela, nous restons dans le domaine de la normalité.

---

---

---

## 5 HANDICAP

### 5.1 Définition

Le mot « handicap » est né en Angleterre vers 1827. Son étymologie sont des mots anglais « hand in cap » dont la traduction française est « main dans le chapeau ». Cette expression provient des concours hippiques. Elle a désigné ‘par hasard’ quel cheval, soit plus jeune, soit plus fort, soit plus entraîné, aura un poids plus lourd ou devra courir une distance plus longue, pour que les conditions soient égales et les concours justes. (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003)

Ce n’est que beaucoup plus tard que ce mot a commencé à être utilisé dans la langue courante pour définir une charge supplémentaire ou un stress d’une maladie, un défaut physique ou mental. (Vágnerová et al, 1999, p.33)

Dans la classification de l’Organisation Mondiale de la Santé (WHO), le handicap est le troisième niveau d’un déficit :

- 1<sup>er</sup> niveau : **Impairment** : la perturbation propre, la déficience organique ;
- 2<sup>ème</sup> niveau : **Disabilité** : les restrictions fonctionnelles qui en résultent ;
- 3<sup>ème</sup> niveau : **Handicap** : l’image finale du sujet, incluant les deux niveaux précédents dans une image complète, qui débouche en pratique dans un niveau de l’intégration sociale et dans une qualité de vie psychique propre au sujet.

Ces trois niveaux ne correspondent pas obligatoirement. Il y a des cas d’une légère déficience organique qui résulte en basse qualité de vie psychique, et au contraire une grave perturbation organique par la quelle le sujet ne se laisse pas limiter plus que nécessaire.

(Hellbrügge, 1981)

Encyclopédie Universelle Larousse (2003) définit handicap comme : « Déficience ou incapacité mentale, physique ou sensorielle, partielle ou totale, temporaire ou définitive, causée par une altération des structures ou des fonctions psychologiques, physiologiques ou anatomiques et constituant un désavantage social. » Dans cette définition, l’accent est mis sur

la dimension sociale d'un handicap. Vágnerová et al. (1999, p. 7, 8) rappelle que « toutes les valeurs et normes de la société naissent bien sûr dans le cadre d'une culture définie (...) » et que « la culture, surtout les valeurs, les normes et les attitudes (...) définit ce qui est juste ou pas juste, acceptable, désirable, propre à elle. » Le psychisme de l'individu est donc sous une pression d'accepter les mêmes idéaux que les autres, c à d. de devenir conforme. Ce n'est qu'après avoir accepté les normes de la société qu'il se charge de protéger l'individu contre tout inconnu et dangereux. (Vágnerová et al, 1999, p.8) Comme un exemple extrême, Vágnerová et al. (1999, p. 8) cite la Grèce et la Rome dans l'Antiquité où toute la culture a été basée sur l'idéal esthétique de la beauté du corps et de l'âme « kalokagathia ». La valeur de l'individu était jugée d'après ces deux critères. Tout individu, n'ayant atteint cet idéal, a été tué.

Le rapport aux individus qui diffèrent des autres (psychiquement, par le comportement ou physiquement, par un handicap) a ses bases dans le développement de la personnalité de l'homme, surtout dans le conditionnement social de la personnalité. Les attitudes envers les personnes handicapées varient du refus total et du meurtre en Grèce et à Rome dans l'Antiquité à la miséricorde et aux soins de toutes sortes dans la tradition de la religion judéo-chrétienne. (Vágnerová et al, 1999, p. 11) Encore de nos jours, le handicapé est perçu surtout comme un objet de soin et de pitié, c à d. est défini par son handicap, ce qui en fait un individu différent des autres. En plus, le besoin de soins supplémentaires peut excuser son isolement du monde des personnes de bonne santé. (La question des besoins spéciaux des handicapés sera traitée dans la partie 5.6.) La relation aux personnes handicapées nécessite le développement de la société dans son ensemble dans la direction de la tolérance et de la capacité d'accepter la différence. Pour cela, nous devons surpasser nos stéréotypes et nos craintes internes et devenir ainsi plus tolérants envers la différence. (Vágnerová et al, 1999, p. 12 et 13)

---

## ***5.2 La fréquence du handicap***

---

En ce qui concerne la fréquence du handicap en société, les chiffres varient selon les enquêtes en fonction des définitions du handicap et des modes d'évaluation utilisés. Selon une étude faite dans différents pays à l'occasion de l'Année internationale des personnes handicapées (1981), 10 % de la population, tous niveaux de handicaps et tous âges

confondus, souffre de difficultés fonctionnelles plus ou moins importantes. Mais ces chiffres doivent être utilisés très prudemment. (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003)

Les statistiques disent qu'en République tchèque, il y a à peu près 1,2 million d'handicapés, dont 300 milles handicapés physiques, 400 milles handicapés mentaux et psychoaffectifs et 350 milles handicapés sensoriels. (Novosad, 2000, p. 16)

---

### **5.3 Types du handicap**

Les différents handicaps se distinguent les uns des autres selon leur date d'apparition (handicap congénital ou acquis), leurs causes ou leurs conséquences. Différents handicaps s'associent parfois dans des pluri handicaps (conjonction de plusieurs handicaps, comme dans la surdimutité), ou dans des polyhandicaps. Ceux-ci constituent la forme la plus grave de handicap. Ils combinent en effet un retard mental sévère ou profond et des déficiences motrices. En général, le handicap peut être divisé en trois grands ensembles (d'après l'Encyclopédie Universelle Larousse, 2003) :

- Les handicaps mentaux et psychoaffectifs,
- Les handicaps moteurs, et
- Les handicaps sensoriels.

#### **5.3.1 Les handicaps mentaux et psychoaffectifs**

Ils se caractérisent par des difficultés mentales ou psychiques à affronter les situations de la vie courante et touchent environ une personne sur cent ; ils se situent au premier rang des **handicaps sévères qui touchent les enfants et les adolescents.**

---

La plupart des handicaps mentaux comportant un retard du développement intellectuel sont liés à des pathologies de la grossesse ou de l'accouchement, d'origine infectieuse ou vasculaire, ou, plus souvent encore, à des pathologies non accidentelles (aberrations chromosomiques, malformation du système nerveux central, syndrome polymalformatif, anomalies métaboliques), responsables de 70 % environ des déficiences mentales profondes. Celles-ci, dans un tiers des cas, restent inexplicables.

L'adolescence et la vieillesse sont propices à l'explosion de troubles psychoaffectifs qui nécessitent une prise en charge. (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003)

### 5.3.2 Les handicaps moteurs

Caractérisés par un dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu (absence de mobilité, mouvements parasites), les handicaps moteurs touchent les membres, le tronc ou la tête.

Ils viennent au second rang dans les estimations consacrées aux handicaps sévères chez les jeunes.

Puisqu'il s'agit de l'ensemble clé des handicaps<sup>68</sup> pour notre partie de recherche de ce travail, nous allons expliquer plus en détail leurs causes possibles.

➤ Chez l'enfant, les handicaps moteurs procèdent d'une malformation congénitale ou sont dus à une lésion cérébrale ou à une atteinte de la moelle épinière survenue avant, pendant ou après la naissance. Il s'agit soit de l'absence d'une partie ou de la totalité d'un membre (agénésie), soit de la perte totale ou partielle de la motricité par atteinte des muscles (myopathie) ou des nerfs qui commandent les muscles, soit de mouvements anormaux, soit d'atteintes articulaires.

➤ Les handicaps moteurs acquis plus tardivement touchent les enfants et les adultes et sont dus à des accidents ou à des maladies. Dans les pays industrialisés, les accidents de voiture et de moto (fréquents chez les jeunes) sont responsables d'amputations, de paralysies, d'incapacités de contrôle, de handicaps graves dus à des fractures multiples associées ou non à des lésions viscérales. Le cerveau ou la moelle épinière peuvent être atteints et une lésion sur le trajet nerveux du nerf sciatique entre la moelle épinière et les muscles peut provoquer une sciatique paralysante. Les atteintes articulaires aussi (polyarthrites, arthroses) sont responsables de déficiences motrices. (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003 ; Kuliš'ak, 2003)

<sup>68</sup> S'il n'est pas mentionné différemment, en utilisant le mot handicap ou sujet handicapé, nous pensons effectivement au groupe des handicaps moteurs puisque les personnes ayant un handicap moteur constituent notre ensemble pour la partie pratique.

Les diagnoses les plus courantes pour ce type d'handicap sont la paraplégie et la quadriplégie.

1) **Paraplégie** est la paralysie des deux membres inférieurs. Elle est due à une lésion des cellules motrices du système nerveux, de localisation soit centrale (lésion en profondeur de la moelle épinière), soit périphérique (lésion dans la zone d'émergence des fibres nerveuses de la moelle ou des nerfs). Elle s'associe dans un certain nombre de cas à des troubles sphinctériens (incontinence ou rétention urinaire, par exemple).

— **Les paraplégies centrales** peuvent apparaître brutalement (traumatismes, accidents vasculaires) ou progressivement (syndrome de compression de la moelle, sclérose en plaques). On observe alors un syndrome pyramidal, caractérisé par une paralysie spasmodique, c'est-à-dire associée à une hypertonie (raideur musculaire) et à une exagération des réflexes, et par un signe de Babinski (extension du gros orteil lors du frottement du bord externe de la plante du pied), témoignant de la nature centrale de la paraplégie.

— **Les paraplégies périphériques** comprennent les atteintes d'une zone de la moelle épinière, appelée corne antérieure, qui peuvent être aiguës (poliomyélite) ou chroniques (maladie de Charcot), et les atteintes aiguës des racines des nerfs (polyradiculonévrite comme le syndrome de Guillain-Barré).

2) **Quadriplégie** (ou tétraplégie) est une perte complète des mouvements des membres ; si la paralysie n'est que partielle (parésie), on parle de tétra parésie ou de quadriparésie. Les causes et le traitement d'une tétra parésie s'apparentent à ceux d'une tétraplégie.

La tétraplégie prend une forme différente selon la localisation des lésions nerveuses, qui sont soit centrales, situées dans la profondeur de la moelle épinière, soit périphériques, siégeant dans les nerfs ou juste avant la sortie des nerfs de la moelle.

— **Les tétraplégies centrales** font suite à une compression ou à une section de la moelle épinière cervicale par une arthrose vertébrale ou un traumatisme (accident de la circulation avec « coup du lapin »). L'examen clinique révèle un syndrome pyramidal (associant la paralysie à une raideur des muscles, qualifiée de spastique).

— **Les tétraplégies périphériques** sont constatées habituellement dans les polyradiculonévrites comme la maladie de Guillain-Barré (inflammation des racines des

nerfs). La paralysie est alors qualifiée de flasque, du fait d'un relâchement des muscles et d'une abolition des réflexes.

Le traitement consiste en général à reconstituer l'intégrité physique du sujet par une intervention chirurgicale, à effectuer une rééducation motrice pour réduire l'importance des mouvements anormaux ou à compenser l'absence d'un membre par une prothèse, qui le remplace totalement, ou une orthèse, qui s'adapte sur le membre mutilé. (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003 ; Kulišťák, 2003)

### **5.3.3 Les handicaps sensoriels**

Ils affectent la vue ou l'audition d'environ 70 millions d'individus dans le monde.

Les déficiences visuelles comprennent notamment les atteintes de l'acuité visuelle (cécité ou baisse d'acuité visuelle), les rétrécissements du champ visuel et les atteintes des paupières et des muscles oculomoteurs.

Les déficiences auditives se caractérisent par une acuité auditive insuffisante.

Les causes des handicaps sensoriels sont variées : accidents, infections, atteintes congénitales ou très précoces, etc. Des facteurs plus spécifiques peuvent également intervenir dans la genèse de telles déficiences. Ainsi, la faim, le manque d'hygiène et les épidémies propres aux pays en développement causent des handicaps visuels graves : les pays en développement regroupent 80 % des aveugles. De leur côté, la surdité ou l'hypoacousie peuvent être liées à la toxicité de certains médicaments, à l'exposition au bruit, à un barotraumatisme (lié par exemple à une plongée sous-marine mal contrôlée) ou au vieillissement. (Encyclopédie Universelle Larousse, 2003)

---

Le traitement varie d'après la cause de chaque cas. On cherche en outre à compenser la déficience : prothèses auditives et visuelles (lunettes et loupes), implants cochléaires, aides techniques (utilisation de micro-ordinateurs Capables de transposer l'écriture habituelle en braille ou en synthèse vocale, sous-titrage des émissions télévisées).

---

## 5.4 Les barrières

Dans une journée ordinaire, nous montons plusieurs fois sur un trottoir, nous ouvrons de nombreuses portes des institutions ou nous devons aller et nous prenons quelques moyens de transport commun. D'habitude, nous ne sommes pas visibles dans une foule de personnes et sur le trottoir, nous savons franchir les obstacles comme un câble, un petit trou dans le trottoir et faire le slalom entre des gens qui ne marchent pas aussi vite que nous. Mais une personne sur le fauteuil roulant, elle, elle doit bien planifier son chemin, compter si l'institution dans la quelle elle va, est sans barrières ou non. A chaque traversée de rue, elle doit demander de l'aide. Nous nous sommes intéressés à tous les obstacles dans la vie quotidienne qu'un handicapé moteur sur un fauteuil roulant rencontre tous les jours. Nous avons posé cette question à une jeune handicapée de notre recherche, Romana, pour ne pas être éloignés de la réalité. Ses expériences ont une valeur multiple puisqu'elle a aussi passé d'une vie « normale » en une vie sur le fauteuil roulant et puis, elle rencontre tous les jours des personnes qui viennent se plaindre auprès d'elle de leurs barrières et qui cherchent de l'aide. Elle nous a répondu avec une grande amabilité. La rue reste le problème majeur. Les trottoirs sont très élevés, surtout à Prague. Il n'y a pas de voie d'accès pour les handicapés. Souvent, un handicapé doit faire un tour de pâté de maisons pour trouver une voie d'accès ou un trottoir bas. La situation est en train de s'améliorer, mais cela avance doucement. Un autre grand problème se trouve toujours dans la rue. Si une personne handicapée n'a pas de voiture et doit utiliser le transport en commun, il lui faut avoir une grande patience et force. Dans un premier temps, il manque une voie d'accès sur le refuge. Quand il s'agit d'un refuge que vous êtes obligé d'utiliser chaque jour, qui est près de votre appartement, il suffit de poser une demande au magistrat et d'après les expériences, ils sont très gentils et disponibles de l'adapter à vos besoins. Mais l'accès dans des moyens de transport reste très limité. Il est impossible de monter dans un tram. Trois hauts pas vous séparent. Personne ne peut vous soulever. Avec les bus et le métro, la situation est meilleure. Les ascenseurs sur les lignes de métro se multiplient, pour l'instant, il n'y en a pas dans chaque station, mais ils sont fréquents. Il existe une ligne de bus spéciale dédiée uniquement aux personnes handicapées. Sinon, les bus modernes sont bas. L'accès dans les autres reste impossible. L'entrée dans certains magasins reste aussi problématique.

L'appartement est une deuxième source de problèmes. Les toilettes et la salle de bain sont souvent très étroites, vous ne pouvez pas fermer la porte derrière un fauteuil roulant. La

solution en est de les agrandir, en dépit de la place des autres pièces. Il faut installer des mains courantes à côté de toilettes, à la sortie de la baignoire. Les cuisines ne sont pas changées dans des anciens appartements, cela ne vaut pas la peine, cela revient trop cher. La meilleure chose est d'acheter un nouvel appartement sans barrières. Le prix élevé est son seul mais grand inconvénient. L'entrée dans un immeuble ou une maison familiale pose de grands problèmes. Il faut soit installer des voies d'accès spéciales ou une plateforme élévateur.

Il existe une dame architecte qui aide en tant que bénévole à des personnes handicapées avec la projection de leur appartement. Une autre architecte a publié un livre sur la projection sans barrières qui est disponible gratuitement sur Internet. ([www.filipiova.cz](http://www.filipiova.cz))

### ***5.5 Le changement de régime a-t-il apporté aussi un changement pour les handicapés ?***

La « révolution de velours » qui a eu lieu en novembre 1989 a apporté beaucoup de changements dans différentes sphères de la vie. L'un des plus important est que la Tchécoslovaquie communiste depuis plus que quarante ans est devenue progressivement un pays démocratique. Les changements dans la sphère sociale ont été également progressifs. Les opinions dans l'esprit de gens ne peuvent pas changer d'un coup. Comment était alors la vie d'un handicapé sous le régime communiste ? La littérature n'apporte pas de réponses concrètes à ce sujet. Pourtant, les témoignages des personnes ayant été handicapées depuis plus que 16 ans, donc qui ont connu les deux régimes en tant que handicapés, répondent assez clairement. La seule mention sur la qualité de vie des handicapés dans le régime communiste se trouve chez Vágnerová (1999, p.12) : « Malgré une forte déterminante historique de ces attitudes (envers les handicapés), même un être moderne et civilisé peut succomber à des pensées magiques ou mythologiques à la rencontre de l'inconnu, et donc potentiellement dangereux. Cette problématique est spécialement accentuée chez nous où les gens handicapés ont été séparés par la force de la société et peu de gens avaient l'occasion de les rencontrer réellement... »

Vágnerová (1999, p.12) mentionne également le seul rôle possible des handicapés : « ...la pression sociale ne touche pas juste les membres en bonne santé, qui ne se distinguent pas des autres mais aussi les handicapés. Eux, ils sont forcés par les attentes des autres à accepter leur différence, et cela selon comment cette différence est perçue par la société. Paradoxalement, plus ils soutiennent par leur comportement l'opinion que les autres ont sur

eux, plus ils sont acceptés. Mais une telle classification définit en même temps le comportement des autres envers les handicapés, nous avons à faire avec un cercle vicieux des attentes et réactions qui est difficile à rompre. »

Pour nous faire une opinion plus précise sur la vie des handicapés et sur la différence des caractéristiques de la vie avant et après 1989, nous avons demandé le témoignage de trois participantes de notre recherche. Madame Hrdá, ingénieur zootechnique a subi un accident de voiture grave et est handicapée depuis 22ans. Actuellement, elle travaille comme Présidente de conseil régional de Prague; chef d'assistance personnel de l'Organisation pragoise des caristes, Conseil national des handicapés, membre de groupe pour la législation, inspecteur des services sociaux, membre de conseil de rédaction de trois magazines des handicapés. Madame Kučerová est également handicapée de longue date (41 ans) et travaille dans l'Organisation des caristes de Prague. Et finalement Madame Němcová, qui est médecin handicapée et qui a donc bien connu les relations envers les personnes handicapées.

Toutes ces trois dames sont d'accord sur le fait que la tendance générale du régime communiste a été de ne pas faire voir les handicapés, quelque soit leur handicap. Ils vivaient soit chez eux, à la condition que quelqu'un s'occupe d'eux puisque l'assistance personnelle n'existait pas, ou bien dans des établissements spécialisés. Madame Němcová reproche à la faculté de médecine que les étudiants n'avaient pas de cours spécialisés aux soins des personnes handicapées. Pourtant, Mme Hrdá en se souvenant de l'équipement dans les hôpitaux et dans le centre de rééducation de Kladruby (le centre le plus réputé dans le domaine de la rééducation depuis une cinquantaine d'années) a été à haut niveau avec tout le confort nécessaire. Les patients qui en avaient les capacités, ont subi un entraînement pour être autonomes dans la vie quotidienne ; ils avaient d'excellentes possibilités pour les activités sportives et la requalification professionnelle faisait aussi partie du programme de rééducation. Un séjour indiqué dans un établissement de rééducation durait d'après la loi six mois. Le secteur de la santé n'avait pas de problèmes financiers et il y avait assez d'outils nécessaires pour les handicapés, y compris des fauteuils roulants. Il existait une coopération des handicapés « META », dont les employés venaient proposer du travail aux patients étant encore dans les établissements de rééducation. Les services de l'Etat ont été parfaits, mais sans une grande liberté du côté du patient (d'après Mme Hrdá). Mme Kučerová a passé son permis de conduire sur une voiture spéciale en 1969. Elle en dit : « Les choses se sont libérées en 1969. Je n'ai pas rencontré de problèmes avec ma demande pour le permis, par contre il fallait avoir de bons contacts. » En conclusion, les handicapés ont connu plus de

services automatiques de la part d'Etat, comme les outils, le travail ou une place dans l'établissement, d'autre part, ils ne possédaient pas de liberté.

Actuellement, les sécurités sociales paient deux mois dans un établissement de rééducation. Les séjours peuvent se répéter après un certain temps. L'équipement de ces établissements et les procédés médicaux sont plus modernes, certes, ceci est dû au développement général de la médecine. La recherche et les soucis avec des outils compensatoires (p.ex. des fauteuils roulants) reposent en grande partie sur le patient. Il en va de même avec l'emploi. Nous pouvons en conclure que les handicapés ne sont plus exclus de la vie «normale» de la société, ils rencontrent moins de barrières et les gens commencent à en avoir l'habitude, mais leur vie demande plus d'activité personnelle de toute sorte.

### **5.6 La psychologie du handicap**

La psychologie des personnes malades et avec différents handicaps physiques, sensoriels ou psychiques traite en général les questions de l'activité psychique et du développement psychique de ces personnes, les changements de la personnalité causés par une maladie somatique et de toutes les conséquences de la situation sociale exceptionnelle dans laquelle ces gens se retrouvent.

Les études psychologiques disent que près de 50% de personnes avec différents handicaps physiques se développent aussi bien et s'adaptent aux circonstances de la vie aussi bien que la plupart de gens sans handicap. En même temps, elles nous rappellent que parmi les handicapés, il y a significativement plus d'individus peureux, qui se tiennent à l'écart, rancuniers, accessibles à la pitié, avec une estime de soi soit trop basse soit exagérée, etc.

pourtant les mêmes études ont démontré qu'il n'existe aucune raison directe entre un type de handicap bien défini et des traits de personnalités d'individu. (Matějček, 2001, p. 8)

Ni le handicap physique ni la maladie ne créent de nouvelles caractéristiques de la personne, mais ils lui préparent une situation de vie difficile. Une telle situation exige beaucoup pour l'adaptation de l'individu et à la suite entraîne aussi certains risques et dangers pour le développement psychique de chaque individu. Le plus important en psychologie ...est donc de *comprendre leur situation*. (Matějček, 2001, p.7)

En parlant des handicapés, nous prononçons souvent le terme « spéciaux », comme « les besoins spéciaux. » Ces termes nous donnent l'impression que les gens handicapés ont des besoins extraordinaires, prioritaires, en bref, qu'ils nécessitent quelque chose en plus. Est-il vrai ? Les personnes handicapées ont les mêmes besoins que les autres, comme A. Maslow les a décrits dans sa hiérarchie des nécessités qui est un excellent modèle des nécessités de *chaque* homme. Il peut arriver que le handicapé ne soit pas capable de réaliser l'une de ces nécessités humaines importantes à cause de son handicap fonctionnel ou organique d'une manière habituelle. (...) Chaque personne handicapée ou malade a alors besoin d'aide ou de compensation individuelle pour satisfaire ses besoins *ordinaires*, les besoins de tous les autres. (Novosad, 2000, p. 24)

### **5.6.1 Les déterminants subjectifs et objectifs de la vie avec un handicap**

La vie avec un handicap, qu'il soit congénital ou acquis, change et est déterminée par de nombreux déterminants. Matějček (2001, p. 14) rappelle que « chaque handicap laisse son impact dans toute la personnalité de l'enfant et d'après l'individualité originale de l'enfant il prend différentes formes. Le même handicap n'évoque pas les mêmes conséquences dans le cas d'un enfant très social et bien élevé et d'un enfant égoïste, mal élevé ». Novosad (2000, p.16 et 17) les divise en deux ensembles majeurs et les classe ainsi :

1) Les déterminants subjectifs :

- L'état de la santé, les restrictions qui en résultent ;
- Les traits de caractère de l'individu, innés et appris ;
- L'évaluation personnelle tenant compte du handicap<sup>69</sup> et des possibilités réelles pour atteindre les fins désirées ;
- La capacité d'adaptation à la situation actuelle négative ;
- Les influences extérieures dont l'individu dépend, comme la famille et la commune.

Les déterminants subjectifs influencent le plus fort la vie du handicapé et ils déterminent le niveau de la réussite de processus de socialisation. Ils sont très peu influençables.

<sup>69</sup> Matějček (2001) et Cyrulnik (2003) remarquent que chaque société a ses normes de la beauté et de la capacité physique. Ces normes deviennent partie de l'identité de ses adhérents et donc aussi leur échelle avec la quelle ils regardent eux-mêmes et les autres. Certes, ces normes changent avec le temps, elles connaissent aussi les oscillations de la mode. Très souvent elles sont influencées par des préjugés et superstitions. Malgré tout cela, *les normes peuvent peser plus lourd que le handicap lui-même sur l'individu handicapé.*

2) Les déterminants objectifs :

- La conscience sociale, les attitudes envers le handicap en général ;
  - L'état de l'environnement vital, c à d. la fréquence de handicap causé par cet environnement, et son impact direct sur la vie des handicapés, des barrières etc. ;
  - La politique sociale, le rapport de l'état envers les handicapés ;
- 
- La politique éducative, les possibilités d'éducation pour les handicapés ;
  - La politique d'emploi, les possibilités d'emploi pour les handicapés ;
  - Et les services sociaux, pour compenser d'une manière adéquate, éthique et honnêtement le handicap.

Comme nous l'avons déjà remarqué dans le chapitre 4.4.3, les déterminants de Novosad (2000) et les déterminants mentionnés par Špatenková (2004) sont quasiment identiques. Matějček (2001, p. 21) résume cette question des déterminants : « Nous avons déjà mentionné que les enfants réagissent individuellement et différemment à une même maladie ou handicap. Les facteurs importants de ce fait sont apparemment quelques traits essentiels de caractère psychique, que les enfants reçoivent en héritage génétique de leurs parents et antécédents, l'intelligence (où on distingue aujourd'hui plusieurs constituants), le niveau d'arousal de système nerveux, le tempérament et aussi d'autres traits de caractère comme l'extraversion et l'introversiion, la dominance et la submissivité etc. Actuellement nous sommes en train de travailler avec la question de la « tolérance envers la frustration ». Ce terme désigne le niveau de la résistance envers le stress apporté par des frustrations répétées. La frustration peut être définie comme l'ensemble des vécus désagréables qui accompagnent l'impossibilité de satisfaire un besoin humain psychique déjà réveillé, activé. »

#### **5.6.1.1 L'adaptation de la famille au handicap d'un membre comme déterminant objectif de la vie avec un handicap**

---

Un handicap acquis ou congénital de quelqu'un proche est toujours un grand stress pour toute la famille. Le contenu psychologique de ce stress diffère d'après la personne qui est handicapé et d'après le type du handicap<sup>70</sup>. Matějček (2001, p. 22) remarque que : « les malformations innées sont acceptées par le public avec une certaine suspicion, tandis que leur regard sur les handicaps acquis ultérieurement est nettement plus réaliste. Dans le premier cas, les parents se sentent coupables, dégradés et peuvent éprouver une aversion envers leur enfant. Dans le deuxième cas, le regard des autres soutien plutôt la décision d'aider et de

---

<sup>70</sup> Pour la classification des handicaps voir chap. 5.3

faire des exercices avec l'enfant. » Cette décision d'aider est présente dans la majorité des réponses des sujets questionnés<sup>71</sup>.

La question comment la conciliation du sujet handicapé avec son handicap est-elle influencée par les attitudes et l'adaptation de sa famille vis-à-vis de ce handicap est très intéressante.

Dans quelle mesure l'image de la conciliation du sujet handicapé est-elle déterminée par la conciliation de son entourage avec le handicap ? Du fait que cette question ne fait pas partie de notre recherche, nous allons mentionner juste brièvement les connaissances théorétiques les plus importantes.

➤ Enfant handicapé physique ou mental : Les enfants font partie de l'identité des parents. Avoir un enfant – la générativité ou la productivité versus la stagnation d'après E. Erikson – cela signifie résoudre avec succès une crise psychosociale. Mais avoir un enfant handicapé physique ou pire encore mental, ou un enfant en bonne santé qui devient soudainement handicapé, cela bouleverse l'identité des parents. Un sentiment de perte, de déception se crée. Toutes les espoirs et attentes des parents sur leur progéniture se perdent. Il faut reconstruire l'identité parentale sur des bases différentes. (Thomas, Michel, 1997, p. 241-260)

L'importance d'une famille cohérente et complète est énorme. Si le stress du handicap peut se diviser entre tous ses membres, d'après la loi du malheur partagé, il diminue. Alors que si la mère ou le père manquent, le poids émotionnel et financier pèse très lourd. Tous ces facteurs influencent l'attitude des parents envers l'enfant handicapé. « Les attitudes envers l'enfant handicapé n'apparaissent pas par hasard dans les esprits des parents. D'habitude, elles sont le résultat de toute la vie précédente. Des expériences de leur propre enfance y jouent un rôle ainsi que leur relation envers leurs propres parents, les expériences des premiers amours, de la vie maritale, et la relation à son partenaire actuel. C'est pourquoi ces attitudes peuvent avoir des formes très diverses et individuelles et voilà pourquoi chaque enfant qui vient au monde a dès le début des conditions de développement et de vie tout à fait individuelles ». (Matějček, 2001, p. 25)

Dans les interviews, les sujets nous communiquent souvent leur souci avec leurs parents après l'accident ou maladie. Les parents deviennent hyperprotecteurs et traitent même un fils ou une fille adulte comme un enfant. Ils veulent le préserver de tout problème, s'occuper de

<sup>71</sup> Cf. les interviews, la partie pratique.

tout. Il faut avouer que l'état de leur enfant l'exige souvent. Il faut le nourrir, lui changer ses couches, le laver et lui apprendre faire tout dès le début, cette fois-ci avec le handicap. Cette situation nous témoigne un manque psychologique dans ce domaine.

➤ Le père a subi un handicap physique : Une situation compliquée arrive aussi avec le handicap du père. Son rôle dans le système familial est d'être le chef de l'ensemble. Il assure la famille du point de vue financier, même si cette différenciation devient moins grave et pointue qu'auparavant. Il devrait être le soutien émotionnel et une aide pour sa femme. Un accident bouleverse tout. Un des deux personnages principaux de la famille devient maintenant dépendant, celui qui fournissait de l'aide, en a besoin. Voir une personne qui servait d'appui complètement invalide, nécessitant des soins des enfants, est lourd à vivre.

➤ La mère a subi un handicap physique : La mère est une personne tout à fait particulière dans une famille et surtout pour l'enfant dans des premières étapes de sa vie. Un accident ou une maladie décentre la mère de son enfant et la fait se replier sur elle-même, ce qui peut abîmer l'attachement. Quand l'enfant grandit et se sépare de sa mère (p. ex. à 3 ans, avec la période de négativisme, ou à 6 ans, avec l'entrée à l'école ou encore davantage à la puberté), la mère joue le rôle d'un refuge. De nouveau, nous trouvons l'impuissance d'une personne d'habitude forte, qui sert de soutien et en plus, l'indisponibilité pour l'enfant à cause des soucis personnels. (Špatenková, 2004 ; Matějček, 2001)

### **5.6.2 Valeur de la motricité dans différentes périodes du développement de l'homme**

La psychologie du handicap est fort liée à d'autres disciplines appliquées de la psychologie.

---

Elle a des liens étroits avec la psychologie du développement, avec la psychologie pédagogique, avec les théories de la personnalité. Le psychologue du développement et clinicien Z. Matějček (2001) s'est enrichi de ses expériences avec des enfants et adultes en bonne santé mentale et physique et de même avec des enfants et adultes malades. Il a résumé ses expériences en précisant la valeur de la motricité et de la puissance physique de l'individu à chaque étape de son développement et en expliquant les raisons et les perspectives pour l'étape suivante. Ses affirmations sont basées sur les lois du développement humain, (décrits p.ex. en Říčan, 1989) et sur ses expériences personnelles.

