



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master Psychologie Clinique

Thème

La qualité de vie des femmes ayants un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité

————— Etude de 04 cas réalisée au centre CMP Ihedaden Bejaia —————

Réalisé par :

ALILI Linda

BENMEZIANE Linda

Dirigé par :

Mme MEHENNI Zahoua

Année universitaire 2017/2018

Remerciements

Avant tout, nous rendons grâce à Dieux de nous avoir accordé santé, courage et patience afin d'accomplir ce modeste travail.

Aussi nos très chers parents pour leur soutien, leur amour, et leur patience, durant toutes nos années d'étude.

Notre remerciement à Mme MEHNI ZAHOUA pour son encadrement, pour la confiance qu'elle nous a témoignée, sa disponibilité permanente, sa patience et ses orientations qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mes dames et monsieur les membres de jury.

Nous remercions chaleureusement la psychologue du CMP d'IHEDADEN, ainsi que toutes les femmes ayans accepté de participer à cette recherche.

Nos remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Dédicaces

Je dédie ce mémoire :

A mes adorables parents, qui mon toujours encouragé durant mes

Années études.

A mon fiancé pour son amour, ca patience, et son soutien Yacine.

*A mes sœurs : Ghania, Rabiha, Naima, Samira, Farida, Aida, et leurs époux et
enfants.*

A mes frères : Kamel et sa femme Akila, a Djamel, Sofiane et Mohamed.

A mes chères copines : Halima, Assia, Nadjjet, Nabila.

A mes chères nièces : Tinhinane, Hanane, Yassemine

A ma binôme : Linda

A toute ma famille Alili et Djoudi

A qui je souhaite beaucoup de réussite.

Lynda. A

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A mes parents, pour leur soutien leur sacrifice. Que dieu les garde en bonne santé.

A mes chers frères : Amar et Tahar

A mes adorables sœurs : Siham et Akila

*Ainsi qu'à tous mes amis : Amar, Hanane, Sabrina,
Djidji, Linda, Rosa, Nadjat, Nabila, Katia, Tinhinane, Lamia*

A ma binôme Lynda Alili.

Et à tout ceux que j'éprouve amour et respect

Linda. B

Sommaire

- Liste des tableaux
- liste des figures
- liste des abréviations
- liste des annexes
- introduction

Cadre méthodologique de la recherche

1-Problématique -----	5
2-Les hypothèses de la recherche-----	9
3-Définition et opérationnalisation des concepts clés-----	9
4-Les raisons du choix de thème-----	10
5-Les objectifs de la recherche-----	11
6-Les difficultés rencontrées -----	11

Partie théorique

Chapitre I : La qualité de vie

Préambule-----	15
1-Historique et évolution du concept de la qualité de vie -----	15
2-Définition du concept de la qualité de vie -----	17
3-Les concepts de la qualité de vie -----	19
4-Les conceptions de la qualité de vie -----	21

5-Les domaines de la qualité de vie -----	22
6-Les théories de la qualité de vie -----	23
7-L'évaluation de la qualité de vie -----	23
8-La qualité de vie liée a l'infertilité -----	24
Synthèse -----	26

Chapitre II : l'enfant autiste

Préambule-----	29
----------------	----

I- L'enfant handicapé mental

-définition de l'enfant handicapé mental -----	41
--	----

-les types d'handicap mental de l'enfant -----	41
--	----

- L'enfant autiste

1-Définition de l'autisme -----	41
---------------------------------	----

2-Les formes cliniques de l'autisme-----	41
--	----

3-Les signes cliniques de l'autisme -----	43
---	----

4-L'étiologie de l'autisme -----	46
----------------------------------	----

5-La prise en charge de l'enfant autiste-----	48
---	----

II- L'influence psychologique de l'arrivé d'un enfant autiste sur sa mère et sa famille. -----	60
---	-----------

Synthèse-----	62
---------------	----

Chapitre III : l'infertilité.

Préambule-----	66
----------------	----

I - Aspect médical de l'infertilité

1-Aperçu historique sur l'infertilité -----	66
2-Définition du concept de l'infertilité-----	68
3-Les types de l'infertilité -----	69
4-Les signes de l'infertilité chez la femme -----	70
5-Les causes de l'infertilité-----	71
6-Diagnostic de l'infertilité-----	76
7-Le traitement de l'infertilité. -----	79

II - Aspect psychologique de l'infertilité

1- L'état psychologique de la femme infertile -----	85
2- Le vécu psychologique de la femme infertile-----	86
2-1 -La vie sexuelle de la femme infertile. -----	86
2-2 -La vie émotionnelle de la femme infertile -----	86
2-3 - La culpabilisation de la femme infertile-----	87
3- Les troubles psychologiques de la femme infertile.-----	88
4- Le soutien psychologique de la femme infertile. -----	89
5- Les thérapies de la femme infertile. -----	90
Synthèse-----	91

Partie pratique

CHAPITRE IV : Méthodologie de la recherche

Préambule -----	95
-----------------	----

1-La pré-enquête-----	95
2-La méthode de la recherche-----	96
3-Les limites de la recherche-----	97
4-La population d'étude et leurs caractéristiques-----	98
5-Le lieu de la recherche-----	99
6- Les outils d'investigations-----	102
Synthèse-----	109

CHAPITRE V : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule-----	112
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique. -----	112
2-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-3-----	117
3- Discussion des hypothèses. -----	138
Synthèses -----	142

Conclusion.

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux

N°	Titre des tableaux	Pages
Tableau 01	La nomenclature des déficiences incapacité et désavantages : un point proposé par OMS.	33
Tableau 02	Les causes de l'handicapes mental.	38
Tableau 03	Les caractéristiques physiques de la trisomie.	54
Tableau 04	Tableau récapitulatif des cas étudié.	99
Tableau 05	Modèles conceptuel du questionnaire de la QDV	106
Tableau 06	présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de premier cas.	117
Tableau 07	présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de deuxième cas	123
Tableau 08	présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de troisième cas	131
Tableau 09	présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de quatrième cas	137

Liste des figures

Figure	Titre	Page
Figure N° 01	Les divers indicateurs de la QDV, dérivant tout ce qui une vie satisfaisante	19

Liste des abréviations

Abréviation	Transcription
A.B.A	Applied Behavioral Analysis
A.M.B	Assistance Médical aux Procréation
C.I.F	Classification International de Fonctionnement.
C.I.H	Classification International du Fonctionnement, handicap et de la santé.
F.S.H	Hormone Folliculo-stimulante.
G.H	Gonadotrophine Hormone.
O.M.S	Organisation Mondial de la Santé
Q.D.V	Qualité De Vie.
Q.I	Quotient Intellectuelle.
T.C.C	Thérapie Cognitive Comportemental
T.E.A.C.C.H	Traitement et Education des Enfant avec Autisme et autre Handicap de la Communication

Liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe N°1	Guide d'entretien
Annexe N°2	Questionnaire de QDV MOS-SF 36

Introduction

Le désir d'avoir un enfant est devenu un fait de société .L'attente et l'arrivée d'un enfant apparaissent comme une étape existentielle et fondamentale dans la vie d'une femme. Le désir d'enfant introduit la femme, par son corps à la maternité qui est a la fois une relation physiologique (la femme porte le bébé, accouche, allaite,...) et psychologique (la femme aime son bébé, tien a lui, prend bien soin de lui,...) cette maternité sera preuve de sa sexuaction entant que femme, en effet, au niveau de l'inconscient, une femme réalise et vit sa féminité entre autre grâce a se désir de maternité réelle, imaginaire, symbolique.

Dans de nombreuses régions du monde, une femme passe à l'âge adulte quand elle devient mère, la maternité est source de fierté, elle assure la continuation de la lignée, elle renforce les liens entre les famille d'une communauté qui aiment à partager leurs expériences et souvent elle garantit à l'époux un mariage plus stable et sécurité économique, étant donnée que l'enfant représente un rêve apportée de mains, surtout par le point de la tradition de se qui poussent les couples a se justifier devant autrui, mais aussi de se rassurer soi même, une femme sans enfants est désignée sous de nombreux vocable une femme incapable de procréer, une qui n'a jamais donné la vie, la femme incapable de procréer, la femme grassouillet. La stérilité a toujours été un véritable fléau c'est-à-dire qu'elle a toujours eu un pourcentage élevé. Mais à chaque époque les causes sont différentes.

Devenir mamans est un événement important dans la vie d'une femme. C'est une page qui se tourne, une nouvelle vie qui commence .comprendre son envie de maternité est essentiel pour être une femme enceinte épanouie.

Mais malheureusement certain enfant naissent avec différents handicaps. Après l'annonce de la maladie de l'enfant tel que l'autisme, la trisomie est vécue pour la maman comme un choc, d'une souffrance morale, elle génère de terribles angoisses, un sentiment de culpabilité massif lié à la question de la responsabilité dont la maman exprime de divers sentiments : sentiment d'effondrement et d'abattement extrême, colère, honte, dépression, isolement, déni...

Donc l'annonce d'une mauvaise nouvelle, en général, n'est jamais une partie de plaisir que ce soit pour la personne qui annonce ou celle qui reçoit l'information. Alors lorsque il s'agit de son propre enfant et d'une déficience, et c'est la raison pour laquelle, lors de cette annonce, la maman va passer de l'enfant du rêve à l'enfant du cauchemar.

Dans cela nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportementale qui nous semble la plus correspondante et adéquate comme cadre de référence de notre thème de recherche, elle vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La théorie cognitivo-comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants.

Nous avons utilisé l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 pour décrire la qualité de vie des femmes ayant un enfant handicapé après avoir vécu une période de stérilité.

Pour réaliser cet objectif nous avons réparti notre travail en deux parties : partie théorique et partie pratique.

Avant de présenter ces deux parties nous avons commencé par le cadre méthodologique de la recherche qui comprend : introduction, problématique, les

hypothèses de notre recherche, les définitions de concepts clés, les raisons du choix de thème, ainsi que les objectifs de la recherche, et enfin les difficultés rencontrées.

Après nous avons présenté la partie théorique de notre étude divisée en trois chapitres :

Le premier chapitre consacré pour la qualité de vie, dont le quel nous avons présenté : la définition du concept de la qualité de vie, son historique et évolution, ses concepts, ses conceptions, ses domaines, ses théories, aussi on a abordé l'évaluation de la qualité de vie, et enfin la qualité de vie liée à la stérilité.

Le deuxième chapitre intitulé on a précisé l'autisme on développant sa définition, ces formes, signes, l'étiologie ainsi que sa prise en charge prise en charge, et on a fini ce chapitre par l'influence psychologique de l'arrivée d'un enfant d'un enfant autiste sur sa mère et sa famille.

Le troisième chapitre intitulé l'infertilité qui comprend deux aspects l'aspect médical et l'aspect psychologique de la stérilité.

L'aspect médical contient un aperçu historique sur la stérilité, sa définition, ses types, ses signes, ses causes, le diagnostic de la stérilité, ainsi que les traitements de la stérilité.

L'aspect psychologique comprend : les répercussions psychologiques de la femme stérile, le vécu psychologique de la femme stérile, sa vie sexuelle, sa vie émotionnel, la culpabilisation chez la femme stérile, ses troubles psychologiques ainsi que le soutien et les thérapies de la stérilité.

La partie pratique qui englobe deux chapitres : premièrement le chapitre méthodologique de la recherche qui consiste : la pré-enquête, méthode de la

recherche, les limites de la recherche, la population d'étude et leurs caractéristiques, le lieu de la recherche, enfin les outils d'investigations. Et deuxièmement présentation, analyses des résultats et discussion des hypothèses.

On a clôturé notre travail par une conclusion suivi d'une liste bibliographique et annexes.

Cadre méthodologique de la recherche

1- Problématique -----	5
2- Hypothèses de la recherche -----	9
3- Définition et opérationnalisation des concepts clés -----	9
4- Les raisons du choix de thème-----	10
5- Les objectifs de la recherche -----	11
6- Les difficultés rencontrées -----	11

1- La problématique

Dans toutes les sociétés, la famille est souvent assimilée à un lieu où la femme cherche l'amour, la sûreté, la sécurité, la protection, et cela dans le but d'assurer son équilibre émotionnel et affectif et d'avoir une bonne qualité de vie.

La stérilité féminine constitue l'une des crises les plus profondes pour la femme, elle menace tous les aspects de sa vie physique et psychologique, sentiment d'incapacité, la culpabilité, elle se sent atteinte dans son intégrité physique et sociale. Ceci veut dire modification d'humeur et de comportement, et surtout l'aspect de leur qualité de vie.

La stérilité peut influencer sur le bien être, la satisfaction et le bonheur de la femme stérile, et susciter des sentiments de culpabilité de cette femme à elle-même et la façon dont elle se sent dans ses relations interpersonnelles influence sur la qualité de vie et le détermine (**Claud. N, et Pichoma, 2001, p.109**).

À la fin des années 80, une étude de l'OMS retrouvait comme cause de stérilité féminine, les facteurs tubaires dans 36% des cas, des troubles ovulatoires dans 33% des cas, l'endométriose dans 60% des cas et aucune cause retrouvée dans 25% des cas (**François. O, et all, 2008, p.19**).

En Algérie entre 10 et 15% des couples algériennes, légalement mariés, souffrent de problème de la stérilité. Le ministère de la santé quantifie ce taux à 300 000 couples stériles. Une étude prospective du service épidémiologie du CHU de Béni Massous, réalisée en l'année 2000, réduit le chiffre à 129 000. Au-delà de l'ambivalence des statistiques, la stérilité est vécue comme un véritable drame pour les époux qui ne parviennent pas à concevoir un enfant de manière naturelle (<http://www.matrno.com>).

C'est dans la maternité que la femme trouve son plein épanouissement, c'est pour cela qu'elle veut se prouver à elle-même et à la société que son corps fonctionne

se persuader qu'elle maîtrise sa fertilité, elle se trouve rassurée quand a sa capacité reproductrice qui constitue une part importante de son identité et sa féminité (**Claud. N, et Pichoma, 2001, p.111**).

Chaque changement dans la vie d'une personne, va engendrer une situation de crise, à fin de s'adapter à la nouvelle situation. Le déroulement de la période de la grossesse, et c'est pendant cette dernière que le couple conçoit l'image de l'enfant idéal, et attend avec impatience la réalisation de se rêve. L'arrivée de l'enfant attendu, est un événement qui va donnée autre sens à la vie du couple et qui peut renforcer les relations conjugale et familiales, et renforcer la stabilité affective. Mais si on découvre soit pendant la grossesse avec le développement des techniques d'imagerie et l'échographie, soit à l'accouchement ou plus tard, que l'enfant est un handicapé mental.

