

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

**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

**En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique**

## **Thème**

**Le stress chez les mères des enfants trisomiques 21**

**Etude de 08 cas de centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux « Ihedaden »**

**Réalisé par :**

**M<sup>elle</sup> : HAMITOUCHE Rebiha**

**Encadré par :**

**M<sup>r</sup> : LABOUDI Fatih**

**Année universitaire : 2012-2013**

# Remerciements

*Tout d'abord, j'aimerais remercier dieu le tout puissant, de m'avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à ce travail.*

*J'adresse mes vifs remerciement à notre promoteur Mr Laboudi Fatih, qui à contribuer à la réalisation de ce mémoire, pour m'avoir honorée on acceptant de diriger ce travail et pour ses orientations et ses conseils.*

*Je tiens à formuler ma gratitude et ma profonde reconnaissance à l'égard de mes parents pour leur soutien durant mes études.*

*Aux membres de jury qui vont évaluer ce modeste travail.*

*Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à tout le personnel du centre médico-pédagogique pour les inadaptés mentaux de Bejaïa pour leur coopération et leur aide ainsi que leur disponibilité tout particulièrement le président de ce centre Mr Abid et la psychologue M<sup>me</sup> Boumraou d'avoir misent à notre disposition les informations nécessaires pour rédiger ce petit projet.*

*Enfin, je tien à remercier tous ceux ou celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

**MERCI A VOUS TOUS.**

# DEDICACE

*Je dédie ce mémoire*

*A mes très chers parents pour leurs amours, leurs encouragements et surtout pour leurs sacrifices tout au long de ma carrière. Que dieu les protèges et les garde en bonne santé.*

*A mes chers et adorables frères : SALAH « DADA HAMOU » et ALLAOUA « ALALA ».*

*A mes adorables sœurs : ZAHIA, AKRI, ZAHOUA, FATIHA, NAIMA ET leurs époux,*

*A ma petite sœur KAHINA que j'adore.*

*A mes neveux et mes nièces : MISSIPSA, KAMEL, YANIS, MASSINISSA, MASSILYA, LINA, THANINA, et surtout a la petite SINYA.*

*A mes copines : SABRINA, SIHEM, NABILA, AICHA, BAHIDJA, SOUHILA, MERYAM, NOURIA, LYDIA, SONIA,.....*

*A mes amis : KARIM, IMAD, ZAHIR, MAHFOUD, HACEN, FAHIM....*

*A mon cousin SALIM*

*A tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.*

*H. REBIHA*

# SOMMAIRE

## Remerciements

## Dédicaces

Introduction générale.....	01
1- les objectifs de choix de thème.....	03
2- Problématique et hypothèses .....	04
3-Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	07

## PARTIE THEORIQUE

### Chapitre I: le stress

<b>Introduction.....</b>	<b>11</b>
1-Définition de stress.....	12
2-Historique de stress.....	12
3-Les types de stress.....	13
4- Les sources de stress.....	14
5- Les phases de stress.....	15
6- rôle de stress.....	16
7-Les symptômes de stress.....	16
8- Les théories de stress.....	18
A- Théories biologiques.....	18
B- Théories cognitives.....	18
C- Théories transactionnelles.....	20
9-Les médicaments de stress.....	21

10-les facteurs de stress.....	21
11-Les stratégies d'adaptation ou coping.....	22
<b>Conclusion.....</b>	<b>23</b>

## **Chapitre 1 : la trisomie 21**

<b>Introduction.....</b>	<b>25</b>
1- Définition .....	25
2-Historique .....	26
3-Les formes de la trisomie 21.....	27
4-La prise en charge de la trisomie21 .....	27
5-le traitement.....	30
<b>6-Le dépistage individuel de la trisomie 21 .....</b>	<b>32</b>
<b>7-Le développement cognitif et intellectuel.....</b>	<b>32</b>
8-Les facteurs de risque de la trisomie 21.....	37
9-Les Caractéristiques de l'enfant trisomique.....	38
10-La trisomie et problèmes de santé spécifiques .....	38
<b>Conclusion.....</b>	<b>39</b>

# **PARTIE PRATIQUE**

## **Chapitre III : méthodologie de la recherche**

<b>Introduction.....</b>	<b>42</b>
1- pré enquête.....	42
2- la démarche de la recherche.....	42
3- L'étude de cas .....	43
4- description de lieu de stage.....	43
5- l'échantillon d'étude.....	44
6- les techniques utilisées.....	46
7- les outils de la recherche .....	48
<b>Conclusion.....</b>	<b>50</b>

## **Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des résultats**

1- Présentations et analyses des résultats.....	52
2- discussion des hypothèses.....	77
Conclusion générale.....	80

## **Bibliographie**

## **Annexes**

# *Liste des tableaux*

### Liste des tableaux :

<b>N° de tableau</b>	<b>titre</b>	<b>page</b>
<b>Tableau N° 01</b>	Développement cognitif et comportemental des personnes atteintes du syndrome de Down.	20
<b>Tableau N°02</b>	Tableau récapitulatif des cas	45
<b>Tableau N°03</b>	le dépouillement de l'échelle	49



*Introduction*

*Générale*

### Introduction générale :

Chacun de nous rêve de construire une belle famille, cette famille magique sera plus belle avec l'arrivée des enfants qui remplissent la maison de joie et de bonheur. Mais imaginez-vous que cet enfant attendu soit un handicapé et plus précisément un trisomique 21 comment les parents et spécifiquement la mère reçoivent-elle cette nouvelle ?

La trisomie 21 est l'anomalie chromosomique la plus répandue qui nécessite une prise en charge particulière durant toute la vie. Les personnes atteintes de trisomie 21 présentent un retard mental et des irrégularités en matière de développement physique et cognitif.

La trisomie 21, aussi appelée syndrome de Down dans les pays anglo-saxons est la première aberration chromosomique décrite en 1959 par Lejeune et Coll.

Quand on parle de maladie on se trouve face à une réaction gênante traduite par des symptômes tels que la fatigue, les maux de tête, tristesse, crises de larmes etc. Cet événement est appelé stress.

Le stress, c'est la tension physique, mentale ou émotionnelle que nous ressentons lorsque la vie prend la plupart de notre énergie. Il fait partie de notre quotidien et nous sommes tous y exposés.

Le stress est devenu l'un des plus graves problèmes de notre société, quelle que soit sur le plan physique ou psychique de tout individu. Ce terme aussi important qu'il occupe les grands titres dans de nombreux articles et d'ouvrages scientifiques.

Avoir un enfant différent cela présente un grand choc pour ces parents et notamment pour sa mère traduit par un stress qui influe négativement sur sa santé physique et psychique.

Pendant notre recherche sur « le stress chez les mères des enfants trisomiques 21 », nous avons voulu voir si ces mères développent vraiment un stress et aussi évaluer

## Introduction générale

---

leurs niveaux de stress. Pour élaborer ce travail, nous avons divisé le plan de travail en deux parties : théorique et pratique.

Dans la partie théorique on a deux chapitres ; le premier chapitre est consacré à l'étude de la trisomie 21, son définition, l'historique et les formes de la trisomie 21, puis La prise en charge de la trisomie 21 et le traitement, et après nous avons abordé Le dépistage individuel de la trisomie 21 et Le développement cognitif et intellectuel, ainsi que les facteurs de risque de la trisomie 21 et Les Caractéristiques de l'enfant trisomique, à la fin de premier chapitre on a abordé la trisomie et problèmes de santé spécifiques. Le deuxième chapitre touche le concept de stress, définition de stress, l'historique, les types et les sources de stress ainsi que le rôle et les symptômes de stress, après on a abordé les différentes théories de stress, ces médicaments et les Facteurs de vulnérabilité qui contribuent au stress et à la pensée émotionnelle et enfin on a parlé de stratégies d'adaptation ou coping.

Alors que dans la partie pratique, nous présenterons le cadre méthodologique qui contient : le pré enquête, la démarche de la recherche, l'étude de cas, description de lieu de stage, ainsi que présentation de la population d'étude, enfin les techniques utilisées et les outils de la recherche. Nous illustrant notre mémoire par la Présentations et analyses des résultats. Et on a finir par la discussion des hypothèses afin de confirmé ou d'infirmé nos hypothèses cités au début de notre travail.

### Objectifs de choix de thème :

- ✚ Le but primordial dans notre recherche est d'aider les mères confrontées à la trisomie 21 de leurs enfants à mieux accepter ce handicap.
- ✚ Vous apporter notre expérience des mères d'enfants trisomiques.
- ✚ Mettre le lecteur au courant de ce que vivent ces mères, de leurs souffrances psychologiques vis-à-vis la trisomie de leurs enfants.
- ✚ Acquérir le maximum d'informations concernant le stress.
- ✚ montrer l'influence qu'exerce le stress sur les comportements de ces mamans dans la vie quotidienne.

*Problématique et  
Hypothèses*

### La problématique :

Pour toute famille, l'arrivée d'un enfant demeure un rêve extraordinaire qui change le climat possédant chaque maison qui attend cet invité désirée avant même qu'il ouvre ses yeux et vivre avec eux dans le même toit. Surtout pour la maman qui supporte tout pour avoir un enfant complet et en bonne santé. Mais l'annonce d'un médecin d'avoir un enfant trisomique reste un cauchemar insupportable et difficile à croire pour tout les membres de la famille : frères, sœurs les grands parents et beaucoup plus les parents.

De nos jours, on compte plusieurs maladies qui touchent les nouveaux nés avant ou après la naissance, et parmi ces anomalies, la trisomie 21 ou « syndrome de down ». Qui n'est pas une maladie mais une malformation congénitale ; elle est due à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>ème</sup> paire de chromosomes c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir au total 46 chromosomes, l'individu trisomique en possède 47. (Définition extraite de tiré de terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement).

Selon le dictionnaire de psychologie, la trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en 03 exemplaires au lieu de deux. Chez l'être humaine, on connaît plusieurs formes de trisomie, notamment celle qui affecte les chromosomes 13, 18, 21. la plus fréquente est la trisomie 21. c'est elle qui est responsable du mongolisme (sillamy, N.1999, p.270).

En Algérie, on compte 1 cas sur 1000 naissances, 2339 enfants trisomiques sont pris en charge dans les 82 centres médico-pédagogiques pour inadaptés mentaux, et plus de 900 autres sont dans des centres gérés par le mouvement associatif.

Les parents dont un enfant est atteint d'une maladie ou d'un handicap sont par ailleurs soumis au stress. Cela est notamment dû au manque d'information disponible sur ces maladies, mais aussi à l'isolement social vécu par les familles.

## La problématique et hypothèses

---

Le stress, c'est la tension physique, mentale ou émotionnelle que nous ressentons lorsque la vie prend la plupart de notre énergie. Il fait partie de notre quotidien et nous sommes tous y exposés.

Le stress est considéré comme le résultat de l'interaction entre le sujet et son Environnement.

En psychologie le stress est renvoyé aux « multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face(...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes ».

Cette notion de stress qui est abordé par plusieurs auteurs d'exemple de HANS SELYE, LAZARUS ET FOLKMAN.ces derniers décrivent le stress comme « le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excitant ses ressources et pouvant menacer son bien- être ». (Bruchon-Schweitzer.M, 2001, p68)

Le stress qui est considéré comme le nouveau malaise dans la civilisation. Plus de 100 000 articles et de 200 ouvrages ont été écrits à ce jour sur ce sujet, et récemment le bureau international du travail considérait que le «stress était devenu l'un des plus graves problèmes de notre temps, non seulement pour les individus dont il met en péril la santé physique et mentale, mais aussi pour les entreprises et les gouvernements». (Stora.J.B, 2003, p1).

Par cette recherche ont va tentés d'aborder la question de stress des mères lié à la trisomie 21 de leurs enfants en se réfèrent à la théorie cognitivo-comportementale qui semble la plus efficace pour ce genre de sujets, et sous l'ongle des chercheurs inspirés par cette théorie d'exemple de Hans Selye, Lazarus et Folkman.

Cette réaction de la mère nous amène à poser les questions suivantes :

- la mère de l'enfant trisomique manifeste – telle un stress ?

## **La problématique et hypothèses**

---

- quel est le degré du stress chez les mères ayant un enfant trisomique ?

### **Hypothèses :**

- Les mères des enfants trisomiques souffrent du stress.
- Le stress peut être d'un niveau élevé par rapport à ces mères.