### **5.6.2.1 La valeur de la motricité et la puissance physique du point de vue de psychologie de développement d'après Z. Matějček**

Nous savons que le développement de la personnalité des enfants malades et des enfants avec un handicap est dirigé par les mêmes lois que le développement des enfants en bonne santé.

~~La seule différence est que le développement des enfants malades ou avec un handicap est~~ accompagné par l'influence des facteurs spécifiques qui peuvent poser certains dangers ou obstacles au bon développement de la personnalité. (Matějček, 2001)

➤ **De la naissance jusqu'au 3 ans :** Du point de vue psychologique, cette première étape de la vie de l'enfant a une grande importance pour le développement. Matějček (2001), Říčan (1989) et nombre d'autres auteurs rappellent l'importance cruciale de la satisfaction des besoins primaires de l'enfant, des soins biologiques et médicaux adéquats ; sans oublier les besoins psychiques de l'enfant et la nécessité de lui procurer des stimulations sensorielles et sentimentales. De ce fait, un handicap moteur à cet âge -qu'il soit inné ou acquis- représente une frustration sensorielle et sentimentale grave. Le bon fonctionnement de la motricité a une grande valeur objective ; dans un premier temps pour le bon développement des capacités intellectuelles et aussi pour le bon développement de la personnalité. Dans ce cas, l'enfant handicapé risque de se replier et de se centrer sur lui-même. La valeur subjective de la motricité n'est pas encore ressentie puisque l'enfant se trouve au tout début de sa vie sociale. (Matějček, 2001)

➤ **L'âge préscolaire :** Le développement de la motricité continue avec le développement du système nerveux. La plus grande étape du développement moteur est finie à cet âge, les gestes de l'enfant deviennent juste plus certains et plus élégants. L'entourage social de l'enfant s'élargit, il passe des membres de sa famille vers ses contemporains.

~~L'enfant de cet âge est toujours très sensible à la frustration sensorielle. Le développement de~~ **l'intelligence et de la personnalité d'un enfant handicapé moteur reste en danger.** La motricité a une grande importance objective et elle acquiert aussi une grande importance subjective. (Matějček, 2001 ; Říčan, 1989)

➤ **L'âge scolaire :** Pour les besoins des psychologues, cet âge est souvent divisé en trois parties : de 6 à 9 ans, de 9 à 12 ans et de 12 à 14 ans. La dernière étape est souvent identique avec le commencement de la puberté et le début de l'adolescence. Le dictionnaire Larousse

(2002) postule : «Le début de l'adolescence, chronologiquement associé au démarrage de la maturation pubertaire, se situe vers l'âge de 11-12 ans et son achèvement vers l'âge de 18 ans (...).» (Casalis, 2002, p. 31) Le corps de l'enfant connaît deux périodes de croissance rapide (de 6 à 9 ans : première croissance, et à partir de 12 ans : la deuxième croissance, pubertaire). La période intermédiaire est le temps de consolidation et d'harmonisation. (Matějček, 2001)

Pour les garçons, la valeur subjective de la motricité atteint son sommet à l'âge de 9 à 12 ans. Ils sont orientés au maximum vers les autres et ils ont tendance à chercher les limites de leurs capacités physiques. Plus tard les capacités physiques ont la fonction de se montrer devant les filles. Un handicap moteur représente un risque grave pour la jeune personnalité de l'homme.

Les filles restent un peu à la traîne derrière les garçons en ce qui concerne l'importance de la motricité. A l'âge scolaire, elles possèdent d'autres moyens de se mettre en valeur que la puissance physique. L'accent est mis sur l'apparence, qui joue absolument le même rôle de déclencheur de sentiment d'infériorité que la motricité chez les garçons. L'importance des autres enfants augmente toujours. Les enfants qui n'ont pas assez de capacités à suivre les autres sont exclus de la vie collective et sont privés des valeurs de la société infantile. C'est la période où le sentiment d'infériorité est complètement éveillé et apporte le risque de toutes les compensations négatives, pousse l'enfant à vouloir se montrer supérieur aux autres (chez les enfants on peut nommer la malice, l'exhibition exagérée, les efforts d'attirer ou d'acheter l'attention des autres à tout prix, etc.).

Les risques objectifs du handicap acquis dans l'âge scolaire (de 6 à 14 ans) ne sont plus aussi graves qu'avant. Dans un premier temps parce que l'enfant a normalement déjà reçu de bonnes bases pour son développement et puis il ne subit plus la frustration sensorielle à cause de son handicap. Le développement de ses capacités intellectuelles ainsi que celui de sa personnalité a bien avancé et la frustration ne peut plus mettre en danger le développement psychique dans sa complexité.

Les efforts des physiothérapeutes et d'autres soignants de l'enfant doivent se centrer sur le sentiment d'infériorité, soit pour le prévenir, soit pour apprendre des compensations efficaces positives. Comme exemple de passe-temps pour les enfants handicapés ; nous pouvons citer la philatélie et d'autres objets à collectionner, la lecture, la télé, la radio. Pour qu'un passe temps puisse devenir une compensation efficace, il faut que l'enfant puisse y arriver à un bon résultat, qu'il ait la sensation de satisfaction et que les autres copains le mettent en valeur, l'apprécient.

De nos jours, les ordinateurs représentent une de bonnes compensations. La maîtrise des ordinateurs peut aller même jusqu'au sens thérapeutique. (Nos résultats de la partie pratique soutiennent cette affirmation.)

Pour résumer l'impact du handicap physique d'un enfant en période d'âge scolaire, Matějček (2001, p. 118-119) affirme qu' « il n'est plus aussi grave que dans des périodes précédentes du point de vue développemental et n'est pas encore aussi grave du point de vue subjectif que dans des périodes de vie suivantes ». Par contre, c'est l'âge où la question de l'attrance physique et celle de la possibilité d'avoir ses propres enfants commencent à s'imposer à l'âge de 8 ans pour les filles, et de deux ans plus tard chez les garçons. (Matějček, 2001, p. 21)

➤ **La puberté** : dans cette période le corps de l'enfant change, il grandit vite (la période de deuxième croissance) les organes locomoteurs se relâchent, la fatigue augmente, la performance baisse. Même dans des conditions normales, il s'agit d'une période extrêmement difficile et exigeante pour le jeune homme. Les efforts du pubescent de se faire une place parmi les adultes et parmi ses compagnons sont exacerbés. « Ce n'est qu'à cet âge où commence une adaptation active de la personne jeune à un handicap quelconque. » (Matějček, 2001, p. 122) Et l'auteur continue : « Dans les cas, où l'enfant n'a été atteint par le handicap qu'à cet âge là, son développement n'est plus en danger par la frustration sensorielle mais, en ce qui concerne le développement de sa personnalité, le risque pour celui-ci est beaucoup plus élevé que dans les périodes précédentes. (...) L'enfant est orienté vers le futur et regarde d'un œil critique lui-même et son entourage. Chez les personnes qui ont des traits dépressifs, un tel choc peut mener jusqu'aux tendances suicidaires. Cependant, ce danger dure avec une intensité pareille dans des phases suivantes du développement.

➤ **La « jeune maturité »** : Matějček (2001, p. 123) y comprend « la période de la fin de la puberté jusqu'à 20 ans ». C'est le temps soit des grandes études, soit de l'entrée dans la vie active, les liens avec la famille d'origine s'affaiblissent encore, ainsi que la valeur des compagnons et la priorité est donnée aux relations intimes. (Řičan, 1989, Matějček, 2001) L'homme est orienté au maximum vers son avenir. « La valeur subjective de la motricité, de la puissance et de l'apparence physique a atteint son sommet. » (Matějček, 2001, p. 123) L'auteur affirme aussi que « le handicap acquis, surtout s'il apporte une invalidité à vie, est donc chargé d'une extrême importance puisque le jeune homme prend conscience de toutes ses conséquences. L'idéal du futur qui représente une force moteur pour tous les efforts du jeune et même les bases de sa personnalité se retrouvent en danger. » (p. 124) De bonnes

compensations se proposent dans l'entraînement sportif et dans les jeux paralympiques. Mais il ne faut pas garder le jeune handicapé uniquement dans l'établissement de rééducation, sinon il prend trop l'habitude des facilités et n'est pas prêt à retourner dans la vie « extérieure » sans ces facilités. (Matějček, 2001, p. 125)

➤ **L'âge adulte** : Il s'agit de la plus large étape de la vie. Pour les mêmes raisons que l'enfance, cet âge peut être divisé en trois stades : le premier stade est de 20 à 30 ans ; le deuxième est de 30 à 45 ans, et le troisième de 45 à 55 ans. (Matějček, 2001 ; Říčan, 1989)

**Le premier stade de 20 à 30 ans** est une période de consolidation et harmonie psychique et physique. L'homme n'est souvent plus dépendant de ses parents, a un emploi stable et peut-être même sa nouvelle famille. Les capacités psychique et physiques ont atteint leur sommet. L'évolution de son psychisme va continuer encore dans la période suivante soutenue par l'expérience et un sens critique, alors que les capacités physiques ne vont que se dégrader. La valeur subjective du handicap dans le jeune âge adulte est très importante, elle est liée surtout à l'image de l'attraction sexuelle personnelle de l'individu et donc avec la recherche du partenaire. (Matějček, 2001 ; Říčan, 1989) Même E. Erikson, un psychanalyste allemand qui a travaillé les stades psychosociaux de développement et qui a attribué une crise à chacun des stades, postule que la crise psychologique entre 20 et 30 ans est « intimité et solidarité versus isolement » (Thomas, 1997, p. 245)

Mis à part la crainte de l'isolement à cause d'un handicap physique visible, l'adaptation à un handicap est d'habitude atteinte, l'individu se trouve plutôt en harmonie dans tous les domaines de son psychisme. Matějček (2001, p. 126) rappelle que l'adaptation est un processus strictement individuel en évolution constante vers une harmonie et vers une forme socialement acceptable mais qui peut aussi se finir tout à fait négativement.

**Au cours du deuxième stade** (à partir de 30 ans) la valeur subjective de la motricité commence à diminuer sensiblement. L'individu ne désire plus exceller devant ses amis dans le sport, d'habitude il est satisfait avec son emploi et sa vie familiale. C'est l'âge des capacités maximales psychiques et de la volonté de l'esprit. De ce fait, les handicaps acquis dans des stades précédents apportent moins de difficultés qu'avant. Le moment idéal pour l'adaptation et pour leur acceptation est venu. Par contre si l'individu a traîné jusqu'à cet âge l'insatisfaction dans sa vie privée à cause de son handicap, ce problème va peser plus lourd que d'habitude. Ce sentiment peut aller jusqu'à l'impression de « la déception de la vie ». (Matějček, 2001, p. 127)

Un handicap acquis à ce stade détruit les projets pour l'avenir et le système des habitudes quotidiennes. (Matějček, 2001, p. 127)

**Après 45 ans**, les capacités physiques et intellectuelles commencent à diminuer. En général, il s'agit de l'âge caractérisé par l'harmonie et la paix. Les vieux handicaps sont d'habitude déjà intégrés dans la personnalité et sinon, ils posent problème à cause de la vision de la vieillesse. Les handicaps acquis à cet âge sont vécus modérément puisque l'orientation vers le futur n'est pas aussi accentuée qu'avant. De même, « la valeur subjective de l'apparence et de la puissance physique a baissé. » (Matějček, 2001, p. 129) Ces personnes présentent un grand effort pendant leur rééducation, la force motrice en est le désir de revenir à ses habitudes, le refus de l'adaptation à une nouvelle situation. Une nouvelle dimension de la vision du handicap apparaît : « le désir de garder sa propre indépendance et son autonomie même dans les années suivantes. » Voilà une autre motivation pour la rééducation. (Matějček, 2001, p. 129)

➤ **La vieillesse** : Ce stade représente la dernière étape de la vie humaine. Elle est caractérisée par la diminution continue des forces physiques et psychiques. En revanche le désir de l'autonomie personnelle et de l'indépendance gagne en importance. Un nouvel effort, celui « d'être encore utile » apparaît. Voici les forces motrices pour la rééducation. Il faut éviter les opinions du type : « en tout cas, un handicap acquis à cet âge, ce n'est plus bien grave » parce que l'homme a sa valeur à tout âge. (Matějček, 2001, p. 131)

### **5.6.3 Les niveaux d'intégration sociale des individus handicapés**

La psychologie du handicap a pour but d'aider la personne handicapée à vivre une vie pleine même s'il n'est pas possible de reprendre toutes les activités de la période avant le handicap. Heureusement, l'intégration ou la « réintégration » est un thème fréquent dans le domaine du handicap.

L'intégration sociale désigne un processus d'incorporation sociale égalitaire des minorités spécifiques dans le processus d'éducation et de travail et dans la vie de la société. L'intégration est le plus haut niveau de la socialisation. (Novosad, 2000, p. 17) La socialisation comprend plusieurs facteurs ; individuels et ceux de la société. C'est pourquoi Novosad (2000, pp. 18 - 20) distingue quatre niveaux du processus de socialisation :

➤ L'intégration : est « une incorporation totale du handicapé dans la société. Elle suppose l'autonomie de la part de l'individu, le handicap n'est pas important chez lui ou bien il est parfaitement adapté à son handicap et il a réussi à compenser toutes ses fonctions. Il est capable d'accomplir toutes les tâches qui résultent d'une socialisation complète et c'est un partenaire égal dans la préparation professionnelle, l'emploi et la vie sociale. Nous pouvons nous attendre à une intégration complète dans le cas (...) d'un handicap acquis où l'individu avait créé des forts liens sociaux d'avance. »

➤ L'adaptation : est « un niveau inférieur de la socialisation. Elle peut être caractérisée comme une capacité du sujet handicapé à l'adaptation à l'environnement social, à la communauté et aux conditions sociales données. L'adaptation dépend des caractéristiques de la personnalité (la volonté), les capacités et les besoins de l'individu... Il est possible d'atteindre l'adaptation dans le cas (...) des handicaps moteurs compliqués comme la quadriplégie, la paraplégie et la spasticité. (...) Ces handicaps posent beaucoup de problèmes continus aux individus et il faut compter avec leurs séquelles, souvent accompagnées par des complexes d'infériorité et une basse estime de soi, ce qui complique le processus d'intégration, met l'individu en isolement et rend l'application sociale et de travail de l'individu difficile. »

➤ L'utilité : « désigne l'application sociale d'un individu dont le développement est très restreint. Il s'agit de déficits compliqués, combinés. Le sujet n'est plus autonome et devient dépendant d'autres dans beaucoup de domaines. A cause de son handicap et malgré une aide thérapeutique, il ne peut plus être intégré et vivre sans aide. »

➤ L'infériorité<sup>72</sup> : est « le niveau le plus bas de la socialisation, caractérisé par l'indisponibilité et l'isolation complète de la société. Les individus sont absolument dépendants de l'aide des autres et cela même dans leurs besoins vitaux. Les relations sociales ne se forment pas, l'individu est exclu de la société. »

---

<sup>72</sup> Les termes utilisés par Novosad (2000), p.ex. « l'infériorité » peuvent nous sembler inhumains et immoraux. Lui-même, il affirme au début de son livre que celui-ci est destiné plutôt aux assistants sociaux qu'aux psychologues. Nous ne sommes pas d'accord avec les termes utilisés mais nous reconnaissons sa classification utile.

Le niveau acquis de la socialisation n'est pas prédéterminé par le type du handicap. Il se peut qu'un handicapé quadriplégique puisse arriver à s'intégrer à la société sous condition d'une éducation et d'une thérapie adéquates ; sans ces conditions il peut finir dans un établissement de soins à vie. « Le niveau de la socialisation dépend donc de trois facteurs, ayant une importance cruciale pour le futur du handicapé :

- d'individu handicapé ;
- de société ; et
- d'impulsions stimulantes et de programmes de soutien orientés vers l'individu handicapé. » (Novosad, 2000, p. 20)

### **5.6.3.1 La réhabilitation de l'individu handicapé**

La réhabilitation fait partie des programmes de soutien orientés vers l'individu handicapé. Il ne s'agit pas d'un programme linéaire. Elle doit respecter l'individualité du client, de ses capacités restantes et de ses projets pour l'avenir. La réhabilitation de l'individu avec un handicap acquis se déroule sur plusieurs niveaux (Novosad, 2000) :

- réhabilitation médicale, y compris la physiothérapie, la balnéothérapie et l'ergothérapie ;
- réhabilitation psychologique (la gestion de la crise psychologique due au changement de l'état de santé, l'estime de soi... ) ;
- réhabilitation sociale (les services sociaux nécessaires) ;
- pédagogique (la rééducation tenant compte des capacités restantes, des plans de requalifications) ;
- réhabilitation familiale (soutien des relations dans la famille) ;
- réhabilitation de travail (recherche d'un emploi adéquat) ;
- réhabilitation de passe temps (avec les nouvelles capacités, la canis-thérapie etc.)

---

La réhabilitation de l'individu est tout un ensemble de méthodes appliquées de la médecine, le travail social, la pédagogie, la psychologie...pour atteindre la plus grande autonomie possible et des capacités fonctionnelles. (Novosad, 2000, pp. 58-60)

---

### **5.6.3.2 Les allocations**

Les allocations représentent un autre soutien pour l'individu handicapé. Malheureusement, en République tchèque, elles représentent un autre souci pour le handicapé pour plusieurs raisons. Premièrement, le patient est obligé de se présenter une fois tous les deux ans devant

un jury d'expertise. Ce jury doit faire un bilan pour que les allocations puissent lui être attribuées. La présentation devant le jury est une situation extrêmement humiliante. D'après les témoignages des personnes handicapées, le patient est obligé de démontrer son invalidité. Même si à la maison, il est capable de faire quelques pas avec appui et il est ravi de ce succès, devant le jury, il est impossible d'en parler et de partager la joie personnelle, sinon il risque de se faire enlever ses allocations.

Puis, nous rencontrons la question de l'identité personnelle de l'individu. Les allocations peuvent avoir différentes significations pour chacun. Pour quelqu'un, il s'agit d'une subvention bienvenue, suffisant à peine pour survivre. Pour un autre, ayant obtenu les allocations pour les handicapés, cela représente d'être casé, il est définitivement « handicapé ». Le même problème identitaire se répète avec une carte d'invalidité. Il en existe différents types, d'après le niveau d'invalidité au travail (33% ou 66%).

Le montant des allocations est un autre problème. D'après le témoignage de Mme Hrdá et Kučerová, sous le régime communiste les allocations étaient suffisantes puisqu'il n'y avait pas beaucoup de possibilités où et comment les dépenser puisque les handicapés vivaient soit dans les familles soit dans des établissements, de nos jours elles sont à peine suffisantes pour survivre, comme le dit M. Krkomobil<sup>73</sup>. Ryba, un de nos participants de la recherche, nous a raconté une histoire remarquable à propos des allocations<sup>74</sup>. Après l'accident, il a vite récupéré et il s'est mis à travailler. Il a bien gagné sa vie, mais en même temps, il avait droit aux allocations. Un jour, il a décidé de refuser ces allocations au profit de ceux qui en avaient besoin davantage que lui. Il a envoyé sa mère dans le bureau pour renoncer à ces allocations. L'employée du bureau s'est fâchée contre cette dame et lui a dit : « Ah, cela n'est pas suffisant pour vous ! Votre fils vise plus haut ! »

---

Pour être plus précis sur le fonctionnement du système des allocations, voici quelques informations du Corps des lois civiles. L'évaluation de l'état de santé d'un handicapé est décrite en §582/1991 et §288/1991.

---

*La Commune* décide les allocations répétitives, comme l'allocation de soins d'un proche malade.

---

<sup>73</sup> A la question d'un compagnon domestique dans la famille, il a répondu : « Nous aurions bien voulu, mais nous n'aurions pas les moyens de le nourrir ». Ou bien la réponse à la question sur la pratique du sport. « Non, malheureusement. On manque d'argent pour cela ». Une telle réponse n'est pas rare.

<sup>74</sup> L'histoire ne fait pas partie des réponses enregistrées dans le tableau d'interview mais elle est enregistrée sur une cassette audio. A disposition sur demande.

*Le Bureau départemental* décide des allocations pour les outils compensatoires, la voiture spéciale ou une habitation sans barrières.

*L'Administration départementale de la sécurité sociale* crée les jurys d'expertise où les handicapés doivent se présenter tous les deux ans avec une documentation médicale complète.

---

Décide les allocations mensuelles.

*Le Ministère de travail et des affaires sociales* : dernière instance pour se pourvoir en cassation.

## 6 LA CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE

Dans le texte précédent, nous avons voulu présenter la naissance du concept de résilience, tracer brièvement son cheminement des Etats-Unis en Europe et mettre en évidence la diversité de ses définitions. En décrivant les principales approches pratiques des chercheurs connus de différents pays, nous avons visé de soutenir la diversité d'approches possibles envers ce concept. Le chapitre suivant concernait la crise pour encadrer l'accident en tant que crise et pour montrer les différentes classifications des crises. Et finalement, le chapitre sur le handicap avait pour le but de montrer la complexité de ce terme, son impact sur le psychisme de l'individu et de montrer également les difficultés diverses de la vie avec handicap. En vue de notre recherche, nous avons également consacré un grand espace pour la description de l'importance de la motricité au cours du développement de l'individu puisque la handicap moteur représente effectivement une des caractéristiques centrales de notre ensemble.

---

---

---

## III LA RECHERCHE

---

### **7 LES POINTS DE DEPART, LES DEVOIRS ET LES BUTS DE LA RECHERCHE**

La recherche de la résilience est particulièrement difficile de différentes raisons. Tout d'abord, la multitude de définitions ne permet pas d'établir une méthode adéquate. Puis, la variété de cas où la résilience pourra être étudiée est très large et nous ignorons si ses caractéristiques sont transmissibles de situation en situation et de sujet au sujet. Il est donc impossible de généraliser les résultats.

La résilience nous propose un regard positif et plein d'espoir sur les capacités humaines et le potentiel de son entourage de l'aider à faire face aux adversités de la vie. Nous avons traité le sujet d'après le concept de la résilience comme un être actif, qui utilise ses ressources internes pour surmonter des difficultés de vie avec un handicap physique, en s'appuyant également sur son réseau social.

Le but de cette recherche est de proposer un point de vue le plus complexe possible sur la résilience des sujets handicapés, en particulier sur la compréhension des aspects psychologiques, de leur situation et des activités actuelles, et montrer ainsi les signes de l'adaptation à leur handicap. Nous allons tenter de trouver et de nommer certains aspects de résilience, tant qu'ils étaient décrits dans la partie théorique de notre travail. A la fin de la description de résultats, nous désirons les comparer avec les résultats de Professeur Matějček

---

et d'en conclure sur la possibilité de généralisation des facteurs de résilience entre des sujets ayant subi une carence affective dans leur enfance et des sujets qui se sont retrouvés handicapés physiques pendant l'adolescence ou l'âge adulte. Nous partons du principe que les personnes choisies d'après des critères assez sévères sont résilientes, ce qui nous permet de comparer leurs réponses avec celles de Professeur Matějček et aussi d'affirmer que nos résultats sont valables pour nos sujets résilients.

Notre recherche peut être considérée comme une ouverture de la problématique de l'adaptation des individus à un handicap physique dans l'âge adolescente et adulte. Tenant

compte de la nouveauté et une certaine imprécision du terme principal et du regard sur la problématique, elle pourra susciter des recherches suivantes, plus précises ou plus centrées sur certain aspect du problème. Nous avons voulu apporter une certaine orientation dans la problématique en pointant des résultats intéressants qui nécessitent des recherches plus approfondies. Cette étude d'orientation a une partie quantitative et une partie qualitative de la recherche. La justification suit dans le chapitre 9 : La description des méthodes utilisées. Le centre de notre étude est représenté par la description des données des interviews et l'essai de leur interprétation. Une analyse de causalité n'a pas été malheureusement possible vu le nombre de participants.

Au début de notre recherche, nous nous sommes posées quelques questions essentielles, sur lesquelles nous allons chercher des réponses possibles.

- Quels sont les facteurs facilitant l'adaptation du sujet à un handicap physique acquis ? (pour une future utilisation en pratique)
- Lesquelles des résiliences partielles des Wolin (chap. 3.2) sont utilisées par les sujets handicapés pour les aider à faire face à leur nouvelle situation difficile ?
- Est-ce que l'accident est pire pour quelqu'un qui est jeune et perd l'espoir d'accomplir ses rêves ou pour quelqu'un qui a déjà connu la vie familiale et le fait d'élever ses enfants ?

## 8 LE CHOIX DES SUJETS

Comme nous l'avons expliqué dans l'introduction, cette recherche a connu plusieurs changements surtout dans la méthode. Son orientation d'origine explique le choix des sujets, qui a été modifié en rajoutant d'autres critères ultérieurement. Dans un premier temps, nous avons défini la population cherchée comme une population témoin au groupe examiné par Professeur Matějček dans son étude « La protection de la santé psychique des personnes ayant été confrontées à un risque psychosocial vérifiable » (2001). La population visée peut être décrite comme des sujets handicapés physiques (avec un handicap acquis par l'accident ou maladie soudaine à l'âge adulte pour opposer à des sujets ayant vécu une carence psychique dans l'enfance), plus précisément des handicapés moteurs sur un fauteuil roulant, qui sont bien socialement adaptés (un trait en commun avec la population de Professeur

Matějček). Mais le décès du professeur Matějček a bousculé nos projets et le choix de notre population des sujets se déroulait de manière suivante :

### **8.1 Critères de choix :**

- 1) Homme où femme adulte.
- 2) Ayant subi un accident ou une maladie soudaine. Le critère de l'accident ou maladie soudaines a pour le but de sélectionner des personnes qui ont connu une enfance normale (pas forcément heureuse, mais sans grandes contraintes, comme p. ex. un passage dans une maison d'enfants) ; donc l'expérience d'une vie 'comme les autres et avec les autres' qui a changé brusquement en pire. Ils devaient faire face à cette nouvelle situation qui avait bouleversé leur vie, leurs idéaux, leurs projets et devaient s'adapter à un nouveau style de vie. Le fait d'avoir accompli avec succès cette adaptation est une des preuves de leur résilience.
- 3) Ce handicap est la raison pour la quelle le sujet est obligé de se déplacer uniquement sur un fauteuil roulant.
- 4) L'accident ou la maladie s'est passé/e dans l'âge à partir de la puberté, pas plus tôt. Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre 5.6.2.1, Matějček (2001) souligne qu'avant, une frustration motrice apporte aussi une frustration sensorielle et donc un danger potentiel pour le développement de l'individu. Tandis qu'à partir de la puberté, l'importance objective de la motricité diminue, alors que l'importance subjective augmente.
- 5) La durée entre l'accident (la maladie) est supérieure à 4 ans.<sup>75</sup>
- 6) Les sujets sont « socialement bien adaptés ». Cette caractéristique a été choisie

---

puisque une bonne adaptation sociale est souvent citée parmi les caractéristiques des personnes résilientes. En même temps, elle représentait une grande difficulté à cause de sa fluidité. Qu'est-ce que cela veut dire « socialement bien adapté » pour un handicapé ? Professeur Matějček a utilisé un questionnaire d'adaptation sociale d'après lequel il choisissait les sujets bien adaptés. Nous ne voulions pas utiliser ce questionnaire puisque nous ne le connaissons pas bien, nous n'étions pas présents à sa constitution et nous ne pouvons plus demander son auteur quoique ce soit. Nous

---

<sup>75</sup> D'après Krivohlavý (1985) quatre ans est la durée minimale pour que le sujet puisse passer tous les stades de deuil – cf. chap. 4.4.1.

avons renoncé à cette technique et nous sommes partis du principe que la résilience et la hardiness sont souvent mentionnées comme des synonymes et il s'agit des concepts proches (cf. chap. 2). La résilience n'a pas des méthodes pour désigner qui est résilient et qui ne l'est pas. C'est pourquoi nous avons utilisé le test PVS, qui est destiné à la base pour décrire le niveau de hardiness, comme l'instrument méthodologique pour distinguer des personnes résilientes de celles qui ne sont pas résilientes. Nous sommes conscients que la résilience et la hardiness ne sont pas des concepts identiques, c'est pourquoi nous avons encore ajouté au critère d'une « bonne adaptation sociale » des critères 'externes' d'une bonne adaptation sociale en général d'après Garmezy (Masten Garmezy, 1985). Il considère un individu autonome, compétent et adapté si celui-ci est capable de bien travailler, bien jouer, bien aimer et avoir des attentes réalistes par rapport à sa situation actuelle. Notre groupe des sujets représente alors des personnes avec un haut poste au travail ou dans son bénévolat, soit des sportifs qui ont participé aux jeux paralympiques, soit des personnes qui sont actives dans les projets pour le bien des autres, ou tout 'simplement' des pères et mères heureux des familles.<sup>76</sup>

- 7) Les personnes ne présentent aucune maladie chronique qui sera indépendante du handicap. S'il y a des troubles de santé, ils sont liés uniquement au handicap pour éviter d'influencer l'image finale de la résilience.

## **8.2 Le procédé de choix**

Après avoir bien défini nos critères, nous avons contacté par téléphone, par e-mail ou même personnellement les associations réputées pour des handicapés (POV, bB kontakt), une rédaction de journal des handicapés « Můžeš » et un club de sport des handicapés. Nous avons expliqué notre demande au responsable de l'établissement. C'était le plus souvent le responsable de l'institution qui a choisi les personnes qu'il pensait convenantes aux critères de notre recherche. Soit il les a contactées lui-même, soit il nous a donné un contact. Nous les avons contactées soit par un e-mail, soit par téléphone et nous leur avons demandé de participer à notre recherche. Dans d'autres cas, nous avons déposé un certain nombre d'enveloppes blanches dans ces institutions et le responsable a rempli les adresses et les a envoyés aux destinataires d'après son choix. Nous allons discuter l'influence possible des

<sup>76</sup> Pour ce trait de la résilience voir chapitre 3.2.

responsables dans les deux situations dans la discussion. Les enveloppes contenaient une lettre présentant la recherche avec nos coordonnées en les demandant de participer. Dans tous les cas, les personnes qui ont participé, ont été de « bonne volonté » puisque contrairement à Professeur Matějček, nous n'avions pas eu de moyens pour récompenser leur participation. Il s'agit d'un choix positif, uniquement des personnes ayant la bonne volonté ont participé.

---

Nous ne considérons pas cela comme un problème puisque le moral ou l'aide au proche et le 'separating'<sup>77</sup> - l'acceptation du passé, donc la capacité d'en parler, font partie des critères des personnes résilientes.

Dans la lettre ou bien pendant une rencontre personnelle, nous avons présenté notre recherche comme une étude commencée par Professeur Matějček, cherchant des facteurs qui aident un individu à s'adapter à un handicap et à acquérir un tel succès comme la personne donnée. Nous avons souligné que l'étude devrait contribuer à l'amélioration des soins des handicapés moteurs et aussi permettre de mieux comprendre leurs besoins. Si les personnes nous ont contactées, nous leur avons tout d'abord envoyé le questionnaire PVS pour savoir si la personne convient à notre critère. Si c'était le cas, nous avons continué notre recherche, si non, nous les avons remerciées. Il nous est arrivé plusieurs fois qu'une personne très gentille nous a contacté en disant que dans la lettre, nous avons écrit d'avoir besoin des personnes avec un handicap acquis ; et la personne a été handicapée moteur dès sa naissance. Malheureusement, nous étions obligées de les remercier et de refuser leur gentille proposition de participer.<sup>78</sup>

Une autre méthode pour contacter des sujets susceptibles de remplir nos critères, c'était la méthode de la 'boule de neige'. Quand nous avons établi un lien de confiance avec un participant de notre recherche, nous lui avons demandé de réfléchir sur d'autres personnes susceptibles de remplir nos critères et d'être d'accord pour participer. D'habitude, cette technique fonctionnait bien pour les amis les plus proches des participants et le fait d'être recommandés par quelqu'un a beaucoup joué sur l'ambiance de notre premier contact. Ceci n'est non plus une technique idéale pour choisir un ensemble représentatif, mais dans une communauté aussi fermée et une minorité aussi méfiante envers un « étranger », c'est un bon moyen d'accès aux informations.