Parmi les situations qui rend la vie plus difficile particulièrement chez les femmes nous trouvons la naissance de leur enfant handicapé mental, qui a une influence sur le plan individuel, conjugal, parentale et extrafamiliale, qui leur permet d'introduire une nouvelle dimension a leur vie celle de la maternité.

L'handicap mental se caractérise par un arrêt, un ralentissement ou un inachèvement du développement chez un enfant. Il peut être lié à un mauvais développement du cerveau, a une maladie, à des difficultés pendant la grossesse, l'accouchement. L'enfant se montre plus lent dans ses apprentissages, son autonomisation et prend plus de temps pour intégrer les consignes. L'handicap mental ne se manifeste pas par un signe mais par un ensemble de signes et peut être accompagnée de différents troubles du langage, du comportement ou de développement.

La maman qui s'occupe de son enfant handicapé mental et lui prodigue des soins, doit être émotionnellement disponible et a le désir du faire et est capable d'établir un attachement émotionnel avec son enfant. Cette maman qui est déjà

émotionnellement perturbés a cause avoir vécue une période de stérilité et enfin finir par avoir un enfant handicapé mental.

Pinel Fut, le premier médecin à avoir libéré les font du *XVII* Siècle des grands fermement, car a cette époque la maladie mentale n'avais pas le droit au sois, et on ne parlait du handicap mental, car il n'existe aucune classification relevant mental (Scelle. R, 2005, p.71).

Patrick et Erickson(1993) révèlent que la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les déférents domaines de sa vie incluant le bien être physique, social, économique, et psychologique (Achachera. A, 2015, p.17).

Si on a cité le concept de qualité de vie et avant cela l'enfant handicapé mental, et la stérilité, c'est pour cerner au mieux notre travail qui consiste en la qualité de vie des femmes ayant un enfant handicapé mental après une période de stérilité, parce que a chaque fois qu'on parle de l'enfant handicapé mental on pense directement a la souffrance des enfants ayants ce trouble et on oublie celle des mères qui ont attendu longtemps un enfant, et finalement donné naissance a un enfant handicapé mental, ce dernier a une influence sur la qualité de vie de sa mère.

Dans notre recherche, on va donc essayer de décrire la nature de « la qualité de vie des femmes ayants un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité ».

Et cela nous mène à poser les questions suivantes :

-Quelle est la nature de la qualité de vie des femmes ayants un enfant handicapé mental après avoir vécu une période d'infertilité ?

-Est-il vrai que le regard de l'autre influence la qualité de vie des femmes ayants un autiste ?

2-Hypothèses de la recherche :

-La nature de la qualité de vie des femmes ayant un enfant handicapé mental après avoir vécu une période d'infertilité est mauvaise.

-le regard de l'autre influence la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste.

3- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Avant de commencer notre recherche, nous allons définir les concepts utilisés dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, et par la suite nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts.

-La qualité de vie :

Selon Campbell et al (1989) la qualité de vie est « une mesure composite du bien être physique, mentale et sociale qui est perçus par chaque individu ou par chaque groupe d'individus, et du degré de satisfaction et de gratification dans des domaines tel que la santé, le ménage, la famille, le travail, l'éducation, l'estime de soi et les relations avec les autres » (J. Beaussart, P. Genton, p.42).

La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement (Bruchon-Schweitzer. M, 2002, p.50).

Opérationnalisation du concept :

La qualité de vie est un bien-être physique et psychique, bonnes relations sociales, sensation de bonheur.

L'autisme :

Les déficiences intellectuelles sont des troubles du développement dans lesquels c'est la sphère du développement cognitif qui est le plus atteinte. Dans les troubles spécifiques du développement c'est selon le cas le langage (dysphasie de langage ou de parole), la motricité (dyspraxie de développement) ou les apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) qui peuvent être affectés. Regroupées sous l'appellation « troubles envahissants du développement » (**Bertrand. J, 2008, p.30**).

Opérationnalisation du concept :

- l'infertilité :

L'infertilité c'est l'absence de grossesse après deux ans de rapport sexuelle régulière sans contraception (**Blangez. C, 2010, p.35**).

La stérilité est l'absence totale et irréversible de possibilité de procréation (**Paujade. O, et all, P.271**).

Opérationnalisation du concept :

L'infertilité c'est l'absence de grossesse après un à deux ans de mariage

4- Les raisons du choix de thème :

Notre thème porte sur la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité par raison :

-Manque d'étude réalisée sur ce sujet.

-Pour mieux comprendre la qualité de vie de cette catégorie de femmes, ainsi de démontrer les difficultés confrontées dans leur vie quotidienne.

-La négligence de l'état psychologique d'une mère d'un enfant autiste par la société.

5- Les objectifs de la recherche

Notre recherche vise les objectifs suivants :

-Approfondir notre connaissance théorique et technique dans le domaine de la psychologie clinique.

-Récouter le plus possible d'information sur ce thème.

-Avoir une idée sur l'état psychologique de la femme infertile.

-Décrire le niveau de la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité.

-Apporter un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances nouvelles sur ce thème.

6- Les difficultés rencontrées :

Dans le cadre de notre projet de recherche sur la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité on a été confronté quelques difficultés que ce soit au niveau de la théorie ou de la pratique.

-Sur le plan théorique le manque des études locales sur l'aspect psychologique des femmes stérile.

-Sur le plan pratique la difficulté à retrouver des cas qui concernent notre thème de recherche.

Partie théorique

Chapitre I

Qualité de vie

Préambule	15
1-Historique et évolution du concept de qualité de vie.	15
2-Définition du concept de la qualité de vie	17
3-Les concepts de la qualité de vie	19
4-Les conceptions de la qualité de vie.	21
5-Les domaines de la qualité de vie.	22
6-Les théories de la qualité de vie.	23
7-L'évaluation de la qualité de vie	23
8-La qualité de vie liée à l'infertilité.	24
Synthèse	26

Préambule

La qualité de vie est un concept assez large, qui dépasse celui des conditions de vie et renvoie à l'épanouissement humain, au bonheur, à la santé environnementale, à la satisfaction de vie et au bien-être général d'une société. Elle est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs liés à l'économie, la politique, le social et à la santé. La qualité de vie est donc ce qui rend la vie bonne, agréable ou confortable. A travers de ce chapitre on va essayer d'aborder : qu'est-ce que la qualité de vie ? Son historique et évolution et même quel concept utilisé dans la notion de qualité de vie.

1-L'historique et évolution de concept de la qualité de vie

L'intérêt pour des concepts comme santé, bien-être, bonheur, satisfaction et qualité de vie s'est considérablement accru depuis les années soixante-dix.

La notion de qualité de vie (QDV) apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années cinquante et plus officiellement dans les annales de médecine interne en 1966.

La QDV est devenue un concept si populaire que de nombreux ouvrages et même des revues lui sont spécifiquement consacrés et que plus de cinq cents articles ont paru sur ce thème en dix ans (Nordenfelt, 1994). (**Marilou. B –S, 2002, p.43**).

Parmi les premiers écrits portant sur la QDV, certains sont issus des travaux menés par une commission chargée, par le président Eisenhower, de définir des « buts nationaux », sur la base d'indicateurs objectifs, afin d'augmenter tout à la fois la quantité et le niveau de vie des citoyens (Beaufils, 1996). A cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur (Gurin, Veroff et Feld 1960, cité par Beaufils, 1996).

Mais sont des sociologues américaines, dont les groupes d'Andrews et Whitey, mais aussi de Campbell, qui vont déterminer les premiers indicateurs objectifs de QDV (revenus criminalité, santé, emploi, éducation...). (**Serge. S, et Isabelle. V, 2012, p.20**)

Martin(1999) souligne quatre approches qui peuvent être décomposées en période d'intérêt en fonction de domaines de ceux qui l'abordent : philosophes, psychosociologues Politologues et médecins. Nous allons brièvement résumer ces différentes approches.

-L'approche philosophique :

Le concept de qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes. En effet, pendant les siècles, des philosophes comme Aristot, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui a été l'objet principal de leur préoccupation. Qu'est-il ? Peut-on l'atteindre ? Comment ? Comment le bonheur est toujours en avant de nous-mêmes, désiré plutôt que possédé, il en ressort qu'il est impossible de le décrire et difficile de le définir, d'où la divergence des opinions professées sur le bonheur.

-L'approche psychosociologues :

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, des satisfactions de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relation sociale, estime de soi, désirs aspirations, éléments psychopathologiques) cependant, ils ont négligé la composante comportementale, alors que la psychologie expérimentale s'y est fortement intéressée à travers le concept d'aptitude.

Ce concept d'aptitude a été par la suite repris par les sociologues pour définir celui de QDV. Ce n'est que tardivement, en 1976, qu'apparaît le terme de QDV avec les travaux de Bradbrun sur la structure psychologique du bien-être.

-L'approche politologue :

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri IV en France, Hoover, JOHNSON aux Etats-Unis et bien d'autres, qui traitaient déjà de la QDV. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des Etats-Unis, que le « droit au bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains plus tard, dans les années 1960, toujours aux Etats-Unis.

-L'approche médicale :

Le concept de QDV en médecine et, plus particulièrement, en psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) aux États-Unis. Les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients (**Gustave. N-F, 2002, p.283-286**).

À partir de ce qui précède, on peut comprendre que la qualité de vie (QDV) est devenue un élément important de la décision médicale et aussi elle maintient un enjeu majeur dans le domaine de santé.

2- Définition du concept de la qualité de vie

La notion de qualité de vie est très vaste, et chaque auteur a son point de vue concernant ce concept, et on a quelques définitions de ces auteurs :

De ce qu'est la qualité de vie nous avons tous une notion intuitive : « la qualité de vie, c'est ce qui rend la vie bonne, agréable, ou confortable » (Fagot-

Largeault, 2002). « la QVD est notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition » (Auquier et al, 2006). Tous les auteurs traitant de la QDV sont unanimes sur ce concept de la définition : La Qualité de vie est concept intrinsèquement subjectif.

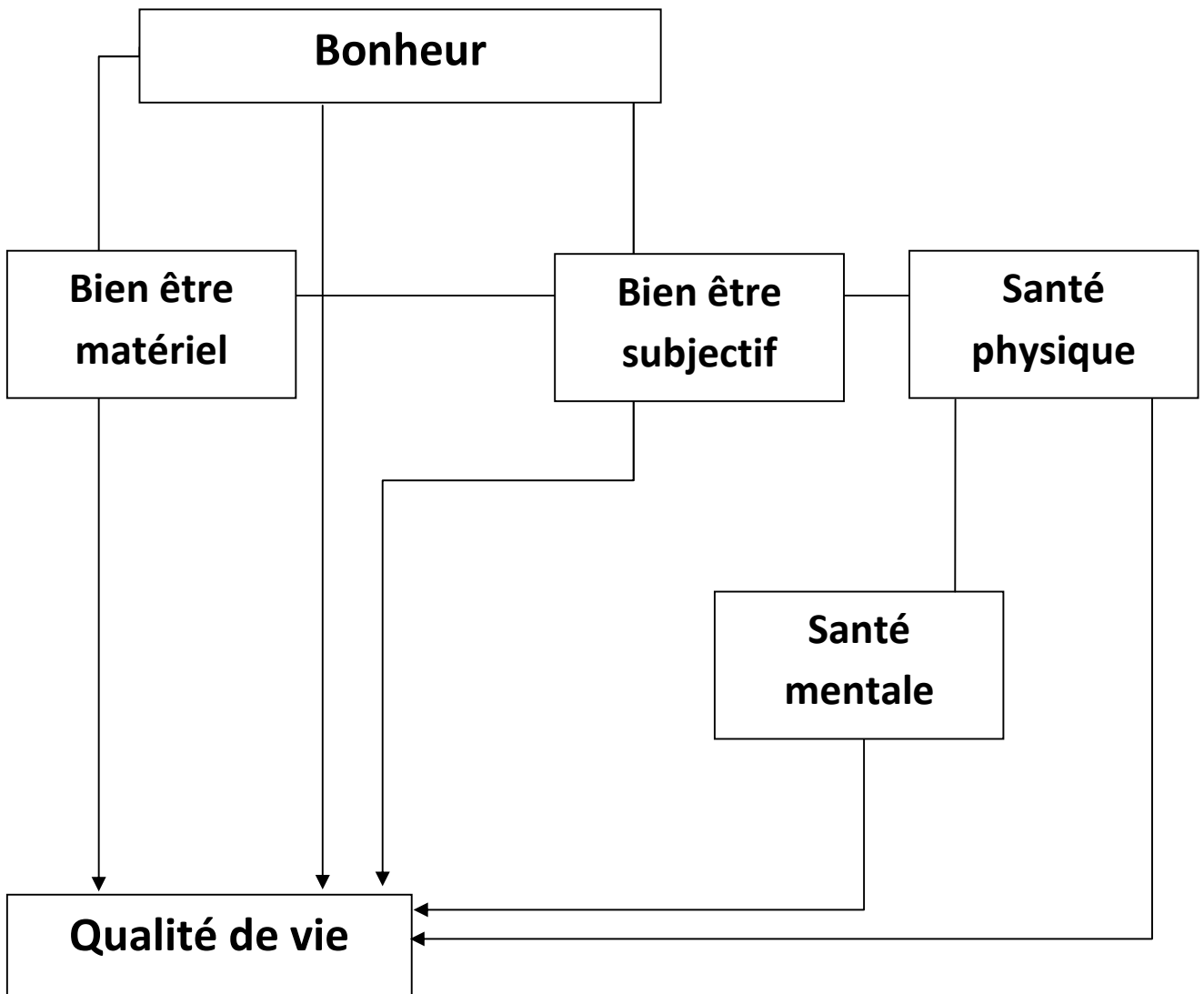
Mais comment parvenir à donner une définition consensuelle de ce que d'aucuns appellent « bien-être social » « niveau de vie », voire « développement humain » ? Pour Launois (1966), QDV est un concept tellement « englobant » que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveau de revenus, habitudes, style de vie...qui plus est, dans leur interactions réciproque, tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés.