### **Définition et opérationnalisation des concepts clés :**

#### **A. Définition des concepts clés :**

##### **1)- La trisomie 21**

La trisomie 21 ou syndrome de down, n'est pas une maladie mais une malformation congénitale, qui relève d'une aberration chromosomique. Elle est déclenchée par la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>ème</sup> paire de chromosomes. De ce fait la personne porteuse de la trisomie 21 ne possède pas 46 chromosomes comme toute personne ordinaire, mais 47. Ce syndrome se caractérise par une déficience mentale allant de moyenne à profonde, qui est le plus souvent associée à diverses à diverses malformations. (Terrier .N, 2008, p 15)

##### **2)- le stress**

Le stress est un état de débalancement de l'équilibre du corps humain et qui est perçu comme étant menaçant pour l'individu. Un besoin soit physiologique, psychologique, social ou spirituel n'est pas satisfait créant une tension, une frustration. Le stress est déterminé par l'interprétation de la situation par l'individu. (Lebel .G, 2011, p 03).

#### **B. l'opérationnalisation des concepts clés :**

##### **1)- la trisomie 21 :**

La trisomie 21 se manifeste par des troubles du langage, agitation, retard mental. Un enfant porteur de syndrome de down présente des traits morphologiques spécifique tels que (visage rond, mains petites, la bouche est petite... etc.)

##### **2)- le stress :**

Le stress se manifeste toujours par la fatigue, les larmes, les maux de tête et perte de l'appétit. Le concept de stress convient à la réaction psychologique et physiologique de l'individu soumis aux stressseurs.

*Partie*

*Théorique*

*Chapitre I*  
*Stress*

**Introduction :**

Le stress est un phénomène universel. A tout moment, un individu peut se trouver Confronté à une situation de stress que ce soit dans la vie de tous les jours ou dans la vie professionnelle.

**1. Définition :**

Stress, mot anglais utilisé depuis 1936, a la suite de H.Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Sillamy.N., 2003, p256).

Le stress est la réponse de l'homme aux facteurs d'agression organiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions (agréables ou désagréables) qui provoquent la rupture d'un équilibre antérieur et nécessitent, de se fait, une adaptation. (P. Bouvard, 2003, p16). Médiatisation du concept ont contribué à ce que la plupart des gens considèrent le stress comme une part intégrale de la condition humaine. (Massoudi.K., 2009, p10).

Selon Selye, le stress est une réponse ; il le définit comme «la réponse non spécifique du corps à toute exigence qui s'adresse à lui ». Par «non spécifique». Il entend que le même schème de réponse peut être provoqué par différents stimuli ou agents de stress.

Pollock (1988) définit le stress comme un fait social et culturel. Selon l'auteur, l'impressionnante activité scientifique dans ce domaine et l'intense.

D'autres auteurs conçoivent le stress comme un stimulus, un événement ou un ensemble de circonstances exigeant une réponse inaccoutumée.

## 2. Historique :

Stress, aujourd'hui utilisé dans de nombreux domaines. Il occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale. (Graziani.P et Swendsen.J, 2005, p10).

Le mot stress est employé dans les siècles précédents par la langue anglaise dès le XVII<sup>e</sup> siècle, il était utilisé pour exprimer la souffrance, la privation, les épreuves, les ennuis, les calamités, et l'adversité. (Stora. J.B, 1991, p05).

Des explications et des théories de stress existaient avant le mot qui désignait le concept. Ainsi, le philosophe Héraclite (550-480av .J-C) soutient que la matière est constituée d'éléments et de qualités qui s'opposent et s'allient de façon dynamique les uns par rapport aux autres permettant des échanges. Cet équilibre instable est considéré comme nécessaire à la survie des organismes. Pour Hippocrate (460-377 av. J-C), la santé et la maladie de l'organisme humain sont le résultat d'une harmonie ou d'une désharmonie interne, associée aux quatre humeurs qu'il contient : sang, flegme, bile jaune et bile noire.

A la renaissance, Thomas Sydenham (1624-1689) reprend l'idée que la maladie est provoquée par un déséquilibre systémique et que la réponse adaptative peut provoquer des conséquences pathologiques. Plus tard, Claude Bernard (1865) souligne l'importance d'un équilibre interne physiologique.

Darwin (1872) décrit le mécanisme de la peur ayant, chez l'homme et l'animal, la fonction de mobiliser les énergies de l'organisme pour réagir face au danger et assurer la survie. James (1884) et Lange (1887) considère que les émotions commencent par des manifestations physiologiques. Les aspects cognitifs seraient secondaires à ces modifications. (Graziani.P et Swendsen.J, 2005, p10-11).

C'est en 1929 que Cannon fit l'hypothèse qu'une menace avait pour résultat une réaction de fuite ou de combat, et que cette réaction était une réaction au stress, qu'il soit physique ou social. Pour lui, le siège des émotions est dans le SNA (système nerveux autonome) et non dans l'activité viscérale comme le croyait James (Cannon,

1929). Il s'agit en fait du système sympathique, considéré comme responsable de la mobilisation des ressources de l'organisme pour se préparer à l'action, en réaction à un danger perçu. Les idées de Cannon furent généralisées par Selye (1956), en qui on voit le fondateur de théorie du stress.

Déjà en 1935, H. Selye découvre un syndrome d'adaptation (SGA), qui serait la réponse de l'organisme pour toute agression subie (Selye, 1936). Selye n'utilisa le mot stress que dans les années 1950 pour signifier une réponse physiologique non spécifique à n'importe quelle agression. Sa définition du stress est : « Réponse non spécifique du corps à une demande » (Selye, 1936). La théorie de Selye est d'abord physiologique. Il conclut que les réactions biologiques qu'il observe représentent la réponse du corps aux stressors et sont des indicateurs objectifs du stress, qu'il définit comme une réponse générale du corps aux demandes qui lui sont faites. Selye distingue donc l'«eustress», la bonne réponse qui permettait de survivre, et le «distress», la mauvaise réaction de l'organisme. Actuellement, dans le langage courant, stress est synonyme de mauvais stress, à savoir énervement, déprime, angoisse ou surmenage.

Rivolier (1992) ajoute que l'on ne peut pas différencier des sites anatomo-physiologiques spécifiques de l'émotion et du stress, tout au moins aux niveaux les plus anciens du système nerveux. Les processus neurologiques mis en œuvre dans le stress sont aussi ceux de l'émotion et, là encore, on a affaire des états voisins voire identiques. Doit-on finalement conserver la notion de stress alors que l'on a déjà celle de l'émotion (Rivolier, 1992).

### **3. Les types de stress :**

Le stress n'est qu'un phénomène d'adaptation du corps face à une situation.

Cependant, l'état de stress aigu et l'état de stress chronique n'ont pas les mêmes conséquences sur la santé.

### 3.1. Stress aigu :

Le stress aigu correspond aux réactions de l'organisme quand nous faisons face à une situation menaçante, ponctuelle ou imprévisible (présentation en public, accident, nouvel apprentissage). quand cette situation de stress prend fin, les symptômes de stress s'arrêtent généralement peu de temps après. Il peut donc être utile afin de nous aider à faire face à une situation.

### 3.2. Stress chronique :

L'état de stress chronique s'installe lorsque la situation de stress se prolonge et /ou se répète. Notre système n'est pas fait pour maintenir un état de sur excitation continu et doit avoir des périodes de récupération.

Le stress chronique maintient les mécanismes physiologiques mis en jeu pour faire face à une situation de stress ce qui épuise le système et entraîne des effets néfastes pour la santé. (Lebel .G, 2011, p12).

## 4. Les sources de stress :

Nous sommes quotidiennement confrontés à une multitude d'événements stressants de différents types et d'intensité variable. Il peut s'agir de situations plutôt stimulante, d'imprévus ou encore d'obligations diverses.

On peut rassembler les sources de stress en 04 groupes :

- Les évènements de vie : mariage, naissance, entrée à l'école, décès d'un proche, perte d'emploi, déménagement ;
- L'environnement extérieur : bruit, météo, pollution ;
- Les autres : conjoints, famille, collègues, amis ;
- Nos pensées et nos représentations : estime de soi, attentes, perceptions ;

Chacun de ces éléments peut nous mettre sous tension et augmenter notre niveau de stress. (Infor santé, 2012, p 4).

- l'environnement matériel et le rythme de vie : l'urbanisation, les déplacements, l'importance des mass media.
- Une deuxième source, et qui touche de près les enfants, est le milieu ou climat familial : difficultés matérielles, disputes fréquentes des parents entre eux ou avec les enfants, alcoolisme ou troubles psychique d'un membre de la famille (Rivolier, 1989).
- les changements importants de la vie.

On peut encore citer comme sources de stress les causes situationnelles, comme le fait d'être hospitalisé, d'être emprisonné ou de se trouver dans des situations exceptionnelles. (Dumont. M et Plancherel, 2001, p17-18)

### **5. Les phases de stress :**

Il est prouvé que les réactions de stress passent en trois étapes :

– **La phase d'alarme :**

Elle correspond au stress aigu, elle se caractérise par une courte durée, pouvant aller de quelques minutes à quelques heures. Elle ne dépassera pas les 48 heures cependant.

C'est une étape émotionnelle importante, associée à des réactions psychologiques intense. À ce niveau- là, les ressources de l'organisme sont grandement mobilisées.

Cette phase peut permettre à l'individu concerné de se surpasser.

– **La phase de résistance :**

Elle correspond à l'adaptation la plus durable face à la situation stressante. A ce niveau, il y a un apaisement psychologique lié probablement au contrôle des émotions. L'individu manifeste des réactions physiologiques qui se prolongent plus ou moins, adaptées aux nécessités de défense. S'il y a défense contre l'élément stressant, il y a risque de vulnérabilité.



– **La phase d'épuisement :**

Elle correspond au moment où les ressources de l'individu ne lui permettent plus de s'adapter à la situation.

Cette phase est caractérisée :

- par un état d'indifférence, voire de dépression ;
- le moral de l'individu est au plus bas ;
- le corps est épuisé ;
- le mental et le corps étant lié, l'individu s'écroule.

Ces trois phases ne sont pas sans incidence sur le plan corporel. (Lentini. P, 2009, p 62-63-64)

## **6. Rôle de stress :**

Le stress permet de nous adapter aux situations et aux stimulations que nous vivons au quotidien.

Le stress est un processus biologique naturel au même titre que le froid et la faim, ce n'est pas un ennemi à abattre. C'est grâce à ce mécanisme que notre corps peut garder un bon équilibre quand nous ressentant une émotion positive ou négative.

Il s'agit donc d'un comportement indispensable à notre survie.

Dans le langage courant, quand nous mêlons la cause et l'effet, c'est-à-dire la source du stress et la réponse du corps. (Zablocki. B, 2009, p 21).

## **7. Les symptômes de stress :**

### **7.1. Les symptômes physiques :**

- douleurs
- tension musculaires
- problèmes digestifs
- problèmes de sommeil ou d'appétit

- maux de tête
- vertiges
- souffle court
- fatigue

### **7.2. Les symptômes émotionnels :**

- sensibilité, nervosité et inquiétude accrues, crises de larmes ou de nerfs
- agitation
- anxiété
- irritation
- tristesse
- baisse de libido
- faible estime de soi

### **7.3. Les symptômes intellectuels :**

- difficultés de concentration, erreurs, oublis ;
- l'indécision
- la difficulté à se concentrer ;
- la perception négative de la réalité
- la désorganisation

### **7.4. Les symptômes comportementaux :**

- modification des conduites alimentaires
- comportements violents et agressifs
- plus de difficulté dans les relations
- absentéisme
- tendance à s'isoler
- consommation accrue de tabac, de caféine, de sucre, de chocolat, d'alcool, de drogues ;
- évitement de certaines situations (Lebel .G, 2011, p13)

## **8. Les théories de stress :**

### **8.1. Les théories biologiques :**

Cannon (1928,1935) est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont dues à la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale. Il décrit un pattern de réponses particulier, le syndrome d'urgence, mis en place de façon «stéréotypée» face à toute menace pour l'individu pour éliminer ou éviter un éventuel état de souffrance. L'organisme en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Le stress est alors cette réponse activée par toute sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme, Reilly et all. (1934). Comme Cannon, considère que la réaction organique en réponse au stress, est non spécifique et commune à des agents d'agression très variés.

Selon H.Selye, la sur charge des capacités de défense de l'individu suit à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne déclenche une contre réaction visant à restaurer l'équilibre rompu.