De cette manière, nous avons recueilli 'l'élite' des individus handicapés résilients, adaptés à leur état, fonctionnant bien dans des domaines de la vie quotidienne (pas dans tous les

---

<sup>77</sup> Cf. Le concept des Wolins (1993), chap. 3.2 de notre travail.

<sup>78</sup> Une telle situation a été faite de la personne qui a envoyé les lettres, elle ne connaissait pas assez bien le passé de ses clients - ceci est une simple constatation, pas une reproche.

domaines mais ceci n'est pas un problème puisque même la littérature (Cyrulnik, 2001, 2003 ; Manciaux, 2001 ; Poletti, Dobbs, 2001) constate que l'on ne peut pas être résilients tout le temps et à chaque situation. En plus, ceux qui sont ouverts à un contact avec des personnes externes, sont aussi sociaux et sans doute extroverties.

*NOTE sur la confidentialité : Toutes les personnes qui ont été d'accord pour participer à notre recherche ont été informées au début que leurs données vont être utilisées uniquement pour ce mémoire rigoureux. Elles ont été demandées de choisir un nom, un chiffre ou une marque sous laquelle nous allons traiter leurs réponses (cf. l'instruction pour remplir les questions de R7, Annexe 1). Les noms mentionnés sont donc ceux que les participants nous ont mis. En plus, chaque participant avait à chaque moment de l'entretien la possibilité de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Ils ont rarement profité de cette possibilité mais ils ont souvent été brefs dans leurs réponses en s'excusant, qu'ils ne veulent pas entrer dans des détails.*

### **8.3 La composition de notre ensemble**

Les caractéristiques principales de notre ensemble choisi se trouvent dans le tableau 1. Notre ensemble est composé de 22 sujets, dont 9 femmes et 13 hommes. Cette inégalité des sexes est tout à fait conforme à une tendance générale des hommes de risquer plus et donc d'être plus souvent des victimes des accidents. Cela ne veut non plus dire que les femmes sont moins résilientes ou moins disponibles à répondre. Le fait que les hommes travaillent plus dure, donc le risque d'un accident de travail est plus élevé, ou qu'ils risquent d'avantage, p. ex. sur la route, pourra aussi expliquer un désaccord de nos résultats avec ceux d'E. Werner (1992) et aussi de Z. Matějček (2001) qui postulent que dans un groupe d'enfants de même milieu social, avec les mêmes conditions de vie, un plus grand nombre de femmes que d'hommes sont devenues résilientes. Si nous avions pris 100 hommes handicapés et 100 femmes handicapées, peut-être que nous serions aussi arrivés vers un tel résultat. Mais nous avons travaillé avec l'ensemble, dans lequel la fréquence du sexe masculin est plus élevée à cause d'une tendance générale des hommes à risquer plus.

Tableau 1 : Les caractéristiques générales de l'ensemble

Numéro	Nom/pseudonyme	Age	Sexe	Education	Titre	Partenaire/e	Enfants	Employé/e	Commerçant	Bénévolat	Compagnon animal	Rencontre personnelle	Age de l'accident	Durée du handicap (en années)	Commentaire
1	Ryba	37	m	f	PhD., Mgr.	0	0	1	0	1	1	1	22	15	paraplégie, sportif
2	Zbyněk Švehla	29	m	f	Bc.	0	0	1	0	0	0	1	19	10	paraplégie, sportif
3	Petr	33	m	a		0	0	1	0	0	1	1	23	10	paraplégie
4	Vojta	30	m	f	Mgr	1	0	1	0	0	0	0	16	14	sportif
5	D	47	f	f	Ing.arch	1	1	1	0	0	1	1	28	19	
6	Ezop	61	m	a		1	1	0	1	1	0	0	15	46	quadruplégie
7	Jana Hrdá	52	f	f	Ing.	0	1	1	1	1	1	1	30	22	quadruplégie
8	Taraxacum	35	f	e		0	0	1	0	1	0	1	20	15	
9	Viktor	50	m	f	Mgr.	1	1	0	1	0	1	0	40	10	
10	Jana Němcová	49	f	f	MUDr.	1	1	1	0	0	1	1	40	9	maladie progresse
11	Bobeš	36	m	e		1	1	1	1	0	1	0	26	10	
12	Krkomobil	53	m	e		1	1	0	0	1	0	0	38	15	
13	Romana	30	f	e		1	0	1	0	0	1	1	17	13	
14	MŠ	53	f	f	Ing.	0	1	0	0	1	1	0	36	17	quadruplégie
15	Petr Kolařík	30	m	e		1	1	1	0	1	1	0	15	15	
16	Karel Kuchař	42	m	b		1	1	1	0	1	1	0	21	21	
17	Helena Zábranská	38	f	e		1	1	1	0	0	1	0	25	13	cancer
18	René Tauš	33	m	f	Mgr.	1	1	1	0	0	0	1	20	13	sportif
19	Jana Morávková	47	f	e		0	1	0	0	1	0	1	34	13	quadruplégie, sportif
20	Army	35	m	e		0	0	1	0	0	0	1	17	18	quadruplégie, sportif
21	Vojta Vasíček	48	m	b		1	1	1	1	1	0	0	18,5	29,5	sportif
22	Eva Kučerová	55	f	e		1	1	1	0	0	1	1	14	41	paraplégie

En ce qui concerne des études, deux hommes sur treize sont sans qualification, deux hommes ont une qualification, quatre hommes ont terminé leurs études avec un bac général et cinq hommes ont fait des études supérieures. Tandis que cinq femmes ont un baccalauréat général et quatre femmes ont fait des études supérieures. Werner et Smith (1989, 1992) considèrent le niveau d'instruction comme un facteur important de la résilience. Cela est en accord avec nos résultats où parmi les personnes résilientes, nous avons juste deux fois le

niveau basique de l'instruction : sans qualification et également deux fois une qualification. Le reste (18 personnes) ont atteint le baccalauréat, dont la moitié a continué dans les études supérieures.

Neuf hommes vivent avec une partenaire, et cinq femmes vivent avec un partenaire.

Sept hommes ont des enfants, et huit femmes de neuf qui participent ont des enfants. Cette différence peut être due à l'âge de l'accident. Nous avons désigné<sup>79</sup> « l'âge jeune » l'âge de l'accident entre 14 – 27 ans et « l'âgée » les personnes ayant eu l'accident entre 28 – 40 ans. Ainsi, cinq femmes (plus que la moitié de notre ensemble féminin) ont eu l'accident entre 28 – 40 ans, donc à l'âge de fonder une famille. Toutes ces femmes ont eu des enfants, tandis que juste trois hommes (un quart de notre population masculine) ont eu l'accident étant « âgées ». Cela montre d'abord que les hommes ont plus souvent l'accident à l'âge entre 14 – 27 ans que les femmes, et donc que pour les femmes, la situation est compliquée par la famille. D'après Erikson (1999) la générativité, les enfants, au sein d'une relation sentimentale forte sont considérés comme le devoir principal de l'homme dans l'âge adulte. En comparant les femmes et les hommes, nous retrouvons une grande différence : tandis que juste une femme a eu son enfant après l'accident, nous avons cinq hommes qui ont eu leurs enfants après l'accident. La différence est due d'après nous tout d'abord de l'âge élevé des femmes au moment de l'accident. Elles ont eu, en majorité, au moins un enfant. Leur partenaire les a quittées dans deux tiers de cas. Bien qu'elles aient trouvé un autre partenaire, elles n'ont pas eu peut être envie d'avoir d'autres enfants. Dans la majorité de cas, les hommes ont été plus jeunes au moment de l'accident et ils étaient sans partenaire et sans enfants. Il leur était plus facile alors de trouver une partenaire et d'avoir un enfant avec elle. La différence de l'apport d'un homme et d'une femme pour faire naître un enfant n'est non plus négligeable.

---

Il est aussi intéressant de comparer le type d'accident des hommes et des femmes. De nos neuf femmes, sept ont eu un accident de voiture ou un accident pas spécifié. Deux femmes ont avoué que l'accident était de leur faute, une bêtise de jeunesse. Pour les hommes, presque la moitié (cinq personnes) ont eu un accident pendant une activité sportive, contrairement à une femme juste. Les accidents de route (8 fois) occupent à la première position parmi les causes du handicap. Suivent des accidents de sport (6 fois).

---

<sup>79</sup> Nous sommes partis de l'équation  $40 - 14 = 26$ , ce qui représente la différence entre l'âge minimal et maximal de la personne au moment de l'accident. Puis, nous l'avons divisé en deux  $26 / 2 = 13$  et ce numéro a été additionné à l'âge minimal.

Dix-sept personnes de notre ensemble sont employées, dont dix hommes et sept femmes. Cinq personnes sont des commerçants, dont une femme. De tout notre ensemble, deux personnes, un homme et une femme, ne sont ni employées, ni commerçants. Six hommes, donc presque la moitié de notre ensemble, s'engagent en bénévolat. Ce score est pareil dans la population féminine, presque la moitié, quatre femmes sont engagées en tant que bénévoles.

L'emploi est souvent lié au niveau de l'instruction. Le travail permet d'appliquer ses capacités et connaissances, il prouve la capacité d'une adaptation positive à son état par le désir de gagner sa vie et ne pas être dépendant financièrement des allocations pour les handicapés. Notre ensemble avait de très bonnes possibilités pour s'appliquer tenant compte de leur instruction. Cependant, ces possibilités diminuent avec le handicap. Nous considérons comme un trait de résilience le fait, que la majorité de sujets sont employés ou commerçants et les autres sont engagé comme bénévoles.

En total, treize personnes ont un compagnon animal, dont six hommes et sept femmes. La différence du nombre de femmes qui vivent avec un animal peut être expliquée soit par un besoin affectif plus élevé des femmes en général, soit par la présence des enfants, où l'animal appartient plutôt à ses enfants. Cependant, il faut tenir en considération que moins de femmes que d'hommes vivent avec un partenaire. L'animal peut aussi représenter une compensation d'un lien affectif.

Dans notre ensemble, il y a un tiers de sportifs professionnels. Un sportif professionnel est défini comme une personne qui a participé au moins une fois aux Jeux Paralympiques et qui a gagné un prix quelconque. Ces personnes sont marquées en foncé dans le tableau 2.

Parmi les sportifs, il y a une femme et 6 hommes. Les disciplines sportives différentes, le plus souvent, nous rencontrons la natation. Regardons maintenant la situation des enfants ~~dans le groupe des sportifs. De nos sept sportifs, il y en a cinq sans enfants, dont une femme~~ et quatre hommes. Cela peut s'expliquer par une grande exigence de sport en ce qui concerne le temps et l'énergie. Les sportifs manquent l'occasion de trouver un partenaire – quatre sportif hommes n'ont pas de partenaire, et de fonder une famille. Nous éliminons la possibilité que ce soit dû à une décision volontaire puisque quatre des cinq sportifs sans enfant ont explicitement exprimé leur désir d'un avoir au moins un.

L'âge minimale des sujets est 29 ans (Zbyněk Švehla), le sujet (Ezop) le plus âgé a 61 ans. L'âge minimal de l'accident est 14 ans (Eva Kučerová) et l'âge maximal de l'accident est 40

ans (Viktor et Jana Němcová). Donc les personnes ont passé en minimum 9 ans sur le fauteuil roulant (Jana Němcová) et un maximum de 46 ans (Ezop).

Nous avons personnellement rencontré douze des vingt-deux personnes ; dix personnes ont été interrogées par l'intermédiaire du téléphone et d'Internet.

Les caractéristiques décrites démontrent que notre ensemble ne diffère pas du reste de la population de bonne santé, bien que leur cheminement vers une vie « normale » ait été beaucoup plus périlleux. Elles prouvent l'existence générale et la présence de la résilience dans notre ensemble, dont l'influence est remarquable effectivement sur ces caractéristiques.

## 9 LA DESCRIPTION DES ETAPES ET DES METHODES UTILISEES DANS LA RECHERCHE

La recherche s'est déroulée entre novembre 2004 et mars 2005.

### 9.1 Les étapes de la recherche<sup>80</sup>

Notre recherche se déroulait en étapes suivantes :

- 1) Nous avons traduit les questions du livre des Wolin « The resilient self » (1993) par une double traduction. Nous avons réduit le nombre des questions en choisissant juste celles qui conviennent le mieux (d'après nous) aux besoins de notre recherche et nous les avons adaptées à la population des handicapés. Cette nouvelle liste de questions portant le nom R7, nous l'avons présentée à une dizaine de personnes différentes de notre entourage (des étudiants de psychologie, des étudiants de théologie, des employés dans les services et des employés d'Etat et aux retraités) pour vérifier la compréhensibilité des questions. Nous avons tenu compte de leurs remarques pour que R7 soit le plus compréhensible et agréable à remplir. Puis nous avons construit une interview semi structurée en modifiant les questions de l'interview de Professeur Matějček et en ajoutant des questions spécifiques pour la population choisie. Pour cela, nous avons rencontré une dame handicapée, journaliste, qui travaille également dans le 'personnel counselling'<sup>81</sup> pour les personnes handicapés. L'auteur de ce travail attendait de cette rencontre des conseils pour le contact avec les personnes handicapées (pour éviter une expression ou une attitude qui pourra les blesser, p. ex. la pitié). Mais la rencontre n'a pas été fructueuse sur ce point de vue, par contre elle a été une excellente expérience d'une personne handicapée non-résiliente. La chercheuse n'a plus jamais rencontré une telle méchanceté chez une personne handicapée.

<sup>80</sup> La recherche dans sa forme définitive, c. à d. après les modifications dues au décès de Professeur Matějček.

<sup>81</sup> Des conseils surtout les difficultés sociales et juridiques concernant la vie après un accident.

- 2) Nous avons contacté et choisi les participants de notre recherche (comme décrit dans le chapitre précédent). Nous leurs avons envoyé la lettre explicative et le questionnaire PVS.
- 3) En fonction des résultats de PVS nous avons choisi des candidats pour la suite de la recherche. Nous nous sommes mis d'accord pour un rendez-vous personnel ou pour le contact électronique.
- 4) Nous avons rencontré les participants à un lieu choisi par eux pour répondre aux questions de R7 et pour continuer avec l'interview. Très souvent, au moment de la rencontre, nous avons déjà eu les questions de la liste R7 répondues, alors nous avons une certaine idée de la personne que nous devrions rencontrer. (Pendant cette étape de la recherche, l'auteur de ce travail avait à sa disposition trois de ses plus jeunes collègues psychologues qui participaient au recueil des données dans le cadre d'un cours. L'impact possible sur les données sera discuté en section IV La discussion. )

## 9.2 Les méthodes utilisées

Le concept de la résilience est relativement nouveau dans le domaine des sciences sociales. Les recherches existantes sont plutôt des études des cas qui étaient généralisées ultérieurement. Les chercheurs rencontrent de graves problèmes méthodologiques. Lighezzolo et De Tychev (2004) ont consacré tout un chapitre aux méthodologies d'étude. Lecomte (2002) constate que la première génération de recherche a mis en évidence les éléments corrélés avec un « bon » fonctionnement malgré une situation difficile, mais que actuellement les auteurs soulignent la nécessité d'étudier le processus. Ni l'opinion sur des méthodes n'est unifiée. Plusieurs auteurs s'accordent sur la difficulté du choix des méthodes :

---

*« Il faut savoir intégrer les recherches de type quantitatif, épidémiologique, avec des études, monographies et enquêtes faisant une large place aux facteurs qualitatifs, aux trajectoires existentielles et aux processus en jeu dans le développement de la résilience. »* (Manciaux, 2001, p. 18) et *« L'opposition qui sévit en France (et dans les pays anglo-saxons) entre les partisans d'une clinique « armée » et les tenants d'une clinique plus « qualitative » au niveau de la méthode d'administration de la preuve dans les recherches en clinique gagnerait (...) à être dépassée (...). Dans la mesure où ces deux méthodologies sont parfaitement complémentaires (...), elles se doivent d'être utilisées conjointement ou plutôt*

*successivement.* » (Lighezzolo, De Tychey, 2004, p. 93-94). Les méthodes qualitatives sont le mieux adaptées mais pas idéales pour en faire des résultats scientifiques. Tandis que les méthodes quantitatives ne sont pas assez individualisées et adaptées au sujet si personnel qui est la souffrance et la crise. Le pourcentage des personnes résilientes sera peut être différent si nous avons utilisé un autre test pour les sélectionner. Ceci est à discuter dans la Discussion. Voilà pourquoi nous avons choisi d'utiliser successivement deux méthodes quantitatives (PVS et R7) et l'interview comme une méthode qualitative.

### **9.2.1 Le questionnaire PVS**

PVS est un questionnaire d'origine américain pour évaluer de niveau de hardiness chez un sujet. Ce questionnaire a été construit par S. Kobasa et S. Maddi. Il a été traduit en tchèque en 1987 par I. Krátký et I. Šolcová. En 1994, I. Šolcová a effectué une révision de la traduction. Il existe également des normes tchèques de ce questionnaire, nous avons pu l'utiliser sans difficulté méthodologique. Le questionnaire comporte 50 questions dont 17 pour détection du défi, 16 pour la détection de loyauté, et 17 pour la détection de contrôle. D'après les données de Hardiness Research Institute, Inc., la réliabilité du questionnaire est  $\alpha = 0.92$ . (cf. l'annexe 1)

Les participants cochent une option pour chaque réponse parmi les quatre possibles. (0 – ne convient pas du tout, 1 – ne convient pas entièrement, 2 – convient à peu près, 3 – convient sans aucun doute) L'administration peut se faire soit par la méthode papier-stylo, soit sur un ordinateur. Nous l'avons fait à l'aide du papier.

Ce test représente pour nous une sélection méthodologique des candidates. Nous sommes sur que les candidats choisis ont un haut niveau de hardiness, ce qui a remplacé le test de l'adaptation sociale de Professeur Matějček.

### **9.2.2 Le formulaire R7**

Il s'agit d'une liste de 39 questions que nous avons complétée à partir de deux sources pour les besoins de notre recherche. Ce formulaire peut être divisé en deux parties. La première partie est formée par 9 questions de caractère informatif, anamnestique. Ces questions permettent de nous orienter dans les participants et de connaître leur situation actuelle (p.ex. en couple/célibataire, avec enfants/sans enfants).

La deuxième partie de R7 est formée de 30 questions auxquelles le sujet répond oui ou non. Dans le livre « The Resilient Self » (Wolin, Wolin, 1993), ces questions sont destinées à une introspection du lecteur, la langue est donc compréhensible, sans des mots spécialisés. Elles couvrent toute la période de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. De l'autre côté, elles sont trop larges pour notre thématique, c'est pourquoi nous les avons modifiées et réorganisées dans une liste de question que nous avons appelée 'R7' comme le concept des sept résiliences des Wolin. La réorganisation s'est faite dans l'ordre chronologique des questions, dans le livre, elles sont classées thématiquement à la fin de chaque chapitre respectif.

Cette liste de question comporte donc 30 questions de 7 résiliences de la mandala de résilience des Wolin<sup>82</sup> (en effet 6 puisque la créativité et l'humour sont regroupés par les auteurs). A chaque des résiliences appartient 5 questions. Le sujet a deux possibilités de réponse « oui » et « non ». Pour chaque réponse positive, il reçoit un point, pour chaque réponse négative, zéro point. Le score minimal est donc 0 points, le score maximal de ces questions est 30 points. Plus le sujet a de points, plus il paraît comme résilient d'après la théorie des Wolin. Nous pouvons donc établir une liste des participants d'après leurs scores totaux de R7. Mais nous savons dès le début que nos sujets sont « hardy » d'après le questionnaire PVS. (Une recherche intéressante serait de comparer les résultats de PVS et les résultats de R7. Ceci ne fait pas partie de notre recherche.) En plus ces points sont regroupés dans les six catégories d'après les résiliences correspondantes. A coté d'un score total de R7, qui indique le nombre totale des réponses positives, chaque participant reçoit aussi six scores complémentaires, dont le minimum possible est zéro points et le maximum cinq points. Nous allons présenter pour chaque sujet et pour le groupe entier ces scores partiels pour voir s'il y a des domaines de résilience que notre groupe de sujets n'utilise pas. Ces résultats seront de grande utilité en vie pratique, dans l'intervention psychosociale des personnes handicapées.

A la fin, nous voulons remarquer que nous n'attendons pas de faire de notre liste de question un nouvel instrument psychométrique. Nous croyons que les questions des Wolin (1993) sont bien adaptées à la problématique et qu'elles la couvrent entièrement. Elles servent pour une orientation rapide dans le parcours de l'individu et servent comme un point de départ pour l'interview. Ce formulaire a été envoyé à chaque participant par le courrier électronique.

<sup>82</sup> *Figure 1: Mandala des résiliences de S.J. & S. Wolin*..... 60

### **9.2.3 L'interview semi-structurée**

La partie qualitative de la recherche est assurée par une interview semi-structurée. Elle a été construite à l'aide des 'Questions pour tracer l'histoire de vie de l'individu' de Professeur Matějček (Matějček, Dytrych, Bubleová, Kovařík, 2001) L'interview est divisée en plusieurs parties qui devraient représenter des étapes majeures du développement humain. Les questions concernent l'enfance et la présence ou l'absence l'attachement sécurisé; les études et leur facilité. L'étape suivante est l'emploi, une autre est représentée par les relations intimes. Les deux plus grandes parties concernent l'accident, le déroulement de la réhabilitation et la réaction des proches dans un premier temps, et la deuxième grande partie touche la vie après l'accident et la vie actuelle. A la fin, nous avons mis trois questions ouvertes sur les conseils pour ceux qui se retrouveront dans une situation pareille du handicap suite d'un accident ou d'une maladie. Nous avons enregistré tout l'entretien sur un dictaphone.

Tenant compte du fait que notre population choisie sont les personnes avec une mobilité restreinte de toute la République Tchèque, que la recherche a été effectuée en hiver, sur la neige, qui les empêche souvent de se déplacer librement ; et que les interrogatrices n'avaient pas eu de moyens de se déplacer elles-mêmes, l'interview existait également sous une forme électronique. Selon Ferjenčík (2000) un questionnaire est en sa forme basique une interview sous une forme écrite, il est possible d'accepter alors notre approche. Nous sommes conscients que le fait de poser des questions à quelques participants au cours d'une rencontre personnelle et à d'autres par l'e-mail a modifié les résultats mais nous n'étions capables de le faire autrement. En même temps, nous avons toujours la possibilité de demander une précision par l'e-mail puisque nous sommes restés en contact avec tous les participants de la recherche. Les questions de notre interview se trouvent dans l'Annexe 3. Les réponses se trouvent sur le CD ROM joint

## 10 LES DIFFICULTES METHODOLOGIQUES DE NOTRE RECHERCHE

Dans ce chapitre nous allons mentionner les difficultés que nous avons rencontrées au début ou pendant notre recherche. Leur impact possible sur les résultats et sur la qualité de la recherche sera discuté en IV<sup>ème</sup> section : La discussion. Nous allons également décrire comment nous avons traité ces difficultés.

La première difficulté a été d'entrer parmi les handicapés. Plusieurs facteurs ont joué là-dedans. Tout d'abord le fait que les handicapés forment une communauté quasi-fermée pour les autres. Bien qu'ils veuillent appartenir parmi les gens 'normaux', ils permettent difficilement entrer ces gens-là parmi eux. La méfiance et les soupçons règnent, surtout si vous désirez faire une recherche. Les handicapés sont aussi un groupe souvent soumis à de nombreuses recherches dont la majorité ne leur apportent rien. J'ai (j'utilise le singulier puisque cela est arrivé uniquement à moi) rencontré l'opinion de « vouloir bâtir ma carrière et mon diplôme universitaire sur le dos des handicapés ». En général, les personnes qui ont eu elles-mêmes un diplôme universitaire, ont été plus ouvertes. Nous avons aussi essayé d'éviter les personnes trop enfermées et difficiles parce que cela s'oppose à l'image que nous avons d'une personne résiliente. Le nom de Professeur Matějček a été un facteur fort qui nous ouvrait la porte des institutions et des cœurs des gens. L'absence d'une bourse pour pouvoir récompenser les participants a été un des facteurs influençant négativement le recueil des données. Mais il est certain que la récompense aurait influencé la motivation des participants. La mobilité baissée des participants posait des problèmes dans les rencontres.

~~Souvent, nous avons contacté nos participants au cours d'une cérémonie des sportifs. Des personnes qui ont été d'accord avec la participation à notre recherche venaient de différents coins de la république et sont restées souvent juste le jour de la cérémonie où leur emploi de temps a été chargé. Venir à Prague pour faire une interview, cela serait trop coûtant en temps et en argent pour les deux côtés. C'est pourquoi nous avons pris le risque de faire une version électronique de nos questions et nous avons communiqués via Internet. Ceci a très bien marché. Les personnes ont été toujours disponibles à donner des informations complémentaires ou explicatives.~~

Un autre grand ensemble de problèmes représentaient les tests. Plus précisément le manque de méthodes adéquates et vérifiées. Ceci est lié au problème d'une définition claire et opérationnel de la résilience d'un sujet. Les questionnaires de Professeur Matějček ont été destinés pour une autre recherche et n'avaient pas de normes. Nous n'avions non plus à notre disposition les conseils d'utilisation de ces questionnaires, c'est pourquoi nous avons renoncé à leur utilisation et nous avons construit nos propres instruments de recherche.

Enfin, nous remarquons que le caractère de la recherche ne permettait pas un groupe témoin. Le but de cette recherche est dans un premier temps d'orientation et de description. Si les résultats le permettent, ils seront comparés avec ceux de Professeur Matějček ou d'E. Werner.

## 11 LES RESULTATS

Pour une description brève de l'ensemble, voir Tableau 1. Dans un premier temps, nous allons décrire les résultats avant de passer à leur interprétation.

### 11.1 Les résultats de R7

Dans le tableau suivant, nous avons mis les scores des participants dans le Formulaire R7, il y a un score total, et six scores partiels en fonction des résiliences partielles d'après les Wolin (1993). Dans la partie théorique, nous avons mentionné les trois étapes de chaque résilience partielle. Cependant, puisque nos participants sont des personnes adultes, nous allons interpréter leurs résultats d'après le troisième stade - adulte. Cette méthode devrait nous révéler quels domaines de la résilience sont le plus utilisés par les sujets handicapés moteurs de notre ensemble et susciter ainsi des discussions sur l'application de nos résultats en pratique pour améliorer la vie des personnes handicapées.

La première résilience correspond à la perspicacité, la deuxième résilience correspond à l'indépendance, la troisième à l'aptitude aux relations, la quatrième à l'initiative, la cinquième à la créativité et l'humour et la sixième à la morale. Dans le tableau 2 nous voyons que les domaines de la perspicacité, l'aptitude aux relations, l'initiative et la créativité mélangée avec l'humour ont les mêmes valeurs moyennes tandis que l'indépendance a la plus basse valeur des six résiliences et la morale au contraire la plus haute. L'interprétation de ce résultat fait partie du chapitre suivant « L'interprétation de R7 ». Il est intéressant que personne n'a la valeur zéro à aucune des résiliences.

Le tableau 3 nous montre les mêmes données mais les sujets sont classés dans ce tableau dans l'ordre décroissant d'après les résultats en R7. La valeur minimale est 12 point (Petr) et la valeur maximale a été atteinte par MŠ avec 27 points. Nous rappelons que le minimum possible a été 0 points et le maximum 30 points. Tous les résultats se trouvent alors dans les deux tiers supérieures. Nous remarquons que la majorité des sportifs sauf un se trouvent dans la deuxième moitié de tableau, donc ils ont les résultats inférieurs à ceux des non sportifs. Est cela tout simplement un hasard ou y a-t-il une régularité ?

Tableau 2 : Les scores dans le Formulaire R7 (les sportifs sont en lignes foncées)

Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
1	Ryba	20	4	2	3	4	3	4
2	Zbyněk Švehla	23	4	2	4	4	5	4
3	Petr	12	3	2	1	2	2	2
4	Vojta	17	2	1	4	4	3	3
5	D	17	2	1	1	5	4	4
6	Ezop	22	4	3	3	4	4	4
7	Jana Hrdá	25	4	3	5	4	5	4
8	Taraxacum	26	5	4	3	4	5	5
9	Viktor	22	4	4	4	4	3	3
10	Jana Němcová	21	2	3	5	3	3	5
11	Bobeš	15	1	2	2	2	3	5
12	Krkomobil	26	5	3	4	4	5	5
13	Romana	19	3	2	4	4	2	4
14	MŠ	27	5	4	5	4	5	4
15	Petr Kolařík	21	4	2	2	5	4	4
16	Karel Kuchař	20	4	3	3	2	3	5
17	Helena Zábranská	21	4	3	3	3	4	4
18	René Tauš	16	3	1	3	1	4	4
19	Jana Morávková	20	4	2	2	5	4	3
20	Arny	14	3	2	3	1	3	2
21	Vojta Vašíček	18	4	3	4	2	1	4
22	Eva Kucerova	25	4	4	5	4	3	5
	<b>Moyenne</b>		<b>3,5</b>	<b>2,5</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>4</b>
	<b>Total</b>		<b>78</b>	<b>56</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>78</b>	<b>87</b>

Tableau 3 : Les scores totales de R7 en ordre décroissant (les sportifs sont en lignes foncées)

Position	Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
1.	14	MŠ	27	5	4	5	4	5	4
2.	8	Taraxacum	26	5	4	3	4	5	5
3.	12	Krkomobil	26	5	3	4	4	5	5
4.	7	Jana Hrdá	25	4	3	5	4	5	4
5.	22	Eva Kučerová	25	4	4	5	4	3	5
6.	2	Zbyněk Švehla	23	4	2	4	4	5	4
7.	6	Ezop	22	4	3	3	4	4	4
8.	9	Viktor	22	4	4	4	4	3	3
9.	10	Jana Němcová	21	2	3	5	3	3	5
10.	15	Petr Kolařík	21	4	2	2	5	4	4
11.	17	Helena Zábranská	21	4	3	3	3	4	4
12.	1	Ryba	20	4	2	3	4	3	4
13.	16	Karel Kuchař	20	4	3	3	2	3	5
14.	19	Jana Morávková	20	4	2	2	5	4	3
15.	13	Romana	19	3	2	4	4	2	4
16.	21	Vojta Vašíček	18	4	3	4	2	1	4
17.	4	Vojta	17	2	1	4	4	3	3
18.	5	D	17	2	1	1	5	4	4
19.	18	René Tauš	16	3	1	3	1	4	4
20.	11	Bobeš	15	1	2	2	2	3	5
21.	20	Arny	14	3	2	3	1	3	2
22.	3	Petr	12	3	2	1	2	2	2

## 11.2 L'interprétation de R7

Pour notre interprétation de Formulaire R7, nous nous appuyons sur les caractéristiques des résiliences partielles des Wolin, chapitre 3.2.4 – 3.2.9 de la première partie du mémoire rigoureux. Puisqu'il s'agit d'une méthode sans normes, nos interprétations sont basées uniquement sur notre expérience avec l'ensemble de participants. Pour les généraliser, il est nécessaire de les vérifier sur un ensemble plus large.