Selon l'OMS (WHOQOL Groupe, 1994) la qualité de vie est : La façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture est du système de valeurs dans les quels ils vivent en relation avec leur buts, attentes, normes et préoccupation. Il s'agit d'un concept large qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. **(Serge. S, et Isabelle. V, 2012, p.22).**

Pour la plus part des auteurs contemporaine. La QDV et les notions voisines correspondent à un fonctionnement optimum des individus dans les divers domaines de leur vie. Le concept de qualité de vie (QDV) serait le plus générale et le plus utilisé aujourd'hui.

Ce schéma, proposé par Nordenfelt (1994) résume bien cette conception :

Figure N°01 : Les divers indicateurs de la QDV, dérivant tout ce qui une vie satisfaisante.



3. Les concepts de la qualité de vie

- **La satisfaction de la vie** : la satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et ses normes de références (valeurs, idéaux). C'est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » (pavt état, 1991).

Pour Dinner (1994), la satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et globale sur sa propre vie, elle peut-être à son tour décomposé, en domaines plus spécifiquement (profession, famille, loisirs, santé, finances, groupes de d'appartenances, ...etc.)

La satisfaction de vie est une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ces propres critères.

-Le bonheur : le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désignait dans les années soixante-dix un état dans le quel, pour une personne donnée. Les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs. Ce terme est tombé en désuétude, remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale)

Pour Musschenga (1997), le bonheur est une notion « pluraliste ». Il comprendrait trois composantes distinctes : une composante émotionnelle positive (l'hédonisme), une composante cognitive- évaluative (la satisfaction : estime que l'on a réussi à réaliser ses aspirations), une composante comportementale (l'excellence : réussite auto-évaluée dans ses activités). **(Marilou. B-S, 2002, p.57-59).**

Le bonheur est un état durable de plénitude, de satisfaction ou de sérénité, état agréable et équilibré de l'esprit et du corps, d'où la souffrance, le stress, l'inquiétude et le trouble sont absents.

-Le bien-être subjectif : le bien-être subjectif intègre désormais des processus cognitif (satisfaction de la vie) et émotionnels (affectivité positive et négative). En effet le bien-être subjectif se définit selon trois critères essentiels.

1- Il est subjectif, c'est bien auto-évaluation qui n'a rien à voir avec les conditions de vie objectives (bien-être matériel).

2-Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie).

3-Il ne se réduit pas à l'absence d'émotion négative telle que les explorent les échelles d'anxiétés, de dépression, ou d'hostilité), car il correspond à la présence d'affect agréable (affectivité positive).

Pour Diener (1994, p.108), le bien-être correspond à l'expérience globale de réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieure telles que la satisfaction de la vie et niveau hédonique.

4. Les conceptions de la qualité de vie :

-La conception objective : elle renvoie aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expérience observable dans la vie d'une personne. Elle correspond aux conditions de vie du sujet telles qu'elles apparaissent à un observateur extérieur.

-La conception subjective : les mesures subjectives ou évaluation de la qualité de vie renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, sociale et/ ou affectif, ou donne quelle mesure il est satisfait de ces différentes de vie. (Gustave. N-F, 2002, p.298).

-La conception intégrative : on trouve deux sortes de conceptions intégratives, celle additives, d'autres dynamique.

Parmi les définitions intégratives additives on trouve celle-ci : « la qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » OMS 1994.

D'autres définitions intégratives prennent en compte les interactions entre personnes et environnement et considèrent la qualité de vie comme un véritable système.

La QDV et l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et critères individuelles du système « personne – environnement » de chaque individu. (LAWTON, 1997)

Les définitions de la QDV est en termes à la fois intégratifs et dynamiques en plusieurs avantages, on citera quelque une d'entre elle :

- Prendre en compte à la fois composantes « externes » (par exemple l'état de santé, les conditions de vie, etc.) et les composantes « interne » (par exemples la satisfaction, le bien-être subjectif, etc.) de cet ensemble complexe,
- Evaluer la QDV selon plusieurs point de vue (hétéro-évaluation et auto-évaluation).
- Considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la QDV.

5. les domaines de la qualité de vie :

Les relations et activités sociale des individus constituent le troisième domaine important de la QDV. On oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans divers sphères : familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relation quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale affective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en terme de disponibilité et satisfaction).

Il ya de nombreuses échelles de QDV évaluent une sorte de « santé sociale », définit comme la participation à (l'intérêt pour) des activités sociale (familiale, amis, loisirs, vie professionnelles, vie amoureuses, vie civique). C'est

le cas d'échelles larges comme le NH pas le WHQOL-26 ou 100, présentes un peu plus loin. (Gustave. N-F, 2002, p.52).

6. les théories de la qualité de vie :

-La qualité de vie de point de vue environnementale :

Ce courant consacré généralement à l'approche de la qualité de vie cette démarche était en rapport étroit avec les projets politiques, les études concernant l'environnement dans lequel vit la société telle que : le niveau de vie, la pollution, la scolarisation.

-La qualité de vie au travail :

La qualité de vie au milieu de travail présente une grande nécessité à cause des changements observés dans le monde économique et l'évolution accrue de taux d'employés qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leur problème de santé psychologique.

Changement observé dans le monde économique et l'évolution accrue de taux d'employé qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leur problème de santé psychologiques.

-La qualité de vie comme un tout (globale) :

Ce domaine de recherche comme était défini par l'OMS (1994) « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le ... » est donc un concept multidimensionnel englobe différents facteurs médicaux, sociaux...etc. (Beaufort.B, Paicheler.H, 1992, P.23-30).

7- L'évaluation de la qualité de vie

Il existe de nombreuses échelles mesurant la QDV. Nous pouvons les classer en deux catégories : les échelles génériques et les échelles spécifiques

présentent l'avantage de pouvoir être utilisés chez tous les patients quelles que soit la pathologie. Ces échelles sont multidimensionnelles. Leur principal inconvénient vient de ce qu'elles sont trop générales.

-Les échelles spécifiques : comme leur nom l'indique elles sont adaptées à une pathologie. Elles sont de deux types : les échelles d'autoévaluation remplie par le sujet-lui-même. Et les échelles d'hétéro-évaluation remplie par un évaluateur externe (Chwalow, 1996 ; Gérin, Dazord, Boissel, Hanauer et Moleur, 1989). Chwalow souligne que ces deux types d'échelles permettent une évaluation standardisée et uniformes, quel que soit le patient et dans toutes les circonstances.

-Les échelles génériques : comme le souligne Spitz (1999), dans le domaine de l'évaluation de la QDV liée à la santé, il existe des échelles généralistes utilisables pour tous les patients, quelle que soit la pathologie, c'est les cas de questionnaires de santé SF-36 (short form-36 health survey questionnaire) (Ware, 1993), aujourd'hui un standard dans le domaine. Même si l'aspect pathologique de la QDV y est peu abordé. **(Gustave-N-F, 2002, p.291).**

L'évaluation de la QDV reste perçue comme une science imprécise. Pourtant, cette évaluation n'est pas déficiente que si l'instrument d'évaluation n'a pas été judicieusement choisi en fonction des objectifs et de la population ciblée. **(Serge-S, Etisabelle-V, 2012, p.39).**

9-la qualité de vie liée à l'infertilité .

La santé est, nous l'avons dit, une des composantes du concept de la QDV, selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la QDV spécifique à la santé (la QDV liée à la santé) et les autres (revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie...). En revanche dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept

de QDV ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, l'influence de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des malades.

L'abord de la notion de QDV dans le domaine biomédical : « la santé est un état de complet bien-être physique, mentale et sociale, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1946).

Aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de qualifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principes et dimensions : physiques, psychologiques et sociales. (Serge. S, et Isabelle. V, 2012, P.22).

Donc la santé elle renvoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé de la personne.

Tant qu'on a parlé de la santé, on précise les troubles qui affectent les femmes et parmi ces troubles on trouve la stérilité.

La stérilité féminine, on la voit comme un véritable drame dont la victime constante, et pas toujours justifiée se trouve être la femme.

La stérilité féminine eu égard à la complexité des problèmes qu'elle pose au plan physique, social, moral et économique est un problème de santé publique.

Les femmes qui apprennent qu'elles sont stériles éprouvent des émotions normales mais néanmoins pénibles communs à ceux qui sont en deuil perte significative. Les réactions typiques incluent le choc, la douleur, la dépression, la colère, la frustration, un sentiment de contrôle sur son destin. Et tout ça provoque la qualité de vie de ces femmes.

Selon certains psychologues interrogés sur le sujet, la plupart des femmes stériles souffrent de troubles affectifs et psychologiques tels que le stress,

l'anxiété, l'angoisse, les troubles psychosociaux, la marginalisation et l'insatisfaction relationnelle et conjugale. Ces facteurs peuvent entraîner chez elles des états dépressifs qui peuvent se manifester par l'agressivité chez les femmes ce qui les emmène parfois à penser au suicide.

En résumé, il est impossible aujourd'hui d'aborder le problème de la stérilité sans évoquer la dimension psychologique.

Synthèse

Comme vous l'avons vu à travers ce chapitre, le concept de QDV est utilisé de diverses façon et à des fins variées. Meme s'il est ambigu de par sa dimensionnalité, son utilisation est de plus en plus banalisé dans différents domaines (psychologique, physique, sociale) et dans de nombreux pays.

Les études de la QDV ont permis la sensibilisation sur la perception des conditions de vie des personnes saines et des personnes atteintes de pathologie.

Donc la QDV restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

Chapitre II
L'enfant autiste

Préambule.

I- L'enfant handicapé mental.

-Définition de l'enfant handicapé mental. ----- 41

-Les types de l'handicap mental de l'enfant ----- 41

-L'enfant autiste -----

1-Définition de l'autisme. ----- 41

2-Les formes cliniques de l'autisme. ----- 41

3-Les signes cliniques de l'autisme. ----- 43

4-L'étiologie de l'autisme. ----- 46

5-La prise en charge de l'enfant autiste. ----- 48

**II- L'influence et psychologique de l'arrivé d'un enfant handicapé mental sur sa mère
et sa famille. ----- 60**

Synthèse. ----- 62

Préambule :

L'handicap fait partie de la vie et les enfants handicapés peuvent être trouvés dans toutes les sociétés toutes les cultures et toutes les communautés de par le monde. Ils sont droits au respect et au soutien nécessaire a leur participation totale et leur égalité dans la société.

La responsabilité parentale constitue sans nul doute, la tâche la plus engageante et difficile incombant à des être humains. Mais lorsque l'enfant est handicap, elle se révèle bien plus délicate et complexe encore, elle exige un courage souvent hors du commun pour affronter le quotidien et la force de se battre sur tous les fronts : avec les médecins, les éducateurs, les enseignants les administrations et les autres, qui ne viennent pas toujours a la rescousse quand ils sont attendus.

A travers ce chapitre nous allons tenter de comprendre ce qui est l'handicap et quelles sont les différents types, étiologie, causes enfin le prise en charge de l'enfant handicapé mental.

I- L'enfant handicapé mental :**-Définition de l'enfant handicapé mental :**

Edouard Seguin propose la définition suivante : « physiologiquement ; il ne peut pas, intellectuellement il ne sait pas psychiquement, il ne veut pas ; et il saurait, s'il voulait, mais avous tout il ne veut pas ! »(M. de Maistre, 1970, p.31).

- Les types de l'handicap mental de l'enfant**-L'enfant autiste**

1- Définition de l'autisme :

Les déficiences intellectuelles sont des troubles du développement dans lesquels c'est la sphère du développement cognitif qui est le plus atteinte. Dans les troubles spécifiques du développement c'est selon le cas le langage (dysphasie de langage ou de parole), la motricité (dyspraxie de développement) ou les apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) qui peuvent être affectés. Regroupées sous l'appellation « troubles envahissants du développement » (**Bertrand. J, 2008, p.30**).

2- Les formes cliniques de l'autisme :

- L'autisme infantile :

Trouble envahissant du développement, dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans, les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement, qui est répétitif et lié à des intérêts restreints, l'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables. (**Roge. B, 2004, p.14**).

- L'autisme atypique :

Trouble envahissant du développement, qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles, ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères, une prise en charge est requise pour établir le diagnostic d'autisme infantile les recours à cette catégorie de diagnostic se justifient par le fait que chez certains enfants les troubles apparaissent au-delà de 3 ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voire absentes dans un des trois secteurs normalement atteints

dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement). (**Roge. B, 2003, p.15**).

- Syndrome de Rett :

Développements prénatal et psychomoteur apparemment normaux après la naissance le périmètre crânien normal, décélération de la croissance crânienne entre 5 et 8 mois ; perte de la socialisation dans la phase précoce de la maladie, apparition d'une incoordination de la marche ou des mouvements du tronc ; Altération grave du développement du langage de type expressif et réceptif, associée a un retard psychomoteur sévère.

- Syndrome d'asperger :

Le syndrome d'asperger (abrégié en SA ou bien AS en anglais), est un trouble envahissant du développement (TED) apparenté a l'autisme, et parfois appelé autisme »de haut niveau«. Il a été utilisé pour la première fois par la psychiatre anglaise Lorna Wing en 1981, en référence aux travaux de Hans Asperger, psychiatre et pédiatre autrichien, les capacités intellectuelles, bien que parfois anormales, sont d'un bon niveau. (**Roge. B, 2003, p.32**).

3-Les signes cliniques de l'autisme :

- Les troubles de la relation :

Ces perturbations se traduisent par des comportements déviants dont l'expression peut varier considérablement d'un sujet à l'autre.

Chez les uns, c'est l'apparence d'une indifférence qui domine, parfois accompagner d'un évitement du contacte physique.

L'ignorance des autres personnes ; le contacte visuel réciproque, l'acquisition de sourire social des les premières semaines ne sont pas

observés. Plus tard, on observé également un évitement de regard de l'autre, les fixations visuelles peuvent aussi comporter des balayages visuelles inopérants.

La durée d'exploration est très courtes ce qui renforces une certaines incapacité a traité les informations d'ordre social et affectif.

Chez les autres, cela peut être d'avantage des réactions excessives d'agrippement, même si les capacités de réception et d'expression sont à la base déficitaire. Des cris et des pleurs sans apparente sont enregistrés.

Lorsque l'intérêt social se développe, les modes d'entrée en communication sont maladroits et l'enfant ne parvient pas à maintenir l'échange durablement. **(Roge B, 2003, p.23).**

- Les troubles de la communication :

Les difficultés de la communication, tant dans le registre verbal que le non verbal, apparaissent elles aussi massivement entre 2 et 5 ans.