Selye décrit en 1936 le syndrome générale d'adaptation(SGA) et dans les années qui suivent, continue ses expériences (Selye 1946, 1950) de ce syndrome retrouvée chez l'animal quelque soit l'agent nocif et qui se développe en trois étapes : Phase d'alarme, de résistance et d'épuisement. (Graziani.P et Swendsen.J, 2005, p19- 20)

### **8.2. Les théories cognitives :**

Les théories du stress physiologiques n'ignorent pas l'importance des facteurs psychologiques ou sociaux, mais elles insistent sur les processus ou mécanismes biologiques de l'individu face au stress. De la même manière les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais elles se centrent davantage sur le rôle des pensées ou des attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces dernières. Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle

des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant. Les plus importantes on cite : la théorie de l'attribution, celle de la théorie des constructions personnelles de Kelly, et celle de la théorie cognitive de Beck.

Et parmi ces théories on cite comme exemple :

### **8.2.1. La théorie des constructions personnelles de Kelly :**

La théorie des constructions personnelles de Kelly (1955, 1963) est importante dans la compréhension de la réponse au stress parce qu'elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adapte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement.

Pour Kelly, faire une construction personnelle signifie donner une interprétation et comparer les événements sur la base des différences et des similitudes.

L'anticipation est le processus central. Kelly considère ainsi l'individu comme un être en mouvement, plutôt qu'un objet passif, motivé à l'action, qui doit anticiper les événements en privilégiant les alternatives qui, dans l'ensemble de ses propres constructions mentales, semblent capables de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des événements.

### **8.2.2. Le modèle cognitif de Beck :**

Beck (1984) reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu, qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Les stimuli sont nocifs s'ils sont interprétés comme tels par le sujet. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement.

### 8.3. Les théories transactionnelles :

Les théories transactionnelles voient le stress comme une interaction entre la personne et son environnement. Explique que le stress ne réside ni dans la situation, ni dans la personne, mais dans la transaction entre l'environnement et la personne. Lazarus est le principal représentant de cette approche.

#### 8.3.1. Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman :

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu), et met en place des stratégies de coping. (Graziani.P et Swendsen.J, p47)

Des travaux de Cox et Lazarus émergent un concept mettant en relation l'individu et son environnement. Face à un obstacle, le sujet évalue la menace ou le défi par rapport à ses propres possibilités de réponse. C'est l'adéquation ou non entre la demande extérieure perçue et les ressources également perçues ou auto-évaluées par le sujet qui déterminera l'apparition ou non de stress.

Il revient à Lazarus et Folkman d'avoir parlé pour la première fois de modèle transactionnel. Il s'agit tout d'abord d'un modèle qui conçoit la personne et l'environnement dans une relation dynamique, mutuellement réciproque et bidirectionnelle. Des caractéristiques séparées du sujet et du milieu convergent pour donner de nouvelles significations via le processus impliquant des changements au fil de temps, en différenciant les conséquences immédiates des conséquences à long terme du stress sur l'adaptation (aspect temporel). En outre, le stress est conçu comme un processus constamment réitéré au fur et à mesure des situations des confrontations rencontrées dans la vie quotidienne. Enfin, Lazarus et Folkman ont beaucoup insisté sur les trois niveaux du stress inclus dans une perspective transactionnelle : le niveau social, psychologique et physiologique.

## 9. Les médicaments de stress :

Il n'existe pas à proprement parler de traitement médicamenteux du stress. En revanche, on utilise certains médicaments pour combattre des symptômes associés, principalement l'anxiété et la dépression, qu'ils participent des causes ou des effets du stress.

Les médicaments les plus couramment utilisés pour le traitement de l'anxiété et des troubles anxieux sont les antidépresseurs. Viennent ensuite les anxiolytiques. Les neuroleptiques ou antipsychotiques atypiques (ou de deuxième génération) sont aussi parfois utilisés pour l'anxiété sévère. Enfin quelques médicaments ayant diverses fonctions et ayant démontré une efficacité pour l'anxiété lors de recherches sont parfois utilisés. (Lebel. G, 2011, p59)

## 10.les facteurs de stress :

- ❖ Les différentes maladies ;
- ❖ Syndrome prémenstruel ;
- ❖ La drogue ;
- ❖ Des médicaments ;
- ❖ Alcool ;
- ❖ Caféine ;
- ❖ Fatigue ;
- ❖ Insomnie ;
- ❖ Hypersomnie ;
- ❖ Mauvaise alimentation (anorexie, boulimie) ;
- ❖ Stress environnementaux ;
- ❖ Isolement social ;
- ❖ Tensions interpersonnelles ;
- ❖ Misère social ; (Lebel. G, 2011, p56).

## 11. Les stratégies d'adaptation ou coping

Aujourd'hui, il n'est pas possible de parler de stress sans faire référence à la notion de coping. Ce mot d'origine anglo-saxon représente l'ensemble des moyens et stratégies mises en œuvre pour affronter les stressés. Ce terme est utilisé quelle que soit la qualité du résultat. Ainsi le coping peut désigner l'effort d'adaptation mis en jeu face à une situation perçue comme stressante.

Ainsi, Lazarus et Folkman définissent les stratégies d'adaptations ou coping comme "des efforts cognitifs et comportementaux en évolution constante et développés dans le but de maîtriser des demandes internes et/ou externes qui sont évaluées comme excédant les ressources de l'individu".

Matheny et coll. définissent le coping comme "tout effort bénéfique ou non pour la santé, conscient ou inconscient visant à prévenir, éliminer ou diminuer les stressés ou à tolérer leurs effets de façon la moins douloureuse possible». De plus, selon Chamoux, il existe deux sortes de coping: le coping qui prend pour objet le traitement méthodique et froid des problèmes (focalisé sur le problème) et le coping qui prend pour objet la réduction de la composante émotive (focalisé sur l'émotion). Ces deux fonctions s'influencent mutuellement.

Dans le modèle de Lazarus, le principe de coping est conceptualisé à travers deux grandes catégories:

- La résolution de problèmes, qui est constituée par tous les plans d'action dirigés vers une modification, un évitement ou une minimalisation de l'impact du stressé et où les activités cognitives permettent de penser que le stressé peut être contrôlé;
- Le coping focalisé sur l'émotion qui consiste à palier ou à éliminer les émotions engendrées par un stressé en utilisant des mécanismes comme le déni et les pensées permettant d'éviter la confrontation directe avec le stressé. Ce dernier est considéré comme primitif et mal adapté. (Quintard.B, 2001, pp 15-19).

Donc un individu face à une situation de confrontation dispose de ressources. L'incertitude et la perception de contrôle sont ainsi deux éléments influençant l'évaluation de la situation et par-là les stratégies d'adaptation de l'individu. La prise en compte du coping et de ses diverses stratégies a permis d'offrir des possibilités d'action face aux problèmes de gestion du stress.

**Conclusion :**

La notion de stress prend en considération les relations complexes psyché-soma, c'est un terme ambigu, et difficile à cerner. Le stress s'intègre aujourd'hui dans la vie quotidienne, par ailleurs ce concept à été considéré parfois en termes de conditions environnementales. Le problème majeur est certainement lié au manque de connaissance des mécanismes psychologiques et physiologiques mis en jeu lors de la confrontation à un stress.



# *Chapitre II*

## *Trisomie 21*

**Introduction :**

La trisomie 21 ou mongolisme en anglais est l'anomalie chromosomique la plus fréquente, elle touche environ 1 bébé sur 770 à la naissance. Toutes les femmes peuvent avoir un enfant qui présente la trisomie 21. La probabilité d'avoir un enfant présentant la trisomie 21 augmente avec l'âge maternel. Plus la femme est jeune, plus cette probabilité est faible. L'espérance de vie de cet enfant a fortement augmenté. Dans les années 1950, elle était d'environ 20ans, aujourd'hui, les personnes atteintes de trisomie 21 arrivent à vivre jusqu'à plus de 60ans.

**1. Définition :**

Selon le grand dictionnaire de la psychologie Larousse, la Trisomie 21, (angl., Down's Syndrom) ; est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologiques, neuro-motrices, métaboliques, immunologiques et une déficience intellectuelle. (Henriette. B, Chemama.R, & al, 2003, p1349).

La trisomie 21 appartient à l'ensemble des syndromes relevant des aberrations chromosomiques. Ces aberrations concernant des anomalies du nombre ou de la structure des chromosomes. Ces dernières supposent toutes la survenue de cassure entraînant soit la perte de matériel chromosomique, soit divers remaniement, soit le transfert de matériel chromosomique d'une paire à l'autre.

La trisomie 21 est donc une aberration chromosomique résultant d'une anomalie du nombre des chromosomes. En effet, la cause en est la présence de 47 chromosomes dans les cellules, au lieu de 46 rencontrés chez une personne normale. Chez l'humain, les cellules du corps contiennent 46 réparties en 23 paires. Parmi celle-ci, 22 paires sont constituées d'autosomes et une paire de chromosomes sexuels (xx chez la femme et xy chez l'homme). Les autosomes peuvent être ordonnés en série selon leur longueur et sont numérotés de 1 à 22, du plus grand au plus petit. La trisomie 21 est causée par la présence d'un chromosome supplémentaire au niveau de la paire 21. C'est pourquoi on l'appelle trisomie 21. (Meberek Bouchaala.F, 2010-2011, p34).

## 2. Historique :

Edouard Seguin, un instituteur français chargé de classes spéciales à Paris, est vraisemblablement la première personne à avoir décrit le syndrome qui nous intéresse. Il a créé la première école spécialisée recevant des enfants déficients mentaux dans le but de les éduquer. C'est en 1846 qu'il présente ses premiers travaux descriptifs s'appuyant sur l'observation de deux adolescents. Il ne propose pas à ce moment-là d'étiquette particulière à ce syndrome. Ce n'est que vingt ans plus tard, en 1866, qu'il précise son approche et désigne l'affection des enfants observés du nom de *crétinisme furfuracé*. Cette dénomination est descriptive : elle tient compte, d'une part, de l'arriération mentale et, d'autre part, de l'aspect desquamé de la peau.

Au cours de la même année 1866, un médecin anglais, John Langdon Down, directeur d'un asile pour enfant, donne lui aussi une description exhaustive du syndrome. Il lui associe, comme il est l'usage, son nom, tout en proposant une véritable théorie explicative quant à son origine, liant celle-ci à la race mongole. C'est à partir de là que l'on parle de syndrome de Down ou mongolisme.

D'autres théories explicatives seront proposées par la suite, comme celle dite de l'«hérédosyphilis » en 1924, selon laquelle la naissance d'un enfant mongolien était révélatrice d'une syphilis parentale. Cette théorie, et tous les autres cautionnées bien souvent par le discours médical, eurent des conséquences malheureuses, pendant des années, pour les familles qui se sont mises à cacher leur enfant.

En 1959, une équipe de chercheurs français, composée de Jérôme Lejeune, Raymond Turpin et Marthe Gauthier, établit que le syndrome de Down est lié à la présence d'un chromosome surnuméraire sur les vingt- et -unièmes paires. Le terme de trisomie 21 est alors proposé pour désigner l'affection. Il sera adopté petit à petit en France, remplaçant le terme de mongolisme, qui n'a, à ce jour, pas totalement disparu. (Goffinet.M, 2008, pp17-18)

### **3. Les formes de trisomie 21 :**

Il existe trois formes de trisomie 21, le caryotype doit toujours confirmer le diagnostic.

#### **3.1.La trisomie 21 homogène libre :**

La trisomie 21 libre et homogène est identifiée dans 92% des cas. Le caryotype met en évidence 47 chromosomes avec trois chromosomes 21 indépendants dans toutes les cellules. Cette forme correspond à une non-disjonction accidentelle des chromosomes 21, le plus souvent lors de la première division méiotique maternelle.

#### **3.2.La trisomie 21 par translocation :**

La trisomie 21 par translocation est retrouvée dans 5% des cas. Dans 95% des cas, il s'agit d'une translocation robertsonienne (encore appelée fusion centrique) avec translocation du chromosome 21 sur un autre chromosome acrocentrique. Ces rares cas de trisomies partielles du 21 sont à l'origine de la description de la région exacte du chromosome 21 responsable du phénotype classique de la maladie. (Cuilleret.M, 2007, p19).

#### **3.3. La trisomie 21 en mosaïque :**

Une trisomie 21 en mosaïque est observée dans 3% des cas. Elle se définit par la coexistence, dans des proportions variables selon les tissus, d'au moins deux populations cellulaires, une normale et une porteuse d'une trisomie 21. Cette mosaïque provient d'un accident mitotique (non disjonction ou perte d'un chromosome). Le phénotype de l'enfant atteint de trisomie 21 en mosaïque est imprévisible en raison de la répartition tissulaire aléatoire des populations cellulaires normales et trisomiques. (Flori .F, Doray.B, Carelle .N, 2006- 2007, pp 2-3)

### **4. La prise en charge de la trisomie 21 :**

L'annonce du diagnostic de trisomie 21 chez un nouveau né est source d'un bouleversement psycho-affectif considérable pour les parents. Afin que l'annonce soit la moins traumatisante possible, il faut qu'elle puisse être faite précocement, les

explications doivent être simples et claires, centrer sur la prise en charge immédiate et données par un praticien connaissant parfaitement l'affection.