Tableau 4 : Les résultats finals de R7

	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
<b>Moyenne</b>	3,5	2,5	3,3	3,4	3,5	4
<b>Total</b>	78	56	73	75	78	87

**Résilience 1** : « la prise de conscience » a été utilisée en moyenne 3,5 fois par personne. Il s'agit d'un score élevé. La prise de conscience est une habitude mentale de chercher et poser des questions et donner des réponses honnêtes. (Wolin, Wolin, 1993, p. 67) Elle est liée à une autonomie personnelle et la focalisation sur le futur. Le score élevé prouve que les personnes choisies ne ferment pas les yeux devant la réalité. Elles sont conscientes de leurs difficultés tout en les percevant comme les occasions de devenir une personne compétente, responsable. Elles n'accusent pas les autres de leur destin. Ceci a été prouvé également dans les entretiens oraux<sup>83</sup> où juste trois personnes ont accusé une tierce personne de leur accident et encore en ajoutant que cela ne sert à rien d'y penser. Dans notre ensemble domine la tendance de regarder en avant, préparer le futur, plus que de se noyer dans le passé. Souvent, nous avons rencontré leur réponse qu'ils s'étaient fiés uniquement à eux-mêmes pour sortir du trauma de l'accident.

**Résilience 2** : « l'indépendance » a obtenu le score nettement inférieur des autres. En moyenne, elle a été utilisée 2,5 fois par personne. Ce score est assez élevé en général (2,5 fois sur 5, cela représente 50 % de score possible), mais il est très bas par rapport aux autres résiliences. L'indépendance est caractérisée par le détachement émotionnel et physique des sources de problèmes. L'adulte résilient se sépare. La séparation n'est pas seulement physique, le fait de quitter la maison de ses parents. Il se sépare aussi émotionnellement et psychiquement. (Wolin, Wolin, 1993, p. 104-108) La séparation pose des problèmes à notre ensemble. Autrement dit, la séparation représente rarement une source de la résilience. Nous allons réfléchir sur différentes raisons possibles. La première raison, la plus évidente est que se détacher d'un problème sous la forme du handicap physique est impossible. Le corps est toujours présent. Deuxièmement, il y a la dépendance physique à une assistante ou à un

<sup>83</sup> Voir chapitre suivant.

proche. Même si la personne est autonome chez elle, dans la rue, il y a partout des barrières. L'omniprésence du handicap et des barrières rappelle à l'individu son état et rend ainsi impossible le détachement des problèmes. Les scores de cette résilience sont particulièrement bas chez les sportifs. Nous pouvons supposer que la rencontre quotidienne avec leurs propres limites est accentuée dans le cas des sportifs qui dont le succès dépend de la performance de leur corps.

**Résilience 3** : « le développement des relations » a obtenu un score moyen de 3,3 points. C'est un score assez élevé. Les relations sont des liaisons intimes et satisfaisantes envers les autres gens. Elles nous démontrent qu'il est possible d'aimer et d'être aimé. (Wolin, Wolin, 1993, p. 111) L'adulte résilient puise dans ses expériences précédentes. Il connaît le prix d'une bonne relation. Il connaît également l'importance de la satisfaction du besoin d'appartenir quelque part, d'une communication ouverte, du partage du bien et du mal, et du soutien des membres de la famille avec l'assurance mutuelle de ce qu'il représente pour l'autre. Il est engagé dans des relations amicales ainsi que dans sa commune. (Wolin, Wolin, 1993, p. 126) Ceci est vrai pour tout notre ensemble. En analysant les réponses de l'entretien oral, nous allons nous occuper davantage d'influence des relations précoces sur d'autres relations ultérieures. Chaque personne a mentionné soit ses parents, soit ses amis en parlant des personnes qui l'ont aidée. La majorité de nos participants travaillent pour d'autres handicapés, en tant qu'employé ou bénévole. En rencontrant d'autres handicapés, ils se rassurent de ne pas être les seuls et échangent leurs expériences. Pour certains, le développement des relations et l'initiative sont les domaines cruciaux de la résilience. Nous allons voir comment un manque d'attachement dans la famille d'origine influence la capacité de former les relations ultérieurement et d'utiliser la résilience 3.

---

~~**Résilience 4** : « l'initiative » a une moyenne de 3,4 points. Ce score est comparable à celui du développement des relations, de la prise de conscience et de la créativité et de l'humour.~~

---

L'initiative est une décision de s'imposer et de maîtriser son environnement. Les survivants résilients se concentrent sur les parties de la vie qu'ils peuvent contrôler plutôt que de se noyer dans la confusion et dans les problèmes. L'adulte résilient est productif. Il adore résoudre des problèmes, faire des plannings, participer aux activités qu'il peut influencer et achever. Son comportement tend à être un exemple pour les autres. Il crée et participe aux projets compliqués, pas faciles, pour satisfaire son besoin de se sentir compétent et efficace. Ses activités ont souvent un caractère public et officiel, il initie des changements dans sa

communauté pour le bien des autres, ce qui le comble et donne un sens à sa vie. (Wolin, Wolin, 1993, p. 155-160) Par la définition, l'initiative est très proche de la créativité. Sauf que la créativité représente en partie le recours à l'imaginaire. L'entretien oral confirme cette tendance. La majorité de personnes participent à l'amélioration de la vie d'autres handicapés, ils s'engagent dans les associations ou conseils. D'un côté, cela leur apporte une activité et les valorise, d'un autre côté, ils veulent changer la situation des handicapés pour que les jeunes se retrouvent dans une meilleure situation qu'eux-mêmes, il y a un certain temps.

**Résilience 5** : « la créativité et l'humour » ont une moyenne de 3,5 points. C'est la deuxième plus grande valeur. La créativité et l'humour sont deux ports de l'imagination ou le survivant peut se cacher et réarranger les détails de sa vie en plaisir. L'adulte résilient crée ou rit. Ce sont des étapes adultes du jeu et de la concrétisation des activités. Ces outils permettent de se regarder comme à un objet et de réinterpréter de loin la situation. Ils fournissent la possibilité du contrôle, de force et de joie. (Wolin, Wolin, 1993, p. 175-182) Nos sujets ont témoigné d'utiliser le plus souvent le rire pour voir l'absurdité dans leurs peines, de rire de leurs propres difficultés et d'utiliser l'humour pour se sortir d'une mauvaise humeur ou pour dissoudre la tension entre eux et les autres. La création est un développement voulu des capacités artistiques qui ne sont plus seulement un moyen mais qui ont acquis la forme d'un outil professionnel de travail. Certains témoignent d'avoir commencé avec le sport après l'accident, un autre s'est mis à écrire des récits, un autre encore s'est mis à dessiner, etc. La liste des activités prises après l'accident est longue et variée. Elle témoigne une force intérieure qui pousse les personnes résilientes vers avant, ne leur permet pas de rester sur place ou dans le passé. Nos sujets ont démontré ainsi la créativité en réorganisant leur vie d'après leurs moyens, en trouvant un travail qui leur apporte du plaisir et en apportant de nouvelles idées dans leur emploi. Leurs innovations touchent le plus souvent l'amélioration de la vie des personnes handicapées, basée sur leurs propres expériences.

**Résilience 6** : « l'éthique » a obtenu le plus haut score des six résiliences – 4 points en moyenne. L'éthique est une activité qui comprend les actions à la base d'une conscience informée. C'est le désir de vivre une vie juste et d'aider les autres. Elle est liée à l'initiative et à la créativité. L'adulte résilient ressent une obligation morale de contribuer à leur propre bien-être plutôt qu'au sien. Il sait combien il a déjà traversé d'obstacles et de difficultés et il est peut-être d'autant plus prêt à en franchir d'autres, pour le profit de ses proches et pour les autres. Il s'engage dans la vie publique ou comme bénévole, il participe aux actions

caritatives, il est intéressé par la politique à cause de son pouvoir d'améliorer les vies des autres. Sa résilience éthique est donc une recherche éternelle des réponses aux questions basiques de l'homme et de sens à sa vie. (Wolin, Wolin, 1993, p. 197-202)

Plusieurs composantes faisant partie de l'éthique ont été détectées dans notre ensemble. Nommons par exemple l'engagement bénévole, au profit des handicapés à chaque fois ; des efforts interminables pour améliorer la vie des handicapés par les activités rémunérées ; l'engagement sportif pour changer le regard sur les handicapés. La dimension éthique est liée pour quelques uns à la rencontre de Dieu. La Foi pose des règles strictes à la vie quotidienne. Certains de nos témoignages recueillis parlent d'un 'mauvais chemin de la vie' et comprennent l'accident comme un signe ayant pour le but de les détourner de ce mauvais chemin et leur conversion à la foi. Cette conversion a eu lieu bien après l'accident (7 ans - Jana Němcová, 9 ans - Karel Kuchař et d'autres), c'était un acte réfléchi. Les Wolin mentionnent aussi « une recherche éternelle des réponses aux questions basiques de l'homme et de sens à sa vie ». (Wolin, Wolin, 1993, p.202) Il est vrai qu'un tel événement que l'accident bouleverse toute la vie et mène l'individu forcément à se poser ces questions existentielles. Chaque réponse sincère fait grandir humainement l'individu. Il trouve en revanche un appui dans ses opinions réfléchies, dans ses principes internes. Nous allons donner un exemple avec des réponses de l'entretien oral, la partie I), où chacun conseillait de ses expériences personnelles.

La participation à notre recherche est aussi une preuve de la présence de cette résilience : tous ont participé de leur bonne volonté parce qu'ils sont persuadés que cela puisse servir à quelque chose de bien, à quelque chose qui a un sens.

Mais pourquoi éthique est-elle la plus utilisée comme appui et comme domaine de la résilience ? Parce qu'elle est accessible à tout le monde ? Parce qu'elle n'exige ni un ami ~~comme la résilience 3, ni une activité extérieure comme les résiliences 4 et 5 ?~~ Ou bien parce que les principes moraux et les réflexions sur le sens de la vie sont propres à l'homme ?

### **11.3 La conclusion**

Toutefois, il est très difficile de parler des différences de scores parce que dans l'ensemble, les différences ne sont pas marquantes. Dans le cas des scores élevés, les résiliences partielles

différent d'un point au maximum. Malgré cela, il est utile de réfléchir même sur une telle différence pour ne pas perdre des données importantes. Les différences des scores partiels commencent à être remarquables à partir de la seizième position du Tableau 3 (Vojta Vašíček). Là, les différences des scores d'une personne deviennent visibles. Nous avons comparé les résultats de R7 avec les informations reçues au cours de l'entretien oral. Nous avons remarqué que chaque fois qu'il y avait une valeur basse (1, 2) ou au contraire haute (5) du score de la résilience correspondante, ceci s'est aussi reflétait dans l'entretien oral. Nous allons présenter deux exemples : « D » et « Bobeš ».

**Tableau 5 : Les scores de « D »**

Position	Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
18	5	D	17	2	1	1	5	4	4

D est une femme très engagée en politique. La place des femmes en politique n'est pas évidente, notamment quand il s'agit d'une femme handicapée. Elle a été très brève dans ses réponses. Il est difficile de savoir si c'était à cause du manque de temps ou à cause de son caractère fermé. Ses scores sont très inéquilibrés. D a obtenu 5 points dans l'initiative. Cela correspond à son trait de caractère. Elle travaille beaucoup et dur. Dans la politique, elle est obligée d'être ferme. La politique lui permet de maîtriser son environnement, ce qui est un des traits de la résilience 4. Les résultats montrent un problème possible dans l'indépendance (Résilience 2) et dans les relations (Résilience 3). Ceci n'a pas été dit explicitement dans l'entretien, mais nous supposons qu'à cause de son haut poste, elle n'a pas beaucoup d'amis. Elle est plutôt réservée. Entre les handicapés, elle n'est pas populaire. Cela peut être dû également à une certaine jalousie, c'est pourquoi nous n'en allons pas tirer de résultat. De même, elle a des difficultés à se détacher de son handicap. Nous supposons que cela est dû au milieu de travail qui est très compétitif et exigeant, et où son handicap lui est toujours rappelé. Cela reste au niveau d'une supposition. La valeur de la résilience 6 est élevée. D, par sa profession d'origine architecte, a écrit un livre sur les constructions sans barrières qui est en libre accès sur l'Internet. Ceci démontre que le niveau d'altruisme et d'entraide est élevé chez elle.

Tableau 6 : Les scores de « Bobeš »

Position	Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
20	11	Bobeš	15	1	2	2	2	3	5

Bobeš est un informaticien qui a fondé un atelier protégé avec des ordinateurs. Il donne des cours d'informatique et d'orientation sur Internet à tous les handicapés. Ainsi, il leur permet de se qualifier et de ne pas rester coupés du monde. Son handicap ne lui pose pas de problèmes, pire sont ses conséquences. En tant que père heureux de deux enfants, l'accident lui a pris tout ce qu'il a vraiment aimé dans sa vie. Sa femme est partie avec leurs enfants. Ils sont en train de mener un procès : il veut voir ses enfants. Elle lui refuse ce droit. Bobeš rêve beaucoup, il se recourt dans sa fantaisie. Ceci traduit le score bas de la résilience 1, la prise de conscience et par un score relativement élevé de la créativité et l'humour. Il a atteint le score maximal dans la résilience 6, l'éthique. Depuis le divorce, il a centré toutes ses forces à la fondation de l'atelier. Il a trouvé un domaine, dans lequel il est bien orienté et il a décidé d'aider ses collègues handicapés. L'altruisme et l'entraide sont très développés dans son caractère.

Il est évident que le Formulaire R7 a une capacité de détecter des domaines forts d'une personne handicapée et ses domaines faibles. Il faudra construire ses normes en le vérifiant sur un ensemble plus large de personnes. Déjà sous cette forme, il pourra être utilisé comme une méthode complémentaire d'approche primaire vers une personne, suivie d'un entretien oral. Pour une utilisation plus large, il faut le tester sur les sujets pas résilients et avec des troubles variés (pas seulement le handicap physique). Nous supposons qu'avec les sujets avec un haut niveau de résilience, et avec des sujets n'étant pas résilients, le formulaire R7 aura des difficultés de distinction entre les résiliences partielles ; c'ad. tous les scores seront les mêmes, soit 5-5-5-5-5-5, soit 0-0-0-0-0-0. Déjà, il va nous distinguer les personnes avec une résilience élevée et celles avec une résilience basse. Pour un niveau moyen de la résilience, il est capable de détecter de domaines des problèmes possibles et focaliser l'attention du psychothérapeute sur ces domaines.

Et nous pouvons proclamer encore une conclusion qui provient des résultats du Formulaire R7. Chaque participant choisi a obtenu un nombre précis de points, chacun a donc fait la preuve d'être résilient d'une certaine façon, personnelle et typique à lui. La combinaison des six résiliences est également unique pour chaque sujet. Cela est la preuve que notre méthode de choix des personnes et la supposition d'avoir choisi les personnes résilientes a été juste.

### **11.4 L'analyse de l'entretien oral**

Nous allons reprendre chaque question de l'entretien oral et indiquer le nombre et le type de réponses données.

#### **A) Enfance**

1) *Votre famille était-elle et est-elle maintenant dans vos souvenirs une source de réconfort et de soutien ?*

A cette question 19 personnes ont répondu oui, juste 3 personnes ont répondu non.

2) *Avez-vous grandi dans une famille complète, incomplète ou complétée ?*

20 personnes ont vécu dans une famille complète, une personne a eu une famille incomplète et une personne a eu une famille complétée avec des relations pleines d'amour avec ses deux pères.

3) *Avez-vous eu au moins une personne chez la quelle vous avez pu venir vous cacher, demander de l'aide et qui vous a toujours encouragé ?*

Seize personnes ont eu un attachement sécurisant envers une personne proche, une personne ne se souvient plus et quatre ont répondu négativement.

4) *Qui avait la plus grande influence sur vous pendant votre enfance ?*

Douze personnes ont été le plus influencées par leurs mères, onze personnes par leurs pères, quatre personnes par leurs frères ou sœurs, trois personnes par leurs grands-parents, trois personnes par leurs amis, une personne par un maître d'école. Une personne ne sait pas et une personne a affirmé que personne n'avait l'influence sur elle. Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Pour simplifier, nous allons regrouper les réponses et alors nous

recevrons : les personnes ont désigné 30 fois une personne de la famille, cinq fois des personnes en dehors de la famille et deux fois elles n'ont pas donné de réponse.

## B) Adolescence

### 1) *Etiez-vous plutôt un leader, vers lequel venaient les autres ?*

Plus que la moitié de personnes ont été des leaders (13 fois), et neuf personnes ont répondu négativement à cette question.

### 2) *Aviez-vous plutôt de bons amis ou des amis superficiels ?*

Onze personnes ont eu de bons amis, sept participants ont eu plutôt des amis superficiels et quatre personnes ont connu les deux.

### 3) *Quels étaient vos modèles et idéaux à cette période ?*

Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Les modèles ne différaient pas des autres jeunes gens. Il y a des sportifs (6 fois), des musiciens (5 fois), des acteurs (4 fois), des savants (4 fois), des copains plus âgés (2 fois) et le père (2 fois). Une personne a mentionné de vouloir avoir certaines capacités, une personne considérait comme le plus important de respecter certaines règles. Trois personnes ont affirmé de ne pas avoir d'idéaux, une personne ne se souvient pas et une personne n'a pas répondu. Pour simplifier, nous avons décidé de regrouper davantage les réponses. Les participants ont décrit 19 fois des modèles classiques positifs des adolescents, ils ont désigné quatre fois quelqu'un de leur famille ou amis et cinq fois, nous n'avons pas obtenu de réponse.

### 4) *Quels étaient vos goûts et avec quelle intensité les avez-vous pratiqués ? (le sport, jouer d'un instrument de musique, un cercle...)*

Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Le sport a été pratiqué par dix-sept participants, neuf participants jouaient d'un instrument de musique ou chantaient dans un chœur, quatre personnes aimaient travailler manuellement, quatre personnes aimaient lire, trois personnes se promenaient dans la nature, une personne dessinait, une s'intéressait à la collection des timbres, une personne aimait le théâtre, et une personne aimait la programmation. Nous avons divisé ces activités en activités sociales, au cours desquelles vous êtes obligés de rencontrer du

monde, et en activités individuelles. Ainsi, les activités collectives ont été pratiquées 27 fois, et les activités individuelles 14 fois.

5) *De quoi avez-vous rêvé pour votre futur ? Qu'avez-vous désiré ?*

La majorité de personnes (14 fois) ont désiré de faire un travail précis, d'avoir un métier choisi. Quatre personnes n'ont désiré rien. Une personne voulait avoir de l'argent, trois personnes voulaient faire du sport en professionnel. Une personne a désiré d'avoir un fils et une personne n'a pas répondu.

C) Etudes

1) *Avez-vous menés vos études avec une joie et aisance ?*

Douze personnes ont répondu oui à tout, quatre personnes ont avoué d'avoir aimé leurs études mais d'avoir eu des difficultés. Tandis que trois d'autres personnes n'ont pas aimé leurs études mais ont étudié avec une aisance et trois personnes ont donné une réponse négative.

2) *Quels autres intérêts aviez-vous pendant vos études ?*

Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Les intérêts ressemblent aux loisirs. Quinze personnes ont pratiqué du sport, trois personnes se sont intéressées à la musique, sept personnes ont aimé une vie étudiante classique, avec l'alcool et les copains. Deux personnes ont programmé, trois personnes ont lu beaucoup. Une femme a été mariée et avait un enfant, une personne prenait des photos et une personne travaillait manuellement. Cinq personnes ont été obligées de prendre des petits boulots pour gagner leur vie. Nous avons distingué les activités collectives, qui ont été pratiquées par 26 personnes et les activités individuelles, pratiquées par 7 personnes. Les boulots étudiants restent à part.

D) Emploi

1) *Quel emploi occupiez-vous d'origine ?*

Dans notre ensemble, il y avait dix étudiants et douze personnes ont déjà travaillé dans la période de l'accident.

E) Relations partenaires

1) *Aviez-vous une liaison sérieuse avant l'accident/maladie ?*

Nous retrouvons le même rapport des personnes sans un/e partenaire sérieux/se et douze personnes en couple, dont quatre personnes mariées.

F) Accident, maladie

1) *Quel âge aviez-vous quand l'événement à cause duquel vous êtes actuellement sur le fauteuil vous est arrivé ?*

Cet intervalle est assez large, il va de 14 à 40 ans. La majorité d'événements sont arrivés aux jeunes avant 30 ans (16 fois). Six fois les personnes avaient soit juste trente ans, soit plus.

2) *Pourriez-vous décrire brièvement ce qui s'est passé ?*

En général, dans notre ensemble, il y a 20 personnes qui ont subi un accident et deux personnes qui sont handicapées à cause d'une maladie. Dans les accidents, nous retrouvons six accidents pendant une activité sportive, huit accidents de route et un accident de travail. Cinq personnes n'ont pas spécifié le type de l'accident.

3) *En regardant en arrière, réfléchissez-vous au responsable de l'accident ?*

Treize personnes se sentent entièrement responsables de leur accident, six personnes n'ont pas cherché à désigner le responsable. Trois personnes ont accusé responsable une autre personne et une personne ne sait pas. Nous avons regroupé les réponses en deux catégories : treize personnes se sentent responsables et neuf personnes ne se sentent pas responsables de ce qui leur est arrivé.

4) *Comment vos parents ont-ils réagi à l'événement ?*

Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Onze personnes ont reçu de l'aide de leurs parents. Les parents ont été choqués et ont eu peur de futur, d'après les témoignages de onze participants à la recherche. Cela a représenté un grand stress pour toute la famille et des problèmes sérieux aux parents. Dans deux cas, les parents n'ont plus été en vie. Une personne ignore la réaction de ses parents.

5) *Comment ont réagi votre partenaire et vos enfants ? (répondez juste au cas où vous aviez un partenaire/une partenaire ou des enfants)*

Nous rappelons que douze personnes ont affirmé d'avoir eu un partenaire sérieux au moment de l'événement. Dans sept cas, le couple s'est séparé après une période plus ou moins longue d'essais. Le même nombre de couples est resté.

6) *Comment vos amis ont-ils réagi ? Avez-vous de bons amis ?*

Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Des amis n'ont pas tenu le coup et sont partis dans dix cas. Il en résulte qu'ils sont restés dans douze cas. Neuf personnes ont affirmé d'avoir trouvé de nouveaux amis.

7) *Et l'employeur ? Comment a-t-il réagi ?*

L'employeur, y compris l'école, a aidé la personne handicapée dans dix cas. Quatre personnes n'avaient pas d'emploi. Dans sept cas l'institution n'a pas aidé, y compris les cas quand elle a renvoyé l'employé. Dans le cas de l'accident de travail, la personne est toujours en train de mener un procès pour recevoir une récompense.

8) *Combien de temps a duré votre guérison et votre rééducation ? (Nous pensons au temps qui s'est écoulé entre le jour de l'événement jusqu'au jour où vous avez quitté l'établissement de la rééducation.)*

La durée est très variable, elle varie de trois mois à trois ans. Nous avons regroupé nos réponses en trois catégories : de 3 à 11 mois, la rééducation durait dans dix cas. Entre 12 et 23 mois, la rééducation durait dans 8 cas. Et plus que 23 mois, la rééducation durait dans 4 cas.

9) *Nous sommes sûrs que devoir construire une nouvelle vie est une tâche très difficile.*

*Est-ce que vous aviez quelqu'un à qui vous avez pu demander de l'aide ou du soutien psychique ? Avez-vous su demander de l'aide ?*

Le soutien était disponible pour quinze personnes. Parfois, elles témoignent que l'aide était venu avant qu'ils aient eu le temps d'en demander. Six participants avouent que soit ils ne savaient pas demander de l'aide, soit ils n'avaient personne. Un participant n'avait personne au débout et maintenant, il a trouvé quelqu'un pour l'aider. Parmi les 'fournisseurs d'aide' les plus nommés appartiennent les parents, les frères ou sœurs, les partenaires ou les amis.

*10) Combien de temps a duré votre adaptation personnelle avec la nouvelle situation ?*

Les réponses sont très variées. Huit personnes ont affirmé qu'il s'agit d'un processus éternel, huit personnes ont donné une durée déterminée entre un et dix ans. Quatre personnes ont pris la situation comme donnée, inchangeable, donc ne parlent pas de l'adaptation. Là, nous pouvons nous poser des questions sur la force des mécanismes de défense, puisque une telle chose est quand même rare. Et deux personnes n'ont pas répondu.

*11) Qu'est-ce qui représentait pour vous un obstacle, qu'est-ce qui a rendu l'adaptation le plus compliquée ?*

Pour cette question nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Les barrières sont diverses et pas seulement en béton. Les participants ont nommé le plus souvent l'attitude des autres envers eux et envers les personnes handicapées en général (8 fois). La perte de l'autonomie et des capacités diverses gênent les personnes dans cinq cas. Les barrières physiques ont été nommées quatre fois, ainsi que les folles espoirs. Deux sujets n'ont pas eu la certitude de leur diagnose ce qui les a perturbé. La solitude a pesé lourd dans trois cas. Dans trois cas, la source des problèmes était la personne elle-même. Deux fois, les individus n'ont eu rien de gênant. Nous avons regroupé ces réponses en quatre catégories : la relation envers les autres : 8 fois, la relation envers moi-même : 17 fois, les barrières dans le terrain : 4 fois, et rien 2 fois.

*12) Qu'est-ce qui vous a au contraire aidé ?+ Qui est ce qui vous servait de soutien, d'appui dans les moments difficiles après l'accident/la maladie ?*

Les réponses ont été identiques pour ces deux questions c'est pourquoi nous avons décidé de les mettre ensemble. Pour ces questions nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Dans le besoin, les handicapés ont trouvé de l'aide auprès des personnes suivantes et grâce aux faits suivants :

- |   |  |
|---|--|
| - la nouvelle famille : 7 fois,             | - le sport : 5 fois,                       |
| - les amis : 14 fois,                       | - l'habitude, le temps : 3 fois,           |
| - les parents : 14 fois,                    | - le bon humeur : 2 fois,                  |
| - l'exemple des autres handicapés : 4 fois, | - la volonté : 3 fois,                     |
| - la rencontre avec Dieu : 4 fois,          | - l'activité : 5 fois,                     |
| - le chien : 1 fois,                        | - une association des handicapés : 1 fois, |
| - les médecins : 2 fois,                    | - je ne sais pas : 1 fois.                 |

Même s'il est difficile de classer p. ex. le chien dans une des deux catégories, il est évident que les personnes ou animaux ont aidé dans la majorité de cas ( 46 fois), et les caractéristiques de la personne ou une activité ont aidé dans 20 cas.

*13) Avez-vous connu des périodes de désespoir ?*

Treize personnes ont connu des périodes de désespoir, souvent ou parfois. Huit personnes ne les ont jamais connues. Une personne ne se souvient plus.

*14) La situation dans la quelle vous vous êtes retrouvés n'est pas facile. Est-ce que vous aviez eu le sentiment qu'une telle vie dépasse vos forces intérieures ?*

Cette question cherchait des tendances suicidaires. Sept personnes ont clairement répondu oui. Dans trois cas, la vie leur semblait difficile mais pas insurmontable. Deux personnes ont connu ce sentiment juste après l'accident. Onze personnes n'ont jamais eu ce sentiment. Seulement une personne nous a donné clairement la réponse sur le suicide. Elle a voulu se suicider, elle en a parlé à son partenaire et ensemble, ils réfléchissaient à qui vont-ils donner leurs enfants.

G) Nouvelle vie après l'accident/la maladie

*1) Quelles sont vos occupations actuelles ? (p.ex. membre d'un conseil, d'une association, le journaliste) + Où travaillez-vous maintenant ?*

Les réponses ont été identiques pour ces deux questions c'est pourquoi nous avons décidé de les mettre ensemble. Pour ces questions nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Sept personnes travaillent actuellement avec les ordinateurs. Quatre personnes sont devenues journalistes. Trois sont politiques. Cinq sont des sportifs professionnels. Douze personnes travaillent dans des associations civiles des handicapés. Huit sont employées mais n'ont pas spécifié leur travail. Il y a également deux étudiants. Une personne joue aux échecs. Trois personnes s'occupent surtout de leur famille. Deux personnes sont actives à la télévision. Une personne est un commerçant. Nous avons regroupé les questions en deux catégories : les activités collectives (32 fois) et les activités individuelles (14 fois).

*2) Vous êtes satisfait/e de votre emploi ?*

Quinze personnes sont satisfaites de leur emploi, cinq ne le sont pas et deux personnes ne sont pas satisfaites à 100%.

3) *Où vous êtes-vous engagé/e comme bénévole ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?*

Dix personnes sont engagées comme bénévoles. Toutes travaillent dans des associations des handicapés. Elles essaient d'améliorer leur vie, leur rendre ce qu'elles avaient reçu quand elles en avaient besoin. Le bénévolat leur permet de se mettre en valeur. Cela leur apporte également de la joie.

4) *Avez-vous découvert en vous un nouveau talent après l'événement ?*

Dix participants témoignent d'avoir retrouvé un nouveau talent. Parmi les nouveaux talents, il y a la philosophie, une activité littéraire, la patience, des dessins, la participation aux Jeux paralympiques. Onze personnes n'ont pas retrouvé de nouveau talent, et une personne ne sait pas.

5) *Qu'est-ce qui vous a aidé à retourner dans la vie active ?*

Pour ces questions nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Les réponses ont été très variées. Dix personnes ont été soutenues par leurs amis, quatre par leurs parents, cinq par leur partenaire, quatre par Dieu. Une dizaine de personnes sont retournées dans la vie active grâce à leurs propres capacités internes telles que l'humour, l'optimisme, la volonté. D'autres ont trouvé le recours dans différentes activités comme le sport (2 cas), la lecture (un cas). Une personne ne sait pas. Les réponses peuvent être classées en quatre catégories : les personnes (y compris Dieu) : 24 cas, les caractéristiques personnelles : 13 cas, les activités : 8 cas et une personne ne sait pas.

6) *Pourrait-on dire qu'en liaison avec l'événement vous avez commencé une activité intéressante que vous n'auriez pas découverte si l'événement ne s'était pas passé ?*

Douze personnes témoignent d'avoir trouvé une nouvelle activité. Sept personnes n'ont pas trouvé de nouvelle activité et trois personnes ne savent pas.

7) *Vous souvenez-vous d'un vice qui est devenu partie de votre vie après l'accident/maladie et que vous aimeriez supprimer ?*

Les réponses ont été très variées. Dix-huit personnes ont répondu positivement, le plus souvent étaient nommées la dépendance et les problèmes de santé. Puis les gros mots, les barrières, le manque d'argent, d'être un model pour les jeunes garçons etc. Trois

personnes ont répondu non et une personne ne sait pas. Il est intéressant que personne ne parlait de l'alcool, des jeux vidéo, du tabac etc. et nous sommes sûr que c'est vrai puisqu'en parlant avec les autres, nous n'avons rien entendu à ce sujet non plus.

#### 8) *Pratiquez-vous un sport en amateur ou en compétition ?*

Dans notre ensemble, il y a 14 personnes qui pratiquent le sport, dont 7 en récréation, 4 en compétition et 3 les deux. Huit personnes ne font pas du sport. Bien que quatorze personnes, représentent deux tiers de notre ensemble, E. Werner (1992) mentionne une activité sportive de sa population dans plus de 80%. La différence est sans doute causée par le handicap physique qui restreint les possibilités d'une activité sportive. Aussi, un de nos participants (Krkomobil) a exprimé le désir de faire de sport, mais le manque d'argent le rend impossible.