Elle touche aussi bien la capacité de compréhension des signaux et des codes sociaux que la capacité d'utilisation de ceux-ci.

L'expression gestuelle, comme le pointage de doigt vers un objet ou un aliment convoité, reste pratiquement inexistant pendant des années et lorsqu'elle apparait, elle est rarement coordonnée avec le regard.

Le geste de solliciter le parent pour qu'il participe à sa propre activité est le plus souvent absent, De même que le jeu de « faire semblant » ou de « cachecache ».

Les mimiques de l'interlocuteur sont mal décodé, comme si l'autiste ne pouvait interpréter à la vue les émotions correspondante telle la pure, la colère, la joie ou la tristesse.

La communication verbale est gravement atteinte elle aussi, bien que 50% des autistes parviennent a certains niveau de production de la parole

- Les troubles de comportement :

Les problèmes de comportement sont une des caractéristiques de l'autisme.

Chez les enfants jeunes, on observe souvent qu'ils n'utilisent pas les jouets d'une façon fonctionnelle, l'attention étant parfois dirigée par une seule partie de l'objet manipulée. L'enfant oriente son intérêt vers un objet à l'exclusion des autres.

Sa manipulation entraine généralement des comportements répétitifs comme des mouvements de rotation. Ces activités stéréotypées preuve être produites sans l'aide d'un objet et touchent souvent une partie de corps. Ces enfants peuvent passer leur temps a tourné, se balancé, agité les doigts ou la main devant les yeux.

Le sujet peut adopter des postures étranges dans lesquelles il peut se figer pendant de longs moments. **(Roge. B, 2003, p.25).**

- Les troubles associés :

La déficience mentale est une condition qui accompagne fréquemment l'autisme, puisque 75% d'entre eux auraient un quotient inférieur à 70 et 50% situeraient entre 25 et 50.

Il n'en reste pas moins que l'évaluation psychométrique de ces enfants se révèle particulièrement difficile, en raison de leur symptomatologie ce qui peut accroître la fréquence des diagnostics de déficience mentale.

De plus, le fait même que ces enfants ne puissent pas toujours bénéficier d'un programme intensif de stimulation cognitive en bas âge a de fortes chances de ralentir le développement de leur intelligence.

On observe par ailleurs une incidence élevée de troubles du sommeil, et de l'alimentation.

Il existe aussi des retards marqués dans l'acquisition de la propreté.

C'est toutefois le développement sensori-moteur qui semble le plus inhabituel chez ces enfants. **(Roge. B, 2003, p.41).**

Lelord a envisagé l'hypothèse d'un trouble du développement des structures nerveuses responsables du filtrage et de la modulation sensorielle, émotionnelle et posturo motrice. **(Lelord. G, 1990, p.252).**

Ce trouble expliquerait le caractère hyper sélectif de leur attention et leurs comportements d'hypo ou d'hyperactivité face aux stimulations extérieures.

Toutes les modalités sensorielles semblent touchées et c'est la fluctuation de leurs réponses qui décrit le mieux leurs comportements.

4-L'étiologie de l'autisme :

L'autisme est un trouble envahissant de développement qui suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs quant à son étiologie.

Ci-dessous, sont présentés cinq facteurs qui expliquent les causes de ce syndrome.

-Les facteurs biologiques :

Le Dr Bernard Rimland est le premier à avoir introduit l'hypothèse de l'origine organique. Il entreprend en 1974 une recherche avec la participation de 20 chercheurs venus du monde entier, partant de l'idée ; que l'autisme n'est pas unique, c'est un syndrome dont les causes sont multiples.

Dans son étude il s'est intéressé a l'aspect anatomique, électro physiologique et biochimique des symptômes autistiques, il fut le premier à avoir introduit dans son étude cinq critères précis de diagnostic : l'âge d'apparition précoce des symptômes cliniques, une inaptitude profonde a communiqué avec autrui, un retard du langage, comportements ritualisés, motricité perturbée et stéréotypés. (**Rutter. M, Schopler. E, 1991, p.20**).

-Les facteurs génétiques :

Plusieurs études se portant sur des jumeaux monozygotes et dizygotes ont recherché un ou des gènes responsables du trouble autistique. Les jumeaux monozygotes montrent une relative forte concordance au syndrome autistique, alors qu'il en existe une très minime chez les jumeaux dizygotes.

Il ne fait aucun doute que l'autisme ait une origine génétique mais, aujourd'hui, les chercheurs ne sont pas en mesure d'affirmer clairement quel gène est responsable de l'autiste.

- Les facteurs biochimiques :

On a remarqué que les personnes atteintes du syndrome autistique présentent des perturbations au niveau de neurotransmetteurs.

En effet, la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et les béta endorphines se retrouvent généralement à un taux anormalement élevé dans le sang des individus autistes. »En 1979, un zoologue Américain du nom de Panksepp remarque une similitude entre certains comportements de l'autisme et les personnes qui consomment de l'opium. Il met également en cause les béta endorphines, qu'il retrouve en excès dans les urines de personne autistes, et propose pour contrer ce phénomène un régime sans caséine et gluten. Son hypothèse est simple : l'excès de béta endorphine cérébrale viendrait d'une mauvaise assimilation de certains aliments, notamment les céréales (gluten) et les produits laitiers. (Amar. T, 2004, p.103-104).

- Les facteurs neurologiques :

On observe chez la pluparts des sujets atteints d'autisme une macrocéphalie, c'est-à-dire, une augmentation du périmètre crânien. Chaque région du cerveau semble perturbée : le cervelet, qui intègre les informations tactiles et la sensibilité profonde, assure l'orientation dans l'espace qui gère essentiellement les émotions ainsi que les autres zones cérébrales telles que les régions corticales, le corps calleux, et le tronc cérébral présentent des anomalies (Des disfonctionnement cérébrale).

- Les facteurs cognitifs :

Il semblerait que les personnes atteintes d'autisme aient un déficit un niveau des fonctions exécutives, de la cohérence centrale ainsi que la théorie de l'esprit. Selon le pédopsychiatre Andrew Meltezoff de l'université de Washington, il existe un défaut central chez la personne avec autisme ; leur incapacité à se représenter ce que les autres pensent.

On estime que vers l'âge de 4ans les enfants d'une manière générale, réalisent que les autres personne ont leurs propres désirs, et pensent autrement qu'eux.

Ce qui leur permet de réagir aux différentes situations sociales qu'ils traversent. Par contre les enfants autistes pensent que tout le monde pense comme eux. Ils ne savent pas que leurs parents, leurs frères et sœur, camarades...Pensent et voient les choses autrement qu'eux. **(Roge. B, 2004, p.40).**

5- La prise en charge de l'enfant autiste :

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement pour l'autisme, aucun traitement médical n'a été trouvé a ce jour, malgré le nombre considérable jamais égalé d'études et recherches consacrées a cette affection, il est clair qu'une éducation spécialisée, conçue et mise en œuvre en fonction des capacités, et des spécificités de chacun constitue la base indispensable de toute prise en charge de la personne autiste, le traitement médicamenteux ne peut être prescrit qu'en association a une spécialisée.

Il est important, de prendre en charge l'enfant autiste le plus rapidement possible, afin de lui offrir les meilleures chances d'atténuer les troubles encombrants, inhérents a l'autisme, de plus, un « traitement » adéquat pour leur enfant autiste permet aux parents d'être soulagés par ce soutien, cela les amène a ne pas focaliser leur attention uniquement sur l'enfant atteint d'autisme, mais d'offrir également a la fratrie ce dont elle a besoin.

5-1-La prise en charge thérapeutique :

Les psychothérapies, sont multiples, elles peuvent être individuelles ou groupales, et elles peuvent être utilisées assez diversement, pour agir sur les troubles du comportement, sur l'éveil sensoriel, sur les perceptions corporelles, sur les capacités de jeux, sur les fonctions instrumentales, elles peuvent être médiatisées par des supports (jeux, peinture, musique...etc.) pour permettre à l'enfant de communiquer à partir d'un intérêt particulier. Parmi les prises en charge thérapeutiques on trouve :

-La psychothérapie individuelle :

Notamment pour les personnes, d'un assez bon niveau et ayant des moyennes de communication à disposition, pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs peurs, leurs angoisses et la souffrance d'être différent, pour comprendre des situations sociales si déroutantes pour eux, et les aider à gérer le stress que cet ensemble de difficultés génère au quotidien.

-Les thérapies familiales systémiques :

La personne autiste soit vue et reçue avec ses proches dans un espace prévue pour parler des interactions familiales, et du système dans lequel les échanges s'opèrent, par l'analyse de communication, et les rôles des uns et des autres au sein de la famille, elle peut être utile pour la fratrie dans ses liens, et mode d'échange avec leurs parents et leurs frères ou sœurs autistes .

-Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) :

Dans leurs différentes formes, s'intéresse généralement à modifier certains comportements inadaptés, ou dangereux pour la personne ou pour autrui, (automutilation, agressivité), elles doivent utiliser des procédures positives, pour aider la personne à avoir des conduites plus adéquates socialement.

Les renforcements positifs, sont utilisés pour aider la personne à progresser, le but est de réapprendre à la personne un comportement approprié, par les techniques très codifiées.

-La thérapie institutionnelle :

C'est la méthode, utilisée dans les établissements du secteur médico-social, et hospitalier, consiste à prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaires, l'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et protégé, assurant une fonction contenante et un espace transitionnel (au sens de Winnicott). **(Tardif. G, 2003, p.109-110).**

5-2- La prise en charge éducative :

On trouve donc des actions éducatives, mais non isolées, et tenant compte des mécanismes psychopathologiques, elles vont tendre à faire parvenir l'enfant à un certain degré d'autonomie, dans la vie quotidienne (propreté, vie sociale, intégration), en passant par des approches corporelles, des thérapies du langage et des thérapies cognitives. **(Roge. B, 2003, p.113).**

Plusieurs études recensées, montrent l'intérêt d'imiter les comportements propres des enfants autistes, pour améliorer la relation de l'autiste avec son entourage, en effet, les échanges visuels seraient plus fréquents pendant cette période, et les interactions plus longues, on peut également travailler sur certains comportements pivots desquels découlent certaines compétences, il s'agit par exemple des conduites adoptées en société pour permettre une intégration la meilleure possible. **(Adrien. N, 1996, p.193).**

Parmi les prises en charge éducatives on trouve :

-Le programme de Schopler (TEACCH) :

Al division de TEACCH, traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication, créée au Etats-Unis, et une méthode éducative spécifique, en partent de l'observation et de l'étude, de fonctionnement cognitif de l'enfant autiste il s'agit on réalité d'un programme qui vise à insérer l'enfant autiste, dans son environnement naturel on favorisant le développement dans son autonomie, afin de concrétisé l'objectif. Dans ce programme, les parents jouent un grand rôle dans la prise en charge de leur enfant. Les parents sont orienté par les professionnels, de leur coté les parents s'impliquent dans le programme éducatif de l'enfant, le projet éducatif individuel repose sur une véritable collaboration, et une reconnaissance mutuelle, sa mise en forme repose sur deux principes :

-La structuration :

Il s'agit d'adapté l'environnement a l'enfant autiste et de lui rendre compréhensibles les concepts abstraits, qui lui pose le plus de problème, notamment l'écoulement de temps.

-La communication :

Il est nécessaire, d'introduire une communication codée non verbale, a travers le canal visuel qui est le moins entravé par les trouble, et ce par le biais de geste, objets, image, photographie, adaptation de programme éducatif et thérapeutique a chaque enfant, en fonction des données du bilan des émergences

Des attentes des parents, ce qui implique une formation approfondie des personnes chargées, d'intervenir auprès de ses enfants. **(Roge. B, 2004, p.147).**

-L'ABA (Applied Behavioral Analysis) :

L'ABA c'est une méthode fondée sur des principes scientifiques, et expérimentaux emploie des stratégies, basé sur les théories de l'apprentissage selon laquelle celui-ci est affecté par l'événement, qui précède et qui suivent certains comportements.

Son principe, c'est que l'enfant est pris en charge façon continu chez lui et à l'école c'est donc une méthode intensive, l'ABA à pour objectifs la modification de comportement par la manipulation de l'environnement, les parents pourront participer activement en recevant conseils et orientation du psychologue ,et du personnel encadrant, ainsi qu'éventuellement, une formation spécifique, pour pouvoir appliquer le programme à domicile dans un but de généralisation de continuité et cohérence, c'est la généralisation des apprentissages concrets acquis dans l'établissement et extrapolés dans l'environnement quotidien social qui viendra participer au développement et renforcement des mécanismes et compétences recherche.

II- l'influence psychologique de l'arrivée d'un enfant autiste sur sa mère et sa famille :

L'arrivée de l'enfant handicapé mental entraîne des changements importants au niveau de la vie conjugale familiale, sociale et individuelle.

Au niveau conjugal, la confusion, le doute, la culpabilité, l'incompréhension et le sentiment d'incompétence sont engendrés par le stress que provoque l'arrivée de l'enfant. Les questions concernant rapidement. Par contre cette expérience sera un bon moyen de partager les responsabilités et d'élargir la communication au sein du couple. Il est important de souligner que la réaction ainsi que l'adaptation des parents influenceront grandement les répercussions au niveau familial.

Sur le plan social, les parents ont besoin de temps pour s'intégrer socialement avec leurs enfants. Ce dernier ne repend pas aux normes de la société ni aux aspirations et attentes des parents. Après un certain temps d'acceptation, les parents intégreront facilement des associations ou des mouvements sociaux en rapport avec le handicap de leur enfant.

Malgré les croyances populaires, les recherches de Cadman (1991, cité par Ferland, 2001), indiquent que l'incidence des divorces n'est pas plus élevée dans les familles avec un enfant déficient que dans les autres. Il semble, cependant, qu'ils vivent une plus grande détresse. Les parents doivent s'adapter à cette nouvelle situation, la manière de le faire n'est pas forcément identique pour chacun et les divergences d'option sont fréquentes. Un couple est composé de deux personnes, abordant les choses selon leur expérience, leur valeurs et ne faisant pas forcément les choses au même rythme. Ceci n'augmentant pas pour autant le nombre de divorces et/ou de séparations dans ces familles. Ferland souligne encore que l'arrivée d'un enfant handicapé n'entraîne pas forcément des ridiculités au sein de la famille. Ceci dépend, en effet, de la capacité et des méthodes d'adaptation de chacun ainsi que de l'aide reçue dans les moments où la famille en a besoin. **(Gumy. E, 2009, p.26).**

Voire, les parents d'enfant handicapé mental trouvent des difficultés à contenir les souffrances peu représentables qui sont portées par les personnes dont elles ont la charge et par leur famille comme dans le secteur de la déficience mentale.