Une prise en charge globale et précoce de l'enfant est primordiale sur les plans médical, paramédical, psychologique et éducatif.

#### **4.1.La prise en charge médicale :**

A la naissance, la réalisation d'un bilan malformatif en particulier cardiaque (canal atrio-ventriculaire : 40%), digestif, urologique, d'un bilan endocrinien (dépistage d'une hypothyroïdie), et hématologique (risque majoré de leucose).

Chez le nourrisson et l'enfant. On parle d'un suivi régulier qui doit comporter en première lieu d'un bilan annuel ophtalmologique et auditif (fréquence augmentée des déficits sensoriels), un bilan annuel stomatologique, un bilan annuel musculo-squelettique, une surveillance digestive attentive, puis un bilan endocrinien annuel et enfin un bilan hématologique annuel.

Chez l'adolescent : l'attention doit porter sur le déroulement du développement pubertaire qui survient le plus souvent aux âges habituels.

Chez l'adulte : l'évolution clinique est marquée par un vieillissement prématuré nécessitant une surveillance cardio-vasculaire, sensorielle ainsi que neurologique. (Flori .F, Doray.B, Carelle .N, 2006-2007, p5)

#### **4.2. La prise en charge paramédicale :**

L'accompagnement paramédicale est essentiel dans la prise en charge des patients trisomiques 21. Il doit être mis en place dès les premiers mois de vie. Il permet de soutenir le développement psychomoteur, l'acquisition de la motricité fine et globale, de la communication et de langage, du schéma corporel et de perception de l'environnement. Il doit respecter le rythme de l'enfant et conserver un aspect ludique. Il contribue également à l'accompagnement des parents dans la rencontre avec leurs enfants.

Les principaux acteurs de cet accompagnement sont les psychomotriciens, kinésithérapeutes et orthophonistes. Ils exercent soit en libéral, soit au sein de structures.

La kinésithérapie a pour objectif d'accompagner l'enfant dans son développement neuro-moteur de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en l'absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de l'hyperlaxité.

L'objectif de la prise en charge psychomotrice est d'aider l'enfant à percevoir et connaître son corps pour ces conduites motrices, mais aussi pour ses conduites expressives. La psychomotricité vise à créer les conditions nécessaires à la construction et l'expression des compétences de l'enfant.

L'objectif global de la prise en charge orthophonique des enfants porteurs de trisomie 21 est de tenter de corriger les troubles objectivement observables lors des divers bilans de départ. L'objectif de la rééducation précoce consiste à accompagner l'enfant dans son développement, sans visée normative, et à l'aider à exprimer, à son rythme, l'ensemble de ses potentialités.

Cette prise en charge devra être poursuivie pendant l'enfance et l'adolescence, et même à l'âge adulte pour maintenir les acquis. (Goffinet.M, 2008, pp 27-28).

#### **4.3.La prise en charge psychologique :**

L'accompagnement psychologique et social de la personne trisomique s'organise autour de deux axes complémentaires :

##### **✓ La famille :**

Comme pour tout enfant, elle constitue le cadre primordial de développement de l'enfant trisomique. Dès l'annonce du diagnostic (en prénatal ou en postnatal), la famille aura à entamer le cheminement douloureux et souvent long qui lui permettra de se réorganiser pour donner à son enfant trisomique la place qui lui convient dans la structure familiale. Certains « **dispositifs d'accueil** » mis en place par des associations

peuvent constituer une aide supplémentaire, mais aussi **les groupes de parole des parents et fratrie.**

✓ **La construction de la personne :**

Pendant l'enfance et l'adolescence, puis à l'âge adulte, des évaluations objectives et répétées des compétences, des difficultés et des habiletés sociales peuvent aider la personne trisomique 21, ainsi que sa famille et ses éducateurs, à mieux connaître ses points forts et ses points faibles dans le but de construire son projet de vie, en milieu ordinaire ou adapté, en repérant les personnes et les structures sur lesquelles il peut s'appuyer. Les accompagnements éducatif et psychologique sont importants pour aider les personnes dans cette construction, et les familles dans la prise de risque que cela implique.

**4.4. La prise en charge éducatif :**

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant porteur de la trisomie 21 revient à prendre le risque de laisser croire que la survenue d'un enfant handicapé dans une famille rend celle-ci incompétente pour l'éduquer. A l'inverse, il serait tout aussi vain de penser que ses personnes ne peuvent bénéficier utilement d'un accompagnement éducatif.

L'accès à la crèche, à l'école, au centre social et de loisir, au club sportif ou à la piscine ne va pas toujours de soi. L'accès à la formation professionnelle et au travail en milieu ordinaire reste encore marginal. L'accompagnement éducatif doit alors se centrer sur les milieux de vie de la personne en l'accompagnement, en donnant de l'information. (Tauraine.R& al, 2010-2011, p20).

**5. Le traitement:**

A l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement curatif, qui empêcherait par exemple le chromosome surnuméraire de s'exprimer, mais la prise en charge adaptée de ces enfants a transformé le pronostic vital et fonctionnel

**✓ L'annonce :**

L'annonce de diagnostic aux parents, le plus souvent dès les premiers jours de vie, est une étape essentielle : leur acceptation de cet enfant et leur investissement dans son éducation vont conditionner en grande partie son avenir, son développement, son intégration familiale puis sociale, son autonomie à l'âge adulte.

Il est donc important de leur expliquer d'emblée les modalités et les bénéfices de cette prise en charge, difficile et longue, et de proposer précocement le recours à une équipe multidisciplinaire capable d'assurer la guidance parentale aussi bien que le suivi et l'éducation de l'enfant. Cette prise en charge multiple est au mieux assurée dans les centres spécialisés, qui englobent les spécialistes concernés, pédiatre, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, assistante sociale...

**✓ La surveillance :**

Celles-ci a pour but de prévenir et dépister toutes les complications afin d'assurer la meilleure qualité de vie et les conditions optimales de développement. Elle s'exerce donc dans tous les domaines à risque :

- Les malformations, en particulier cardiaques.
- L'excès pondéral, susceptible de retarder les acquisitions motrices et d'aggraver les problèmes orthopédiques, certains ont proposé une supplémentation en oligoéléments et vitamines systématique.

Tout ralentissement de croissance anormal doit d'autre part faire l'objet d'explorations étiologiques complémentaires, notamment thyroïdiennes et hématologiques.

- Les complications orthopédiques sont prévenues par la kinésithérapie, et dépistées par une surveillance régulière des membres et de rachis notamment de la chaumière cervicale (radiographie systématique à 4ans).
- Les déficits sensoriels, en particulier vision et audition, sont dépistées par un examen annuel.



- Le risque d’inflections respiratoires et ORL nécessite une bonne hygiène des voies respiratoires supérieures et des conduits auditifs. L’hygiène buccodentaire est aussi indispensable.
- La surveillance endocrinienne et métabolique :
  - ✓ La thyroïde : il n’existe pas de bénéfice démontré d’une supplémentation systématique par la thyroxine.
  - ✓ A la puberté, la contraception chez les filles pose un problème difficile.
  - ✓ A l’âge adulte, les troubles métaboliques classiques feront l’objet d’un dépistage régulier. (Vial. M, 2012, p5).

## **6. Le dépistage individuel de la trisomie 21 :**

Le dépistage individuel de trisomie 21 consiste à mesurer le risque « faible » ou « élevé » que le fœtus soit porteur de la trisomie 21 pour la grossesse en cours.

Deux examens peuvent être réalisés :

- Une prise de sang de la femme enceinte ;
- Une échographie du fœtus.

Ces deux examens sont sans risque pour la grossesse.

Le dépistage de la trisomie 21 nécessite un consentement écrit de la femme enceinte et n’est pas obligatoire. En effet, dans tout les cas la femme enceinte a le choix :

- De demander la réalisation ou non du dépistage de la trisomie 21 ;
- De demander la réalisation ou non d’une amniocentèse ou d’un prélèvement du placenta si le dépistage montrait un risque élevé de trisomie 21 ;
- De changer d’avis à tout moment.

## **7. Le développement cognitif et intellectuel:**

Le niveau intellectuel des enfants trisomiques 21 est distribué selon une courbe normale. Le QI moyen se situe aux alentours de 40-45 ; ce qui correspond à un retard mental modéré. Le QI maximum peut atteindre 65 (retard mental léger) à 79

(intelligence « normal » inférieur). On considère que 86,5% des personnes trisomiques 21 ont un QI compris entre 30 et 65,8% auraient un QI inférieur à 20 relevant de la déficience mentale profonde et 5,5% relèveraient du retard mental léger. L'évolution du niveau intellectuel des personnes atteintes se fait de manière curvilinéaire. On assiste, en général, à une progression rapide de l'âge mental, bien que plus lente que celle des enfants en développement normal, entre la première et la quinzième année. Ensuite, la progression se fait plus lentement mais peut être observée jusque 30-35 ans et se termine par un plateau.

Le cheminement cognitif des personnes trisomiques 21 se fait généralement suivant une séquence développementale typique avec, cependant, une large variabilité interindividuelle au niveau de la vitesse de développement et avec quelques spécificités dont un retard important au niveau du langage expressif et de la mémoire à court terme verbale.

La vitesse de développement cognitif, mesurée par des tâches sensori-motrices piagésiennes, décroît après les deux premières années de vie et semble corrélée, dans la petite enfance, avec l'importance du retard de myélinisation.

Le tableau suivant reprend les principales étapes et caractéristiques du développement cognitif et comportemental des personnes trisomiques 21.

**Tableau 01.** Développement cognitif et comportemental des personnes atteintes du syndrome de Down (d'après Chapman et Hesketh, 2000).

Age	Domaine	Phénotype comportemental
<b>Petite enfance (0 – 4 ans)</b>	Cognition	-Retard dans les apprentissages entre 0 et 2 ans s'accéléralant entre 2 et 4 ans.
	Parole	-Pas de différence dans le type de vocalisations -Transition lente du babillage à la parole -Faible intelligibilité.
	Langage	-Retard dans l'apparition des premiers mots -Faible progression de la Longueur Moyenne de Production Verbale (LMPV)
<b>Enfance (4 – 12 ans)</b>	Cognition	-Déficits sélectifs en MCT verbale
	Parole	-Retard de parole et utilisation prolongée des processus de simplification phonologique de la parole -Faible intelligibilité
	Langage	-Retard de langage -Décalage accru entre l'expression et la compréhension

	Comportement adaptatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Moins de problèmes comportementaux que leurs pairs avec retard mental</li> <li>-Plus de problèmes comportementaux que la fratrie sans retard mental</li> <li>-Anxiété, dépression et isolement accru avec l'élévation en âge</li> </ul>
<b>Adolescence (13 – 18 ans)</b>	<p>Cognition</p> <p>Parole</p> <p>Langage</p> <p>Comportement adaptatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Déficit de mémoire de travail verbal</li> <li>-Problèmes dans le rappel d'informations</li> <li>-Plus grande variabilité que les sujets contrôles dans la fréquence du fondamental de la voix et dans le placement de l'accent tonique.</li> <li>-Production syntaxique davantage déficitaire que la production lexicale</li> <li>-Compréhension de mots supérieure à la cognition non-verbale</li> <li>-Compréhension syntaxique inférieure à la cognition non-verbale</li> <li>-Moins de problèmes</li> </ul>

		<p>comportementaux que leurs pairs avec retard mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anxiété, dépression et isolement accru avec l'élévation en âge</li> </ul>
<b>Age adulte (+ de 18 ans)</b>	Cognition	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Symptômes comportementaux de démence émergeant vers 50 ans pour plus de 50% des sujets</li> </ul>
	Parole	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bégaiement fréquent</li> <li>-Hypernasalité</li> </ul>
	Langage	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compréhension syntaxique continuant à se détériorer</li> </ul>
	Comportement adaptif	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Moins de comportements inappropriés que chez leurs pairs avec retard mental</li> <li>-Fréquence plus élevée des dépressions avec l'élévation en âge</li> <li>-Démence non associée avec une augmentation de comportements agressifs</li> </ul>

Les activités perceptives telles que les capacités de discrimination visuelle et auditive sont déficitaires chez les enfants trisomiques 21 comparativement à ce qui est observé chez les enfants en développement normal. Ainsi, on note des déficits dans la reconnaissance au toucher, la vitesse du traitement des informations perceptives et la reproduction de formes géométriques.