#### H) Futur

##### 1) *Que craignez-vous le plus dans le futur ?*

Pour ces questions nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Tous les participants sauf un ont exprimé leurs craintes. La majorité (14 personnes) craignent la détérioration de leur santé, une dépendance plus grande. Six personnes ont peur pour leurs enfants, elles désirent avoir assez de force de les élever. Trois personnes craignent les autres, leur méchanceté. Une personne craint elle-même. Une personne craint l'inattendu, une personne la solitude et une personne craint la mort.

##### 2) *Que désireriez-vous atteindre ? (que ce soit dans la vie privée ou professionnelle)*

Pour ces questions nous avons permis des réponses multiples et nous les avons prises en considération. Chacun a exprimé un vœu. Ils ont des attentes de la vie. Ils ont pourquoi vivre.

De nouveau, les réponses ont été variées. Six personnes désirent d'avoir un emploi précis. Trois personnes aimeraient changer leur comportement. Deux personnes aimeraient améliorer les relations avec leurs proches. Sept personnes désirent d'avoir leur propre famille. Trois voudraient atteindre un succès en sport. Deux personnes voudraient regagner l'harmonie et la paix d'âme. Une voudrait recommencer à marcher. Une voudrait avoir un chien. Deux voudraient avoir plus de temps pour leur famille. Deux personnes ne savent pas.

### I) Conseils

Ces questions ont été entièrement ouvertes et libres. Souvent les réponses se répétaient et elles se ressemblent dans les trois questions. Parfois, une personne a dit de ne pas penser d'avoir géré bien la situation et donc de ne pas se sentir compétent pour répondre. Mais puis, elle a donné une réponse quand même. Très souvent, ces réponses appartenaient parmi les mieux élaborées de toutes les réponses. Les personnes ont partagé leur expérience personnelle et avertissaient les autres de ne pas répéter leurs fautes ou bien des fautes d'un ami. Nous retrouvons ainsi un résumé de choses aux quelles nos participants sont fiers, comme p. ex. d'avoir eu une famille et un enfant, d'avoir repris un travail ou encore d'avoir rencontré Dieu ; mais également leurs fautes, p. ex. d'être devenu impatient, grossier ou de se faire trop longtemps chouchouté par sa mère. Cette partie des réponses est un condensé de leurs expériences, une source riche pour les travailleurs sociaux et les psychologues.

*1) En vous appuyant sur vos propres expériences, que conseilleriez-vous à ceux qui se retrouveront dans une situation pareille ?*

Parmi les réponses, nous choisissons : faire ce que vous aimez, lutter, ne pas capituler, ne pas garder longtemps de folles espoirs, commencer à agir et à vivre une nouvelle vie tout de suite, être actif, être ouvert, tolérant, souriant, réévaluer les priorités, chercher Dieu, ne pas regretter et pardonner les autres et soi-même, regarder en avant, faire ce que vous pouvez faire, accepter l'inchangeable.

*2) Que croyez-vous essentiel pour accepter et gérer leur nouvelle situation aussi bien que vous ?*

Nous choisissons : être motivé, ne pas s'isoler, continuer les activités comme avant, garder la volonté et avoir de la chance, trouver un sens, préciser le nouveau but, ne pas hésiter à demander de l'aide, sourire, ne pas s'occuper du passé, ne pas se regretter, se sentir utile, être patient.

*3) Et au contraire, devant quoi pourriez-vous les avertir ?*

Nous choisissons : ne pas se renfermer, ne pas garder de folles espoirs, ne pas penser à l'accident, éviter l'égoïsme, la passivité et la dépendance, commencer vite une nouvelle vie, ne pas accepter trop de soins, ne pas se fâcher, ne pas se prendre en pitié, ne pas se noyer dans le scepticisme, accepter la situation comme donnée.

### 11.5 L'interprétation de l'entretien oral

Dans ce chapitre, nous allons pointer les groupes de réponses les plus intéressants, et montrer des lignes qui les relient. A l'aide des théories introduites dans la partie théorique, nous allons proposer des interprétations possibles, tout en étant conscients que le nombre de nos participants ne nous permet pas une vraie généralisation.

Nous allons commencer avec le facteur de protection sociale : les parents, les amis. Dans les résultats de l'entretien oral, nous retrouvons une tendance vers le lien social. Ce fil social unit les questions suivantes :

A1 : « Votre famille était-elle et est-elle maintenant dans vos souvenirs une source de réconfort et de soutien ? »

A3 : « Avez-vous eu au moins une personne chez la quelle vous avez pu venir vous cacher, demander de l'aide et qui vous a toujours encouragé ?<sup>84</sup> »

B1 : « Etiez-vous plutôt un leader, vers lequel venaient les autres ? »

B2 : « Aviez-vous plutôt de bons amis ou des amis superficiels ? »

B4 : « Quels étaient vos goûts et avec quelle intensité les avez-vous pratiqués ? »

C2 : « Quels autres intérêts aviez-vous pendant vos études ? »

F9 : « Est-ce que vous aviez quelqu'un à qui vous avez pu demander de l'aide ou du soutien psychique ? Avez-vous su demander de l'aide ? »

F12 et 13 : « Qu'est-ce qui vous a au contraire aidé ?+ Qui est ce qui vous servait de soutien, d'appui dans les moments difficiles après l'accident/la maladie ? »

G5 : « Qu'est-ce qui vous a aidé à retourner dans la vie active ? »

Dans la majorité de cas, celui qui se sentait bien dans sa famille – dix-neuf personnes (A1) ~~avait également une personne vers laquelle il venait dix sept personnes (A3).~~ Nous y retrouvons ainsi l'attachement secure avec une personne, le plus souvent il s'agissait d'un membre de la famille. Cet attachement a influencé tout le comportement suivant du sujet. Si le sujet a acquis un attachement secure, il avait à chaque fois de bons amis ou les deux, les superficiels et les bons – dix-sept personnes (B2). Souvent, il a été aussi le leader (B1), mais

<sup>84</sup> Nous partons du principe que si le sujet a donné une réponse positive à cette question, cette relation peut être nommé « un attachement secure, sécurisant ». Ceci est notre prémisse, notre expression de travail, qui n'est pas prouvée comme dans les études de M. Ainsworth.

ce rapport est moins fréquent, il est valable pour onze de dix-sept sujets avec un attachement secure.

Nous continuons avec les activités : les sujets ayant un attachement sécuritaire (dix-sept personnes), ont tous choisi soit uniquement les activités collectives, soit des activités collectives et individuelles en même temps (B4, C2). Nous avons essayé d'établir un rapport avec leur emploi actuel et l'attachement, mais il est très difficile de distinguer un emploi collectif d'un emploi individuel, puisqu'à chaque fois, vous êtes obligé de rencontrer d'autres personnes. Par contre, toujours dans la filiation de l'attachement sécuritaire, seize personnes de dix-sept ont su demander et accepter de l'aide des autres (F9). De plus, la majorité de ces personnes ont répondu aux questions F 12 et 13, que c'étaient des personnes qui les ont aidés (que ce soit leurs parents, partenaires ou amis) et pas une activité ou une caractéristique personnelle. Les réponses à la question G5 étaient de même style – la majorité de personnes ont désigné un être proche contrairement à une activité.

La filiation d'une capacité de former et de garder des relations sociales de qualité au cours de toute la vie, c. à d. celles qui survivent même un accident grave, est marquante. Regardez par exemple les réponses de l'entretien oral de Ryba, de Jana Hrdá, de Taraxacum ou d'Eva Kučerová.

Puis, nous rencontrons un autre ensemble de sujets, moins nombreux que le précédent. Dans cet ensemble appartiennent des personnes avec le numéro 13, et 15 – 18. Ce sont des sujets n'ayant pas une personne avec laquelle ils auraient pu former un attachement sécuritaire (A3). Souvent, ces personnes n'ont pas été un leader (B1), et ont eu plutôt des amis superficiels (B2). Leurs activités ainsi que les intérêts pendant les études ont été toujours individualistes (B4), comme la lecture, ou les ballades dans la nature. Une forte tendance vers l'isolation sociale est remarquable. Ces personnes avaient des difficultés à demander de l'aide après l'accident, ne sentaient pas le besoin d'en demander ou bien n'avaient personne à qui demander (F9). Pour sortir du trauma, ils ont utilisé les ressources internes ou une activité.

Nous pouvons en conclure que pour notre ensemble, les facteurs de résilience « la famille et l'attachement », « les relations avec des amis et leur soutien » et « préférences individuelles pour les activités sociales » sont fortement liés.

Il est possible d'appliquer la loi de St. Matthieu (Nouveau Testament, 1909, p. 58, Mt 25 ; 29) : « Car on donnera à tout ceux qui ont déjà, et ils seront comblés de biens ; mais pour celui qui n'a point, on lui ôtera même ce qu'il semble avoir. »

Les personnes ayant tout au début de leur vie la chance d'avoir un être proche, donc d'avoir formé un attachement sécuritaire, ont acquis une capacité de former des liens sociaux et en profitent au cours de la vie, dans chaque situation. Les parents, les collègues, les partenaires et les amis représentent pour eux une des sources possibles de la résilience. Les personnes n'ayant pas eu la chance d'un attachement à un être humain semblent avoir des difficultés à se fier aux gens et préfèrent soit se fier à elles-mêmes, soit à une activité individualiste. Ils ont des amis, ils les mentionnent, mais pas dans les mêmes circonstances que les personnes avec un attachement dans l'enfance. Pour les seconds, l'activité, le travail sont prioritaires ; les amis sont mentionnés soit comme leurs collègues de travail, soit comme des personnes présentes après l'accident. Ils sont rarement présentés comme ceux qui avaient fourni au handicapé un soutien moral. Nous ne croyons pas à l'explication possible que ce soit la faute d'amis. Plutôt une incapacité du sujet de demander et de profiter de l'aide des amis ; ou une incapacité de considérer des amis comme des sources d'aide.

Avec Rutter (Haggerty, Sherrod, Garmezy, Rutter, 1996) nous allons considérer ces facteurs de protection comme les agents actifs diminuant les facteurs de risque – l'accident ou la maladie. Dans ce cas, nous pouvons supposer que les premières positions dans le Formulaire R7 soient occupées par les personnes ayant eu un attachement sûr, de bons amis, ainsi que les activités sociales, etc. autrement dit, que le meilleur score dans R7 a été acquis par les personnes ayant de bonnes bases sociales et utilisant le soutien social pour sortir des traumatismes. En regardant les résultats de premières cinq personnes (cf. Tableau 3), il est évident qu'un tel lien y existe. Pour toutes les personnes (MŠ, Taraxacum, Krkomobil, Jana Hrdá, Eva Kučerová) la famille était et est toujours une source de réconfort et de soutien ; et elles ont toutes eu une personne proche.

---

Les facteurs familiaux jouent ainsi un rôle important dans la formation de la résilience.

---

L'enfant a besoin de construire un lien fort et sécuritaire avec une personne de son entourage, dans le cas idéal vers sa mère. Une telle relation sécuritaire aide à former des attitudes sociales saines qui permettent par la suite une bonne adaptation dans la vie future. Le fait que les participants ont désigné différentes personnes (A3), non seulement leur mère, prouve qu'ils étaient capables de construire une relation avec autres personnes dans leur entourage que leurs parents. Ceci est un des traits de la résilience d'après les Wolin (1993) et aussi d'après les résultats de Werner et Smith (1989).

Cette constatation nous mène à une deuxième affirmation : tous nos participants ont parlé de leurs amis ou collègues handicapés qui leur ont aidé aux moments difficiles. Nous pouvons ainsi confirmer, suite à nos résultats de R7 et de l'entretien oral que les relations sociales sont une source de la résilience pour la majorité de nos sujets – surtout pour ceux, qui ont acquiert cette capacité des relations sociales mentionnée précédemment.

---

L'autre groupe de notre ensemble, ceux, qui n'ont pas connu un attachement sécurisant, ont trouvé leurs propres facteurs de protection. Ils sont aussi résilients, comme les autres, mais ils utilisent différentes sources de la résilience. Nous pouvons supposer que le chemin vers leur résilience a été plus laborieux, mais la vérification de notre supposition ne fait pas partie de notre recherche, ni de nos résultats. Ces personnes ont eu recours aux facteurs personnels de la résilience, tels que la confiance en soi, le sentiment de l'auto-efficacité et le lieu de contrôle interne. L'humour a été mentionné très souvent.

En ce qui concerne les études, il est possible de soutenir l'affirmation de Matějček (1998) sur l'école comme un facteur protecteur. Douze personnes de notre ensemble ont étudiés avec aisance et joie, quatre personnes ont avoué d'avoir aimé leurs études mais d'avoir eu des difficultés, trois d'autres personnes n'ont pas aimé leurs études mais ont étudié avec une aisance. Juste trois personnes ont complètement rejeté l'école. Il semble que dans notre ensemble, le fait d'être un bon élève a joué également un rôle important dans la protection contre le traumatisme.

Toutes les personnes de notre ensemble ont une, et souvent même plusieurs occupations. Parmi les occupations, nous classons l'emploi, le bénévolat, d'être au foyer avec les enfants, les loisirs. Elles ne diffèrent point du reste de la population. Notre époque demande d'être chargé, même surchargé. Les handicapés n'en sont pas une exception. L'occupation leur apporte une activité nécessaire pour l'homme, la satisfaction de ses capacités, le développement personnel, et les contacts sociaux. MŠ a avoué de ne pas être suffisamment occupée pour n'avoir plus de temps à réfléchir sur sa vie. L'activité est aussi une compensation socialement adaptée au handicap. Elle permet d'occuper l'individu qui n'a plus le temps à réfléchir sur son état, sur son handicap, et de tomber ainsi dans une dépression. Il en résulte que l'activité physique et psychique sont les bons facteurs de résilience. Il faut créer d'autres possibilités d'emploi, d'occupation focalisées sur les handicapés.

Mais cela représente un autre problème : toutes les personnes s'engagent d'une manière ou d'une autre auprès d'autres handicapés. Il y en a sept qui travaillent dans les entreprises, n'assurant pas les services destinés aux handicapés. Le reste, donc quinze personnes sont employées dans les associations civiles, dans les centres sociaux, etc., qui sont les centres pour les handicapés. Et même les sept personnes qui travaillent dans les autres entreprises, s'engagent en tant que bénévoles dans des associations des handicapés. Une question se pose : « Est-ce cela dû à un fort sentiment de cohésion entre les personnes handicapées, ou bien est-ce en la cause dans les possibilités insuffisantes de trouver une application pour une personne handicapée dans d'autres entreprises que celles pour les handicapés ? » La réponse à cette question n'est pas facile à trouver. Souvent, les handicapés ont mentionné de vouloir aider ses collègues plus jeunes. Mais est cela la raison principale pour travailler dans les associations des handicapés ? N'est-ce une défense interne, présentée sous la forme d'une désirabilité sociale ? Etant handicapé, n'est-il plus facile de se faire valoir parmi les handicapés que parmi les personnes de bonne santé ? Il semble aussi que les barrières dans la société existent toujours et que l'égalité de possibilités pour les handicapés n'est que théorique.

Et encore : « N'est-ce pas le fait de s'entourer uniquement des handicapés trop restrictif, voir nuisible ? » D'après notre expérience, nous craignons que pour certaines personnes, le fait de côtoyer uniquement les handicapés puisse aboutir à une retenue envers d'autres personnes. Ce danger est peut-être plus accentué pour les personnes qui ne sont pas résilientes.

D'après le tableau 3, nous voyons que tous les sportifs de compétition (sauf monsieur Švehla) se trouvent dans la deuxième moitié du tableau. Nous en concluons qu'ils sont un peu moins résilients que les autres. Leurs scores de la résilience « l'indépendance » sont assez bas. Pourquoi ? Nous allons proposer plusieurs hypothèses. Premièrement, l'instrument de travail des sportifs est effectivement leur corps. Si le corps présente une insuffisance, la situation devient plus grave que pour un intellectuel qui utilise surtout son potentiel psychique. Un sportif handicapé est à chaque moment de sa carrière limité par son corps. Il peut penser que sans le handicap, il aurait pu atteindre des résultats meilleurs. Deuxièmement, le sport est avant tout une activité physique. Un des buts mentionnés des autres activités était d'occuper la pensée pour ne pas penser à la situation personnelle. Le sport laisse beaucoup de place à des pensées sur la situation personnelle, sur le handicap. Cela peut influencer négativement la satisfaction personnelle de sa vie, de son travail.

Finalement, l'activité sportive des handicapés mène vers l'aggravation de leur état de santé. Les handicapés sur les fauteuils roulants ont très souvent mal aux bras, à cause d'une charge extrême, et ceci est encore pire dans le cas des sportifs. Leurs réponses témoignent les craintes de l'aggravation de leur état. En plus, les sportifs se rendent compte qu'ils ne peuvent pas toujours gagner leur vie par le sport. A un moment donné, il faudra trouver une autre activité. Leur chemin en devient plus difficile par rapport aux autres, programmeurs ou membres de conseil. Le choix d'un chemin et d'une activité satisfaisante et socialement acceptable (Vanistendael, Lecomte, 2000) est également un trait de la résilience.

Pour finir, nous voulons apporter encore une remarque sur les réponses de la partie I) de notre entretien oral. Le thème était les conseils aux jeunes handicapés. Comme nous avons dit précédemment, les questions ont été entièrement ouvertes et libres. Souvent les réponses se répétaient et elles se ressemblent dans les trois questions. Les personnes ont partagé leur expérience personnelle et avertissaient les autres de ne pas répéter leurs fautes ou bien des fautes d'un ami. Nous pouvons en conclure que ce ne sont pas des conseils généraux, les connaissances générales que l'homme partage avec l'autre quand il veut l'encourager, c'est un condensé de ses expériences. Ces expériences influencent son comportement suivant : elles limitent sa liberté puisqu'il préfère garder ses habitudes que d'essayer de nouvelles choses ; cependant, elles le rendent fort dans le domaine, une expérience personnelle peut être défendue plus facilement dans une discussion qu'une information apprise d'un livre. Nous en avons parlé en discutant les réponses de R7 de la sixième résilience, l'éthique. L'individu trouve un appui dans ses opinions réfléchies, dans ses principes internes.

## 12 LA COMPARAISON AVEC LES RESULTATS DE PROFESSEUR MATĚJČEK

---

Nous avons déjà mentionné quelques comparaisons dans le texte précédent. Dans ce chapitre, nous allons comparer les résultats cruciaux de la recherche de Professeur Matějček (2001) avec les nôtres. Professeur Matějček (Matějček, Dytrych, Bubleová, Kovařík, 2001) a interrogé des personnes ayant surpassé une carence affective grave (traumatisme psychique) dans l'enfance et se sont développées en êtres épanouis et socialement bien adaptés. Il se demande quels sont les facteurs qui les ont aidés. Il a décrit les facteurs suivants (p. 1) : acquisition d'une identité familiale dans la nouvelle famille, de bonnes relations avec ses frères et sœurs. Puis des demandes raisonnables à l'école de la part des enseignants, ce qui a mené vers le succès et donc le sentiment de la capacité personnelle. Un peu plus tard ce sont des relations psychosexuelles qui mènent vers la fondation de famille ; la parentalité ; certains traits de caractère étant décrit comme une « ouverture » envers les stimuli positifs provenant du milieu social. Chez certains, il y a une rencontre avec quelqu'un en dehors de la famille ou la rencontre et l'acceptation de la foi. Dans notre recherche, ce sont surtout les questions F 12 et F 13 (de l'entretien oral) qui cherchent des facteurs qui ont aidé à nos sujets de surmonter ou plutôt de s'adapter au handicap.

Nous retrouvons un fort appui dans leurs parents (14/22), ce qui est égal à l'acceptation de l'enfant dans une nouvelle famille. En ce qui concerne la réussite scolaire, nous ne la retrouvons pas explicitement exprimée dans leurs témoignages, nous savons que 15 personnes sur 22 ont étudiés avec l'aisance, donc elles ont connu le sentiment de la capacité personnelle.

---

Les relations psychosexuelles et la parentalité sont exprimés dans notre recherche par 7 personnes qui ont trouvés de l'aide dans sa nouvelle famille. Ce nombre est inférieur à celui de Professeur Matějček. Dans notre ensemble, les personnes représentant le soutien différaient beaucoup. Nous avons retrouvé les parents, les partenaires, les amis et les handicapés. Cela est causé par le passé des personnes. Tandis que notre ensemble avait de

bonnes bases psychoaffectives (l'attachement sûr) dans la majorité de cas, l'ensemble de Professeur Matějček était le contraire.

Les caractéristiques individuelles comme ouverture etc., ont été cruciales pour 8 personnes.

La rencontre avec Dieu est mentionnée 4 fois. Une rencontre importante était souvent la rencontre avec un handicapé qui se débrouillait bien, ce qui a été mentionné également 4 fois.

Dans notre recherche, il y a une majorité de personnes qui ont trouvé un soutien important chez leurs amis (14/22). Les amis ne sont pas mentionnés qu'en tant qu'auxiliaires dans les résultats de Professeur Matějček. Il semble que la carence affective parentale baisse le besoin des relations amicales par rapport à des personnes ayant vécues dans une famille normale. Ces personnes-là cherchent plus souvent le soutien dans leur propre famille, qu'elles n'ont pas eue étant petites, que chez leurs amis. Les relations amicales sont nettement plus faibles et de moindre importance (Matějček et al, 2001, p. 20) par rapport à notre ensemble.

En ce qui concerne les occupations actuelles (questions G 1-4), nous avons trouvé que toutes les personnes de notre ensemble soit travaillent, soit s'engagent comme bénévoles, soit sont au foyer. Chacune a mentionné un loisir, certaines ont même trouvé une nouvelle occupation après l'accident. Les occupations expriment un besoin personnel de se réaliser – le travail, partager- le bénévolat, concourir – le sport, créer – le dessin, la littérature, se perfectionner – les langues, l'ordinateur. Les exploits dans ces domaines soutiennent l'auto efficacité de l'individu et sont un trait d'une personnalité saine et épanouie, donc résiliente. Dans l'ensemble de Professeur Matějček, les occupations ont été mentionnées par 78% de personnes, davantage d'hommes (85%) que de femmes (73%). Les activités sportives ont été pratiquées par une moitié d'hommes et seulement par 27% de femmes. Dans notre ensemble, le sport est pratiqué par 14/22 personnes.<sup>85</sup> Le nombre inférieur des pratiquants du sport peut être expliqué, comme nous avons déjà mentionné, par le handicap physique et un préjugé général que les handicapés ne peuvent pas bouger donc ne peuvent pas faire du sport. Le nombre nettement inférieur des femmes qui pratiquent un sport peut être causé par leur concentration sur la famille et leurs enfants, puisqu'elles ont plus souvent les enfants que les hommes.

<sup>85</sup> Ce qui représente 64%. Nous sommes conscients que les pourcentages dans notre cas ne sont pas adéquats, nous les utilisons occasionnellement pour comparer les résultats.

## 13 LES ETUDES DE CAS

Pour illustrer ce qui a été dit précédemment, nous avons mis trois études de cas. Leur choix n'a pas été facile parce que chaque de nos participants a vécu une histoire individuelle, propre à lui. Finalement, suivant notre question au début de la recherche : « Est-ce que l'accident est pire pour quelqu'un qui est jeune et perd l'espoir en ses rêves ou pour quelqu'un qui a déjà connu la vie familiale et le fait d'élever ses enfants ? », nous avons décidé de présenter un représentant des sportifs, une femme qui a eu l'accident ayant ses enfants et un mari, qui grâce à l'accident a trouvé un nouveau talent qui l'a aidé. Nous allons voir que la suite de l'accident diffère d'une personne à l'autre, ainsi que les réactions de son entourage. Et en troisième position, nous avons décidé de citer un court témoignage de Monsieur FZOP, un écrivain.

### 13.1 Zbyněk Švehla

Nous avons rencontré Monsieur Švehla à la piscine, il venait de finir son entraînement quotidien. Pendant toute notre rencontre, il a été ouvert et amical. Il donnait l'impression d'un jeune homme sûr de lui-même : son langage a été adéquat dans l'intonation, dans la vitesse et dans le volume, aucune question n'a pas été un tabou pour lui. Monsieur Švehla a 29 ans, il est étudiant. Il a eu son accident à 19 ans, cela fait 10 ans qu'il est handicapé.

#### *L'enfance et l'adolescence*

Monsieur Švehla a vécu dans une famille complète. L'enfant unique, il témoigne d'une enfance heureuse dans une maison avec ses parents et sa grand-mère. Il a créé une relation privilégiée avec elle. Il en dit : « Chez elle, je pouvais tout. Je venais me cacher quand mes parents étaient fâchés contre moi. » Dans l'adolescence, il était le leader du groupe, ses amis ont été plutôt superficiels. A 14 ans, il a commencé de faire le triathlon. Ses modèles de cette époque étaient les sportifs. Il a consacré tout son temps libre au sport. Son but était de participer aux compétitions sportives, auxquelles il se préparait intensivement.

### ***Les études et l'emploi***

Il a étudié avec joie et aisance, sa vie étudiante a été enrichie par le sport et « d'autres activités des étudiants ». Au moment de l'accident, il venait tout juste d'entrer à une grande école pour étudier l'économie. Il n'avait pas d'emploi.

### ***Les relations intimes***

Monsieur Švehla n'avait pas de partenaire sérieuse au moment de l'accident. Actuellement, il a une partenaire, mais il ne l'avait pas encore quand il répondait à notre formulaire R7. C'est pourquoi il a répondu négativement à notre question de R7 : « Avez-vous actuellement une partenaire ? » Il désirerait de fonder un foyer familial et d'avoir ses enfants. Il se sent prêt à devenir père, il s'entend très bien avec sa nouvelle copine. La seule chose qui lui manque pour accomplir son rêve est un emploi stable qu'il ne peut trouver qu'après avoir fini ses études.

### ***Les circonstances de l'accident***

A dix-neuf ans, il a eu un accident de sport. Pendant un concours de triathlon, il a surestimé ses capacités, et il est tombé du vélo sur le dos lors d'une descente abrupte. Son rôle jouait la fatigue d'une fête la veille. Suite à l'accident, il est devenu paraplégique. Il a pris huit mois pour récupérer. Ses parents étaient choqués, cependant, ils ont organisé tout nécessaire pour le retour de leur fils. Il dit : « J'ignore la situation juste après l'accident. » Mais il est certain que l'accident était la cause de la détérioration des relations entre sa mère et sa grand-mère. Ils ont changé le nécessaire dans l'appartement, ils l'ont soutenu. Monsieur Švehla répète souvent que c'est grâce à ses parents qu'il peut faire tout. Ils lui ont également prêté de l'argent pour qu'il puisse déménager dans un appartement et vivre seul. Il vit seul depuis trois ans, tout en gardant d'excellents contacts avec ses parents. Vivre seul lui a rapporté « l'autonomie perdue ». Bien évidemment, « les services de la maison » lui manquent, il doit laver son linge et s'occuper de ses provisions lui-même, mais il ne retournerait plus vivre chez ses parents. Il leur est très reconnaissant pour l'aide et le soutien moral qu'ils lui ont fourni, ainsi que le soutien financier, mais il a besoin d'autonomie dans le domaine où cela est possible.

### ***L'acceptation du handicap***

Monsieur Švehla est un cas exceptionnel. Il se souvient d'une période de deux à trois ans après l'accident où il était fasciné par le fauteuil roulant. Etant à l'hôpital, il ignorait toutes les possibilités d'un fauteuil roulant. Ce n'est qu'à la sortie de l'hôpital qu'il ait découvert les

possibilités. L'euphorie est arrivée avec cette découverte de toutes les possibilités sur le fauteuil roulant qui dépassait ses attentes. Sa situation lui paraissait difficile mais pas insurmontable. Il considère que le processus d'adaptation au handicap va lui prendre toute sa vie. « Chaque jour, vous vous retrouvez devant une situation inconnue, où votre acceptation du handicap est examinée de nouveau. » Son fauteuil roulant le gêne parfois. Surtout dans les moments où il sort avec sa copine et il ne peut pas lui ouvrir la porte du restaurant ou l'aider à porter un sac lourd. Dans ces situations, il se sent impuissant et il déteste ça.

Une grande aide après l'accident représentaient ses parents et ses amis. Il s'est trouvé de nouveaux amis parmi les handicapés, les sportifs. La reprise du sport lui a aussi augmenté la morale. Quand il se souvient de l'accident, il est sans regret pour ce qui s'est passé. Il avoue d'avoir une grande chance d'être resté en vie et aussi d'avoir ses parents. « La situation sera beaucoup plus difficile si j'avais une femme et des enfants à nourrir. J'admire ceux qui l'ont réussi. » Il connaît aussi ceux qui n'ont pas réussi à accepter le fait d'être handicapé moteur. Ces personnes-là gardent leur espoir de remarcher un jour et l'accusent de s'être résigné. Alors que Monsieur Švehla est persuadé d'avoir bien fait d'accepter de vivre sur le fauteuil roulant et de concentrer ses forces ailleurs qu'a la guérison miraculeuse.

### *Les activités actuelles*

La direction de l'école a été gentille avec Monsieur Švehla, il a repris ses études dans la grande école plus tard. Actuellement, il compose son mémoire rigoureux et il va terminer bientôt ses études. En même temps, il aide occasionnellement comme bénévole avec la gestion économique dans des associations civiles des handicapés (p.ex. Kontakt). Les établissements de rééducation des handicapés l'invitent pour donner son témoignage aux jeunes handicapés. Il accepte chaque fois l'invitation avec plaisir. Les souvenirs à des handicapés qui lui ont aidé juste après son accident restent vivants dans son mémoire rigoureux. Il comprend leurs craintes, les soutient. Il est motivé par le souhait intérieur de leur rendre l'aide reçue quand il en avait besoin. Pour gagner sa vie, il accepte des petits emplois, mais un de ses grands désirs est de trouver un emploi sérieux à plein temps pour devenir entièrement indépendant de ses parents. Il a trouvé la passion pour la philosophie, il se sent plus réfléchi après l'accident et il en est heureux.

Sa passion et aussi le loisir le plus important est le sport. Dès qu'il pouvait après l'accident, il s'est entraîné comme avant. L'accident ne lui a pas pris le goût de compétition. Sur le hand bike il a gagné la compétition « Iron man de Hawaii » en 2004 à côté des hommes de bonne santé. Cette victoire représente un moment historique dans sa vie. Il proclame de vouloir

pratiquer le sport juste en amateur depuis sa victoire. Peu de temps après, il avoue de se préparer pour 'Iron man 2005'.

### ***Conseils pour les nouveaux handicapés***

Etant déjà expérimenté à parler aux jeunes handicapés, il dit que la meilleure expérience, c'est d'avoir un exemple à observer d'un handicapé qui gère bien la situation. Il est conscient que les handicapés ne font pas confiance au personnel de l'hôpital qui les encourage de tenir le coup en leur disant qu'il est possible de vivre bien même avec un fauteuil roulant. Il leur faut un exemple vivant. « Si possible, dit-il, continuez vos activités comme avant. Ne vous isolez pas, ne vous éloignez ni des gens handicapés, ni de ceux de bonne santé. Regardez votre handicap avec les yeux des autres pour le voir objectivement. Essayez de le comprendre et de l'accepter. »

### ***Résultats de R7***

**Tableau 7 : Les scores de Zbyněk Švehla**

Position	Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
6	2	Zbyněk Švehla	23	4	2	4	4	5	4

Monsieur Švehla a obtenu en total 23 points. Il est sixième du groupe. Ses résultats partiels représentent la répartition classique des points. Il a obtenu quatre points dans le cas de la résilience « la prise de conscience », « le développement des relations », « l'initiative » et « l'éthique ». Le score le plus élevé a été obtenu dans « la créativité et l'humour ». Par contre, le score le moins élevé a été marqué en résilience 2 qui est l'indépendance. Les résultats révèlent ses domaines d'appui pour surmonter le handicap. Il s'appuie le plus sur son travail (les études et le bénévolat). Par contre, il a des difficultés à se distancer des autres et de son handicap. Nous considérons ce profil adéquat à sa personnalité. Suite à notre interprétation des résultats généraux de R7, nous ne pouvons que confirmer que Monsieur Švehla est très ouvert et prêt à aider quoique ce soit. Etant handicapé, il est forcément dépendant sur son entourage. Ce trait est encore renforcé par le statut d'étudiant et le sportif professionnel. Ceci explique le score bas de la résilience 2. Sa créativité touche surtout son

bénévolat et son temps libre. Il l'utilise aussi pour ses études. Il est capable de rire de son handicap ce que démontre « la fascination par le fauteuil roulant » et le fait de travailler avec les jeunes.