Quand une personne demande un soutien, quand elle pleure ou se met en colère, la verbalisation et l'expression émotionnelle sont des indicateurs précieux de compréhension de ces besoins ou de sa souffrance. Les professionnels sont par contre plus démunis quand il n'y a aucune demande

explicite d'aide ou de soin, voire quand la personne semble résister même à l'aide que l'on se préoccupe d'elle (Mellier, 2005). Tout se passe comme s'il devait imaginer la propre souffrance personnelle, singulière, de la personne accueillie. On peut percevoir ici les risques de confusions que cela entraîne.

Ce risque se trouve bien sûr accentué en fonction des difficultés identificatoires que suscitent les personnes accueillies. Ce qui est le cas avec certains sujets porteurs de handicap du côté de la déficience mentale.

La déficience intellectuelle moyenne et profonde est la source de vécus complexes entre l'enfant, sa famille, puis plus tard avec les soignants ou éducateurs. Le déni dont elle peut être l'objet contamine d'autant plus les relations entre adultes que le déficit s'accompagne de trouble psychique secondaire, « associé » selon la désignation classique dans les institutions d'accueil, ces « troubles associés » prennent parfois le pas sur la préoccupation directe pour le déficit, non parce que l'époque ne s'occupe pas du déficit et de ses conséquences, mais parce qu'elle est démunie devant le surgissement et l'impact de certains troubles qui renvoient à des souffrances qui passent par l'agir, ou des comportements de type psychotique ou autistique. (Benis, M., 2006, p.2).

Synthèse

L'handicap mental est un état permanent dans lequel les personnes ont des difficultés à apprendre et à comprendre en raison d'un développement intellectuel significativement inférieur à la moyenne et d'une réduction importante des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. Ainsi que l'handicap mental d'un enfant constitue un traumatisme dans la psyché parentale qui a une influence sur le développement des liens parents-enfants.

Chapitre III
L'infertilité

Préambule	66
I- Aspect médicale de l'infertilité	
1-Aperçu historique sur l'infertilité	66
2-Définition de l'infertilité	68
3-Les types de l'infertilité	69
4-Les signes de l'infertilité	70
5-Les causes de l'infertilité.....	71
6-Diagnostic de l'infertilité.....	76
7-Le traitement de l'infertilité.....	79
II- Aspect psychologique de 'infertilité	
1- L'état psychologique de la femme. infertile	85
2-Le vécu psychologique de la femme infertile.....	86
2-1La vie sexuelle de la femme infertile.....	86
2-2 La vie émotionnelle de la femme infertile	86
2-3 La culpabilisation de la femme infertile.....	87
3-Les troubles psychologiques de la femme infertile.	88
4- Le soutien psychologique de la femme stérile infertile.....	89
5-Les thérapies de la femme infertile.....	90
Synthèse.	91

Préambule :

Le désir d'avoir un enfant est non seulement un besoin naturel, mais également la réalisation d'un rêve et la conséquence logique d'une relation. Mettre un enfant au monde est certainement la plus belle preuve d'amour que l'on puisse donner à son conjoint. Malheureusement ce désir naturel n'est pas possible pour tout le monde. Ce chapitre concerne un thème qui est la stérilité que la femme subit comme dans bien la société algérienne que d'autre payés. On s'intéresse ici à la stérilité féminine.

I-aspect médical de la stérilité :

La stérilité, d'un point de vue clinique, relève d'une incapacité biologique imputable à une maladie, ou bien une altération organique ou psychologique, chez certaines, elle est perçue comme une privation, une malédiction, et aussi punition avant être génétique ou anatomique, comme le dit Raymond Mayer, « Nombre de maladies sont conçues comme le résultat d'actes pervers commis par des membres de sa propre famille. ». (Mayer. R, 1992, p.51).

1-Aperçue historique de la stérilité féminine :

La stérilité et la fécondité sont des thèmes qui remontaient à la nuit des temps.

Au début de l'humanité, des mythes religieux étaient inventés pour expliquer la reproduction et que la femme était toujours accusée. C'est seulement après la 2^{ème} guerre mondiale que la stérilité masculine a été prise en compte.

Selon M. Delcourt, dans son œuvre « intitulée Stérilités mystérieuses et naissances maléfiques dans l'Antiquité Classique », les Anciens utilisaient le

terme « Fléau », pour faire allusion à la stérilité. Ce terme, tant redouté par les citoyens, comprenait un sens religieux et désignait une « calamité envoyée par les dieux ».

Il existe, historiquement, une méconnaissance de la stérilité masculine. Les rares textes qui en font mention l'attribuent à l'irritation de la colère qui trouble le cerveau, et donc « par voie de conséquence la semence elle-même, qui est censée y trouver son origine ».

Par contre, l'étiologie féminine de la stérilité a fait l'objet d'innombrables spéculations. On considérait comme responsable, la mélancolie de sommeil, la luxure, la maigreur, l'obésité, mais aussi et plus, l'extrême beauté de la femme ou au contraire sa laideur. (**Humeau. C, p.96-101**).

Dans la société agricole les couples sans enfants n'étaient pas stigmatisés mais de main d'œuvre en résultent mettaient les couples dans des situations financières précaires. La solidarité rurale compensait ce manque.

Au moyen-âge on essayait de guérir la stérilité avec des herbes ou des plantes médicinales. Sans succès. Mais à la renaissance on commença à étudier l'anatomie et on voit les structures de l'appareil reproducteur, on comprend que les causes de la stérilité peuvent être anatomiques.

Au 18^{ème} siècle, premières tentatives de fécondation sans accouplement concernaient des chiens, et aussi la découverte des spermatozoïdes. (Spallanzani 1729-1799) démontre la fécondation.

À la fin du 18^{ème} siècle, premières inséminations artificielles sur des femmes. Et qu'à la seconde moitié du 19^{ème} siècle on voit se développer certaines connaissances sur la physiologie mais ce n'est que dans la

premier partie du 20..siècle que l'étiologie et le diagnostic de stérilité s'affinent. (Cailleau. F, 2006, p.13-14).

Cependant, malgré les remarquables avancées scientifiques, le récit des patients porte l'héritage des mythes, des tabous et des interdits sont encore bien présents dans son inconscient collectif. Des techniques qui son invoquées, mais le sentiment d'avoir commis une faute en refusant cet enfant du destin.

Ainsi, au 20. Siècle, première expériences de laboratoires pour étudier le développement embryonnaire, naissance de l'embryologie expérimentale.

On trouve à travers cet aperçu historique, l'existence de cette maladie connu et reconnu, et toujours en augmentation.

2- définition de la stérilité :

Selon l'OMS la stérilité « souvent retenue par les médecins à la suite de recommandation de l'OMS, à savoir l'impossibilité d'obtenir une grossesse malgré deux ans d'exposition au risques, est source de confusion le constat d'une infécondité à deux ans est souvent considéré comme valant diagnostic d'une stérilité ». (Catherine. G, 2004, p.204).

Donc on peut dire que pour l'OMS la stérilité est comme un le nom survenu d'une grossesse après plus de deux ans de rapport sexuelle non protéger.

La stérilité féminine est définit comme l'incapacité d'une femme à concevoir ou à mener une grossesse à terme après au moins un an de rapports sexuels non protégés.

Une maladie ou un accident, ou être provoquée intentionnellement absence de toute micro-organisme vivant ou de toute supporte dans substance ou sur un objet quelconque.

Incapacité pour être vivant de procréés, elle peut être congénitale, consécutive stérilisation. Ne pas confondre stérilité et impuissance. (**Manuila. A, et coll, 2004, p.481**).

La stérilité est un diagnostic posé suite à des investigations médicales et psycho-sociales et attestant de l'impossibilité pour couple de procréés. Pour l'OMS la stérilité sont classé dans la liste des maladies. (**Girard-Strohbach. M, 2006-2007, p.06**).

La stérilité : l'absence de grossesse après 2 ans de rapport sexuelle régulière sans contraception (**Blangez. C, 2010, p.35**).

3-les types de la stérilité :

- **la stérilité féminine primaire:** On va donner quelques définitions de la stérilité féminine primaire d'après les travaux accomplis à propos de ce concept.

La stérilité féminine primaire est définie par Girard- Strohbach comme un diagnostic posé suite à des investigations médicales et psycho-sociales, attestant de l'impossibilité pour un couple de procréer. Pour l'OMS, la stérilité est classée dans les maladies. (**Girard-Strohbach .M, 2006-2007, p.06**).

Selon Rochon c'est incapacité de procréer, il s'agit de la stérilité définitive et naturelle, différente de la stérilité acquise en raison d'une intervention chirurgicale (stérilisation) au d'une stérilité temporaire (aménorrhée suite a une grossesse). (**Rochon. M, 1986, p.31**).

Pour O. Poujade et all la définissent la stérilité féminine primaire par l'absence totale et irréversible de possibilité de procréation. (**Poujade. O, et all, p.271**).

On peut comprendre à partir de ce qui précède que cette pathologie qui désigne l'absence totale de grossesse après un an de mariage.

-La stérilité secondaire : La stérilité secondaire, s'il la femme après une ou une plusieurs grossesse qu'elle qu'en soit son issue (accouchement, avortement), n'est pas fécondée alors qu'elle le désire.

-La stérilité psychique : C'est-à-dire d'une stérilité qui n'est pas expliquée ou qui ne s'explique pas ce type de stérilité pathogène (maladie de)serait, selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie, dû à l'inconscient qui ne satisfait pas les désirs de grossesse d'une femmes.il s'embles qu'environ 10% des infertilités seraient de nature psychique.

Concernent les couples qui n'arrivent pas à concevoir un enfant sans qu'aucune cause n'ait pu être détectée ces couples pourraient a priori avoir un enfant sans qu'aucun traitement ne soit nécessaire, il s'agit donc d'une infertilité inexplicée. (**Strohbach. M, 2006-2007, p.5**).

Absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses.

4- les signes cliniques de la stérilité :

La stérilité féminine a des signes et dans les cas suivants si l'on désire mettre en route une grossesse, il est important de consulter un spécialiste :

-Les cycles très longs : plus de 35 jours,

- Les cycles très irréguliers : au-delà de 60 et 90 jours,
- Les cycles trop courts : inférieurs à 24 jours,
- Une pilosité excessive, de l'acné, qui évoque des troubles de l'ovulation.
- Des antécédents de salpingite,
- Des infections génitales graves,
- Des chirurgies du ventre comme une appendicite grave avec ouverture importante de l'abdomen lors de l'opération
- Tous les traitements du cancer, y compris ceux de l'enfance. **(François. O, et Laurence. B, 2008, p.96).**

5 -Les causes de la stérilité :

L'infertilité a le plus souvent une origine médicale. Le problème peut provenir de l'homme ou de la femme ou des deux membres du couple simultanément.

L'identification des causes d'infertilité est très importante car ce n'est qu'avec une bonne connaissance de l'étiologie que l'on peut établir un traitement efficace. Chez la femme on trouve notamment deux hormones FSH et LH produites par l'hypophyse sous la stimulation de la GnRH issue de l'hypothalamus.

-la FSH, hormone folliculostimulante, mène à la maturation des follicules ovariens qui produisent en réponse, de l'oestradiol ce dernier a comme rôle de préparer la muqueuse utérine à une éventuelle grossesse.

Ceci se passe tout au long de la première phase de cycle, qui dure environ 14 jours.

-la LH ; hormone l'utérinisant, stimule l'ovulation qui se déroule entre le 14^{ème} et le 16^{ème} jour. L'ovule est ensuite recueilli par la trompe, qui l' mène jusqu'au corps de l'utérus, c'est dans la trompe que se fait normalement la fécondation de l'ovule, pendant une période favorable de quatre à cinq jours. si la fécondation a lieu, l'ouf se développe tout au long de son voyage de la trompe vers l'utérus, ou il s'implantera. si au contraire. il n'ya pas de fécondation, la muqueuse utérine revient à son état initial, en provoquant les menstruations.

Elles sont :

-d'origine féminine dans environ 30% des cas.

-d'origine masculine dans environ 20% des cas.

-d'origine mixte dans environ 40%. des cas.

-d'origine inexplicée dans environ 10% des cas. **(Christian. B, 2010, p.35).**

- Les causes situées dans le vagin

-Infections du col de l'utérus.

-sécrétion insuffisante de la glaire ou mauvaise qualité de la glaire.

-une très grande acidité de la sécrétion vaginale (hyperacidité vaginale).

- Les causes situées au niveau de l'utérus

-Fibrome utérine.

-Malformation de l'utérus.

-Déformation de l'utérus après des avortements provoqués ou des TST.

L'utérus est donc la fibrose utérine bénigne ou les syndromes d'Sherman (une obstruction utérine par du tissu cicatriciel) sont également deux grandes causes d'infertilité utérine.

- Les causes situées au niveau des trompes

-Trompe bouchée à cause des TST, des avortements glandistans, des infections, ...etc.

-Tuberculose génitale.

-Malformation des trompes.

-complications des interventions chirurgicales sur le bas. Ventre de la femme. **(Programme de santé sexuelle, 2006, p.21-22).**

Les trompes

Mis à part les malformations à ce niveau, les pathologies le plus importantes sont les endométrioses, c'est-à-dire la présence de muqueuse utérine dans les trompes, et les infections, en particulier à chlamydia. Le risque d'une endométriose est l'implantation de l'œuf dans la trompe et sa conséquence est une grossesse extra-utérine, un risque l'état majeur pour la mère, si on ne traite pas à temps.

L'endométriose en particulier est une cause d'infertilité des plus communes : on estime que 10% des femmes Europe souffrent de cette pathologie, qui à elle seule est à l'origine de 30% à 40% des infertilités féminines. Malheureusement on ne connaît pas encore de traitement définitif et efficace pour une telle affection.