L'attention et la mémoire sont également déficitaires, des troubles attentionnels sont déjà observables chez le nourrisson au niveau des réponses d'habituation qui sont plus lentes que chez les enfants normaux. Les enfants trisomiques 21 ont également des problèmes à inhiber des réponses spontanées afin de poursuivre une analyse détaillée du stimulus nécessaire à la production d'une réponse appropriée. Enfin, on observe des faiblesses dans la catégorisation conceptuelle et le codage symbolique de l'information perceptuelle. (Comblain.A & Thibaut.J.P, pp11-12).

### **8. Facteurs de risque de trisomie 21 :**

Les facteurs du risque connus liés à la trisomie 21 sont les suivants :

- A. L'augmentation de l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Les ovules des femmes qui vieillissent ont plus de risques de se diviser incorrectement ; c'est pourquoi les femmes qui ont des enfants plus tard dans leur vie ont plus de probabilité de donner naissance à un enfant qui présente la trisomie 21.
- B. Le fait d'avoir déjà eu un enfant présentant la trisomie 21.
- C. Une prédisposition génétique rare, qui concerne 3à4% des enfants ayant la trisomie 21 et leurs parents. Dans ce cas particulier, la translocation du chromosome 21 responsable de la trisomie 21 peut être transmise d'un parent à son enfant.

Les recherches sur des facteurs de risque environnementaux, comme le tabagisme prénatal et les contraceptifs oraux, n'ont pas donné de résultats concluants. (Ghislain. C.L. & al, 2008, p23).

### **9. Caractéristiques de l'enfant trisomique :**

L'aspect physiologique de ces enfants qui consiste en des traits faciles à identifier ;

- La tête de l'enfant est plutôt petite,
- Le nez aplati dans sa partie supérieure,
- Les yeux bridés,
- De petites oreilles,
- De même que la bouche qui ne peut contenir une langue normale légèrement supérieure.
- Quant aux mains, elles sont petites aussi, avec un seul pli palmaire et de petit doigts. -
- La peau apparaît souvent marbrée, facilement sèche,
- Les cheveux clairsemés, fins et raides.
- La taille est généralement petite et l'apparence du corps est trapue.

### **10. La trisomie et problèmes de santé spécifiques :**

Les personnes présentant la trisomie 21 peuvent éprouver divers problèmes de santé spécifiques et parmi ces problèmes on cite :

- Elles risquent de souffrir de malformations du squelette.
- Les anomalies cardiaques accompagnent souvent aussi la trisomie 21 (40 à 50%).
- Ces personnes risquent aussi de souffrir d'obstruction gastro-intestinale. (Environ 10% et cela nécessite une chirurgie).
- Le mauvais fonctionnement de la glande thyroïde.
- Problèmes de la vue ou de l'ouïe, comme le strabisme, la myopie, la presbytie, des cataractes ou de la surdité (plus de 50%).

- Elles courent aussi plus de risques de souffrir de leucémie que la population en général.
- Elles manifestent souvent, de manière précoce, des changements neurologiques qui ressemblent à ceux de la maladie d'Alzheimer. (Ghislaine. C.L. & al, 2008, p21).

### **Conclusion :**

Un enfant porteur d'une trisomie 21, comme tout autre enfant à droit à une vie normal et professionnelle. Avec une prise en charge plus adaptée et durable peu arriver a des niveaux de construction plus élevées dans différents domaines, quelque soit dans le milieu du travail ordinaire ou protégé. Ces solutions sont facilitées par l'existence ou la mise en place de dispositifs d'accompagnement, en particulier les services d'accompagnement à la vie sociale.



*Partie*

*Pratique*

## *Chapitre III*

# *La méthodologie de la recherche*

**Introduction :**

Toute recherche doit être fondée sur une méthodologie bien structurée, une population d'étude et des outils d'investigations.

Avant d'approfondir le terrain d'étude, la pré-enquête doit être réalisée en vue de recueillir le maximum de connaissance et d'informations relatif à notre sujet de recherche.

**– pré-enquête :**

La pré-enquête est une étape très importante et décisive dans toutes les recherches en sciences humaines et sociales. Elle sert à recueillir les informations nécessaires qui convient au sujet de recherche. C'est une phase d'investigation préliminaire qui permet de bien assurer les objectifs précis favorisant notre thème.

Durant notre recherche sur le stress chez les mères des enfants trisomiques ; la pré- enquête nous à permet d'établir un bon contacte avec ces mamans qui ont des enfants admises au centre de l'association d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaïa «A.A.I.M.». Ces dernières qui ont donné leurs consentements pour partager leurs souffrance psychique et leurs préoccupations quotidiennes concernant cet handicap, après nous les avoires informé qu'on va se baser sur un entretien et une échelle de stress perçue de Cohen et Williamson 1988.

**I/ La démarche de la recherche :**

La méthodologie de recherche est « un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (Angers. M, 1997, p 367).

**✓ La méthode descriptive :**

«Étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélacionnelle, méthode normative développementale, enquête », font partie principalement de la méthode descriptive que les chercheurs de psychologie clinique font appel.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (Chahraoui.K et Benony. H, 2003, p125)

**I- 2 L'étude de cas :**

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et que les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite.

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différents (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignage de proches).

L'objectif de l'étude cas ce n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Ibid., pp 125-126).

**II / présentation de lieu de stage :**

Nous avons effectué notre stage pratique au niveau de centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux d'ihedaden « wilaya de Bejaïa ». Qui à ouvert ses

portées en 05/01/2010, ce centre issu de l'association d'aide aux inadaptés mentaux Bejaïa (A.A.I.M.B) a été créé en 1982.

Cette association se compose de deux centres médico-pédagogiques :

- ✓ Un centre pour adolescents et adultes «**SIDI ALI LABHER**» contient 53 adolescents et adultes.
- ✓ Un centre pour enfants «**ihedaden**» contient 33 enfants. où on a effectué notre stage.

La prise en charge est assurée par une équipe pluridisciplinaire :

### **A. Le groupe pédagogique :**

- Psychologues cliniciens
- Orthophonistes
- Assistante sociale
- Educateurs
- Médecin
- psychomotriciens

### **B. Les pathologies prises en charge :**

- la déficience mentale « légère, moyenne et sévère »
- l'infirmité motrice cérébrale
- la trisomie 21
- l'épilepsie

### **III/ L'échantillon d'étude :**

Notre population d'étude contient huit (08) cas de mères dont leurs enfants admis dans le centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de la wilaya de Bejaïa.

On a établi avec eux des entretiens et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Tableau N°02 : Tableau récapitulatif des cas:

Cas	âge	Niveau scolaire	Profession
Nassima	49 ans	9AF (formation de français)	Enseignante
Melaaz	58 ans	/	Femme au foyer
Aicha	44 ans	/	Femme au foyer
Fadila	56 ans	4 <sup>ème</sup> AM	Femme au foyer
Farida	47 ans	universitaire	Enseignante
Malika	55 ans	4 <sup>ème</sup> AM	Femme au foyer
Zohra	51 ans	BAC	Femme au foyer
Samira	30 ans	BAC	Femme au foyer

❖ **Les critères d'adhérence :**

- Tous les cas sont des mères des enfants trisomiques 21.
- Ses enfants sont tous admis dans le centre médico- pédagogique pour inadaptés mentaux d'ihedaden de wilaya de Bejaïa.

❖ **Les critères non pertinents :**

- L'âge de la mère et son niveau d'instruction.
- Le sexe de l'enfant.

**IV/ Les techniques utilisées :**

Dans la réalisation de notre modeste recherche on s'est appuyés sur un entretien clinique de recherche et l'échelle de stress de Cohen et Williamson :

**1. L'entretien clinique :**

L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique clinique par excellence. Il existe différentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue doit adopter à l'égard de sujet. (Reuchlin.M, 1965, p113).

L'entretien clinique représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc.

Il est utilisé dans des différentes disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales employé comme méthode de production de données dans la recherche.

L'entretien avec le patient et/ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il n'est pas la seule méthode d'évaluation et même s'il peut être complété considérablement par d'autres telles que des observations, examens et tests psychologique, son but est diagnostique et thérapeutique.

- Diagnostique, dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne ;
- Thérapeutique, en ce sens qu'il peut parfois avoir une action bénéfique immédiate et, le plus souvent, instaurer une relation qui permettra la prise en charge psychologique et l'élaboration d'un projet thérapeutique. (Chahraoui.K et Benony. H, 2003, pp141-142).

On a trois types d'entretiens cliniques de recherche qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi directif, l'outil qu'on a fait référence pour vérifier les hypothèses de notre recherche.

- **l'entretien semi directif :**

L'entretien semi directif ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son écrit. (Cyssau.C., 2003, p 65).

Dans l'entretien semi directif, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretiens dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son écrit. (Chahraoui.K et Benony. H, 2003, p143).

## **2. Le guide d'entretien :**

Pour mener à bien notre recherche on a référé à un guide d'entretien composée des questions partiales qui contient sept axes :

**Axe N° 1:**données personnelles : l'objectif est de recueillir les informations sur les mamans des enfants trisomiques de ce que concernent leurs prénoms, âge, niveau d'instruction, la profession etc.

**Axe N° 2 :** la grossesse et les attentes de la mère : l'objectif est de chercher de savoir quelles sont les attentes de ces mères vis-à-vis de cette grossesse.

**Axe N°3 :**l'annonce de l'anormalité de l'enfant : l'objectif est de savoir quelles réactions et sentiments éprouve la mère envers le handicap de son enfant et leurs effet sur elle.



**Axe N°4 :** la relation de la mère avec cet enfant : l'objectif est de savoir est ce que cette mère a accepté et n'a pas négligé son enfant.

**Axe N°5 :** la perception de l'entourage extérieur sur cet enfant : l'objectif est de savoir comment les perceptions et les regards de l'entourage influent sur la mère de cet enfant.

**Axe N°6 :** la santé physique et psychique de la mère : l'objectif est de détecter les manifestations de stress chez les mères des enfants trisomiques.

**Axe N°7 :** l'avenir de cet enfant : le but est de savoir comment ces mamans envisagent l'avenir de leurs enfants (inquiétude, peur, stress).

### **V/ Les outils de la recherche :**

#### ➤ **L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :**

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes, elle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisible, incontrôlables et pénibles ». L'échelle de stress perçu (la P.S.S), a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes), représentatifs de la population américaine au niveau de sexe, l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et de statut professionnel.

Il existe trois versions de cette échelle : la PSS 14 qui comprend 14 items, la PSS 10 et la PSS 4. Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 05 réponses, pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé). (Quintard.B, 2011, p56)

Echelle de fréquence en 05 points (de «jamais» à «très souvent») :

- Très souvent : 4 points
- Assez souvent : 3 points
- Parfois : 2points

- Rarement : 1point
- Jamais : 0 point

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse. (Très souvent : 0 point, assez souvent : 1 point, parfois : 2 points, rarement : 3 points, jamais : 4 points)

Le temps de passation, administration rapide : environ 5 minutes pour la version à 14 items. (Langevin.V et all, 2011, p 118)

**Tableau N°03 : le dépouillement de l'échelle :**

00 à 23	(pas de stress)
24à31	(peu de stress)
32à 50	(hyper stress)

**✓ Consigne :**

Je vais vous posez 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ses sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : jamais/ rarement / parfois/ assez souvent/ très souvent.

### **Conclusion :**

Dans le domaine de la recherche scientifique, le chercheur doit toujours se référer à une méthodologie bien fondée pour qu'il arrive à réaliser un meilleur travail scientifique dans tout les mesures.

De ce que concerne les outils d'investigation on à fait recours à un collectes de données composés d'un entretien semi directif et une échelle de stress perçue de Cohen et Williamson. Les résultats obtenues seront analysés et discutés dans le chapitre qui suit dans le but de confirmé ou d'infirmé nos hypothèses proposées au début de notre recherche.

# *Chapitre IV*

*Présentation, analyse et discussion*

*Des résultats*

### 1. Analyse des l'entretiens et interprétation des résultats

#### 1-1 Présentation et analyse de l'entretien du cas N°1

##### ➤ Présentation du cas N° 1

Nassima, femme au foyer, âgée de 49 ans, niveau d'instruction 9<sup>ème</sup>AF, elle a fait une formation professionnelle comme enseignante de français mais elle n'a pas obtenu une attestation pour des raisons familiales. Mère d'un unique enfant, « ADEL » âgé de 11 ans atteint du syndrome de Down, âgé de 11ans, admis au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de Bejaïa. L'entretien et l'échelle de madame Nassima est déroulée dans le centre dans le bureau de la psychologue de centre.