---

### **13.2 Jana Hrdá**

---

Madame Hrdá est bien connue dans le milieu des handicapés et elle est soit adorée soit detestée par les autres. C'est une femme directe, avec de grandes expériences dans des services pour les handicapés, socialement très engagée. Elle est quadruplégique, son fauteuil roulant ressemble plutôt à un lit. Son état de santé nécessite qu'elle soit allongée et aussi la présence permanente d'une assistante. De cette position, elle dirige les associations, elle se bat pour les droits des handicapés. Nous l'avons rencontrée dans son bureau à POV (Organisation Pragoise des Caristes). Madame Hrdá a 52 ans. Elle est engagée dans nombreuses associations pour les handicapés. Elle a eu l'accident à 30 ans, elle est handicapée depuis 22 ans.

#### ***L'enfance et l'adolescence***

Madame Hrdá est une fille unique. Après sa naissance, sa mère a divorcé et s'est remariée. L'enfant a gardé des « liens plein d'amour avec son père biologique et avec le nouveau papa. » Elle se sent le plus influencée par ses parents et les grands-parents du côté maternel. Dans une famille si large, elle avait toujours quelqu'un vers lequel elle pouvait venir se recourir. Elle a été en tête d'un groupe de copains, tout en ayant une copine très proche. Ses idéaux n'ont pas été personnifiés, elle désirait avoir certaines capacités et caractéristiques admirées. Ses loisirs ont été le piano, la danse, la lecture, le théâtre et diverses activités culturelles. Elle a fait du judo et de l'équitation.

---

#### ***Les études et l'emploi***

---

Elle aimait étudier, elle a fait la grande école d'agriculture et est devenue zootechnique. Pendant les études, elle travaillait occasionnellement pour aider financièrement sa mère. Elle a commencé à travailler dans une industrie comme zootechnique.

### ***Les relations intimes***

Au moment de l'accident, elle était mariée avec deux petits enfants, un fils et une fille. Après l'accident, son « mari a essayé de prendre le fardeau de la famille et des soins d'elle mais il n'a pas tenu le coup ». Il a demandé le divorce. Elle ne s'en est jamais remise malgré une aide psychologique. Elle ne lui reproche rien mais une amertume reste dans ses mots. Ses enfants sont restés avec elle après qu'elle ait récupéré. Ils ont eu toujours une assistante pour ses enfants et pour elle. Ses parents l'ont également aidé avec l'éducation des enfants. Depuis le divorce avec son mari, elle vit sans partenaire.

### ***Les circonstances de l'accident***

Madame Hrdá a eu un accident de voiture. Elle a été sur la place de mort. Elle avait trente ans. Elle ne se pose pas la question sur le responsable de l'accident. Elle a passé quinze mois dans les institutions soignantes. L'absence de leur maman a profondément touché ses enfants. Elle craignait le plus le retour dans la famille, immobile et sans leur père. Comment vont-ils l'accepter ? Mais tout a bien fini et la joie de retrouver leur maman a gagné sur d'autres émotions.

### ***L'acceptation du handicap***

Son acceptation du handicap n'a pas été évidente. Elle se souvient qu'étant à l'hôpital, sa maman est venue lui rendre visite et les deux femmes ont discuté de sa santé. Sa mère lui a dit qu'elle ne remarquerait jamais et que son état était définitif. La jeune femme ne voulait pas lui croire, elle s'est fâchée et elle a mis sa mère à la porte. Elle a mis trois ans à accepter son état. Elle avait des moments où elle trouvait « absurde de vivre avec un corps paralysé à partir de épaules. Même maintenant une telle vie dépasse mes forces, sans le soutien de là-haut et des foules qui m'aident, je ne pourrais pas. » Pendant la recherche d'une nouvelle vie, elle a trouvé Dieu et la Foi. Dieu et ses amis représentent pour elle sa force. Ce chemin n'a pas été évident non plus. Elle dit : « Au début, je ne voulais pas voir mes amis pour les ménager. Quand j'ai compris que mon état est définitif, j'ai repris les contacts. Mes vieux amis m'aident beaucoup et des nouveaux se sont joints. Grâce à eux, je suis en vie. » Elle a accepté de vivre allongée, avec une assistante à son côté. Elle l'a accepté pour eux, pour leur rendre leur service.

### ***Les activités actuelles***

Son métier d'origine nécessitait de bouger, de marcher, elle n'est plus retournée vers les animaux. Elle s'oriente vers le domaine social, est en tête de nombreuses associations des handicapés. Elle occupe le poste de la Présidente de conseil régional de Prague; du chef d'assistance personnel dans POV ; du membre de Conseil national des handicapés ; du membre de groupe pour la législation ; de l'inspecteur des services sociaux ; du membre de conseil de rédaction de trois magazines pour les handicapés. La majorité de temps, elle travaille à la maison. Elle se déplace rarement puisque cela est très compliqué. Cependant, elle ne manque aucune réunion des conseils, elle travaille très intensivement et souvent comme bénévole. A la question sur ses motivations, elle répond : « Cela m'apporte la possibilité de faire mes activités d'une manière complexe. » L'immobilité du corps la gêne, elle ne supporte pas l'immobilité de l'esprit. C'est une femme très active, qui aime bien diriger des événements et être entouré par les gens. Son désir est aussi purement professionnel : « la loi qui procurera d'une assistance personnel toute personne qui en a besoin et qui la demande. » Cette loi n'existe pas encore et elle connaît très bien la difficulté d'une telle situation. Elle a élevé ses enfants, ils habitent toujours avec elle et représentent la source principale de ses soucis après la santé. Elle craint de ne pas les avoir bien élevé, s'ils n'étaient pas blessés irréparablement par son accident.

### ***Conseils pour les nouveaux handicapés***

Madame Hrdá travaille avec les handicapés tous les jours. Elle leur donne des conseils pratiques de tous les domaines pour que leur vie soit réussie au maximum. Elle leur répète de ne pas attendre à la construire. Sa propre expérience l'a menée à ce conseil, elle a 'perdu' trois ans de sa vie en attendant un miracle, un changement. L'essentiel est de chercher un sens et un nouveau but tout de suite après l'accident. Il faut éviter le repli sur soi, l'alcool, les drogues, l'égoïsme. Elle avait souvent à faire avec des personnes handicapées qui sont devenues des éteignoirs et elle le considère mauvais.

**Résultats de R7****Tableau 8 : Les scores de Jana Hrdá**

Position	Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
4	7	Jana Hrdá	25	4	3	5	4	5	4

Madame Hrdá a obtenu en total 25 points. Elle est sur la quatrième position, elle la partage avec Eva Kučerová, qui a obtenu le même score. Ses résultats partiels reflètent bien sa personnalité. Elle a obtenu cinq points à la résilience « le développement de relations » et « la créativité et l'humour ». Elle a marqué quatre points dans le cas de la résilience « la prise de conscience », « l'initiative » et « l'éthique ». Le score le moins élevé a été marqué en résilience 2 qui est l'indépendance – trois points. Les résultats de R7 correspondent à ce que nous avons appris grâce à l'entretien oral, aux domaines principaux de la résilience de Madame Hrdá. Elle retrouve un grand soutien dans les relations, elle est vraiment tout le temps entourée par quelqu'un. Elle adore travailler avec les gens, rencontrer de nouvelles personnes. Deuxièmement, elle se fie à la créativité et à l'humour, de même que Monsieur Švehla et d'autres. Ses activités en sont témoins. Le sens de l'humour se révèle dans ses articles des magazines pour les handicapés et dans ses mots quand elle décrit son travail et ses expériences. En décrivant son histoire personnelle, le sourire disparaît. Voilà ce que nous montre le score de 3 points à la deuxième résilience : des difficultés de se distancer de ce et de ceux qui nous gênent. Pour Madame Hrdá, il est impossible de se distancer des personnes qui la manipulent : elle doit être physiquement manipulée tout le temps, retournée, déplacée, etc. Elle ne peut non plus se distancer de son problème – du handicap. Il est omniprésent. Cela explique la droiture et parfois la dureté dans ses mots, les mots sont sa seule défense. Heureusement, elle-même est loin de se sentir impuissante ! Dans son travail, elle sait ce qu'elle veut et rare sont les cas où elle ne le reçoit pas.

### 13.3 Jan Nouza alias EZOP

L'étude de cas de Monsieur Nouza est exceptionnelle. Elle est écrite par lui-même, c'est un témoignage personnel. Au cours de notre recherche, nous étions profondément touchés par son art de s'exprimer. Chaque son e-mail a été un véritable plaisir, chaque réponse une perle pleine de paix intérieure. C'est pourquoi nous l'avons demandé d'écrire un court témoignage pour notre étude. Il l'a fait avec son amabilité personnelle et à cause des livres mentionnés, nous avons reçu également la permission d'utiliser son vrai nom. Dans notre recherche, il figure sous le pseudonyme d'EZOP, son vrai nom est Jan Nouza. Il a résumé sa vie ainsi :

*« Jan N o u z a*

*Né le 2 janvier 1944 à Lužnice na Třeboňsku*

*Publie depuis 1962 dans des quotidiens, dans des journaux, dans la radio, dans la télévision tchèque, dans des recueils ;*

*Auteur des feuilletons, des interviews, des reportages, des articles, des critiques littéraires, des scénarios de télévision, d'une nouvelle de film, d'une pièce de radio ;*

*Publications littéraires :*

*ILS NE SONT PAS LOIN DE LA PLACE DE VILLAGE (un recueil de contes – Melantrich, 1978)*

*NE PAS RESTER SEUL (un roman – Melantrich, 1984)*

*LES FIANÇAILLES AVEC UN TECKEL (des contes - Jihočeské nakladatelství, 1986)*

*LES CHEVALIERS DE L'ESPOIR (les histoires de vie des personnes avec un grave handicap physique – AVICENUM, 1994)*

*LE SIECLE D'AMOUR ET DE HAINE (l'anthologie de la prose tchèque – VERA, 1999)*

*CHACUN COURT SON MILE (un recueil de travaux des auteurs handicapés, Okamžik, 2004)*

*Traductions des contes ont parus en Allemagne et en Suisse.*

---

*Malgré toutes les amertumes auxquelles je goûtai dans ma vie, je me considère un homme heureux.*

---

*La raison principale pour cette affirmation est sans doute représentée par l'enfance d'un garçon campagnard qui avait bien sûr les devoirs sur la ferme de ses parents, mais qui disposait également d'assez de liberté pour faire toutes les bêtises et pour profiter des balades dans la nature au sud de la Bohème.*

*Je naquis le 2 janvier 1944 comme le plus jeune des quatre fils d'un fermier. Je grandissais dans une époque où on fut forcé de fonder l'agriculture socialiste. Mes parents durent céder tous leur biens à la soi-disant « location gratuite de l'Etat ». La permission de habiter dans la ferme ou toute une génération de mes ancêtres vivait, signifiait de payer le loyer... Et le même régime mit le holà à mes goûts d'aller faire les études<sup>86</sup> après avoir fini l'éducation primaire en 1958. La commission de recrutement d'un centre d'apprentissage des abatteurs promettait effectivement des études : c'est uniquement pour cela que mes parents me donnèrent leur permission pour m'y inscrire.*

*Après 6 mois au centre, l'accident vint le 19 janvier 1959. Un cercle suivit : l'opération, le centre de rééducation, une autre opération, la suite de la réhabilitation. A peu près après trois ans de folles espérances qu'un jour, le revirement arriverait et moi, je remarquerais, que la vie rentrera dans mes doigts paralysés, le verdict des médecins m'annonçant que les possibilités de la médecine sont épuisées, vint. Et puisque ma famille ne m'abandonna pas, je ne fus pas resté dans un établissement d'état, mais je fus rentré chez moi. Et je me réjouissais des meilleurs soins.*

*Malgré tout cela et malgré un milieu plein d'amour parental et fraternel, quelques années qui suivirent n'étaient qu'une survie. Elles furent remplies par des centaines de livres dévorés, par des centaines de pièces de théâtre entendues, par la musique, par l'écran de la télé. Tout ceci jusqu'au jour où je décidai d'écrire ma première conte. Je découvris un monde où mes jambes immobiles ne représentaient pas d'obstacle. Un monde où je ne fus pas étouffé par la pitié de ceux qui ne voyaient que mes jambes. Ecrire chaque jour pendant des heures devint un besoin, une obsession pour moi. Avec un crayon serré entre mes paumes, couché dans mon lit, je dessinais des lettres dans un carnet soulevé par un grand coussin. Plus tard, je fis la même chose avec une machine à écrire. Des dizaines des contes, des feuilletons*

*Je 'dois' mon premier livre à une dame qui illustrait mes contes destinés au quotidien « Journal agricole ». Un jour, elle me sollicita de recueillir mes contes déjà parus, elle les prit et amena dans la rédaction 'Melantrich', où elles furent acceptées. Le recueil reçut une mention honorable de début. L'histoire d'un jeune homme du roman 'NE PAS RESTER SEUL' (1984) n'est pas une autobiographie. Il s'agit d'histoires de plusieurs personnes que je*

<sup>86</sup> Les études lui ont été défendues par l'état, nous parlons de l'époque du totalitarisme.

*rencontrai dans des hôpitaux et dans des établissements de rééducation, refondues dans l'histoire de mon héro.*

*A 1970, dans mon village natale, une jeune absolvante de la zootechnique de grande école de l'agriculture, commença à travailler dans une ferme d'Etat. Quelqu'un lui conseilla que « celui sur le fauteuil roulant » a une quantité de livres, qu'il est donc inutile de les emprunter à la bibliothèque. Un jour, elle frappa à ma porte et depuis, elle resta chez moi. Pour moi, elle représenta une vraie révélation de sens de vie – si l'homme est persuadé et ressent un besoin de donner plus que de recevoir. Notre mariage eut lieu le 14 août 1976 au château Hluboká nad Vltavou puisque c'était la seule salle cérémoniale sans barrières... notre fille Jana fût née trois ans plus tard. La preuve de ma joie à l'idée d'avoir un enfant fût témoignée par le fait que je lui écrivais des contes quand elle était 'grande' à peu près comme une phalange. Cette année, elle devrait terminer ses études à la Faculté de Pédagogie.*

*Actuellement, j'écris le plus pour le journal « Můžes<sup>87</sup> », édité par la fondation 'Bariéry<sup>88</sup>'. Par intermédiaire de ce domaine, je remplaçais plusieurs fois l'acteur Jan Potměšil en cas de maladie, en tant que présentateur d'une émission télévisée 'Klič'. J'écrivis un scénario pour un reportage d'histoire de vie d'un homme sourd et aveugle. Trois jours avant le tournage, la responsable de répertoire m'avait appelé pour m'annoncer que Jan Potměšil était à l'hôpital et pour me demander si je pouvais faire en même temps la présentation de mon scénario. Ce ne fût pas une expérience unique, mais j'étais soulagé quand Monsieur Jan Potměšil guérit et rentra à la télé. Je préfère questionner des personnes qui ne furent pas résignées malgré un handicap grave et qui firent beaucoup de bonnes choses. A leurs côtés, je 'recharge mes batteries' pour les jours suivants.*

*Plus qu'une dizaine d'années j'ai à la maison un atelier protégé, avec un ordinateur et une connexion Internet, fondé avec une subvention du Magistrat de travail. Cela fait longtemps que j'aie abandonné mon habitude d'écrire allongé sur mon lit, à l'aide des outils spéciaux, construits par un ami et collègue, également sur un fauteuil roulant. Depuis, je gère le clavier de l'ordinateur avec la vitesse d'une dactylo moyenne.*

*Il y a encore une chose qui me réjouit : un nombre d'amis et de collègues qui reviennent avec plaisir dans notre maison. Pour eux, notre porte est toujours ouverte. »*

<sup>87</sup> N. de T. « Tu peux »

<sup>88</sup> N. de T. « Les Barrières », une fondation pour les handicapés.

**Résultats de R7****Tableau 9 : Les scores de Jan Nouza**

Position	Numéro	Nom/pseudonyme	Score total	Résilience 1	Résilience 2	Résilience 3	Résilience 4	Résilience 5	Résilience 6
7	6	Ezop	22	4	3	3	4	4	4

Monsieur Nouza a obtenu 22 points. Ses résultats partiels sont assez équilibrés. Il a marqué quatre points dans le cas de la résilience « la prise de conscience », « l'initiative », « la créativité et l'humour » et « l'éthique ». Il a obtenu trois points dans le cas du «développement de relations » et « l'indépendance ». Ce profil peut nous montrer une personne équilibrée, qui puise d'une façon à peu près égale de toutes les sources de la résilience. Toutefois, les dix ans qu'il est resté pratiquement sans contact avec l'extérieur, plongé dans les livres ont laissé leurs traces. Dans les dernières années, il rencontre d'autres personnes, il est redevenu très social et heureux dans une compagnie – cf. sa dernière phrase. Cependant, il puise la résilience moins qu'il aurait pu des relations humaines. Se distancer de son handicap représente une difficulté pareille comme pour Madame Hrdá, Monsieur Švehla et d'autres. Monsieur Nouza est l'exemple par excellence d'un talent qui ne se serait peut être pas développé si l'accident n'avait pas eu lieu. Mais la joie de ses lecteurs et des personnes qui peuvent profiter de son amabilité a été payée cher par ses souffrances. Dans sa vie, nous remarquons deux événements clés : tout d'abord la décision de créer littérairement et puis la rencontre de sa future femme.

## IV LA CULTURE ET L'ART COMME FACTEURS DE RÉSILIENCE

Cet essai a paru dans la revue universitaire 'Reliance' en décembre 2005. L'idée de cette réflexion est apparue lors d'une discussion avec Professeur M. Anaut sur les conditions de vie des personnes handicapées chez nous et en France. Elle fût étonnée par certaines observations mentionnées dans mon mémoire Master et elle croyait pertinent à ce que le milieu universitaire français sache jusqu'où peut aller l'impact du régime politique sur les vies des personnes.

*« La résilience est un concept très utilisé depuis quelques décennies, dont les bases théoriques se précisent et se complètent petit à petit. Ainsi, les connaissances sur les facteurs protecteurs des sujets face aux risques se multiplient chaque jour. Le monde de la culture et de l'art auquel contribuent les personnes handicapées est complexe à appréhender. On peut considérer qu'il se joue à trois niveaux. Dans un premier temps, on trouve l'influence de la culture du pays qui définit le monde et la culture des personnes confrontées au handicap. Cela correspond au niveau le plus général. Un niveau plus restreint concerne l'accès à la culture par les personnes handicapées. Le troisième niveau celui de la culture et de l'art produit par les personnes handicapées. Au cours de cet essai, nous aborderons ces trois niveaux d'approche d'une personne en situation de handicap face à la culture et à l'art. plus précisément, nous proposons une réflexion sur la vie des personnes en situation de handicap dans un pays post-communiste. Le troisième niveau sera étudié dans l'optique du modèle de la résilience, considérant qu'il existe un fort lien entre la situation de handicap et le développement d'un processus de résilience, l'art et la créativité étant des facteurs protecteurs participant à la résilience. A la fin de l'article, nous étudierons les rapports à la culture et à l'art des personnes handicapées sous différents angles. Nous verrons en quoi l'art des personnes handicapées se différencie de l'art des autres artistes.*

---

*Pour décrire l'influence de la culture et de l'ambiance du pays sur la conception de la culture des personnes handicapées, nous nous appuyons sur notre expérience personnelle de la vie derrière le rideau de fer jusqu'en 1989. Notre recherche sur la résilience des personnes handicapées ainsi que nos expériences relatives à leurs difficultés se situent en République tchèque. Ce pays, appartenant à l'ancien bloc soviétique depuis la fin de la*

*Seconde Guerre mondiale, a connu un changement de régime communiste a marqué fortement aussi la vie des personnes handicapées. Celles qui n'avaient aucune famille et n'avaient pas de personnes proches se sont retrouvées enfermées dans des institutions d'Etat. Les soins médicaux étaient de très bon niveau, de même que la rééducation ou l'ergothérapie. Ces établissements proposaient un grand confort de type médical, mais présentaient beaucoup de carences sur le plan des relations, des activités et de la culture. Ainsi, les personnes handicapées dépendantes ont vécu dans l'isolement des centres hospitaliers. En revanche, les personnes handicapées ayant une famille ou une possibilité d'accueil en famille n'étaient pas obligées de rester à vie dans les établissements hospitaliers. Elles ont pu vivre au sein de leur famille, à condition de pouvoir compter sur un entourage qui prenne soin d'elles. Les services d'assistance personnelle n'étaient même pas pensables. Le monde extérieur n'était ni prêt à la rencontre des personnes en situation de handicap, ni adapté à les accueillir. Les personnes prises en charge par leurs familles souffraient de l'isolement tout comme les personnes hospitalisées. Le monde des personnes handicapées était dispersé dans les petits ilots des familles, séparé du monde des « autres », qui ignoraient les personnes en situation de handicap. aucune loi ne prévoyait la possibilité d'employer un certain pourcentage de personnes handicapées dans les entreprises. D'ailleurs, il n'existait pas d'entreprises privées sous le régime communiste. Une seule association, la « META », avait pour but de réunir les personnes handicapées capables de fabriquer des petits objets d'art (paniers, broderies, céramique), qui étaient ensuite vendus à des foires ou des expositions de produits artisanaux. Cette association servait ainsi d'intermédiaire pour les représentants des usines qui venaient proposer un emploi aux personnes hospitalisées. L'établissement fournissait la rééducation nécessaire pour effectuer ce travail. Il faut préciser que, pour les personnes atteintes d'un handicap, participer à ce travail n'avait pas pour objectif de gagner de l'argent. La pension d'Etat couvrait largement les besoins réduits et les sorties très limitées des personnes institutionnalisées. En résumé, on peut dire que l'Etat procurait des services « automatiques » aux personnes présentant un handicap, mais qu'il les privait ainsi de leur liberté. Dans la société, aucune institution n'était accessible aux personnes à mobilité réduite. Les mairies, les musées, les magasins, rien n'était accessible : personne ne prenait en compte les situations de handicap. Dans la rue, on ne voyait jamais de fauteuils roulants. L'accès des personnes handicapées à la culture, par exemple les expositions, les théâtres ou les musées, n'était pas possible. Personne n'y avait pensé. Les personnes en situation de handicap n'avaient pas de place parmi les gens ordinaires.*

*Le deuxième niveau tel que défini au début de notre essai, l'accès à la culture pour les personnes handicapées n'existait donc pas. Après 1989, la situation a changé. La Tchécoslovaquie, communiste depuis plus de quarante ans, est devenue un pays démocratique. Les changements dans la sphère sociale ont été également progressifs. L'Etat a commencé à penser aux personnes handicapées et celles-ci ont osé sortir dans la rue. Mais la longue période de négation de leur existence a laissé des traces dans l'esprit des gens, non habitués à leur présence, et de nombreux préjugés se sont développés. Comme en témoigne le professeur M. Vagnerova (1999, p. 79) : « Malgré une forte déterminante historique de ces attitudes (envers les personnes handicapées), même un être moderne et civilisé peut succomber à des pensées magiques ou mythologiques lors de la rencontre de l'inconnu, donc potentiellement dangereux. Cette problématique est spécialement accentuée chez nous où les personnes handicapées ont été séparées par la force de la société et peu de gens avaient l'occasion de les rencontrer réellement... ».*

*Les conditions de vie des personnes handicapées et la mentalité des gens « ordinaires » sont en train d'évoluer progressivement en République tchèque. Mais les mentalités ne peuvent pas changer aussi facilement que lorsqu'il s'agit de transformer une entrée avec escaliers en entrée avec rampe d'accès. La crainte, la peur de l'inconnu se sont parfois transformées en pitié et en diverses tentatives d'aide maladroites. Il nous faudra encore plus de temps pour arriver à une égalité réelle entre les personnes, quelles que soient leurs particularités, et pour quelles situations de handicap fassent l'objet d'une conception adéquate, prenant surtout en compte les capacités et les qualités personnelles de chaque individu. La définition tridimensionnelle du handicap d'après l'OMS (Organisation Mondiale de Santé) en est sans doute une excellente amorce.*

---

*Le troisième niveau, l'art produit par les personnes handicapées, est un domaine d'une grande richesse. Dans le cas d'un handicap moteur acquis, nous restons émerveillés par la capacité des personnes à produire de l'art par un moyen complémentaire autre que les mains, par exemple la bouche ou les pieds. Le processus de création d'une œuvre d'art devient l'art lui-même. Dans notre cohorte, de vingt-deux personnes résilientes ayant acquis un handicap moteur au cours de leur vie, quatorze participants ont indiqué s'être adonnés à*

*un type d'art, et dix parmi eux ont dit exprimer ouvertement dans l'art leur blessure intérieure. Au total, dix personnes indiquent qu'elles ont développé un nouveau talent. Ces résultats montrent que l'art et la culture en général participent au processus de résilience des personnes confrontées à une situation invalidante, et que la créativité est un des moyens qui facilite l'adaptation au handicap. Cette affirmation a été également confirmée par les résultats du Test R7, basé sur la conception des sept résiliences, de Wolin et Wolin (1993). Notre groupe de personnes handicapées résilientes a obtenu un score très élevé en résilience aux facteurs « créativité et humour ». la créativité et l'humour étant définis comme « deux ports de l'imagination où le survivant peut se cacher et réarranger les détails de sa vie en plaisir. L'adulte résilient crée ou rit. Ce sont des étapes adultes du jeu et de la concrétisation des activités. Ces outils permettent de se regarder comme un objet et de réinterpréter de loin la situation. Ils fournissent la possibilité de contrôle, de force et de joie » (Wolin et Wolin, 1993)*

*La création est un développement voulu des capacités artistiques, qui ne sont plus seulement un moyen mais qui ont acquis la forme d'un outil professionnel de travail. Certains sujets déclarent avoir commencé avec la pratique du sport au niveau professionnel lors des jeux Paralympiques juste après l'accident. Un autre s'est mis à écrire des récits, un autre encore s'est mis à dessiner, etc. La liste des activités développées après l'accident est longue variée. Elle témoigne d'une force intérieure qui pousse les personnes résilientes vers l'avant, ne leur permet pas de rester sur place ou de demeurer tournées vers le passé. Les sujets de notre étude ont démontré ainsi leurs capacités de créativité en réorganisant leur vie avec leurs ressources en trouvant un travail qui leur apportait du plaisir et en apportant de nouvelles idées dans leurs emplois. Leurs innovations touchent les plus souvent l'amélioration de la vie des personnes handicapées, à partir de leurs propres expériences.*

---

*Voici deux vignettes cliniques issues de notre recherche.*

---

*Depuis l'âge de 15 ans, Ezop est paralysé des quatre membres mais a conservé l'usage partiel de ses mains. Aujourd'hui, âgé de 61 ans, il est l'auteur de feuilletons, d'interviews, de reportages, d'articles, de critiques littéraires, de scénarios pour la télévision et le cinéma d'une pièce pour la radio et de quelques ouvrages littéraires. Il se souvient de ses débuts : « Malgré un milieu plein d'amour, parental et fraternel, les quelques années qui suivirent l'accident n'étaient qu'une survie. Elles furent remplies par des centaines de livres dévorés,*

*par des centaines de pièces de théâtre entendues, par la musique, par l'écran de la télé. Tout ceci jusqu'au jour où je décidai d'écrire mon premier conte. Je découvris un monde où mes jambes immobiles ne représentaient pas d'obstacle. Un monde où je n'étais pas étouffé par la pitié de ceux qui voyaient que mes jambes. Ecrire chaque jour pendant des heures devint un besoin, une obsession pour moi. Avec un crayon serré entre mes paumes, couché dans mon lit, je dessinais des lettres dans un carnet soulevé par un grand coussin. Plus tard, je fis la même chose avec une machine à écrire. Des dizaines de contes, de feuilletons... »*

---

*Mr Svehla s'est intéressé au triathlon depuis son enfance et a désiré de pratiquer cette activité sportive au niveau professionnel. A 19 ans, un accident de sport a rendu Mr. S. paraplégique. Neuf ans plus tard, il est le champion d'Hawaï du triathlon, sur son handbike, à côté des sportifs en pleine santé. Il a poursuivi son rêve jusqu'à sa réalisation. Son talent sportif a été perturbé par l'accident, mais il n'a pas abandonné, et, après des efforts, il a atteint un niveau supérieur au précédent. Lui, paraplégique, a battu ses rivaux sportifs en pleine santé. C'est un exploit qui lui vaut l'admiration non seulement des personnes handicapées, mais de tous les sportifs. Il le mérite car il a démontré qu'il était le meilleur, le plus rapide, dans cette spécialité sportive.*

*En revanche, pour un peintre, la situation peut être considérée différemment. Il est moins évident de comparer les œuvres de deux peintres. Prenons un exemple. A Noël, je souhaite acheter un calendrier pour l'année suivante. J'hésite entre de belles photos présentant la nature et de beaux dessins illustrant des scènes de la campagne. Si je ne sais rien sur l'histoire des illustrateurs de ces deux calendriers, je vais choisir celui qui me plaît le mieux. Mais si je découvre une remarque indiquant que les dessins ont été peints par un artiste paralysé ou aveugle, ma liberté de choix sera inconsciemment atteinte par cette information. Une légère teinte de culpabilité liée au fait d'être en bonne santé ou un désir d'aider les personnes en situation de handicap peuvent apparaître. Mais en voulant être charitable, je risque de souligner la particularité des personnes en situation de handicap. Mon attitude pourrait les placer dans une position infantilisante ou de dépendance. Certes, il est absolument nécessaire de préciser que cette œuvre a été peinte par un artiste ayant un handicap. Mais cette information devrait mener à admirer d'avantage l'image, puisque faite avec une habileté exceptionnelle et non pas forcément à l'acheter, envahie par des sentiments confus. Par ailleurs, il est bien évident que les artistes en situation de handicap ont besoin davantage d'un soutien financier puisque leurs outils de travail sont plus*

---

*élaborés, plus compliqués et donc plus chers que d'autres outils. Cependant, il faut faire la part de ce qui relève de l'admiration pour leur œuvre et patience pour s'entraîner et réaliser une œuvre, et l'isoler de la culpabilité que l'on a héritée de la période communiste.*

*Que ce soit une activité littéraire, sportive, plastique ou musicale, l'art est avant tout une question de talent. L'Encyclopédie Universelle Larousse (VUEF, 2003) définit le talent comme « une aptitude particulière à faire quelque chose : une capacité, un don remarquable dans le domaine artistique, littéraire ». Un talent exceptionnel est inné, il peut relever d'un héritage génétique, d'un don dès la naissance. Cependant, la créativité peut être facilitée et développée par l'entourage, par les conditions sociales et par l'entraînement. Par conséquent, il est inutile de distinguer un artiste handicapé et un autre en bonne santé. Dans les deux cas, l'œuvre est une expression extériorisée d'un état d'âme d'artiste. Que cette expression vienne d'une souffrance due au handicap ou à la perte d'un être proche, pour les spectateurs cela n'est pas le plus important. Ces informations peuvent parfois faciliter la compréhension de l'œuvre, mais elles peuvent également entraver l'expression de l'émotion, l'admiration ou l'étonnement sur sa source d'inspiration. Nous avons déjà mentionné le courage des personnes handicapées qui apprennent à exprimer leurs sentiments par un autre moyen que les mains. Ceci demande un grand effort, une grande patience et avant tout une passion pour l'art. Cet effort pour dépasser la situation de handicap représente également la seule différence entre un artiste handicapé et un artiste valide.*

*Nous avons vu que la culture, l'art et les situations de handicap présentent des liens multiples avec le contexte social. La considération des personnes handicapées dépend en partie de l'éducation et du contexte social et politique. Dans le cadre de la République tchèque, l'évolution des regards des personnes valides envers les personnes handicapées est en train de changer. Mais il demeure plus facile de changer les dispositions inadéquates des bâtiments que de changer les préjugés des personnes envers les personnes handicapées. Il en est de même envers les artistes en situation de handicap. Alors qu'avant tout, il faut regarder l'œuvre d'art en soi, l'artiste en soi, avant de voir une personne handicapée qui crée. Il s'agit donc d'admirer la précision du travail et l'émotivité de l'expression artistique. »*

(Iblova, 2005, p. 14-18)

## V LA DISCUSSION

Bien que nous ayons fait les efforts pour que notre recherche ait le moins de défauts possibles, nous ne pouvions pas éviter quelques imprécisions et influences involontaires au cours de la recherche. Nous allons discuter leur impact possible sur nos résultats.