La trompe présente quatre tuniques : la muqueuse, la sous-séreuse suivant le segment, il existe d'importantes variations morphologiques qui

traduisent une adaptation aux fonctions particulières de chacun. (**Helene. B, 2006-2007, P. 15**)

- Les causes liées aux mauvais fonctionnements des ovaires

-insuffisance hormonale.

- kyste de l'ovaire.

- Malformations de l'ovaire ou des ovaires. (**Maillet. M, 1980, p.70**).

L'ovaire

Est le centre de production des follicules après la naissance, le stock d'ovocytes n'est plus régénéré, et donc le nombre d'ovules potentiels ne fait que diminuer au cours de la vie. D'une part, déjà à la puberté, leur nombre est très limité ; d'autre part, leur qualité commence progressivement à décliner avec l'âge. Parmi les pathologies ovariennes pouvant compromettre l'ovulation, on compte l'ovaire poly kystique ou encore les tumeurs ovariennes. Dans le syndrome de Turner. Maladie génétique rare liée au chromosome, les ovaires sont malformés, et trouve souvent une aménorrhée primaire, 4cm de long, 2cm de large et 1cm d'épaisseur, situés latéralement à gauche et à droite de la cavité pelvienne. Ils présentent chacun 6 à 8 grammes. Leur surface lisse blanc nacré chez l'enfant, devient bosselée pendant la période d'activité génitale. Ils s'atrophient et se ride après la ménopause. (**Barillier. H, 2006-2007, p.14**).

Les ovaires sont deux petits organes pairs ovoïdes aplatis en forme d'amande.

- Les causes liées aux séquelles de l'excision

-Infection grave de l'utérus et des trompes

-Les causes congénitales : absence de l'utérus malformations du vagin et du col. (**Programme de santé sexuelle, 2006, p.22**).

- Causes anatomiques

Une mal formation des ovaires, de l'utérus ou des trompes (d'origine Congénitale, chirurgicale ou lésionnelle).peut engendrer un défaut de migration de l'ovule ou de l'embryon, de la fécondation ou de la nidation. C'est le cas notamment dans les obstructions vaginales, les malformations utérines.les occlusions tubaires. (**Maillet. M, 1980, p.74**).

-Cause hormonales

Comme on a peu observé l'appareil reproducteur féminin est réglé par une fin contrôle hormonal qui peut facilement être perturbé par des maladies, le vieillissement, ou des facteurs environnementaux tels que certaines substances.

Les troubles de l'axe dysfonctions de l'hypothalamus troublant le Développement ovocytaire, ...etc.

-Cause génétique et ces troubles

Parmi les nombreuses causes d'infertilité des deux sexes, on compte celles qui sont d'origine génétique .celles-ci peuvent être identifiées dans le cadre d'un conseil génétique .il est très important d'identifier l'anomalie du gène en question, car en plus de permettre d'établir le mode de fécondation le plus indiqué, le diagnostic génétique permet un aperçu du risque de transmission de l'infertilité ou d'une autre pathologie congénitale.

Chez une femme d'âge avancé, les ovules peuvent présenter des variations numériques ou structurelles des chromosomes. De plus, un grand nombre de maladie génétiques .chez la femme résulte en une insuffisance ovarienne ou une réserve affaiblie d'ovocytes.

Trouble de la migration

-Hydrosalpinx bilatérale, aspect hystérographique.

-Hyrosalpinx : aspect coelioscopique

Trouble de l'ovulation)

Courbe thermique

Trouble de la nidation

-Synéchie utérine traumatique.

-Trouble de la réceptivité de sperme 3%

-Glaire opaque épaisse infectée.

-Test de Huhner.

6- Diagnostic de la stérilité

- Interrogatoire de la femme

-Cycle : âge de la puberté, régularité et durée des cycles, périodes d'aménorrhée.

-Les antécédents médicaux : diabète, HTA, obésité, dysthyroidies, t-uberculose...

-Tabagisme, toxicomanie.

- Groupe, Rhésus, immunité pour la rubéole, toxoplasmose, hépatite B.
- Antécédents chirurgicaux (appendicectomie...).
- Antécédents gynécologiques : condylomes, salpingite (germe en cause).
- Infections sur stérilet
- Utérus : cloisonutérine, synéchies, fibrome (nombre, taille, localisation).
conisation.
- Trompes : plastie tubaire, GEU (type de traitement), état de la trompe.
- Controlatérale, ligature tubaire.
- Ovaires : kyste (type, kystectomie ou ovariectomie).
- Endométriose : stade, évolution ; rectorragies cataméniales (endométriose digestive), dysurie (endométriose urinaire).
- Antécédents obstétricaux :
- Grossesse spontanée ou induite, partenaire, issue de la grossesse.
- Complications pendant la grossesse, mode d'accouchement.
- Fausses couches et IVG : nombre, terme, type de traitement.
- **Examen clinique**
- Poids, taille, IMC, TA, FC, pilosité.
- Examen des seins.
- Examen gynécologique : imperforation hyménale, anomalie du clitoris, état de la glaire cervicale, cloison vaginale, présence de 2 orifices cervicaux

(malformation utérine), TV : taille de l'utérus, position, recherche de nodules d'endométriose, de fibromes, de kyste ovarien.

-Examens complémentaires chez la femme

Courbes monothéiques

La patiente note sa température tous les matins à horaire Fixe, pendant trois mois. La température est de 36,5 en début de cycle.

Test post-coïtal de Huhner

Ce test étudie le nombre et la mobilité des spermatozoïdes dans la glaire cervicale. Le test est effectué en période pré-ovulatoire, après un rapport sexuel la veille (5 à 12 heures avant le test). On réalise des prélèvements vaginaux, de l'exocole et de l'endocole. On apprécie : la qualité de la glaire cervicale par le score d'insler, qui doit être d'au moins 10/15 pour que le test de Huhner soit interprétable ; le comportement des spermatozoïdes dans la glaire (le test est Positif si on retrouve au moins 4 à 5 spermatozoïdes mobiles par champ)

Bilan hormonal

Dosage plasmatique systématique d'oestradiol, FSH, LH en début de cycle (entre le 2ème et le 4ème jour) pour évaluer la réserve folliculaire, et de la progestéronémie en phase lutéale pour évaluer la qualité du corps jaune.

Inhibine B et AMH (marqueurs de la fonction ovarienne) : une diminution est de mauvais pronostic. Prolactinémie : augmentée en cas de prise médicamenteuse, adénome à prolactine, OPK hypothyroïdie.

- Autre examens biologiques

Sérologies HIV, TPHA-VDRL, hépatite B et C ; prélèvement vaginale, en cas de fausses couches à répétition : anticorps anti-ANA natif, anti phospholipides, antinucléaires.

Echographie pelvienne

Elle recherche ; un kyste ovarien, des ovaires micropolykystiques (plus de 10 follicules par ovaire).elle évalue le nombre de follicules et leur taille ; un fibrome utérin, un polype, une malformation utérine, une hypertrophie de l'endomètre ; un hydrosalpinx.

Hystérosalpingographie

Elle est prescrite principalement à la recherche d'une pathologie tubaire, et évalue l'état de :-la cavité utérine : polype, fibrome, cloison, malformation utérine, synéchie, adénomyose, les trompes : passage uni/bilatéral, phimosis, hydrosalpinx, Hystérosopie : elle est réalisée à but diagnostique ou opératoire en cas de lésion (polype, fibrome, cloison, synéchie, coélioscopie, indication. hystérosalpingographie anormale, suspicion d'endométriose, stérilité inexplicée. (Olivier. P, et all, p.272-275).

7- Le traitement de la stérilité :**- Le traitement médical :**

Le traitement médicale essentiellement hormonal, et le plus indiqué quand la stérilité est du a des troubles de l'ovulation ou lorsqu'il ya une anomalie de la glaire cervicale. Ce traitement ce base sur des médicaments qui vont stimuler l'ovaire pour réussir à obtenir une ovulation. L'un médicament prescrit hors de se genre de troubles et le Clomid (citrate de

clomifènes). En cas d'échec de celui-ci ou lorsqu'il ya une insuffisance de la glande hypophyse, des gonadotrophines sont prescrites.

Les antibiotiques :

Un traitement antibiotique est instauré devant tout contexte d'infection génitale, aussi bien chez la femme, l'infection étant la première cause de stérilité.

Les antibiotiques sont proscrits en cas d'infection pendant 10 jours à 3

Semaine en fonction du diagnostic associé parfois à des anti-inflammatoires.

Les traitements hormonaux :

Le dérèglement hormonal peut avoir une répercussion sur la fonction de reproduction, aussi on peut avoir recours aux hormones pour pallier à leur absence ou insuffisance hormonal pour traiter les troubles de l'ovulation par des traitements hormonaux utilisent dans les cas suivants :

-Fibromes gênants, le traitement médical utilise des hormones féminines progestatives de synthèses.

-Des ovaires micropolykystiques, le traitement repose sur l'inhibition de l'ovulation par les oestroprogestatif.

-Le syndrome de Turne, les traitements utilises pour argumenter la taille sont hormones de croissance(GH) et les œstrogènes utilisés pour induire un développement oestroprogestatif est prescrit ultièrement. (**Antoine. JR, et all, 2006, p.29**).

Stimulation ovarienne :

Stimulation ovarienne sont des injections de gonadotrophines (FSH, LH) pendant 7 à 12 jours vont stimuler le recrutement et de la maturation de multiples follicules ovariens. Les essais indiquent le temps de grossesse variant entre 30 et 50% selon l'âge de la patiente.

Un taux 25 à 30% de grossesse multiples a été rapporté. Ce risque peut être diminué par le transfert sélectif d'un seul embryon. (Luci. B, 2003, p.35-36).

- Les traitements chirurgicaux de la stérilité :

Le traitement, constitué d'opérations chirurgicales comme son nom l'indique et en application lors d'infertilité due à un dysfonctionnement ou une obstruction des trompes de Fallope à certaines malformations de l'utérus ou des synéchies (adhérences). L'opération peut se situer au niveau des trompes ou de l'utérus, et des ovaires.

Le drill ovarien :

Chez les patientes souffrant d'un syndrome des ovaires micro-polykystiques, cette technique réalisée par cœlioscopie consiste à effectuer des micro-perforations des ovaires afin d'obtenir des ovulations. Il faut réaliser entre

5 à 20 perforations profondes de 5 à 10mm.

La libération d'adhérence entre les organes Pelvien :

L'abdomen est une grande cavité. En cas d'infection (comme lors d'une appendicite compliquée d'une péritonite) il y a un risque de dissémination des germes dans tout l'abdomen. L'organisme se défend en fabriquant des « barrières anti-feux » (des adhérences) entre les différents organes. D'autres

circonstances favorisent ces adhérences comme l'endométriose. Ces cloisons peuvent empêcher la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule. La libération de ces adhérences et l'utilisation de produits anti-adhérentes dans l'abdomen tentent d'y remédier.

La reperméabilisation tubaire :

La reperméabilisation tubaire permet de rendre une trompe perméable après une stérilisation tubaire n'est possible que dans certaines conditions. La réussite est variable avec un risque accru de grossesse extra-utérine.

La myomectomie :

Dans certains cas (peu fréquents) un fibrome peut gêner l'implantation ou le développement d'une grossesse. Avant de proposer ce geste, il faut s'assurer de la relation entre la présence du fibrome et l'infertilité. La myomectomie désigne l'ablation du fibrome.

Pour conclure on peut dire que les sciences médicales offrent avec le progrès moderne, diverse possibilités du traitement médical ou chirurgical pour soigner la stérilité chez la femme. (Charle.C, 2010, p.20).

-le traitement naturel de la stérilité :

Malgré qu'il existe des traitements médicaux et chirurgicaux pour l'infertilité, mais aussi la nature participent dans la guérison de cette pathologie.

Les formules naturelles ont été utilisées pour surmonter les problèmes de la stérilité chez l'homme comme chez la femme. Cette méthode de traitement est plus utilisées en Afrique et présente des avantages par rapport à la durée de traitement qui est courte et aussi des produit utilisée qui sont garantis naturels sans risque d'effet secondaire, ni de complication. Cette

méthode de traitement par les formules naturelles est utilisée aujourd'hui dans le monde entier pour cause des effets bénéfiques des plantes. Et parmi ces plantes qui sont des produits naturels qui aident à booster la fertilité, la sauge qui fait partie de ces plantes dont l'usage est indiqué uniquement pour les femmes. C'est un stimulant et régulateur hormonal, qui permet d'aider le système reproductif féminin à retrouver son équilibre. Le trèfle rouge, cette plante peut être prise sous formes de tisanes. Elle est aussi très efficace pour combattre la stérilité féminine. Très riche en calcium et en magnésium, en vitamines, et en oligo-éléments, cette plante permet de nourrir l'utérus, de détendre le système nerveux, de restaurer l'équilibre hormonal, et de favoriser la fécondation. (www.lavieepanouie.com).

La nature fait bien les choses, et il semble que tous les maux y trouvent leur remède. Ainsi, de nombreuses plantes peuvent aider à remédier à des problèmes de stérilité même s'il n'existe pas de remède miracle.

- Techniques d'assistances médicales aux procréations (AMP) :

L'assistance médicale à la procréation est l'ensemble des techniques médicales et biologiques qui comportent la manipulation des gamètes avec ou sans fécondation in vitro, dans le but d'obtenir une grossesse chez un couple qui sans cela risquerait de demeurer infécond. Ces techniques peuvent aussi s'appliquer dans le cas de risques importants de transmission à l'enfant de maladies graves. Les techniques d'assistances médicales à la procréation incluent en théorie :

-Des inséminations artificielles (IAC avec sperme du conjoint ou IAD avec donneur).

-La fécondation in vitro (FIVETE, fécondation in vitro et transfert d'embryon).

-L'ICSI (Injection Intra Cytoplasmique Spermatozoïdes. (**Zorn. JR, et Savale. M, 2005, p.159**).

Inséminations artificielles (IAC):

L'insémination artificielle consiste à l'introduction artificielle de sperme (provenant de conjoint ou de donneur) directement dans la cavité utérine le jour de l'ovulation à l'aide d'un cathéter de plastique souple qui permet de franchir le col de l'utérus et l'amener les spermatozoïdes plus près de trompes de Fallope où se produit la fécondation et augmentant aussi les chances de grossesse. (**Jean-Marc. S, 2011, p.300**).