##### ➤ Analyse de l'entretien du cas N°1

Après notre premier contact avec madame Nassima, elle s'est montrée triste avec des yeux qui brillent de larmes.

Nassima est mariée pour la troisième fois car elle n'a pas pu avoir d'enfants, elle a fait beaucoup de fausses couches. Son fils « Adel » est le seul qu'elle à pu avoir « j'étais désespérée par ces fausses couches, j'ai cru que j'allais jamais être maman, mais quand j'ai découvert que j'étais enceinte ça m'a rendu heureuse ainsi que tous les membres de ma famille ».

A l'annonce de la nouvelle par le médecin, le couple a été choqué, surtout pour la maman ; Nassima déclare : « quand le médecin nous a annoncé " la trisomie 21" de Adel j'ai pleuré, je n'ai pas senti mes pieds. La première image qui m'a traversé l'esprit c'était son avenir, oh ... comment je vais m'occuper de lui. J'étais stressée à fond ...silence...pleurs ».

Par rapport à sa réaction vis-à-vis de la maladie de son enfant, Nassima dit : « avoir un seul enfant en plus trisomique, pour moi c'était la fin de monde. C'est vraiment dure, jusqu'à aujourd'hui je n'arrive pas à cacher mon trac ».

Durant l'entretien on a constaté que les perceptions de l'entourage influent négativement sur elle. Nassima dénonce : « Les gens me blessent avec leurs paroles et leurs regards envahissants ainsi que leurs interrogations ».

Durant les premières temps, Madame Nassima a souffert des troubles de sommeil et de la perte d'appétit « je ne dors pas bien et je n'ai pas d'appétit ». Aussi elle souffre des maux de tête.

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Quand on a évoqué avec elle l'avenir de son enfant, Nassima paraissait anxieuse « tu me parle de son avenir, mais quelle avenir pour lui ?! Un enfant pareil demande juste de boire et de manger, je m'inquiète pour lui comment sera son avenir ?... ».

### 1-2 Présentation des résultats de l'échelle du cas N°1

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7. ... avez vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... avez vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X

**Score : 43**

**Degré de stress : Hyper stress**

### 1-3 Interprétation de l'échelle du cas N°1

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Nassima a mis 04 minutes pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

L'analyse des résultats montre que Nassima manifeste un stress sévère (hyper stress) d'un score de 43 selon le dépouillement de l'échelle de stress de Cohen et Williamson qui est classé selon le seuil de cette échelle entre 32 à 50 « hyper stress ».

L'analyse des résultats de stress perçu de Cohen et Williamson a démontré que Nassima a 06 réponses de degré (04) dans les items (03, 04, 09, 10, 11, 14) et elle a coté 05 réponses de degré (03) dans les items (01, 02, 06, 07, 08), comme elle a 02 réponses de degré (02) dans les items (05) «... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? » et (13) «... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? » .

### Synthèse du cas N°1

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de stress perçu on a constaté que Nassima vit dans un état de stress de degré sévère à cause de l'handicap de son fils « Adel », ce qui a influé sur sa vie quotidienne négativement.

### 1-2 Présentation et analyse de l'entretien du cas N°2

#### ➤ Présentation du cas N°2

Malika, femme au foyer, âgée de 55ans, niveau d'instruction 4<sup>ème</sup>AM. Mère de cinq(05) enfants, quatre garçons et une fille "trisomique 21" âgée de 12 ans admise au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de Bejaïa. L'entretien avec Madame Malika et la passation de l'échelle s'est déroulé dans le bureau de la psychologue du centre.

#### ➤ Analyse de l'entretien du cas N°2

Après l'explication du but de notre entretien, Madame Malika nous a donné son consentement et a coopéré avec nous.

L'analyse de l'entretien révèle que Malika à subi un choc après l'annonce de l'handicap de son enfant. Cela apparait dans les paroles suivantes : « j'étais choquée quand on m'a dit que mon enfant est un mongole ».

Par rapport au sexe de son enfant, Malika n'a pas de préférence, l'essentiel pour elle c'est d'avoir un enfant sain. Et cela on l'a relevé quand elle à dit : « Pour moi ainsi que pour mon mari on n'a pas de préférence quant au sexe de notre bébé, l'essentiel c'est qu'il soit en bonne santé et ne manque de rien mais ... silence ... pleurs ... c'est le destin et je l'accepte même si c'est dure ». Cela signifiait qu'elle s'inquiète vis-à-vis ce handicap.

Nous avons remarqué aussi que les perceptions négatives de l'entourage sur cet enfant augmentent son stress jusqu'à l'angoisse, Malika déclare : « Les gens de mon quartier disent qu'il est inutile et qu'il ne sert à rien, c'est une charge pour vous. Des fois et face à leurs paroles je me contrôle pas, je deviens une autre et c'est plus fort que moi...silence ».

Madame Malika n'a pas la patience d'écouter les autres et cela l'a marqué « Je me mets en colère quand on me dit que ma fille est (handicapée) ... larmes, leurs mots



## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

sont comme des balles dans mon cœur, je n'en peux plus c'est pour cela que j'évite tout discours en liaison avec la maladie de ma fille ».

Quand à la santé physique et psychique de Malika elle s'est exprimée : « j'ai de véritables difficultés de sommeil, et des fois j'ai des réveils vers le petit matin ».

Malgré tout, Malika présente une vision optimiste vis-à-vis de l'avenir de sa fille mais accompagnée de crainte « je veux qu'elle se marie...rires ...larmes... silence, oh mon dieu j'ai peur qu'un jour elle va se retrouver toute seule ...».

Enfin, l'analyse de l'entretien démontre que Malika a souffert d'un stress provoqué par l'handicape de sa fille ainsi que le regard des gens et enfin l'avenir de sa fille.

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

### 1-2Présentation des résultats de l'échelle de cas N°2

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?				X	
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					X
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?		X			
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X

**Score : 35**

**Degré de stress : Hyper stress**

### 1-3 Interprétation de l'échelle du cas N°2

Madame Malika a mis 05 minutes pour remplir l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson.

L'analyse des résultats montre que Malika souffre d'un stress sévère (hyper stress) d'un score de 35 selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, qui est classé selon le seuil de cette échelle entre 32 à 50 est égal (hyper stress).

Elle a 04 réponses de degré (04) dans les items (09, 03, 08, 14), dans le degré (03) elle a 03 réponses dans les items suivants (01, 05, 07). En suite, dans le degré (02) elle a 04 réponses illustrées dans les items suivants (02, 06, 10, 13).

Enfin pour le degré (01) elle a 02 réponses présentées dans les items (04) « ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? ». Et (11) « ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? ».

### Synthèse du cas N°2

Après l'analyse des résultats, on conclure que madame Malika vit dans un état de stress sévère, des fois d'angoisse et de peur à cause du handicap de sa fille et beaucoup plus du regard malveillant des autres.

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

#### ➤ Présentation du cas N°3

Melaaz, femme au foyer, âgée de 60ans, n'a jamais été scolarisée, diabétique, mère de sept (07) enfants, deux garçons et trois filles. La deuxième de ses filles Ahlam âgée de 14 ans qui présente un cas de « trisomie 21 », elle est admise au centre médico-pédagogique de Bejaïa. La passation de l'entretien et de l'échelle de stress perçu de madame Melaaz est faite dans ce centre.

#### ➤ Analyse de l'entretien du cas N°3

Durant l'entretien, madame Melaaz s'est montée à l'aise, le contact avec elle était facile. Elle a consenti de discuter ses souffrances vis-à-vis de la maladie de sa fille.

Quand Melaaz a reçu la nouvelle lui annonçant que sa fille est atteinte de la « trisomie 21 », elle s'est senti dégoûtée et offusquée « J'avais du mal à croire ce que mes oreilles entendaient, déjà je ne connaissais pas cette anomalie, ce qui a engendré en moi un stress intense, j'ai eut peur pour sa prise en charge. Il était vraiment difficile pour moi d'accepter cette idée, j'ai beaucoup pleuré ce jour là ... ».

Par rapport à sa relation avec son mari, elle était en désaccord avec lui depuis qu'ils ont reçu la nouvelle. Lui aussi il s'énerve trop et il ne parle pas avec elle sauf dans les cas où c'est nécessaire « il s'énerve beaucoup et des fois pour des futilités, mon mari était en désaccord avec moi par rapport au fait d'inscrire notre fille dans un centre spécialisé, ce qui a créé des conflits entre nous... ».

Melaaz explique : « Les gens se moquent de ma fille, les enfants du quartier disent qu'elle est grosse. Quand ça arrive je m'énerve rapidement et je me contrôle pas, je deviens une autre personne... ».

Par ailleurs, sa maladie de diabète aussi influe sur l'éducation de sa fille « Son éducation me fatigue, c'est dure pour moi de m'occuper de moi et d'elle en même temps ...silence ... larmes ».

Enfin, on peut dire que madame Melaaz a peur pour l'avenir de sa fille et cela apparait clairement dans ses paroles quand elle dit : « Pour le moment, je suis là pour elle, mais après ? ...pleures j'ai peur qu'on ne prenne pas soin d'elle après ma mort -je veux dire ses frères et son père-, pleures ...je m'inquiète pour elle ».

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

### 1-4 Présentation des résultats de l'échelle du cas N°3

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?			X		
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		X			
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				X	
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	

**Score : 35**

**Degré de stress : Hyper stress**

### 1-3 Interprétation de l'échelle du cas N°3

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Melaaz a mis 05 minutes pour le remplir, comme elle ne maîtrisait pas la langue française on a été dans l'obligation de traduire cette échelle en kabyle et parfois en arabe, et nous l'avons aidé à comprendre quelques items.

Les résultats obtenus dans cette échelle montrent que Malika souffre d'un stress élevé d'un score de 35 selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson qui est classé selon le seuil de cette échelle entre 32 à 50 « hyper stress ».

Nous avons retenu les résultats suivants :

- Dans le degré (04) on a les items 03 et 11.
- Dans le degré(03) on a les items 02- 04- 06- 08- 09 et 14.
- Dans le degré (02) on a les items 01- 05- 07 et 10.
- Dans le degré (01) on a l'item N° 13.

### Synthèse du cas N°3

D'après les résultats obtenus de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Malika souffre d'un stress sévère présenté par plusieurs symptômes tel que l'insomnie, la fatigue, l'inquiétude, la peur ...etc.

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

#### ➤ Présentation du cas N°4

Aicha, femme au foyer, âgée de 44 ans, n'a jamais été scolarisée, mère de deux enfants, dont l'aîné « Yanis » âgé de 13 ans, présente un cas de « trisomie 21 », Son mari est décédé quand son fils avait 09 ans. L'entretien et l'échelle de stress effectués avec madame aicha se sont déroulés dans le bureau du centre médico-pédagogique mis à notre disposition à cet effet.

#### ➤ L'analyse de l'entretien du cas N°4

La découverte de la maladie de son fils s'était faite a 07 mois après sa naissance, Aicha a dit : « Quand j'ai appris la nouvelle, c'était qu'après 07 mois que le médecin a informé mon mari de « la trisomie » de Yanis, je me souviens très bien de ce jour la... silence ... j'ai pleuré comme j'ai jamais pleuré dans toute ma vie... pleurs ... ».

Quant a sa réaction elle est prise entre le choc et le dégoût, Aicha affirme : « oh ma réaction ! J'étais désespérée, mon dieu, pourquoi ça m'arrive à moi? Comment je vais m'occuper d'elle, j'étais stressée et triste j'ai eut l'impression que ma vie m'échappait entre mes mains ... ».

Le regard de l'entourage l'a influencé positivement, selon ses dires : « Ce qui m'aide à tenir et m'encourage toujours c'est le soutien de ma famille, surtout mon mari, tout le temps présent à mes cotés et il est très compréhensif. Sans oublier mes voisins, ainsi que tous les gens de la région qui m'ont soutenu aussi, je vous jure que des fois j'ai l'impression que Yanis est un enfant normale ». Aicha a déclaré : «Je souffre des maux de tête et de beaucoup de troubles de sommeil, je n'ai pas la patience d'écouter les autres, surtout dans les premières temps..»

Concernant sa vision de l'avenir de Yanis elle est restée optimiste qu'il devienne un homme parfait et autonome quand elle a dit : « comme toute maman je rêve que mon enfant soit heureux, autonome et pourquoi pas qu'il puisse fonder une famille et je vais l'aider pour atteindre delà... ».

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Présentation des résultats de l'échelle du cas N°4

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?				X	
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		X			
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X

**Score : 34**

**Degré de stress : Hyper stress**



### Interprétation de l'échelle du cas N°4

L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson a bien montré que madame Aicha souffre du stress avec un niveau de 34.