---

Tout d'abord, nous nous rendons compte de l'intimité du thème douloureux. C'est pourquoi, avant d'accéder à la recherche, nous avons cherché de l'aide et des conseils auprès d'une dame handicapée qui s'est proposée et puis dans des livres spécialisés. Cela justifie également les modifications que nous avons fait sur des questions des Wolin (1993) parce que dans leur cas, le lecteur répondait volontairement et juste pour lui-même à ces questions qui pourraient être parfois blessantes. Alors que dans le cas de nos sujets, ils savaient que nous allons lire leurs réponses. Nous avons voulu ménager les personnes handicapées et les préserver de toute blessure et tout stress venant de la réouverture de thème par nos questions.

Toutes les méthodes utilisées sont basées sur une réponse personnelles, donc forcément subjective. Voilà une première source de possible modification des réponses par rapport à la réalité. Les participants peuvent ignorer certaines questions. Dans ce cas, quelques uns ont répondu : « je ne sais pas » ou « je ne me souviens pas ». Mais certains ont pu vouloir répondre à tout prix et donc ils pouvaient donner une réponse imprécise. Dans d'autres cas, la désirabilité sociale peut jouer un rôle important qui influence les réponses. C'est surtout le cas des questions du Formulaire R7 sur la morale et aussi de quelques questions de l'Entretien oral. La longueur de la réponse (pour l'Entretien oral) différait également en fonction de la question. Certaines étaient des questions difficiles ou douloureuses (p. ex. Comment s'est déroulé l'accident ?) Et donc les réponses ont été très brèves. Mais cela ne gêne en rien notre recherche. Parfois une réponse manquait mais ceci est normal puisqu'il s'agit d'un sujet extrêmement douloureux et nous-mêmes, nous avons souvent rappelé aux participants leur droit de ne pas répondre si une question leur posait des problèmes. Le sujet s'est soit décidé de répondre brièvement, soit il a profité de la possibilité de se taire. Nous ne l'interprétons pas comme une manque de résilience mais plutôt comme un blocage de la personne et nous respectons son intimité. D'ailleurs Poletti et Dobbs (2003) répètent que les personnes résilientes n'aiment pas parler de leurs vécus. Savoir en parler n'est ni un signe principal de la résilience, ni de la conciliation avec la situation. Et nous avons préféré le

silence qu'une réponse imaginée qui aurait pu influencer nos résultats. Bien évidemment, leurs réponses ne devaient pas toujours correspondre à la réalité. Pour cela, il aurait fallu demander leurs proches, leurs collègues et camarades et les observer plus longtemps. Mais ceci dépasse nos possibilités. Nous avons fait l'expérience que si la personne a été d'accord de participer, puis elle a été franche avec nous. Nous l'avons deviné au cours des conversations avec d'autres personnes, puisque comme nous l'avons dit précédemment, les handicapés moteurs forment une communauté fermée et très unie. Quand nous avons parlé avec d'autres handicapés, souvent, ils utilisent l'exemple d'un de ses collègues que nous avons également interrogé. Chaque fois, les réponses correspondaient.

Une autre question se pose sur le rôle du temps et des mécanismes de défense dans la fiabilité des réponses. Il est tout à fait possible que le choc, l'oubli ou la suppression ont changé les souvenirs des sujets à des moments de l'accident et de la rééducation. Mais nous n'y pouvons rien. La résilience est un fort mécanisme protecteur aussi, elle rend une situation traumatique supportable ; donc elle doit forcément changer le regard de la personne sur la situation. Nous ne pouvons pas éliminer ces mécanismes, nous pouvons essayer de les décrire et de compter avec en analysant les résultats.

De même, le fait que notre groupe de participants ne soit homogène ni du point de vue d'âge actuel, ni d'après le temps qui s'est écoulé depuis l'accident, peut influencer leurs réponses. Cela joue sans doute sur le vécu actuel de l'accident. Dans la description des résultats, nous avons essayé de remarquer des différences si elles ont été majeures, p. ex. dans les souhaits pour l'avenir. Notre ensemble n'est pas harmonique non plus dans le nombre de femmes et d'hommes qui ont participé. Nous avons à peu près deux tiers d'hommes et un tiers de femmes. Ceci ne veut pas dire que les femmes sont moins résilientes ou moins disponibles à répondre mais plutôt, comme nous l'avions déjà constaté, que les hommes sont plus souvent des victimes des accidents. Ceci peut être dû au fait qu'ils travaillent plus dure, donc le risque d'un accident de travail est plus élevé, ou qu'ils risquent d'avantage, p. ex. sur la route.

Un autre point faible de notre ensemble est le nombre de participants. Nous avions voulu avoir davantage de personnes à notre disposition. Nous avons contacté toutes les organisations susceptibles de réunir les sujets recherchés. Le nombre de sujets contactés dépendait d'abord sur la volonté du responsable de l'organisation et puis, et surtout sur la bonne volonté des personnes elles-mêmes. Nous ne pouvions forcer personne de participer à

une telle recherche, assez intime, et contrairement à Professeur Matějček, nous n'avions pas eu de moyen de récompense. Les participants l'ont alors fait dans leur temps libre (parfois ils ont dit que cela allait au moins les occuper) et de leur bonne volonté. Bien sûr que les personnes qui ont participé étaient différentes de celles qui ont refusé. Mais dans le cas de leur bonne volonté, celle-ci a joué pour nous puisque cela est un trait des personnes résilientes. Nous avons donc trouvé de bonnes personnes pour nos critères. Dans nos conditions, nous ne pouvions pas trouver plus de participants. Pas toutes les personnes handicapées moteur sont résilientes, pas toutes les personnes résilientes sont suffisamment disponibles et ouvertes pour participer.

De point de vue méthodologique, il est possible de contester que nous avons mélangé les données recueillies par des méthodes différentes (Entretien oral, personnel vs. Questions écrites via Internet). Nous sommes pleinement conscients de ce problème. Nous pouvons le justifier par une mobilité restreinte des personnes handicapées que nous préférons avoir de différents lieux de la république que juste de Prague pour éviter l'influence de la ville (p. ex. accès plus facile à l'Internet, le transport etc.) et par la manque de temps et de finances du côté des chercheurs. Nous répétons que nous avons eu toujours la possibilité de demander une précision ou une explication aux personnes qui ont répondu par l'Internet puisque nous avons gardé leurs adresses e-mail et de bonnes relations. Elles pareil, elles avaient la possibilité de nous contacter quand une question n'était pas claire (cf. Annexe 3). Dès le début de notre recherche, donc également pendant la construction de Formulaire R7 et de l'Entretien oral, nous nous sommes rendu compte de cet inconvénient et nous avons compté avec cela au cours de la formation de nos questionnaires. Les réponses par Internet peuvent difficilement remplacer une rencontre personnelle avec le sujet. En même temps, dans la description des résultats et aussi dans leur interprétation, nous travaillons uniquement avec ~~les réponses des sujets. Nous ne prenons jamais en considération ce que nous savions sur la~~ personne soit des autres soit par l'observation pendant notre rencontre. Ceci sont les ~~informations subjectives qui ne font pas partie de notre recherche.~~ Et nous avons tenté de diminuer ainsi la différence dans les méthodes utilisées, car dans un cas, il vous manque une impression personnelle sur le sujet.

Il a fallu éviter de prendre en considération les impressions subjectives aussi à cause de plusieurs chercheurs qui ont participé au recueil des données. L'auteur de ce travail a eu en disposition trois filles plus jeunes pour le recueil des données. Elles ont été informées et nous avons discutées tous les problèmes et les questions, ainsi que du déroulement de la rencontre

et de l'impression générale du participant. Aucune chercheuse n'a jamais rencontré aucun des participants avant. Toutes les étapes ainsi que les questions ont été fixes, pour éviter des différences des chercheuses. Il n'empêche que nous ne pouvons pas éviter une certaine influence, mais nous en pouvons douter. Il n'y a pas de moyen comment la démontrer. Sinon effectuer une recherche comparative.

---

Il est aussi possible que le choix de lieu ait pu influencer la qualité des réponses. Les personnes qui répondaient par Internet ont pu prendre nettement plus de temps à remplir nos formulaires et de corriger leurs réponses, contrairement à celles avec lesquelles nous avons parlé personnellement. Le formulaire R7 a été envoyé à tous par l'e-mail, donc là, les conditions ont été équivalentes. Pour l'entretien oral, chacun, même ceux, que nous avons rencontrés personnellement ont choisi le lieu et la date de notre rencontre pour que cela leur soit le plus agréable et le moins dérangerant. L'entretien oral durait le temps nécessaire pour répondre à toutes les questions, il n'y avait pas de limite de temps. Ceci s'est montré comme utile puisque certains ont voulu parler plus, parler d'eux ou d'autre chose entre le temps. Comme cela, ils étaient libres et pas stressés par le temps.

D'autres difficultés peuvent être dues aux méthodes de choix de participants. Le plus souvent, les participants ont été choisis par les responsables des organisations et des établissements contactés et puis, une deuxième sélection a été faite d'après les résultats du questionnaire PVS. Les responsables connaissaient nos critères et ont choisi les participants d'après ces critères. Mais ils ont pu oublier une personne potentiellement acceptable pour notre recherche. Où ils ont pu protéger l'intimité de certaines personnes choisies.

Une autre méthode de choix a été la méthode de boule de neige. Cette méthode nous amène aussi vers un ensemble restreint. Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, la communauté des handicapés moteur est fermée et d'y entrer par le contact avec quelqu'un représente une de rares possibilités. Il est donc possible que si nous avions eu un autre moyen de sélection, notre ensemble aurait été différent. Nous ne connaissons pas de réponse à cette hypothèse. Dès le début de notre recherche, nous étions conscients de ces difficultés et nous l'avons pris en compte dans l'interprétation de nos résultats.

En ce qui concerne les critères du choix, nous y rencontrons plusieurs difficultés. Tout d'abord, nous rencontrons la pluralité des définitions de la résilience. Une autre difficulté est représentée par le manque d'outils pour distinguer les personnes résilientes de celles qui ne le

sont pas. La méthode la plus adaptée sera d'observer chaque candidat dans différentes situations quotidiennes. Mais la conception de la recherche ne permettait pas une telle méthode. Nous avons alors choisi de désigner comme des personnes résilientes celles, qui ont eu un haut score dans le questionnaire PVS. Cette distinction peut être également une source de difficultés. D'après leurs définitions, la hardiness et la résilience sont des conceptions proches. Est-il vrai en réalité ? Est une personne 'dure' également une personne résiliente ? Nous avons postulé qu'oui, chaque personne 'dure' qui est en plus active dans un domaine de la vie est également résiliente. Mais une telle affirmation nécessiterait une recherche particulière. Il existe une autre méthode pour distinguer les personnes résilientes de celles qui ne le sont pas : l'inventaire de perturbation des Wolin (1993, chap. 3.2 de notre travail). Il permet d'évaluer l'état de la perturbation psychique de la personne par un traumatisme. Il serait possible d'affirmer que si la personne a vécu un traumatisme majeur et objectif (dans notre cas un accident) et si ses résultats du test disent qu'elle paraît pas perturbée, alors qu'elle doit être forcément résiliente. Mais le test a trois inconvénients majeurs. Tout d'abord, il est long, il comporte 120 questions. Dans un deuxième temps, il est destiné pour détecter la perturbation d'enfance, par le milieu familial. Et enfin, il ne nous semble pas éthique de demander à quelqu'un son niveau de perturbation. Voilà les raisons pourquoi nous avons renoncé à son utilisation. D'après les résultats de R7 et d'entretien oral, nous pouvons conclure d'avoir choisi des sujets résilients.

La problématique des méthodes utilisées est très étroitement liée à la formulation des questions dans notre formulaire R7 et dans l'entretien oral. Il existe une multitude de possibilités comment poser une question, comment la formuler. Pour le formulaire R7, nous avons formé des questions qui répondaient le mieux à nos besoins, nous les avons posées à nos amis qui nous ont donné des remarques pertinentes sur la compréhensibilité des questions et puis nous les avons discutées avec le directeur de mémoire rigoureux.

---

La restriction de l'interprétation et les limites de la recherche proviennent alors des difficultés mentionnées précédemment. Nous voulons encore rappeler que l'interprétation et la comparaison touche uniquement notre ensemble de sujets, la généralisation est impossible à cause de la taille de notre ensemble, de sa composition et d'autres difficultés de la recherche.

Nous désirons également discuter l'apport possible de notre recherche. Tout d'abord, elle devra être une ouverture dans le monde de la résilience des personnes handicapées moteur. En montrant toutes les difficultés de la recherche, elle peut servir comme un point de départ pour d'autres recherches plus détaillées et focalisées sur un des critères ou résultats de la nôtre. Elle avait pour le but de proposer un aperçu sur les facteurs de la résilience des participants, leurs sources de soutien et de force.

---

Seront nos résultats différents si nous avons d'autres possibilités de choix des participants ? Seront nos résultats différents si nous avons une autre composition de notre ensemble ? Si oui, alors en quoi ?

En premier lieu, notre recherche devrait montrer aux associations civiles et aux organisations réunissant des handicapés, quels sont les points de repère des handicapés, où est-ce qu'il faut focaliser l'aide ou le soutien moral et psychologique d'un individu qui vient de subir un accident. Les résultats ont montré qu'un avantage indiscutable, c'est d'avoir ses parents parce que les parents refusent rarement l'aide à son enfant. Cependant, ces parents nécessitent souvent un suivi psychologique davantage que la personne handicapée, surtout pour savoir comment gérer le trauma et comment aider leur enfant. Un soutien fort doit être fourni au handicapé qui a sa propre famille. Un couple risque plus souvent de casser que les liens parents-enfant.

Si notre travail peut changer la moindre chose dans les soins des établissements de rééducation, dans l'approche des médecins envers les malades et leurs familles, des centres des handicapés et des associations civiles pour que la vie de ces personnes soit un petit peu meilleure, il a atteint son but.

---

---

## VI LA CONCLUSION

Le mémoire rigoureux avait pour le but de présenter le concept de résilience à la psychologie tchèque, puisque les possibilités de le découvrir sont limitées. La présentation détaillée de son histoire, ses définitions et des concepts principaux, indispensable pour une bonne compréhension de ce concept, peut justifier le grand volume de la partie théorique. Je voulais justifier sa place indiscutable dans la genèse des projets s'intéressant aux déterminations développementales de l'adaptation de l'individu dans les conditions difficiles de son entourage bio-psycho-social. Dans le milieu du handicap moteur, cette approche acquiert une grande importance, puisque les résultats peuvent être exploités dans l'amélioration de la situation des handicapés. Le concept de la résilience transfère l'accent d'une approche défensive, de victime, vers une approche active, renforçant les côtés forts de l'individu, pour qu'il puisse faire face aux coups de la vie. Il permet à l'individu traumatisé, blessé, de trouver ses propres ressources pour s'adapter activement à la nouvelle situation, sans aggraver son trauma.

La partie théorique avait pour le but de faire un bilan de ce que nous savons sur la résilience et d'encadrer le handicap comme un traumatisme grave. La recherche voulait présenter la résilience des personnes handicapées moteur, ses facteurs et cherchait des réponses à nos questions posées au début de la recherche.

Notre ensemble a été formé par vingt-deux personnes choisies avec une grande précaution d'après les critères qui essaient d'être objectifs. Il s'agissait de personnes ayant subi un accident ou une maladie qui ont causé leur handicap moteur. Les personnes choisies avaient un score suffisant dans le questionnaire PVS pour pouvoir être désignées comme personnes 'dures'. En même temps, elles ont une bonne réussite sociale. Les résultats de R7 et l'analyse qualitative de leurs réponses de l'entretien oral nous mènent à affirmer qu'elles sont résilientes. Notre ensemble choisi représente ainsi un groupe homogène d'après son haut niveau de l'adaptation psychosociale, qui propose d'excellentes possibilités d'étude des facteurs de la résilience.

Dans la partie qualitative de la recherche, le formulaire R7 construit d'après le schéma des Wolin nous a montré que notre ensemble des handicapés a atteint des hauts scores dans les

domaines de la morale qui avait les plus haut score, la perspicacité, l'aptitude aux relations, l'initiative et la créativité mélangée avec l'humour avec les scores comparables. Tandis que l'indépendance a la plus basse valeur des six résiliences.

Les données nous ont permis d'analyser trois catégories principales des facteurs facilitant l'adaptation au handicap moteur : les personnes proches comme les parents, les partenaires, les amis ou Dieu ; les caractéristiques et capacités internes comme la volonté, l'optimisme et l'humour. Et finalement, ce sont les activités et les occupations.

Les données reçues témoignent dans un premier temps de la situation actuelle des participants. Nous n'avons pas oublié leur enfance, où nous avons trouvé une influence directe d'un lien fort avec une personne de l'entourage de l'enfant sur la capacité d'entrer en relations et d'en puiser la résilience. Notre ensemble s'est ainsi divisé en deux parties inégales en nombre de personnes. La plus grande partie étaient les personnes puisant les ressources pour leur résilience des hommes, des amis, des parents. La partie minoritaire étaient les personnes n'ayant pas acquis un lien fort avec quelqu'un. Ces sujets se fiaient d'avantage à leurs capacités personnelles et aux activités individuelles.

En ce qui concerne notre troisième question posée au début de la recherche, nous avons trouvé que le handicap moteur acquis est en général pire pour une personne qui a déjà sa propre famille, son partenaire et des enfants que pour une personne jeune qui habite encore chez ses parents et a toute sa vie devant elle. Contrairement à ce que nous avons supposé, réévaluer ses rêves et priorités de quelqu'un qui n'a pas d'engagement envers les personnes chères est plus facile que de perdre une famille qui a été construit tout récemment. Quand les personnes ont eu des enfants, le handicap représentait d'autant plus grand stress à cause du futur de la famille, des enfants. Les jeunes qui ont trouvé le support surtout chez ses parents ~~et chez ses amis devaient résoudre la question de l'indépendance, de déménager de ses~~ parents ou bien de rester, de trouver un travail ou de finir leurs études. Leurs soucis touchent surtout de trouver un partenaire et d'avoir les enfants. La médecine fait de grands progrès donc avoir un enfant n'est plus un tel problème comme c'était il y a 30 ans.

Le handicap moteur représente un grand stress et une rupture grave dans la vie de l'individu. La résilience est une grande aide sur le chemin de la vie mais elle aussi, elle a besoin d'être soutenue par différents facteurs, tant que le soutien social ou une occupation personnelle de

l'individu. En général, ces facteurs de la résilience se ressemblent, mais ils diffèrent de situation en situation (ou mieux de traumatisme en traumatisme) et d'individu en individu.

Nous espérons que nos résultats ont abouti à présenter brièvement la vie des handicapés moteur, mais ils ont également des conséquences dans le pratique des médecins et des employés des associations civiles pour les handicapés. Le soutien pour les personnes handicapées doit s'occuper donc dans un premier temps des personnes qui ont eu l'accident il n'y a pas longtemps, pour leur montrer qu'il est possible de vivre une vie de qualité même sur un fauteuil roulant et pour les présenter avec les personnes handicapées qui se sont bien adaptées à leur situation. Puis il est important d'organiser des soirées de rencontre pour les jeunes handicapés entre eux et avec les personnes de bonne santé pour qu'ils aient la possibilité de rencontrer un partenaire et pour ne pas s'isoler. Une grande importance serait d'organiser des groupes d'entraide entre les membres des familles des personnes handicapées. Ce sont dans un premier temps ces gens qui ont besoin d'aide et de soutien puisqu'ils servent souvent comme le soutien pour les handicapés membres de leurs familles et puisque le burn-out syndrome est assez fréquent. Un travailleur social ou un psychologue devront être présents à chaque fois pour fournir du réconfort et des informations nécessaires. Un autre groupe avec des problèmes potentiels sont les sportifs. A présent, ils se concentrent uniquement aux compétitions. Ils craignent les problèmes de santé en futur et se soucient sur leur application après qu'ils finissent leur carrière sportive. Un conseiller de travail, leur montrant les possibilités, devra les prendre en charge.

Au cours de cette étude, nous avons eu l'occasion de voir et de comprendre un peu le monde des handicapés, des sportifs, des paralympiques, en bref de tous ceux qui tentent d'améliorer la vie des autres handicapés. Nous avons admiré leur espoir, leur courage, nous étions parfois étonnés de leur écart des autres, de leur dureté. En tout cas, ceci a été une expérience très enrichissante.

---

---

## VII LA LITTÉRATURE

### Ouvrage en allemand

- Hellbrügge, T. (Ed.) : *Klinische Sozialpädiatrie*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1981.
- 

### Ouvrages en anglais

- GROTBORG, E. H.: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. 1<sup>st</sup> ed. Den Haag: Bernard van Leer Foundation 1995. ISBN 90-6195-038-4
  - GROTBORG, E. H.: *Resilience programs for children in disaster*. *Ambulatory, the journal of general, social and community pediatrics*. 2, 2001, p. 75-83.
  - HAGGERTY, R.J., SHERROD, L.R., GARMEZY, N., RUTTER, M.: *Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents*. 1<sup>st</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press 1996. ISBN 0-521-44146-3
  - MASTEN, A. S., BEST, K.M., GARMEZY, N.: *Resilience and Development: Contribution from the Study of Children who Overcome Adversity*. *Development and Psychopathology*, 2, 1990, p. 425-444.
  - MASTEN, A. S., GARMEZY, N.: *Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology*. In D., B., Lahey, A., E., Kazdin, eds., *Advances in Clinical Child Psychology*, 8/1985 (p.11-51). New York: Plenum Press
  - WERNER, E.E., SMITH, R.S.: *Overcoming the Odds- High Risk Children from Birth to Adulthood*. 1<sup>st</sup> Ed. New York: Cornell University Press 1992. ISBN 0-8014-8018-3
  - WERNER, E.E., SMITH, R.S.: *Vulnerable but Invincible- A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Adams Bannister Cox 1989. ISBN 0-937431-03-6
  - WOLIN, S.J., WOLIN, S.: *The Resilient Self*. 1<sup>st</sup> Ed. New York. Villard Books 1993. ISBN 0-394-58357-4
- 

### Ouvrages en français

- ANAUT, M. : *La Résilience : Surmonter les traumatismes*. 1<sup>ère</sup> éd. Nathan Université/VUEF 2003. ISBN 2-09-191287-5
- CAPRON, Ch. : *La continuité et discontinuité du développement*. Cours suivis à l'UPV, Montpellier, 2003.

- CASALIS, D. et al. : *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. 2<sup>ème</sup> éd. Manchecourt : Larousse/VUEF 2002. ISBN 2-03-575080-6
  - CHEMANA, R., VANDERMERSCH, B. : *Dictionnaire de la psychanalyse*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Larousse-Bordas 1998. ISBN 2-03-720241-5
  - CYRULNIK, B. : *Le Murmure des fantômes*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Odile Jacob 2003. ISBN 2-7381-1220-X
  - CYRULNIK, B. : *Un Merveilleux malheur*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Odile Jacob 1999. ISBN 2-7381-0681-1
  - CYRULNIK, B. : *La naissance du sens*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Hachette Littératures 2003. ISBN 2-01-278891-2
  - CYRULNIK, B., SERON, C. : *La Résilience ou comment renaître de sa souffrance ?* 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Editions Fabert 2003. ISBN 2-907164-80-5
  - CYRULNIK, B. et al. : *La Résilience : Réalisme de l'espérance*. 1<sup>ère</sup> éd. Ramon ville Saint-Agne : Editions Eres 2001. ISBN 2-86586-822-2
  - DETRAUX, J.-J. : *De la résilience à la bientraitance de l'enfant handicapé et de sa famille*. *Pratiques psychologiques*, 1/2002, p. 35, 38
  - DICTIONNAIRE DE LA PSYCHANALYSE. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Encyclopaedia Universalis, Albin Michel 2001. ISBN 2-226-12238-9
  - ENCYCLOPEDIE UNIVERSELLE LAROUSSE 2004. Larousse/ VUEF : 2003 [Version électronique]
  - FORTIN, L. & BIGRAS, M. : *La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques*. *Pratiques psychologiques*, 2000, Nr 1, p. 56.
  - HANUS, M. : *La résilience à quel prix ? Survivre et rebondir*. Paris : Maloine 2002. ISBN 2-224-02729
  - IBLOVÁ, P. : *La culture et l'art comme facteurs de résilience*. *Reliance*, 2005, Nr 17, p.14.
- 
- IBLOVÁ, P. : *Résilience : Un développement favorable malgré les conditions défavorables*. FFUK-Mémoire, 2005. Pas publié.
  - LECOMTE, J. : *Guérir de son enfance*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Odile Jacob 2004. ISBN 2-7381-1438-5
  - LECOMTE, J. : *Qu'est-ce que la résilience ? Question faussement simple, réponse nécessairement complexe*. *Pratiques psychologiques*, 1/2002, p. 8-13
  - LIGHEZZOLO, J., DE TYCHEY, C. : *La Résilience : Se (re)construire après le traumatisme*. 1<sup>ère</sup> éd. Clamecy : In Press Editions 2004. ISBN 2-84835-045-8

- MANCIAUX, M. : *La Résilience : réalité de Vie*. Enfance majuscule : Résilience, No 72-73, 2003, p. 6-9.
- MANCIAUX, M. : *La Résilience : Résister et se construire*. 1<sup>ère</sup> éd. Genève : Cahiers MÉDICO-SOCIAUX 2001. ISBN 2-88049-161-4
- MANCIAUX, M. : *L'enfant et la résilience*. Bulletin des médecins suisses, 2000, Nr 24, p. 81.
- NOUVEAU TESTAMENT : Paris, 1909.
- POLETTI, R., DOBBS, B. : *La Résilience : L'art de rebondir*. 1<sup>ère</sup> éd. St. Julien-en-Genevois : Editions Jouvence 2001. ISBN 2-88353-251-6
- RUFO, M. : *Œdipe toi-même !* 1<sup>ère</sup> éd. Anne Carrière, Paris 2000. ISBN 2-84377-110-4
- THOMAS, R.M., MICHEL, C. : *Théories du développement de l'enfant, études comparatives*. 3<sup>ème</sup> éd. Bruxelles : De Boeck Université 1997. ISBN 2-8041-1595-X
- VANISTENDAEL, S., LECOMTE, J. : *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Bayard Editions 2000. ISBN 2-227-13793-2

#### Ouvrages en tchèque

- ADLER, A. : *Psychologie dětí*. 1. éd. Praha : Práh 1994. ISBN 80-85809-22-2
- ADLER, A. : *Smysl života*. 1. éd. Praha : Práh 1995. ISBN 80-858009-34-6
- ATKINSON, R.C., ATKINSONOVA, R. L., SMITH, E.E., BEM, D. J., NOLEN-HOEKSEMA, S. : *Psychologie*. 1. éd. Praha : Victoria Publishing 1995. ISBN 80-85605-35-X
- ČÁP, J., DYTRYCH, Z. : *Konflikt, frustrace, stres a utváření osobnosti*. 1<sup>ère</sup> éd. Praha : SPN 1967. ISBN non marqué
- ERIKSON, E.E.: *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 3. éd. Praha : NLN 1999. ISBN 80-7106-291-X
- FERJENČÍK, J.: *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. éd. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-367-6
- FRANKL, V. E. : *Vůle ke smyslu*. 2<sup>ème</sup> éd. Brno : Cesta 1994. ISBN 80-85139-29-2
- HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ, S.: *Vnímání osobní účinnosti dětí předškolního věku*. FFUK – dizertační práce, 2004. Pas publié.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Já a Ty*. 1ère éd. Praha: Avicenum 1986. ISBN 08-042-86
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. 3ème éd. Praha: Avicenum 2002. ISBN 80-7178-642-X

- 
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1.éd. Praha: Avicenum 1985. ISBN 08-032-85
  - KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 1.éd. Praha: Portal 2001. ISBN 80-7178-551-2
  - KÜBLER-ROSS, E. : *Hovory s umírajícími*. 2.éd. Praha: Signum Unitatis 1992. ISBN 80-85439-04-2
- 
- KULIŠŤÁK, P.: *Neuropsychologie*. 1. éd. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-554-7
  - LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, H.: *Vývojová psychologie*. 1. éd. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-195-X
  - LANGMEIER, J, MATĚJČEK, Z. : *Psychická deprivace v dětství*. 2ème éd. Praha: SZN 1968. ISBN 08-063-68
  - MATĚJČEK, Z. : *Co děti navíc potřebují*. Praha : Portál 1994. ISBN 80-7178-006-5
  - MATĚJČEK, Z. : *Rodiče a děti*. Praha : Avicenum 1986. ISBN 08-011-86
  - MATĚJČEK, Z. : *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. éd. Jinočany : H&H 2001. ISBN 80-86022-92-7
  - MATĚJČEK, Z. : *Riziko a resilience*. *Československá psychologie*, ročník XI,II, číslo 2, 1998 p. 97-105
  - MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. : *Závěrečná zpráva projektu : Ochrana duševního zdraví osob vystavených v dětství prokazatelnému psychosociálnímu riziku*. Praha : PCP 2001. Pas publié.
  - MIKŠÍK, O. : *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1ère éd. Praha: Karolinum 2001. ISBN 80-246-0240-7
  - NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. 1ère éd. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-197-5
  - PLAMÍNEK, J. : *Řešení konfliktů a umění rozhodovat*. 1ère éd. Praha: Argo 1994. ISBN 80-85794-14-4
  - ŠOLCOVÁ, I.: ~~*Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey*~~. Praha 1995.
- 
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol.: *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. 1ère éd. Praha: Grada 2004. ISBN 80-247-0888-4
  - VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. 2<sup>ème</sup> éd. Praha: Karolinum 1999. ISBN 80-7184-929-4

**Pages web:**

[www.agora.com](http://www.agora.com)

[www.bice.org](http://www.bice.org)

[www.educ.be/pages/travaux/resilience.htm](http://www.educ.be/pages/travaux/resilience.htm)

(un travail de Claudine Desmecht, 2003, téléchargé le 15 février 2005)

---

[www.enseignants.com/ressources/entretiens/nathan/ecole\\_resilience.htm](http://www.enseignants.com/ressources/entretiens/nathan/ecole_resilience.htm)

[www.observatoire-resilience.org](http://www.observatoire-resilience.org)

[www.observatoire-resilience.org/resilience.htm](http://www.observatoire-resilience.org/resilience.htm)

[www.projectresilience.com](http://www.projectresilience.com)

[www.reseau-respect.ch/boriscyrulnikreconstructeur.htm](http://www.reseau-respect.ch/boriscyrulnikreconstructeur.htm) (téléchargé le 5 septembre 2003)

[www.theses.ulaval.ca/2004/21485/pr1.html](http://www.theses.ulaval.ca/2004/21485/pr1.html) (téléchargé le 5 septembre 2003)

[www.vulgaris-medical.com/textr/resilien.html](http://www.vulgaris-medical.com/textr/resilien.html) (téléchargé le 5 septembre 2003)

[www.webdlambert.com/dossier-resilience.html](http://www.webdlambert.com/dossier-resilience.html)

---

---

---

# VIII LES ANNEXES

## ANNEXE 1 : Le questionnaire PVS

V tomto dotazníku jsou uvedena některá tvrzení, se kterými můžete buď souhlasit, nebo nesouhlasit.