La fécondation in vitro (FIV) :

La stimulation des ovaires va permettre le développement de plusieurs follicules. La ponction de ses follicules, faite juste avant l'ovulation, permet de recueil de plusieurs ovocytes. On procède ensuite à la « culture » de l'embryon dans un milieu enrichi en acides aminés, qui facteur de croissance. Cette technique permet de court-circuiter les trompes (stériles tubaire) et de rapprocher les spermatozoïdes des ovocytes (stérilité masculine). (**Hedon. B, et al, 2006, p.54**).

L'injection intra-Cytoplasmatique de spermatozoïdes (ICSI) :

L'injection intra-Cytoplasmatique de spermatozoïdes procédé récent en 1992 de fécondation, et une technique qui injecte directement un spermatozoïde à l'intérieur des voies génitales féminines dans le noyau de l'ovocyte. C'est une technique de micro manipulation qui permet de pallier certaines anomalies des spermatozoïdes pour empêchant la fécondation. A l'aide d'une micropipette on injecte directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. Cette intervention se fait au laboratoire après un traitement de

stimulation ovarienne. ([Http: www. chu-Toulouse .Fr /insémination artificielle](http://www.chu-Toulouse.fr/insémination_artificielle)).

En conclure l'assistance médicale à la procréation a beaucoup évolué ces dernières années et offre beaucoup de moyens dans la prise en charge de la stérilité pour réaliser une procréation de manière artificielle par des praticiens agréés.

II- aspect psychologique de la stérilité :

Au-delà de la dimension physique et pratique, la stérilité comporte une forte dimension psychologique, aussi bien pour un des conjoints que pour le couple.

Ainsi, l'état émotionnel des couples face à la stérilité est d'une grande importance. Une stérilité passagère mais durable. Vécue comme irréversible peut parfois mener à un déni de grossesse. Ou au contraire un très fort désir d'enfant qui ne se réalise pas peut mener à une grossesse nerveuse, les témoignages des lectrices confrontées à la stérilité à ce titre sont émouvants.

1-L'état psychologiques de la femme stérile :

Les répercussions psychologiques ont des plusieurs types, celles liées à la stérilité, tout ce que peut enjoinde des perturbations associe par des maladies : l'angoisse de la mort, l'isolement social, les mécanismes de défenses.

Et celle liées à un travail de deuil, et à la défiguration de la féminité. Ça peut être plus ou moins long et passera par plusieurs étapes : la dévalorisation avec la perte de féminité, de la maternité, le dégoût de soi même, l'agressivité (colère ou refuse de communiquer), la culpabilité, l'angoisse face ou futur (la

peur d'être abandonnée, le divorce). Ces répercussions psychologique influence la vie de la femme sur le plan sexuel, social et familial.

2-Le vécu psychologique de la femme stérile :

- La vie sexuelle de la femme stérile :

Les femmes qui apprennent qu'elles sont stériles éprouvent souvent des émotions normales mais néanmoins pénibles communs à ceux qui sont en deuil où perte significative dans ce cas, la capacité de procréer. Les réactions typiques incluent le choc, la douleur, la dépression, la colère et la frustration, ainsi que la perte de l'estime de soi, la confiance en soi, et un sentiment de contrôle sur son destin.

Les relations entre les conjoints ou partenaires peuvent souffrir. Elle peut avoir du mal à une dysfonction sexuelle liés à l'anxiété et d'autres conflits conjugaux poursuivent un but procréatif, avec des rapports programmés, « Les vivent mal cette sexualité déshumanisée, copulatif, la psychanalyse beaucoup se plaignent de troubles sexuels et finissent par se désintéresser peu a peu a ce type de relation ». Aborder le problème de la sexualité qui est uniquement centrée sur l'unique objectif de « faire un bébé » et aider à retrouver le désir avec des jeux érotiques. (Darius. R, et al, 2002, P.109).

-La vie émotionnelle de la femme stérile :

La vie émotionnelle avait une influence immédiate sur la fonction de reproduction, sur l'ovulation par exemple, mais l'incidence de la composante psychique de la stérilité était diversement appréciée. Les effets de l'émotion peuvent être retrouvés chez les deux partenaires, car la spermatogenèse peut aussi être modifiée, par la fatigue ou les stress psychiques. Ceci introduit déjà la question de la stérilité conjugale, car la dimension d'un couple ne saurait être négligée ni sur le plan somatique ni dans sa dynamique

interactive. Il est certain que les aspects psychologiques influent sur le cycle féminin.

Cependant, l'idée que certaines femmes ne seraient pas enceintes parce que inconsciemment elles ne veulent pas être enceintes, et aussi il y'a de cas de troubles comme des chocs psychologiques importants sont souvent évoqués par certains psychanalystes. Un choc émotionnel très important peut également perturber temporairement le fonctionnement du cerveau, de sorte que l'hypothalamus s'arrête de tourner à plein régime. Cette information est renvoyée à l'hypophyse qui la répercute sur les ovaires ou les testicules.

(François. O, 2008, p.97).

-La culpabilité de la femme stérile et l'entourage :

Malgré la stérilité soit un fait du couple, la femme est la première victime. Ceci semble bien trouver une explication à travers la condition de la femme P. Menard décrit avec lucidité par ces titres : « Née pour travailler » (travaille domestique) « Née pour procréer » « Née pour se taire » la femme est parfois la première à être reconnue responsable ou cause de la stérilité du couple par son propre mari. Car la maternité trouve aujourd'hui dans ce que le social nomme « désir d'enfant » un préalable obligatoire sans lequel, sauf accidentelle n'est pas réalisée.

La femme stérile peut se sentir anormal ou exclu de la vie sociale, soumis à des tensions internes, il est on butte ou réactions plus ou moins gênantes de l'entourage. Les réactions peuvent aller à des injures, des paroles déplacées jusqu'à l'agression physique. La femme peut y répondre par le sentiment de chagrin qui lacère la femme stérile soit exacerbé suite aux conseils appropriés certes mais jugés blessants, provenant des parents, des amies ou même des étrangers. La grande souffrance à laquelle il est exposé

peut enjoindre chez elle des réactions d'agressivités ou de fuite. Le manque de maîtrise de soi, la culpabilité, la colère, la honte ou le ressentiment sont coupables à destruction de la relation au sein du couple. (**Patrick. M, 1984, p.93**).

3-Les troubles psychologiques de la femme stérilité :

Les femmes stériles sont tristes souffrent des épisodes d'anxiété et de stress émotionnel, et aussi douloureuse prescrite souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance chaque personne qui souffre d'un problème de stérilité, sa propre histoire et ses souffrances pouvant intervenir à tout moment dans le processus de cette difficulté.

Le déni : C'est la première étape de processus intervient souvent après une courte étape, nommée le choc de l'annonce ou la sidération de la personne ne réagit pas face à l'annonce et rejette l'information et mobilise une énergie considérable pour fuir sa souffrance et s'occupe pour ne pas penser.

L'angoisse : Représente le même genre de sentiment et sensation poussés à l'extrême : on a l'impression que les pensées négatives nous envahissent, font battre notre cœur sans contrôle et nous empêché de respirer. Le cerveau est en panique et ne dirige plus grand-chose.

La dépression : La femme stérile déprime à des idées noires sur sa vie ; son corps réagit avec une fatigue importante, une difficulté à se décider au geste le plus simple (se lever, se laver, s'habiller), des troubles de sommeil (l'insomnie ou au contraire durée de sommeil excessive de jour comme de nuit), des troubles alimentaires qui se révèlent soit par une anorexie avec amaigrissement, soit par des prises alimentaires anarchiques entraînant une prise de poids. Une caractéristique importante de la dépression est la perte de

plaisir à réaliser se qui auparavant apporter bien-être et satisfactions. La femme stérile déprimer n'a plus de gout à rien on ressent de la culpabilité .Elle se sent un fardeau pour les autres et perd les saveurs de la vie.

La détresse : La détresse est la conséquence de la stérilité pourtant que cette douleur préexiste souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance, chaque femme qui souffre d'un problème de la stérilité, sa propre histoire et ses souffrances intervenir à tout moment dans le processus de cette difficulté.

Pour conclure qu'un grand nombre de psychologues s'intéresse à ce type de pathologie est difficile d'admettre que la stérilité psychique soit définitive.

C'est la raison pour démêler le mécanisme conscient ou inconscient et de trouver une solution thérapeutique pour la patiente qui le plus souvent désire une grossesse.

4-Le soutien psychologique de la femme stérile :

La stérilité pose des problèmes physiques et psychologiques spécifiques, mais des conseils généraux peuvent aider à faire face à tous les stades et à soulager le fardeau psychologique pour les partenaires :

-doivent être traversé ces moments difficiles ensembles.

-les deux partenaires devraient, si possible, être présents à chaque visite chez le psychologue.

-devraient communiquer régulièrement entre eux et être conscient que des sentiments de colère, de frustration et d'anxiété sont normaux.

-devraient lire le plus possible sur la stérilité et en parler avec des personnes ayant connu des problèmes similaires ; devraient lire le plus possible la stérilité et en parler avec des personnes ayant connu des problèmes similaires.

-devraient rechercher un soutien au couple auprès des amis, de membres de leur famille. Le couple tiendra mieux le couple s'il parvient à faire passer l'amour du conjoint avant son désir d'enfant. La parole et le dialogue restent les meilleures armes pour affronter ensemble la situation.

Enfin, le partage par le biais de groupes de paroles ou forums d'associations, apporte un soutien précieux, dont les couples auraient tort de se priver. Quelques entretiens avec un « psychologue » pour faire le point peuvent évidemment s'avérer très utiles. Mais c'est rarement le moment d'entreprendre une longue démarche de thérapie. . (Monique. B, 1997, P.98-99).

5-Thérapies psychologique de la stérilité :

-Counseling : Counseling à court terme peut aider les couples à réduire les conflits et accroître d'adaptation et de prise de décision. Les patients qui ont prolongé changements dans les habitudes de l'humeur ou du sommeil devraient voir un professionnel de la santé mentale, comme ceux-ci peuvent être des signes d'anxiété ou de dépression. Idéalement, les couples devraient commencer conseils avant de commencer le traitement de stérilité. Certaines études suggèrent que la dépression adressage, l'anxiété et le stress, par exemple, peuvent aider à augmenter les chances de donner naissance à un enfant. Les cliniciens travaillant avec des patients stériles peuvent fournir des informations sur la façon de gérer la fatigue, réduire le stress et l'anxiété, et améliorer la communication avec les autres.

-Psychothérapie : Des études ont montré que les deux types de traitement peuvent soulager la dépression légère à modérée infertile (stérile) expérience des patients. La première est la thérapie interpersonnelle, qui se concentre sur l'amélioration des relations ou résoudre les conflits avec les autres. L'autre est la thérapie cognitivo-comportementale. Il agit en aidant les gens à identifier et modifier mauvaises habitudes de pensée ou de comportement. La recherche a montré que les couples ou individuels, la psychothérapie de groupe peuvent être utiles pour traiter l'anxiété ou la dépression.

-Les techniques de relaxation : Les experts recommandent diverses techniques de relaxation pour réduire le considérable effort que l'infertilité et son traitement sont souvent la cause. Il s'agit notamment de méditation de pleine conscience, la respiration profonde, l'imagerie guidée et le yoga. (Alaine de broca, 2006, p.177).

Synthèse

La difficulté de concevoir un enfant représente une véritable angoisse chez les couples et surtout pour la femme qui vit une étape de deuil face au diagnostic médical ce qui peut déclencher en elle une tristesse, une solitude, des problèmes d'identité. S'il n'y a pas un suivi ou une prise en charge psychologique dès l'apparition de ces signes comportementaux, il y aura un risque d'agressivité, d'angoisse, d'anxiété et un sentiment négatif de leur couple et de vivre un deuil en silence.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule	95
1-La pré-enquête.	95
2-La méthode de la recherche.	96
3-Les limites de la recherche	97
4-La population d'étude et leurs caractéristiques	98
5-Le lieu de la recherche	99
6-les outils d'investigations	102
Synthèse	109

Préambule

Toute recherche scientifique ne peut être en tant que telle que lorsqu'elle repose sur une méthodologie et une théorie scientifique a fin de prouver une hypothèse a une question précise .donc chaque recherche nécessite une série d'étapes et de démarches méthodologique dans un protocole standard rigide, afin de rendre le travail objectif.

Nous allons vous présenter dans ce chapitre la pré-enquête, définir la méthode et les techniques utilisées, ainsi que la présentation du lieu de notre recherche, la population d'étude et aussi le déroulement de la pratique.

1-Pré-enquête

La pré- enquête est une étape très importante dans toute recherche car c'est le premier élément qui nous aide à effectuer notre recherche, afin d'arriver a la pertinence des hypothèses avec laquelle nous les confirme ou les infirme et de désigner notre groupe d'étude.

Selon Madeleine. G, la pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. **(Madeleine. G, 2001, p. 255).**

Cette étape est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et sur tout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifiées, de même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. **(Omar. A, 1987, p .102).**

Au début on a déposé notre demande de stage au sein de CHU de Targa Ouzamour au service gynécologique, mais on été pas accepter, où la psychologue de cette clinique nous a orienté vers des associations ou bien des centres spécialisé pour les enfants handicapés, où on peut trouver des enfants handicapés qui sont nés après une période de stérilité, ces enfants qui vont nous amenés ver leurs mamans.

Alors on a commencé à chercher les cas qui concerne notre thèmes de recherche, donc on s'est diriger vers le CMP de 1000 logements a Ihedaden, Bejaia, malheureusement ya pas de cas qui nous concerne.

Ensuite, on s'est diriger vers à l'association des enfants autistes a Ihedaden ou on n'a pas trouvé des cas qui nous concernent.

Enfin, on a cherché dans le CMP de LAAZIB OUMAAMAR Ihedaden, Bejaia où on a trouvé un seul cas, où l'assistante de ce centre elle nous a parlé sur une liste d'attente des enfants handicapés mental qui n'on pas intégrer dans ce centre a cause de manque de place. A partir de cette liste on a trouvé les trois autres cas qui concernent notre thème de recherche, alors on a contacté leurs mères pour avoir leurs accords pour la participation à cette recherche.

2-La méthode de la recherche

Pour réaliser notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive, c'est la méthode qualitative qui essaie de décrire des phénomènes tels qu'ils existent plutôt que de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets.

Afin de réaliser notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive qui est la méthode plus convenable pour la description du concept de la

qualité de vie des femmes mais encore afin d'abord la vie des femmes ayant un enfant handicapé mental après une période de stérilité.