On peut confirmer cela avec le résultat obtenu dans les items 03 et 14 qui est égal à un degré de (04), et c'est l'item 03 qui appuie plus son affirmation quand Madame a déclaré durant l'entretien : « je suis très stressée et triste ... ».

On peut aussi prouver une présence du stress dans les items 11 et 05 qui est égal à (03), tout cela peut nous informer de l'intensité de stress chez madame Aicha.

### Synthèse de cas N°4

En référant à l'entretien et les résultats discernés lors de la passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, on peut déduire que madame Aicha présente un cas d'hyper stress et cela est du à la fatigue causée par des maux de tête et la maladie de son fils ainsi que ses crises de larmes.

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

#### ➤ Présentation du cas N°5

Fadila, femme au foyer, âgée de 55ans, niveau d'instruction 5<sup>ème</sup>AM, mère de six(06) enfants, quatre garçons et deux filles, dont le dernier âgé de 11 ans est atteint de la « trisomie 21 ».Admise au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de Bejaïa. L'entretien de Madame Fadila s'est déroulé dans le bureau de ce centre.

#### ➤ L'analyse de l'entretien du cas N°5

Madame Fadila a découvert la maladie de son fils par hasard quand elle l'a emmené chez le médecin pour son vaccin de 03 mois après sa naissance « Quand le docteur m'a informé de cet anomalie j'ai eut du mal à accepter cette nouvelle je l'ai même accusé de mentir, à ce moment là j'étais seule, ce qui a causé pour moi un choc énorme et un stress intense. J'ai beaucoup pleuré ce jour là ».

Quant à sa réaction elle s'est mélangé entre le dégoût et la tristesse d'un coté et de l'accepter en argumentant que c'est le destin d'un autre coté : « c'est très difficile d'avoir un enfant handicapé et surtout de l'accepter mais je dois être courageuse c'est le bon Dieu qui l'a voulu... pleurs ... tout ce qui nous vient de Dieu est durement du à une bonne raison Dieu merci ».

Ce qui la touchait de plus c'était le regard des autres envers son fils et à ce propos elle déclare : « en plus de mes craintes et de la fatigue qui m'emprisonnent je dois aussi supporter leurs paroles qui me blessent trop surtout, durant les premiers jours ... ».

« Je souffre de troubles de sommeil mais pas de maux de tête, je mange plusieurs fois dans la journée mais je me sens souvent que j'ai faim je ne sais pas pourquoi ».

Madame Fadila envisage l'avenir de son fils de manière positive « j'espère bien qu'un jour il trouvera un travail pour avoir une vie confortable et pleine de joie ».

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Présentation des résultats de l'échelle de cas N°5

Au cours de dernier mois

	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?		X			
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?		X			
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X

Score : 35

Degré de stress : Hyper stress

### **Interprétation de l'échelle du cas N°5**

D'après l'analyse de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson on peut déduire que Madame Fadila est très stressée et cela est appuyé beaucoup plus dans les items 03, 09 et 14 qui est égal à un degré de (04) et plus précisément dans l'item numéro 03 illustré par ses dires : « je me sens souvent stressée et nerveuse ... ».

Le stress de Fadila est aussi plus marqué dans les items (02, 05, 07et 13) qui est égal à un degré de (03).

### **Synthèse du cas N°5**

On se référant à l'entretien semi directif et à l'échelle de stress perçu on constate que Madame Fadila souffre d'un stress élevé engendré par la maladie de son fils.

On peut relever chez notre patiente quelques symptômes de stress tels que les troubles de sommeil et la fatigue.

### 1-6 Présentation et analyse de l'entretien du cas N°6

#### ➤ Présentation du cas N°6

Farida, âgée de 47ans, niveau d'instruction universitaire, elle est enseignante de physique au secondaire. Mère de trois enfants, deux garçons et une fille âgée de 04 ans qui est atteinte de « trisomie 21 » admise dans le centre pour les inadaptés mentaux de Bejaïa en 2013. La passation de l'entretien et l'échelle de stress perçu sont faits au centre.

#### ➤ L'analyse de l'entretien de cas N°6

Durant l'entretien Madame Farida s'est montrée déconcentrée mais sûre d'elle au point qu'elle nous a donné des explications sur des détails de la maladie de sa fille.

Par rapport à ses attentes durant sa grossesse elle nous a dit : « Comme toute maman j'ai rêvé d'un enfant complet et sain, mais à l'accouchement ma fille elle était différente de mes autres enfants et c'est pour cela que je me suis inquiété, c'est après une semaine de sa naissance que le médecin m'a annoncé que ma fille avait la « trisomie 21 ».

Quant à sa réaction par rapport à cette annonce madame Farida a dit : « C'était le choc de ma vie, avoir un enfant trisomique il n'y a qu'une mère qui peut ressentir ce que ça peut faire comme effet; c'est vraiment dure... larmes... comme j'étais étonnée je n'ai pas pu supportée cette idée jusqu'à ce jour la ».

Notre patiente s'est montrée stressée et nerveuse et des fois pour des futilités « je suis toujours stressée et je m'énerve rapidement ... ».

Concernant le regard des gens qui l'entourent Farida explique : « Dans ma famille, ils sont tous avec moi, ils m'ont toujours soutenu et m'ont aidé à surmonté cette situation... mais du côté de mes voisins j'entends souvent des mots qui me blessent comme ... oh c'est dommage, la pauvre c'est sa dernière en plus et une fille».

Madame Farida ne manifeste pas des symptômes dus au handicap de sa fille, mais parfois ça lui arrive d'avoir des insomnies : « Je mange très bien et surtout je n'ai pas de maux de tête, aussi je ne dors pas bien et je me réveille tôt le matin... je crois en dieu c'est tout... ».

Quant à l'avenir de sa fille, Farida n'a montrée aucune réaction, elle a avoué : « je n'y pense jamais, l'essentiel pour moi c'est que aujourd'hui qu'elle soit en

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

bonne santé, qu'elle soit en bonne humeur, heureuse et qu'elle puisse être indépendante ... ».

### 1-2 présentation des résultats de l'échelle de cas N°6

Au cours de dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?					X
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					X
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					X
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					X
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			X		

**Score : 28**

**Degré de stress : peu de stress**

### Interprétation de l'échelle du cas N°6

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Farida à mis 04 minutes pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

L'analyse des résultats montre que Nassima manifeste un peu de stress d'un score de 28 selon le dépouillement de l'échelle de stress de Cohen et Williamson qui est classé selon le seuil de cette échelle entre 24 et 31 « peu de stress ».

Nous avons retiré les résultats suivants :

- Dans le degré (04) on a les items 01- 03- 09- et 11.
- Dans le degré(03) on a 0 items.
- Dans le degré (02) on a les items 02- 07- 08- 10- 13 et 14.
- Dans le degré (01) on a 0 items.

### Synthèse du cas N°6

En guise de conclusion, et d'après l'analyse de l'entretien et des résultats retirés de l'échelle de stress perçu on déduit que Madame Farida manifeste un stress moyen par rapport à l'handicap de sa fille est c'est dû à la soutenance de sa famille et la perception de l'entourage qui l'ont influencé positivement.

### 1-7 Présentation et analyse de l'entretien du cas N°7

#### ➤ Présentation du cas N°7

Zohra, femme au foyer, âgée de 51ans, niveau BAC en France. Divorcée et mère de cinq(05) enfants, trois filles et deux garçons dont le dernier « Ghilas » est âgé de 07ans atteint de « trisomie 21 », admis au centre médico-pédagogique de Bejaïa. L'entretien et l'échelle de stress perçu avec Madame Zohra est fait dans ce centre.

#### ➤ L'analyse de l'entretien du cas N°7

Lors de l'entretien Zohra s'est montrée motivée et souriante, elle a répondu spontanément à toutes nos questions.

Notre patiente n'a découvert la maladie de son fils qu'après deux mois de sa naissance quand elle a emmené pour son vaccin « C'est là que le médecin m'a dit que mon bébé est trisomique après avoir examiné sa pomme de main (traits). Quand on m'a parlé de ce handicap j'étais surprise mais pas énervée, stressée mais pas désespérée ».

A l'annonce de cette nouvelle Madame Zohra était seule avec le médecin car elle était en désaccord avec son mari et cela se voit dans ses dires : « on s'est disputé la veille, j'ai pleuré toute la nuit et le lendemain l'annonce d'une telle nouvelle...larmes aux yeux ...pourquoi les choses s'accumulent comme ça ? ... ».

Aussi elle annonce : « vivre avec un trisomique 21 est une chose et l'accepter en est une autre, mais pour moi je suis croyante en dieu ainsi qu'au destin... ».

Par rapport aux impressions des gens qui l'entourent elle rajoute : « Dieu merci pour tout... tous les membres de ma famille sont avec moi surtout mon aîné il m'a jamais laissé sentir que Ghilas est trisomique, ainsi que les gens du secteur ils l'aiment bien et ils le gâtent... ».

Concernant la santé physique et psychique de Zohra elle souffre seulement des maux de tête mais elle mange très bien et aussi elle dort bien : « j'ai souvent mal à la tête et je mange très bien, et tellement je me fatigue dans la journée alors dans la nuit je dors tôt ».

« À propos de son avenir j'aimerais bien qu'il puisse se marier un jour et avoir son permis de conduite comme tous les gens de son âge .... ». Ici on voit que Madame Zohra était à l'aise et optimiste vis-à-vis de l'avenir de son fils.



## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

### Présentation des résultats de l'échelle de cas N°7

Au cours de dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?			X		
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					X
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?				X	
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			X		
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?	X				

**Score : 23**

**Degré de stress : pas de stress**

### 1-3 Interprétation de l'échelle du cas N°7

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Zohra à mis 05 minutes pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

On référant à l'entretien et les résultats obtenus lors de passation de l'échelle on peut déduire que Zohra ne manifeste pas un stress et cela est plus marqué dans les items (03- 05- 06- 07- 08- 10- 11- 13) qui est égal a (02) degré. Alors qu'on a 02 items (04 et 14) qui sont de degré (0). Aussi on trouve 02 items de degré (03).

La majorité des réponses de Madame Zohra sont cotés de degré minime, se qui signifie que cette maman a tout fait pour accepter ce handicap et vivre avec on aidant son enfant.

### Synthèse du cas N°7

On conclut pour dire que Madame Zohra n'est pas stressée par la « trisomie 21 » de son fils, car elle s'est adapté avec cette situation. Avec l'aide de sa famille et les voisins elle a pu dépasser cet événement inattendu. Et aussi Zohra voit Ghilas comme tout enfant normal surtout que les traits de la trisomie 21 n'apparaissent pas sur son visage sauf qu'il a un retard mental remarquable.

### 1-8 Présentation et analyse de l'entretien du cas N°8

#### ➤ Présentation du cas N°8

Samira, âgée de 30 ans, est femme au foyer, niveau d'instruction 3<sup>ème</sup> AS, mère de deux filles dont l'aînée Fatiha âgée de 10 ans est atteinte du syndrome de Down. Admise dans le centre pour inadaptés mentaux de Bejaïa en 2010.

#### ➤ L'analyse de l'entretien du cas N°8

Notre entretien avec Samira s'est déroulé dans un climat agréable plein de confiance et on a remarqué que le courant passait très bien entre elle et nous.

Samira n'a découvert le problème de sa fille qu'à l'âge de 2ans, après avoir examiné ses mains et ses yeux qui n'étaient pas normaux. Elle a appris chez un pédiatre que cette fille est mongolienne.

Par rapport a sa réaction a l'annonce de cette nouvelle inattendue elle a dit : « Quand j'ai reçu la nouvelle je me suis senti lourde, on dirait que la vie s'échappait entre mes mains je vois ma vie complètement bouleversée. Ça m'a beaucoup touché et stressé ».

Quant à son comportement avec sa fille elle rajoute : « Oui il y a une certaine particularité par rapport à la façon dont je la traite. Déjà c'est un enfant à besoins particuliers et qui nécessite une prise en charge spéciale ».

Aussi, l'entourage l'influence d'une façon positive. Le comportement des autres envers sa fille était appréciable et cela se traduit par ces paroles : « Depuis que ma famille à reçu la nouvelle inattendue elle a été avec moi à mes cotés, ils m'ont aidé sur tous les plans soit financièrement ou bien psychologiquement. Mais du coté de mes voisins et notamment durant les premières temps ils me laissaient entendre des paroles qui me faisaient mal, mais rien à faire ».