Každý výrok si, prosíme, pozorně přečtete a zakroužkovaním jedné z čísel podle dále uvedené stupnice zaznamenejte, nakolik dané tvrzení souhlasí s Vaším názorem.

0	.....	VŮBEC NESOUHLASÍ
1	.....	ČÁSTEČNĚ SOUHLASÍ
2	.....	SPÍŠE SOUHLASÍ
3	.....	ROZHODNĚ SOUHLASÍ

Čas na vyplnění dotazníku není nikterak omezen, pracujte však, prosíme, rychle a u žádné z položek se zbytečně nezastavujte.

1.	Často se probouzím s velkou chutí navázat na činnosti včerejšího dne .....	0	1	2	3
2.	Líbí se mi, když je moje práce velmi rozmanitá .....	0	1	2	3
3.	Můj vedoucí nebo nadřízení většinou naslouchají mým názorům .....	0	1	2	3
4.	Člověk se může většinou budoucích problémů vyhnout tím, že si věci naplánuje .....	0	1	2	3
5.	Obvykle mám pocit, že tím, co udělám dnes, mohu změnit to, co by se mohlo stát později .....	0	1	2	3
6.	Je mi nepříjemné, musím-li něco měnit na svých každodenních zvyklostech .....	0	1	2	3
7.	Ať se snažím sebevíc, stejně ničeho nedosáhnou .....	0	1	2	3
8.	Stěží si dovedu představit, že by někoho vzrušovala práce .....	0	1	2	3
9.	Při jakékoli činnosti platí, že nejlepší způsob je ten, který se již osvědčil .....	0	1	2	3
10.	Změnit názor mého manželského partnera mi připadá téměř nemožné .....	0	1	2	3
11.	Ti, kteří pracují jen aby se užívali, nejsou většinou než manipulování svými vedoucími .....	0	1	2	3
12.	Neměly by se zavádět žádné zákony, které by mohly poškodit příjmy pracujících .....	0	1	2	3
13.	Když se člověk vdá/ožení a založí rodinu, ztrácí možnost svobodného rozhodování .....	0	1	2	3
14.	Člověk se může dít sebevíc, stejně ve skutečnosti svých cílů nedosáhne .....	0	1	2	3
15.	Na úsudek toho, kdo málokdy změní svůj názor, se obvykle můžeme spolehnout .....	0	1	2	3
16.	Myslím si, že většina z toho, co se v životě stane, se prostě stát mělo .....	0	1	2	3
17.	V podstatě nezáleží na tom, jak usilovně člověk pracuje; stejně z toho mají prospěch jen jeho nadřízení .....	0	1	2	3
18.	Nemám rád rozhovory s lidmi, kteří sami nemají jasno v tom, co vlastně chtějí říci .....	0	1	2	3
19.	Velké úsilí se většinou nevyplácí; stejně nikdy nic nedopadne dobře .....	0	1	2	3
20.	Nejvíce mne vzrušuje to, co prožívám ve své fantazii ..	0	1	2	3
21.	Neodpovídám nikomu na otázky, dokud mi není zcela jasné, na co se vlastně ptá .....	0	1	2	3

0	.....	VŮBEC NESOUHLASÍ
1	.....	ČÁSTEČNĚ SOUHLASÍ
2	.....	SPÍŠE SOUHLASÍ
3	.....	ROZHODNĚ SOUHLASÍ

22.	Když už si něco naplánuji, jsem si jist, že to také dokážu uskutečnit .....	0	1	2	3
23.	Na svou práci se opravdu těším .....	0	1	2	3
24.	Jsem-li do něčeho skutečně zabrán, nevadí mi, když mě někdo požádá, abych chvíli dělal něco jiného .....	0	1	2	3
25.	Když se v práci zabývám nějakým obtížným úkolem, poznám, kdy potřebuji požádat o pomoc .....	0	1	2	3
26.	Je pro mne vzrušující dozvědět se něco o sobě .....	0	1	2	3
27.	Jsem rád s lidmi, jejichž chování nelze snadno předvídat .....	0	1	2	3
28.	Obvykle mi připadá velmi těžké změnit názor mého přítele/mé přítelkyně .....	0	1	2	3
29.	Myslet na sebe jako na svobodnou bytost vyvolává v člověku jen frustraci a pocit nespokojenosti .....	0	1	2	3
30.	Vadí mi, když něco neočekávaného naruší mé každodenní zvyklosti .....	0	1	2	3
31.	Když udělám chybu, mohu už jen málo udělat k její nápravě .....	0	1	2	3
32.	Nepocituji žádnou potřebu se v práci maximálně snažit; stejně je to nakonec jedno .....	0	1	2	3
33.	Respektuji pravidla, protože mne svým způsobem vedou .....	0	1	2	3
34.	Jedním z nejlepších způsobů, jak zvládat většinu problémů, je prostě na ně nemyslet .....	0	1	2	3
35.	Myslím si, že dobří atleti se již jako dobří sportovci narodili .....	0	1	2	3
36.	Nemám rád, když jsou věci neurčité nebo nepředvídatelné .....	0	1	2	3
37.	Společnost by měla plně finančně zajistit ty, kteří odvádějí své maximum .....	0	1	2	3
38.	Většina mého života přichází nazmar tím, že dělám věci, které postrádají jakéhokoli smyslu .....	0	1	2	3
39.	Velmi často se v sobě skutečně nevyznám .....	0	1	2	3
40.	Nevidím žádný přínos v teoriích, které nemají bezprostřední vztah k faktům .....	0	1	2	3
41.	Normální, obyčejná práce je prostě příliš nudná, než aby stálo za to jí dělat .....	0	1	2	3
42.	Když se na mne někdo rozzlobí, obvykle k tomu nemá dostatečný důvod .....	0	1	2	3
43.	Vadí mi změny v zaběhnutých zvyklostech .....	0	1	2	3
44.	Stěží uvěřím lidem, kteří mi říkají, že jejich práce představuje hodnotu pro společnost .....	0	1	2	3
45.	Mám pocit, že když mi chce někdo ublížit, nemohu mu v tom dost dobře zabránit .....	0	1	2	3
46.	Můj život není většinou příliš vzrušující .....	0	1	2	3
47.	Myslím, že lidé mluví o jedinečnosti člověka jen proto, aby udělali dojem na ostatní .....	0	1	2	3
48.	Když mi v práci někdo něco vytkne, obvykle to bývá neodpodstatněné .....	0	1	2	3
49.	Chtěl bych mít jistotu, že se o mne ve stáří bude někdo starat .....	0	1	2	3
50.	Nejsem to my sami, ale jiní, kdo řídí naše životy .....	0	1	2	3



oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

7. Votre métier actuel ?

a) salarié(e)

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

b) libéral(e)

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

8. Avez-vous des activités bénévoles ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

---

9. Avez-vous un animal de compagnie dans votre foyer ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

*Nous vous remercions d'avoir rempli l'introduction du formulaire. Nous vous prions de vous concentrer sur les questions suivantes. Certaines parmi elles concernent juste une période restreinte de la vie (p.ex. l'enfance ou la vie commune avec les parents), d'autres sont plus universelles. Pour répondre à ces questions utilisez une de possibilités oui/non, et ceci même si vous avez l'impression qu'aucune réponse marquée ne vous convient tout à fait. Le formulaire est construit exprès de telle sorte qu'il n'y ait pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses.*

1. Avez vous observé attentivement le comportement de vos parents ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

2. Dans le cas où vous avez eu des problèmes avec un type de comportement précis de vos parents, est-ce que sa connaissance vous a aidé pour que ce comportement ne vous blesse plus ?

Oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

3. La solitude vous apportait elle du réconfort ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

---

4. Avez-vous compensé des problèmes éventuels dans votre famille par un attachement à d'autres personnes qui vous aimaient ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

---

5. Recherchez-vous l'attention positive de la part de vos parents ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

VIII Les annexes

---

6. Recherchez-vous également l'attention positive d'autres adultes dans votre voisinage ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

7. Avez-vous été engagé à votre demande dans des activités créatives hors de votre famille ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

8. Avez-vous passé beaucoup de temps dans des jeux basés sur l'imagination ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

9. Avez-vous décidé d'être différent de vos parents à l'âge adulte ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

10. Aviez-vous l'impression d'un malaise dans votre famille ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

11. Etiez-vous capable de rester calme devant vos parents même si vous vous sentiez attaqué ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

12. Avez-vous regardé avec optimisme l'avenir et votre indépendance personnelle ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

13. Quand vous avez senti quelqu'un proche de vous, vous avez pu établir facilement le contact ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

---

14. Certaines de vos amitiés vous ont-elles aidé à vous détacher de la douleur et de la déception que vous avez vécues ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

15. Etiez-vous un/une bon/ne élève ou étudiant/e ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

16. Quand vous avez rencontré des problèmes, avez-vous réfléchi à leurs solutions possibles en gardant votre sang froid ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

---

17. Vous êtes-vous adonné à un type d'art ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

18. Avez-vous su exprimer ouvertement dans l'art votre blessure intérieure ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

19. Êtes-vous très attaché/e à des valeurs comme la pitié, la justice, la loyauté et l'honnêteté ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

20. Suivez-vous le principe d'être « bon/ne » ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

21. Avez-vous tendance à admettre votre faute plutôt que de la rejeter sur les autres ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

22. Croyez-vous que votre enfance vous a fourni de bonnes bases pour pouvoir former votre propre opinion sur les choses ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

---

23. Cherchez-vous les occasions de réveiller le sens de la famille dans la génération contemporaine ?

---

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

24. Considérez-vous les rituels comme importants et utilisez-vous les fêtes et les traditions pour renforcer vos liens amicaux ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

25. Êtes-vous engagé dans un projet commun qui a pour but une amélioration précise ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

26. Votre carrière constitue-t-elle le sens et le guide de votre vie ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

---

27. Etes-vous capable de rire de vos difficultés ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

28. Savez-vous utiliser l'humour pour vous sortir d'une mauvaise humeur ou pour dissoudre la tension entre vous et les autres ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

29. Le service fait-il partie de vos activités quotidiennes ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

30. Etes-vous capable de risquer votre confort et peut-être aussi votre sécurité pour un acte dont vous êtes persuadé qu'il est juste ?

oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

*Nous vous remercions d'avoir complété le formulaire R7. Pourriez-vous avoir l'amabilité de nous le renvoyer soit par le courrier électronique soit par la poste à l'adresse ci-jointe et ceci avant la fin de 2004.*

*Marquez également quelle forme de contact suivant va vous convenir le mieux pour l'interview final : rencontre personnelle, une des formes Internet (e-mail, msn) ou par courrier.*

---

*Passez une agréable journée !*

### **ANNEXE 3 : L'Interview**

*Cet entretien est la deuxième et dernière partie de notre étude. Il est divisé en plusieurs parties pour une meilleure organisation. Egalement comme dans le cas du Formulaire R7, vous avez le droit de ne pas répondre si la question vous dérange. Nous sommes reconnaissants pour votre participation et vous remercions pour votre temps.*

#### A) Enfance

- 1) Votre famille était-elle et est-elle maintenant dans vos souvenirs une source de réconfort et de soutien?
- 2) Avez-vous grandi dans une famille complète, incomplète ou complétée ?
- 3) Avez-vous eu au moins une personne chez la quelle vous avez pu venir vous cacher, demander de l'aide et qui vous a toujours encouragé ?
- 4) Qui avait le plus grand pouvoir sur vous pendant votre enfance ?

#### B) Adolescence

- 1) Etiez-vous plutôt un leader, vers lequel venaient les autres ?
- 2) Aviez-vous plutôt de bons amis ou des amis superficiels ?
- 3) Quels étaient vos modèles et idéaux à cette période ?
- 4) Quels étaient vos goûts et avec quelle intensité les avez-vous pratiqués ? (le sport, jouer d'un instrument de musique, un cercle...)
- 5) De quoi avez-vous rêvé pour votre futur ? Qu'avez-vous désiré ?

---

#### C) Etudes

---

- 1) Avez-vous menés vos études avec une joie et aisance ?
- 2) Quels autres intérêts aviez-vous pendant vos études ?

#### D) Emploi

- 1) Quel emploi occupiez-vous d'origine ?

E) Relations partenaires

- 1) Aviez-vous une liaison sérieuse avant l'accident/maladie ?

---

F) Accident, maladie

- 1) Quel âge aviez-vous quand l'événement à cause duquel vous êtes actuellement sur le fauteuil vous est arrivé ?
- 2) Pourriez-vous décrire brièvement ce qui s'est passé ?
- 3) En regardant en arrière, réfléchissez-vous au responsable de l'accident ?
- 4) Comment vos parents ont-ils réagi à l'événement ?
- 5) Comment ont réagi votre partenaire et vos enfants ? (répondez juste au cas où vous aviez un partenaire/une partenaire ou des enfants)
- 6) Comment vos amis ont-ils réagi ? Avez-vous de bons amis ?
- 7) Et l'employeur ? Comment a-t-il réagi ?
- 8) Combien de temps a duré votre guérison et votre rééducation ? (Nous pensons au temps qui s'est écoulé entre le jour de l'événement jusqu'au jour où vous avez quitté l'établissement de la rééducation.)
- 9) Nous sommes sûrs que devoir construire une nouvelle vie est une tâche très difficile. Est-ce que vous aviez quelqu'un à qui vous avez pu demander de l'aide ou du soutien psychique ? Avez-vous su demander de l'aide ?
- 10) Combien de temps a duré votre adaptation personnelle avec la nouvelle situation ?
- 11) Qu'est-ce qui représentait pour vous un obstacle, qu'est-ce qui a rendu l'adaptation la plus compliquée ?
- ~~12) Qu'est-ce qui vous a au contraire aidé ?~~
- 13) Qui est ce qui vous servait de soutien, d'appui dans les moments difficiles après l'accident/la maladie ?
- 14) Avez-vous connu des périodes de désespoir ?
- 15) La situation dans laquelle vous vous êtes retrouvés n'est pas facile. Est-ce que vous aviez eu le sentiment qu'une telle vie dépasse vos forces intérieures ?

G) Nouvelle vie après l'accident/la maladie

- 1) Quelles sont vos occupations actuelles ? (p.ex. membre d'un conseil, d'une association, le journaliste)
  - 2) Où travaillez-vous maintenant ? (seulement s'il/elle a affirmé travailler dans le formulaire R7)
  - 3) Vous êtes satisfait/e de votre emploi ?
- 
- 4) (s'il/elle a donné une réponse positive à la question de bénévolat) Où vous êtes-vous engagé/e comme bénévole ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?
  - 5) Avez-vous découvert en vous un nouveau talent après l'événement ?
  - 6) Qu'est-ce qui vous a aidé à retourner dans la vie active ?
  - 7) Pourrait-on dire qu'en liaison avec l'événement vous avez commencé une activité intéressante que vous n'auriez pas découverte si l'événement ne s'était pas passé ?
  - 8) Vous souvenez-vous d'un vice qui est devenu partie de votre vie après l'accident/maladie et que vous aimeriez supprimer ?
  - 9) Pratiquez-vous un sport en amateur ou en compétition ?

H) Futur

- 1) Que craignez-vous le plus dans le futur ?
  - 2) Que désireriez-vous atteindre ? (que ce soit dans la vie privée ou professionnelle)
- I) Pour remonter le moral aux autres (votre témoignage seul peut servir comme soutien aux gens qui se retrouvent dans une situation semblable à la votre)
- 1) En vous appuyant sur vos propres expériences, que conseilleriez-vous à ceux qui se retrouveront dans une situation pareille?
  - 2) Que croyez-vous essentiel pour accepter et gérer leur nouvelle situation aussi bien que vous ?
- 
- 3) Et au contraire, devant quoi pourriez-vous les avertir ?
- 

Nous vous remercions pour votre temps et votre disponibilité et vous souhaitons une agréable journée !

## ***ANNEXE 4 : Les entretiens oraux***

A cause de son grand volume, le tableau des entretiens oraux est joint sur un CD-ROM dans la pochette de la reliure.

---

---

---

## **Abstrakt rigorózní práce**

Resilience je neopominutelná životní realita, všudypřítomná v Bibli, v pohádkách a legendách všech kultur. Ve francouzské psychologii se jedná o velmi aktuální a diskutovanou problematiku v posledních sedmi letech. V anglosaském světě je známa o něco déle. V České republice zůstává resilience okrajovým tématem, především z důvodu jazykové bariéry pramenů. Profesor Matějček uvedl v roce 1998 tento koncept do české psychologie krátkým článkem v psychologickém časopise „Československá psychologie“, ročník XLII, číslo 2, 1998, s. 97-105.

Resilienci bychom mohli definovat společně s M. Rutterem jakožto : *« Resilience je fenomén, který se objevuje u mladých jedinců, vyvíjejících se zdárně i přes to, že prožili takový stres, který pro běžnou populaci představuje závažné riziko negativních důsledků. »*

V naší rigorózní práci bychom chtěli přestavit tento koncept, jeho historii, definice a některá praktická využití. Zaměřili jsme se především na studii resilience jedinců s pohybovým postižením následkem úrazu nebo nemoci.

Teorická část rigorózní práce má za úkol představit historické pozadí a teoretické základy konceptu resilience, ospravedlnit zařazení úrazu a nemoci mezi zátěžové situace a popsat mechanismy vyrovnávání se s těmito situacemi. Dále se zabývá definicemi handicapu a podrobně se věnuje psychologii pohybového postižení. S pomocí svědectví našich probandů se snažíme o popis rozdílů v životě postiženého jedince před a po Sametové revoluci, která se udála v bývalém Československu v roce 1989. Tato sonda slouží pro přesnější analýzu ~~výpovědí účastníků výzkumu. První část rigorózní práce vytváří teoretický rámec pro část~~ druhou: výzkum.

Cílem výzkumu je co nejpřesnější pohled na resilienci pohybově postižených jedinců, zvláště pochopení psychologických aspektů jejich nové situace a aktivit. Chtěli jsme také poukázat na známky jejich dobré adaptace na úraz. Pro popis nejužívanějších oblastí zdrojů resilience handicapovanými resilientními jedinci jsme zvolili kvantitativní metodu. Tu jsme pro naše potřeby vytvořili a osvědčila se. Její možné širší využití je třeba ověřit dalšími

studiemi. Dále jsme s každým účastníkem vedli rozhovor, jehož cílem bylo lépe pochopit daný výběr zdrojů resilience a nalézt odpovědi na naše výzkumné otázky.

Kvalitativním zpracováním údajů jsme dospěli ke vztahu mezi úzkou vazbou s blízkou osobou v dětství, schopností vytvářet pevné vztahy s druhými lidmi v průběhu celého života a lidmi, jakožto zdroji resilience postižených lidí. Dále se objevil i reciproční vztah, tedy souvislost mezi absencí úzké vazby s blízkou osobou v dětství, sníženou schopností vytvářet pevné vztahy s druhými v průběhu života a preferencí neživých zdrojů resilience, jako například aktivity. V poslední kapitole výzkumu se věnujeme oblasti umění a na základě získaných svědectví poukážeme na tři roviny možného uchopení umění a kultury handicapovaným jedincem. Důraz je kladen na využití umění a kultury pro posílení resilience jedince.

Při srovnávání našich výsledků o oblastech zdrojů resilience s jinými dostupnými studiemi jsme dospěli k závěru, že tyto oblasti jsou v podstatě shodné. Některé rozdíly jsou dány specificitou situace tělesného postižení. Můžeme ale vyslovit závěr o resilienci, jakožto schopnosti uplatnitelné v rozličných situacích. Abychom mohli učinit nějaké závěry o její univerzálnosti, bude třeba uskutečnit další výzkumy.

Tématu resilience se budu věnovat dále, a to ve své doktorantské práci: „Mezigenerační přenos attachmentu v rodinách s resilientním rodičem“ pod vedením profesorky Marie Anaut ve Francii.

## Résumé du mémoire rigoureux

La résilience est une réalité incontournable de la vie, omniprésente dans la Bible, dans les contes et légendes de toutes les cultures. En psychologie, la résilience est une problématique très actuelle et discutée en France dans les dernières sept années. Le monde anglophone la connaît un peu plus longtemps. En République Tchèque, la résilience reste un thème assez auxiliaire à cause de la barrière de langue. En 1998, Professeur Matějček a introduit ce concept dans la psychologie tchèque par un court article dans la revue scientifique de psychologie « Československá psychologie » (XLII, No. 2, 1998, p. 97-105).

Nous pouvons définir la résilience avec Rutter, M. (1993, in Manciaux, 2000, p. 81) comme :  
*« La résilience est un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables. »*

Dans notre mémoire rigoureux, nous voulons présenter ce concept, son histoire ainsi que ses définitions et ses différents concepts pratiques. Nous nous sommes concentrés surtout à l'étude de la résilience des sujets handicapés moteur à la suite d'un accident ou d'une maladie.

La partie théorique a pour le but de présenter les fondements historiques et les bases théoriques du concept de résilience, de classer un accident ou une maladie parmi les situations difficiles et décrire les différents mécanismes d'adaptation. Puis, elle définit le handicap et elle s'intéresse plus en détail à la psychologie du handicap moteur. A l'aide des témoignages recueillis, nous décrivons les différences de la vie avant et après la révolution de velours en 1989 qui a eu lieu en ancienne Tchécoslovaquie, pour pouvoir examiner les témoignages des sujets dans notre recherche. La première partie forme ainsi un cadre théorique pour la deuxième partie : la recherche.

Le but de cette recherche est de proposer un point de vue le plus complexe possible sur la résilience des sujets handicapés, en particulier la compréhension des aspects psychologiques de leur situation et d'activités actuelles, et de montrer les signes d'une bonne adaptation à leur handicap. Nous avons choisi une méthode quantitative pour décrire quelles ressources de la

résilience sont le plus utilisées par notre ensemble des sujets handicapés résilients. La méthode a été créée pour les besoins de cette recherche. Elle a fait preuve de son utilité dans notre cas. Sa future utilisation devra être prouvée par d'autres recherches. Puis, à l'aide de l'entretien oral avec chaque participant, nous voulions comprendre mieux leur choix des ressources et répondre à nos questions de recherche.

---

En traitant les données de manière qualitative, nous avons trouvé une liaison entre la relation proche avec une personne dans l'enfance, la capacité de former des liens forts avec d'autres personnes au cours de la vie et les ressources humaines, animées de la résilience des sujets handicapés. De même, cette liaison peut être formée entre l'absence de relation proche avec une personne dans l'enfance, une capacité baissée de former des liens forts avec d'autres personnes au cours de la vie et la préférence des ressources inanimées de la résilience, comme une activité. Le dernier chapitre de la recherche touche le domaine de la culture et de l'art. En nous appuyant sur les données recueillies, nous présentons les trois niveaux d'approche d'une personne en situation de handicap face à la culture et à l'art.

En comparant nos résultats sur les domaines des ressources de la résilience de nos sujets avec d'autres recherches, nous pouvons affirmer qu'ils ont été semblables. Quelques différences sont dues à la spécificité de la situation du handicap moteur. Nous pouvons en conclure que la résilience est une capacité applicable aux différentes situations. Pour en conclure sur son universalité, il faudrait effectuer d'autres recherches.

Je désire poursuivre le sujet de la résilience dans l'optique transgénérationnelle au cours de mes études doctorales en France sous la direction de Professeur Anaut.

---

---

---

## **Abstrakt rigorózní práce**

Resilience je neopominutelná životní realita, všudypřítomná v Bibli, v pohádkách a legendách všech kultur. Ve francouzské psychologii se jedná o velmi aktuální a diskutovanou problematiku v posledních sedmi letech. V anglosaském světě je známa o něco déle. V České republice zůstává resilience okrajovým tématem, především z důvodu jazykové bariéry pramenů. Profesor Matějček uvedl v roce 1998 tento koncept do české psychologie krátkým článkem v psychologickém časopise „Československá psychologie“, ročník XLII, číslo 2, 1998, s. 97-105.

Resilienci bychom mohli definovat společně s M. Rutterem jakožto : *« Resilience je fenomén, který se objevuje u mladých jedinců, vyvíjejících se zdárně i přes to, že prožili takový stres, který pro běžnou populaci představuje závažné riziko negativních důsledků. »*

V naší rigorózní práci bychom chtěli přestavit tento koncept, jeho historii, definice a některá praktická využití. Zaměřili jsme se především na studii resilience jedinců s pohybovým postižením následkem úrazu nebo nemoci.

Teorická část rigorózní práce má za úkol představit historické pozadí a teoretické základy konceptu resilience, ospravedlnit zařazení úrazu a nemoci mezi zátěžové situace a popsat mechanismy vyrovnávání se s těmito situacemi. Dále se zabývá definicemi handicapu a podrobně se věnuje psychologii pohybového postižení. S pomocí svědectví našich probandů se snažíme o popis rozdílů v životě postiženého jedince před a po Sametové revoluci, která se udála v bývalém Československu v roce 1989. Tato sonda slouží pro přesnější analýzu výpovědí účastníků výzkumu. První část rigorózní práce vytváří teoretický rámec pro část druhou: výzkum.

Cílem výzkumu je co nejpřesnější pohled na resilienci pohybově postižených jedinců, zvláště pochopení psychologických aspektů jejich nové situace a aktivit. Chtěli jsme také poukázat na známky jejich dobré adaptace na úraz. Pro popis nejužívanějších oblastí zdrojů resilience handicapovanými resilientními jedinci jsme zvolili kvantitativní metodu. Tu jsme pro naše potřeby vytvořili a osvědčila se. Její možné širší využití je třeba ověřit dalšími

studiemi. Dále jsme s každým účastníkem vedli rozhovor, jehož cílem bylo lépe pochopit daný výběr zdrojů resilience a nalézt odpovědi na naše výzkumné otázky.

Kvalitativním zpracováním údajů jsme dospěli ke vztahu mezi úzkou vazbou s blízkou osobou v dětství, schopností vytvářet pevné vztahy s druhými lidmi v průběhu celého života a lidmi, jakožto zdroji resilience postižených lidí. Dále se objevil i reciproční vztah, tedy souvislost mezi absencí úzké vazby s blízkou osobou v dětství, sníženou schopností vytvářet pevné vztahy s druhými v průběhu života a preferencí neživých zdrojů resilience, jako například aktivity. V poslední kapitole výzkumu se věnujeme oblasti umění a na základě získaných svědectví poukazujeme na tři roviny možného uchopení umění a kultury handicapovaným jedincem. Důraz je kladen na využití umění a kultury pro posílení resilience jedince.

Při srovnávání našich výsledků o oblastech zdrojů resilience s jinými dostupnými studiemi jsme dospěli k závěru, že tyto oblasti jsou v podstatě shodné. Některé rozdíly jsou dány specificitou situace tělesného postižení. Můžeme ale vyslovit závěr o resilienci, jakožto schopnosti uplatnitelné v rozličných situacích. Abychom mohli učinit nějaké závěry o její univerzálnosti, bude třeba uskutečnit další výzkumy.

Tématu resilience se budu věnovat dále, a to ve své doktorantské práci: „Mezigenerační přenos attachmentu v rodinách s resilientním rodičem“ pod vedením profesorky Marie Anaut ve Francii.

## Résumé du mémoire rigoureux

La résilience est une réalité incontournable de la vie, omniprésente dans la Bible, dans les contes et légendes de toutes les cultures. En psychologie, la résilience est une problématique très actuelle et discutée en France dans les dernières sept années. Le monde anglophone la connaît un peu plus longtemps. En République Tchèque, la résilience reste un thème assez auxiliaire à cause de la barrière de langue. En 1998, Professeur Matějček a introduit ce concept dans la psychologie tchèque par un court article dans la revue scientifique de psychologie « Československá psychologie » (XLII, No. 2, 1998, p. 97-105).

Nous pouvons définir la résilience avec Rutter, M. (1993, in Manciaux, 2000, p. 81) comme :  
*« La résilience est un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables. »*

Dans notre mémoire rigoureux, nous voulons présenter ce concept, son histoire ainsi que ses définitions et ses différents concepts pratiques. Nous nous sommes concentrés surtout à l'étude de la résilience des sujets handicapés moteur à la suite d'un accident ou d'une maladie.

La partie théorique a pour le but de présenter les fondements historiques et les bases théoriques du concept de résilience, de classer un accident ou une maladie parmi les situations difficiles et décrire les différents mécanismes d'adaptation. Puis, elle définit le handicap et elle s'intéresse plus en détail à la psychologie du handicap moteur. A l'aide des témoignages recueillis, nous décrivons les différences de la vie avant et après la révolution de velours en 1989 qui a eu lieu en ancienne Tchécoslovaquie, pour pouvoir examiner les témoignages des sujets dans notre recherche. La première partie forme ainsi un cadre théorique pour la deuxième partie : la recherche.

Le but de cette recherche est de proposer un point de vue le plus complexe possible sur la résilience des sujets handicapés, en particulier la compréhension des aspects psychologiques de leur situation et d'activités actuelles, et de montrer les signes d'une bonne adaptation à leur handicap. Nous avons choisi une méthode quantitative pour décrire quelles ressources de la

résilience sont le plus utilisées par notre ensemble des sujets handicapés résilients. La méthode a été créée pour les besoins de cette recherche. Elle a fait preuve de son utilité dans notre cas. Sa future utilisation devra être prouvée par d'autres recherches. Puis, à l'aide de l'entretien oral avec chaque participant, nous voulions comprendre mieux leur choix des ressources et répondre à nos questions de recherche.

---

En traitant les données de manière qualitative, nous avons trouvé une liaison entre la relation proche avec une personne dans l'enfance, la capacité de former des liens forts avec d'autres personnes au cours de la vie et les ressources humaines, animées de la résilience des sujets handicapés. De même, cette liaison peut être formée entre l'absence de relation proche avec une personne dans l'enfance, une capacité baissée de former des liens forts avec d'autres personnes au cours de la vie et la préférence des ressources inanimées de la résilience, comme une activité. Le dernier chapitre de la recherche touche le domaine de la culture et de l'art. En nous appuyant sur les données recueillies, nous présentons les trois niveaux d'approche d'une personne en situation de handicap face à la culture et à l'art.

En comparant nos résultats sur les domaines des ressources de la résilience de nos sujets avec d'autres recherches, nous pouvons affirmer qu'ils ont été semblables. Quelques différences sont dues à la spécificité de la situation du handicap moteur. Nous pouvons en conclure que la résilience est une capacité applicable aux différentes situations. Pour en conclure sur son universalité, il faudrait effectuer d'autres recherches.

Je désire poursuivre le sujet de la résilience dans l'optique transgénérationnelle au cours de mes études doctorales en France sous la direction de Professeur Anaut.

---

---

---

**ERRATA**

**MEMOIRE RIGOUREUX : HANDICAP DANS LA LUMIERE DE LA RESILIENCE**

**PETRA IBLOVA**

p. 191 : Le chapitre manque la mention de la source : Iblova, 2005, p. 14-18

---

---

---