Dans l'analyse de l'entretien nous avons détecté quelques symptômes de stress tels que troubles digestifs et troubles de sommeil et cela est illustré dans ses mots : « Je ne mange pas bien, j'ai perdu l'appétit et aussi je ne dors pas la nuit des fois il m'arrive de dormir que trois heures. Mais je ne souffre pas de maux de tête ... ».

Comme pour toute maman Madame Samira a une vision positive a propos de l'avenir de sa fille et pour cela elle nous a dit : « J'espère qu'elle trouvera un métier sur lequel elle pourra s'appuyer. Pourquoi pas de faire des travaux à la maison pour qu'elle s'occupe d'elle-même... ».

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

« Vous savez, à la maison on l'appelle l'enfant de l'amour, car elle nous à réuni tous surtout moi et mon mari ...larmes aux yeux... ».

### Présentation des résultats de l'échelle de cas N°8

Au cours de dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				<b>X</b>	
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			<b>X</b>		
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					<b>X</b>
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					<b>X</b>
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			<b>X</b>		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		<b>X</b>			
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			<b>X</b>		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	<b>X</b>				
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	<b>X</b>				
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?			<b>X</b>		
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					<b>X</b>
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			<b>X</b>		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					<b>X</b>

**Score : 31**

**Degré de stress : peu de stress**

### **Interprétation de l'échelle du cas N°8**

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Zohra à mis 05 minutes pour répondre à toutes les questions de l'échelle.

D'après l'analyse de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson on peut déduire que Madame Samira est peu stressée et cela est marqué beaucoup plus dans les items numéro 02- 05- 06- 07- 08- 10 et 13 qui ont des degrés variables entre ( 0-1- et 2).

### **Synthèse de cas N°8**

En conclusion, Samira présente un stress moyen selon l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson ou nous avons détecté quelques symptômes tels que troubles de sommeil et les troubles digestifs... . On a remarqué aussi l'influence positive de sa petite famille notamment son mari.

### 2. Discussion des hypothèses

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens et des échelles de stress perçu de Cohen et Williamson, nous avons relevé que les mères ayant des enfants trisomiques 21 développent un stress même si avec des degrés différents.

Durant notre modeste travail, nous avons expérimentés 08 cas de mamans qui ont un enfant trisomique 21. Ces mères sont répartir en trois groupes selon le niveau de leurs stress « hyper stress, peu de stress et pas de stress ».

A travers les entretiens nous avons déduire que les mères ayant un enfant trisomique 21 manifestent un stress vis-à-vis le handicap de leurs enfants appariassent notamment par la fatigue, inquiétude, insomnie, maux de tête, crises de larmes, ...etc. et par la on confirme notre première hypothèse qui formulée comme suit :

**« Les mères des enfants trisomiques 21 souffrent-elle du stress ».**

Effectivement parmi nos 08 cas on a 07 cas qui confirment notre première hypothèse.

Pendant l'élaboration de notre recherche nous avons remarqué que 05 cas dans l'ensemble de 08 cas présentent un hyper stress, tandis que on à 02 cas qui manifestent un peu de stress et 01 seul cas qui ne présente aucun stress. Par la on peu dire que le niveau de stress se varier et il n'est pas de degré élevé pour toutes les mères, et cela infirme notre deuxième hypothèse qui dit que « **le stress peut être d'un niveau élevé par rapport a ces mères** ».

Les résultats retirés par l'interprétation des échelles de stress perçu de Cohen et Williamson montrent que le cas Nassima est la mère la plus stressante de la trisomie 21 de son enfant avec un score de 43 selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu, en suite on à les cas Malika, Melaaz et Fadila qui sont obtenus un score de 35 et madame Aicha qui souffre elle aussi d'un stress élevée avec un score de 34 selon le dépouillement de cet échelle. Après on les cas Farida et Samira qui manifestent un peu de stress avec des score de 28 et 31 selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988).

Enfin, le dernier cas Zohra qui ne présente aucun stress vis-à-vis le handicap de son enfant Ghilas et l'échelle le confirme avec un score de 23 « pas de stress ». Cette mère qui à s'adaptée et acceptée ce handicap avec le temps ainsi qu'avec son courage et le soutien de sa famille.

En synthèse on peut dire que les facteurs qui engendrent un stress pour ces mères sont beaucoup plus celles qui ont une relation avec l'entourage extérieur, ainsi que leurs inquiétude par rapport à l'avenir de leurs enfants et l'acceptation de ce handicap et aussi la façon dont laquelle reçoivent la nouvelle.

*Conclusion*  
*Générale*



### Conclusion générale :

Nous sommes tous exposés au stress, ce phénomène aussi complexe qu'elle est devenue banale surtout ces derniers temps, avec les multiples changements qui touchent notre société.

Dans cette étude nous avons tenté d'aborder la question de stress liée à la trisomie 21. Nous avons réalisé une étude clinique de huit (08) cas des mères exposées au stress à cause de la trisomie 21 de leurs enfants. Pour mener à bien notre recherche nous avons référés à un entretien semi directif et une échelle de stress perçu de Cohen et Williamson.

D'après les résultats de l'échelle de stress perçu, nous avons relevé que ces mères manifestent un stress ce que confirme notre première objectif par cette recherche.

Nous avons effectué notre stage au sein de centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de Bejaïa pour être près de ces mamans afin de comprendre leurs souffrances.

Par ailleurs, si on retourne aux résultats on voit que l'un des facteurs qui provoquent le plus de stress chez ces mères est l'influence de l'entourage qui joue un rôle important dans l'apparition de stress et aussi l'inquiétude de ces mères par rapport à l'avenir de leurs enfants et l'acceptation de ce handicap en première lieu.

Si on parle de notre pays l'Algérie, on peut dire qu'il y a un manque de sensibilisation concernant ce type de sujets est cela est marqué par l'absence des centres spécialisés pour soulager et aider ces mamans à accepter ce handicap par la programmation des séances de psychothérapies de soutien pour qu'elles prennent soit des préoccupations de ces enfants afin d'atteindre leurs autonomie.

Enfin, le stress chez les mères des enfants trisomiques 21 est un thème aussi important. On espère que ce petit travail vous apportera quelques informations concernant la souffrance de ces mamans traduite par un stress de leurs enfants afin de les aider à le surmonter par vos soutiens et vos encouragements.

## **Conclusion générale**

---

Au cours de notre recherche, on a pu penser à d'autres questions de perspectives que les autres chercheurs peuvent les traiter qui sont :

- Quels sont les stratégies de coping utilisés par des mères des enfants trisomiques 21 ?
- Quel est l'impact de la trisomie 21 sur la vie conjugale des nouveaux mariés ?

*Références*

*Bibliographiques*

## Références bibliographiques

### ❖ Les ouvrages :

1. Angers.M, (1997), « **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Ed Casbah université, Alger.
2. Boudarene. M, (2005), « **le stress entre bien être et souffrance** », Ed Berti, ALGER.
3. Chahraoui.K et Bénony.H., (2003), « **méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** » Edition Dunod, paris.
4. Cuilleret.M, (2007), «**trisomie et handicaps génétiques associés**», 5<sup>ème</sup> Ed Elsevier Masson SAS.
5. Dumont. M et Plancherel.B, (2001), « **stress et adaptation chez l'enfant** », presses de l'université du Québec. Canada.
6. Graziani. P., Swendsen.J, (2005), « **le stress, émotion, et stratégie d'adaptation** », Ed Armand colin, Paris
7. Infor santé, 2012
8. Lebel. G. (2001), « **guide d'autosoins pour la gestion de stress** ».
9. Lentini. P, (2009), « **objectif no stress (ma méthode positive)** », éditions Amphora.
10. Massoudi.K., 2009 « **le stress professionnel** », Peter Lang SA, Editions scientifiques internationales. Allemagne.
11. Quintard.B, (2001), « **concept, stress, coping** », Ed Nathan, Bordeaux
12. STORA. J.B. (1991), **Le stress, que sais-je ?**, puf. Paris.
13. Zablocki. B, (2009), « **du stress au bien être et à la performance** », Belgique, éditions des CCI SA, Edi.pro.

### ❖ Les Dictionnaires :

- Bloch.H, Dépret.A et al, (), « **dictionnaire fondamental de la psychologie de L-Z** ».Larousse.
- Henriette. B, Chemama.R, & al, (2003), « **grand dictionnaire de la psychologie** ». Larousse, paris.
- Sillamy. N., (1999), « **Dictionnaire de psychologie** », Ed Larousse, Paris

❖ **Les articles :**

1. Bruchon-Schweitzer.M,( 2001), « concepts, stress, coping »,in recherche en soins infirmiers N°67.
2. Comblain.A & Thibaut.J.P « **approche neuropsychologique du syndrome de down** ».
3. Flori .F, Doray.B, Carelle .N, (2006-2007), « **la trisomie 21** », in de la conception à la naissance item 31.
4. Ghislaine. C.L. & al, (2008), « **Consultation sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal de la trisomie 21, ou syndrome de down, au Québec** ». Édition Chantal Racine.
5. Langevin.V & al, (2011), « **catégorie évaluation du stress perçu** », in documents pour le médecin du travail N°125, 1<sup>er</sup> trimestre2011.
6. Tauraine.R& al, (2010-2011), « **la trisomie 21** », Université Médicale Virtuelle Francophone.
7. Vial. M, 2012 « **trisomie 21 : épidémiologie, diagnostique, évolution.** »,

❖ **Les Thèses :**

- ✓ Goffinet. M, (2008), « **le vécu des parents de personnes trisomique 21 et attentes vis-à-vis de médecin traitant** », thèse de doctorat en médecin, sous la direction de président, Henri Planchu, l'université Claude Bernard-Lyon1.
- ✓ Meberek Bouchaala.F, (2010-2011), « **la révélation de la trisomie de l'enfant aux parents : entre le choc psychologique et la blessure narcissique** ».mémoire de magister en psychologie clinique, sous la direction de Dr. Bouchloukh Mahfoud, l'université Mentouri Constantine.
- ✓ Terrier. N, (Mars2008), « **trisomie 21 et témoignage d'autrui (les personnes adultes porteuse de trisomie 21 font-elles confiance au témoignage d'informateurs inconnus ?)** », mémoire de licence en

psychologie, sous la direction de Fabrice Clément, professeur FNS,  
université de Neuchâtel.

❖ **Sites internet :**

<http://www.google.com/search?sclient=psyab&q=http%3A%2F%2Fwww.trisomie21-forum-gratuiti.com%2Ft134-enfants-trisomiques-en-alg%C3%A9rie-pres-de.100&btnG>. (Consulter le 2/6/2013 à 17H53).

# *Annexes*

## Annexes

---

### **Annexe N° 01 :**

#### **Guide d'entretien :**

##### **Axe n 01 : les données personnelles :**

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Sexe de votre bébé :
- Niveau d'instruction :
- Statut de la mère :

##### **Axe n 02 : la grossesse et les attentes de la mère :**

- Parlez nous de votre sentiment quand tu as reçu la nouvelle ?
- A quel mois avez vous découvrir cette grossesse ?
- Est-ce que cette annonce à changé votre relation de couple ?
- Avez-vous une préférence par rapport au sexe de votre bébé ?

##### **Axe n 03 : annonce de l'anormalité de l'enfant :**

- Quelle est votre réaction lors de l'annoncé du médecin de cette handicapé ?
- Est-ce qu'il y à quelqu'un avec vous ?

##### **Axe n 04 : la relation de la mère avec cette enfant :**

- Avez-vous accepté facilement la maladie de votre enfant ?
- Est-ce que vos conduites avec l'enfant sont les mêmes que ces autres frères et sœurs normaux ?

##### **Axe n 05 : la perception de l'entourage extérieur sur cet enfant :**

- Pouvez-vous me dire comment les membres de la famille réagissent quand a cette nouvelle ?
- Comment les gens et les voisins voient votre enfant ?



## Annexes

---

- Est-ce que vous êtes dérangé de leurs paroles vis-à-vis la maladie de votre enfant ?

### **Axe n 06 :** la santé psychique et physique de la mère :

- Avez-vous des troubles digestifs ?
- Avez-vous des maux de tête ?
- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- Donnez-vous avec patience les explications concernant la maladie de votre enfant à d'autres personnes ?
- Avez-vous la patience d'écouter les autres ?

### **Axe n 07 :** l'avenir de cet enfant :

- Comment envisagez-vous son avenir ?

## Annexes

### Annexe N° 02 :

#### **Echelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988)**

<b>Au cours de dernier mois</b>	jamais	rarement	parfois	Assez souvent	Très souvent
1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?					
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ?					
11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					

**Les items 4, 5,6 ,7 ,9 ,10 et 13 sont notés en sens inverse.**

**Le score de stress a été calculé sur 13 items (sans la question 12).**