Selon la méthode descriptive, on va essayer de décrire nos populations d'étude, et tenter de vérifier les hypothèses émises par les résultats de questionnaire.

On a choisi dans notre travail d'utiliser l'étude de cas qui est « une technique méthodologique qualitative descriptive, est une observation approfondie d'un sujet ou d'un groupe de sujets. Les études de cas sont utiles pour l'exploration d'un phénomène qui n'est pas encore compris, ou des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire par expérimentation. Elles permettent aussi à l'élaboration de l'hypothèse pertinente et majeure dans la compréhension des troubles psychologiques.

Une méthode descriptive, qui consiste en une observation approfondie d'un cas, nous permet de regrouper un grand nombre de données, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelles cliniques), afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. (**Chahraoui. K, et Benny. H, 2003, p.125-127**).

De plus, les études de cas s'avèrent fort utiles lorsque des considérations d'ordre pratique ou éthique ne permettent pas de faire appel à d'autres moyens pour recueillir des informations, ou lorsque des circonstances exceptionnelles rendent impossible l'étude de certaines questions d'ordre générale. (**Carol. T, et all, 1999, P.39**).

A partir de ce qui précède, on peut dire que l'étude de cas est la méthode la plus adéquate pour l'élaboration de notre travail de recherche.

3-Les limites de la recherche

Notre travail de recherche déroulé sur la qualité de vie des femmes ayant un enfant handicapé mental après avoir vécu une période de stérilité, afin de décrire la qualité de vie de ces femmes. Notre groupe d'étude

constitue de quatre (4) cas, où on a appliqué le guide d'entretien et le questionnaire de la qualité de vie SF-36 durant ses consultations.

4-La population d'étude et ces caractéristiques

Comme le thème de la recherche l'indique, notre travail se portera sur l'étude « la qualité de vie des femmes ayant un enfant handicapé après une période de stérilité ».

Notre population d'étude est composée de quatre (04) femmes, et le choix de ces cas c'est fait selon certains critères qui sont les suivants :

Critères d'homogénéité

- Tout les cas de notre population d'étude sont des femmes qui ont vécu une stérilité.
- Toutes les femmes ont conçu un enfant handicapé mental.
- sont tous des femmes qui ont conçu pour la première fois et ont un seul enfant handicapé mental.

Critères d'hétérogénéités

- le niveau socioculturel et économique n'est pas pris en considération, car cette pathologie peut toucher toute les classes sociales.
- l'âge de nos cas est différent.
- On n'a pas pris en considération le type d'handicap mental.

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre groupe de recherche.

Tableau N° 04: tableau récapitulatif des cas étudiés.

Cas	Niveau d'étude	Age	Situation professionnelles	Durée de la stérilité	Type d'handicap de l'enfant
01	Bac	52 ans	Assistante administrative	7 ans	trisomique
02	Bac	48 ans	Enseignante du sport	7 ans	Autiste
03	Analphabète	48 ans	Femme au foyer	9 ans	autiste
04	6ème année primaire	47 ans	Femme au foyer	5 ans	autiste

5-Le lieu de la recherche

Notre stage a été effectué au sein du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaïa, qui prend en charge les enfants et adolescents présentant une déficience mentale (légère, moyenne, profonde) sur les plans pédagogique, clinique, orthophonique et médicale. Cette prise en charge concerne les enfants âgés à partir de 3 ans jusqu'à un âge indéterminé. Et ce dans un régime demi-pensionnat.

L'établissement est créé par décret exécutif n : 08-282 de 06-09-2008 portant création de CPPEHM de Bejaïa il a ouvert ces portes le 05-01-2010, a cette date de nombre d'enfant admis était de 21, et maintenant le nombre d'enfant accueillies au centre est de 75.

Le centre est sis au centre ville de Bejaïa, dans le quartier nommée « **Laazib oummaar** ».

Le nombre d'enfant total accueillis en cette année scolaire 2017/2018 est de 75 répartis comme suit : 32 filles, et 43 garçons.

-L'équipe pluridisciplinaire :

L'équipe est composée de :

-01 chef de service pédagogique : il coordonne le travail entre les membres du l'équipe psychopédagogique, ainsi que entre le service pédagogique administratif.

-01 psychologue clinicien : qui assure une prise en charge individuelle des enfants présentant des difficultés d'adaptation et de stabilité ou des problèmes de comportement divers, ils faits aussi des observations sur le terrain pour les différents enfants. On plus de ça le clinicien fait des consultations externe et la guidance parentale.

-02 psychologues pédagogiques : c'est eux qui sont chargé d'élaborer les programmes pédagogiques et les emplois du temps annuels pour les déférentes classes ils assirent aussi un suivi individuelle pour les enfants présentant des difficultés d'apprentissages.ils participent aussi aux différentes réunions institutionnelles.

-02 psychologues orthophoniste : elles s'occupent de la rééducation de langage, de la parole et de l'articulation notamment les enfants présentant un grand retard du langage, elle donne des conseils, oriente et dirige aussi les

éducatrices, tarares des exercices de motricité buccale et nasale pour les appliquer a leurs élève. Comme elle assurent aussi des consultations externes et les guidances parentales.

-01 médecin : elle fait des consultations pour les enfants souffrants de malaise ou de maladies, elles participent aussi aux déférentes réunions institutionnelles, comme elle fait aussi des consultations externes pour les enfants en instance d'intégré l'établissement.

-01 assistante sociale : elle assure les enquêtes sociales sur le terrain ainsi qu'elle assure la liaison entre l'établissement et les parents et les guidances parental.

-Les classes et les niveaux :

Les enfants du centre sont reparties en 09 niveaux (classes) :

Classe précoce 01 : cette classe est composée de 08 enfants dont l'âge ne dépasse pas les 05 ans, ils ont un programme adapté à leur niveau intellectuel et leurs capacités, orienté beaucoup plus vers l'expression et les jeux, ainsi que le plant de développement des facultés sensorielles et motrices de l'enfant.

Classe précoce 02 : cette classe est composée de 07 enfants dont l'âge ne dépasse pas les 05 ans aussi, le programme de cette classe c'est le même que celui de précise 01.

Stimulation 01 : elle comprend 07 enfants qui représente une déficience mentale sévère, comme son nom l'indique, le programme de cette classe vise à stimuler l'enfant sur le plan sensorielle et psychomoteur.

Stimulation 02 : elle comprend 09 enfants, le programme de cette classe c'est le même que celui de stimulation 01.

Éveil 01 : elle se compose de 08 enfants, ils ont un programme varié avec l'introduction de quelques notions et thèmes nouveaux.

Éveil 02 : elle se compose de 10 enfants, ils ont un programme riche.

Éveil 03 : elle se compose de 9 enfants, cette classe a un programme riche, varié qui synthétise des différents programmes des classes précédentes. On a introduit quelques axes et notions qui préparent les enfants de cette classe à intégrer la classe supérieure qui est parascolaire A.

Parascolaire A : elle comprend 09 enfants, qui a un programme riche, varié, ambitieux, qui a la hauteur des attentes et du niveau de ses enfants. Leur programme touche presque à tous les thèmes et notions utiles et indispensables à l'enfant afin de mieux sa vie quotidienne et son adaptation au sein de la société

Parascolaire B : elle comprend 08 enfants, ils ont un programme riche, varié, touchant presque tous les thèmes différents habilités. Leur programme est plus enrichi par rapport aux niveaux précédents, vu que les enfants de cette classe ont un niveau potentiel et acceptable en termes de capacités intellectuelles.

6-Les outils d'investigations :

Dans chaque recherche la méthode clinique fait appel à des techniques spécifiques.

On a opté pour ce travail de recherche la méthode descriptive qui est adéquate à notre recherche et accompagne cette dernière : l'entretien clinique de type entretien semi-directif et l'échelle de la qualité de vie utilisée dans le cadre de la pratique de clinicien. (Gaillard. M, 2000, p.20).

- L'entretien clinique :

On opté pour le choix de l'entretien clinique

Dans le domaine de la psychologie, l'entretien est un outil et un dispositif classique, mais aussi dans d'autres domaines de savoir et de pratique. Le terme de clinique connaît depuis un certain nombre d'années une extension et une inflation qui ont porté à un certain mélange sous le qualificatif d'entretien clinique, de pratique d'entretien bien différentes, si ce n'est divergent, quant à leurs présupposés, leurs modalités, leurs objectifs **(Oliver. D, et Benjamin. J, 2009, P.131).**

L'objectif de l'entretien est d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il consiste l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. **(Chiland. C, 1983, P.141).**

En méthodologie il ya trois types d'entretiens : l'entretien non directif qui consiste le model de Rogers, l'entretien directif qui consiste en un ensemble de questions directs, et l'entretien semi- directif dont le clinicien pose une question et laisse libre court au sujet pour parler librement.

On a opté pour le choix de l'entretien semi directif.

L'entretien semi-directif se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance. Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement. Mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. **(Benony. H, et Chahraoui. Kh, 2003, P.134).**

Les entretiens semi-directifs sont menés sur la base d'un guide d'entretien constitué de différents « thème-question » préalablement élaborés en fonction des hypothèses. (Luc. A, 2003, p.69).

On note que l'entretien semi-directif nous permet d'avoir des réponses pour bien comprendre la situation psychologique actuelle des femmes ayant un enfant handicapé après une période de stérilité et de connaître comment ces femmes réagissent-elles.

-Présentation guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (Bénony. H, et Chahraoui. Kh, 1999, P.69).

L'entretien clinique se fait avec un guide d'entretien, dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent cette population d'étude. Il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien. La consigne doit être formulée à l'avance par le clinicien et elle doit être généralisée et identique pour tous les sujets.

C'est à partir de là que nous allons formuler notre guide d'entretien :

Axe I : informations personnelles.

Axe II : informations sur la stérilité.

Axe III : informations sur l'enfant et son handicap.

Axe IV : informations sur la qualité de vie de la maman.

Axe V : informations sur le regard de l'autre envers la maman.

Le questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF-36) :

Le questionnaire de qualité de vie est issu d'une étude transversale menée sur deux mille patient et d'une étude longitudinale menée pendant quatre ans sur deux mille cinq cent quarante six(2546) patients souffrant de pathologies divers (Diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque...etc.).(**Bruchon-Schweitzer. M, 2001, p.73**).

Au départ la qualité de vie était évaluée par 149 items, il s'agit d'une échelle de qualité de vie générique englobant la santé physique, émotionnelle (psychologique), et sociale. Cette échelle peut être administrée en auto ou hétéro-administré.

Le questionnaire est validé dans différent pays et dont la France (**Emilie. B, 2014, p.57 -58**).

Le questionnaire SF 36 de la qualité de vie recouvre huit domaines liés à la santé qui sont : Activité physique (physical functioning PF comprend dix items), Douleurs physique (bodily pain BP comprend deux items), Limitation dues à l'état physique (Role Emotionnel RE comprend quatre items), Santé perçue (General Health GH comprend cinq items), Santé psychique (Mental Health MH comprend cinq items), Relations avec les autres (Social Functioning SF comprend deux items) ,Vitalité(VT comprend quatre items) et en fin Limitation dues à l'état psychique(Role Emotionnel RE comprend trois items) .

- La cotation des scores du questionnaire SF-36 :

La qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieur au degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation linéaire.

En trouve que les dimensions 1.2.6.8.9 (h, e, d, a),11(c, b) sont cotées de 100.75.50.25.0 .Les dimensions 4 (d, c, b, a), 5(c, b, a) ,9(i, g, f, c, b) ,10 ,11(d, a) sont cotées de 0.25.50.75.100.La dimension 3(j, i, h, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100. Et enfin la dimension 7 est cotée de 100.75.50.25.0

Tableau N°05 : Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36)

Questions		Dimensions		Facteurs de second ordre
PF1	3a	Activités Physique	PF	Score résumé physique
PF2	3b			
PF3	3c			
PF4	3d			
PF5	3e			
PF6	3f			
PF7	3g			
PF8	3h			
PF9	3i			

PF10	3j			
RP1	4a	Limitation due à l'état physique	RP	Score résumé physique (PCS)
RP2	4b			
RP3	4c			
RP4	4d			
BP1	7	Douleur physiques		
BP2	8			
GH1	1	Santé perçue	GH	
GH2	11a			
GH3	11b			
GH4	11C			
GH5	11d			
VT1	9a			
VT2	9e			

VT3	9g	Vitalité	VT	Score résumé
VT4	9i			
SF1	6	Vie et relations	SF	
SF2	10	avec les autres		
RE1	5a	Limitation due	RE	
RE2	5b	à		
RE3	5c	l'état psychique		
	9b	Santé psychique	MH	
	9c			
	9d			
	9f			
	9h			

(Olivier. G, 2004, p.33).

Synthèse

La méthodologie constitue la base de toute recherche dans différent domaine (sociologie, psychologie...etc.) qui permet une bonne application des techniques d'investigations choisis.

Et a travers ce chapitre méthodologique, nous avons essayé d'assuré une certaine organisation de notre travail de recherche, ce qui nous a permis

de comprendre le déroulement de la démarche descriptive adoptée la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique.

Chapitre V

*Présentation, analyse des
résultats et discussion des
hypothèses*

Préambule -----

1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi directif.----

2- Présentation et analyse des résultats de questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36. -----

3- Discussion des hypothèses. -----

Synthèses -----

Préambule

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats du guide d'entretien clinique semi-directif axe par axe, puis on va les analyser, et ensuite on passe à la présentation du questionnaire de la qualité de vie SF-36. Cette analyse nous permettra d'accéder à des synthèses de chaque cas qui nous permettra de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses par la suite.

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif

Cas de « Badra »

Durant l'entretien avec Badra, on a remarqué qu'elle une femme chaleureuse, elle a accepté facilement de nous parler.

Axe n°1 : information personnelle

Badra est une femme âgée de 48ans, mariée depuis 1998, son niveau d'étude est 3eme AS, enseignante de sport, son niveau socio-économique satisfaisant, habite à Bejaia.

Axe N°2 : information sur la stérilité

Dans le second axe intitulé informations sur la stérilité on a essayé de récolter des données sur la stérilité.

Lorsqu'on lui a interrogé sur le moment où elle a su qu'elle est stérile elle nous répond : « *juste i3eda assegass g zewajiw ofigh ourfidghara j'ai commencé terohagh gh tbib tehufugh seba* » c'est-à-dire après un an de mon mariage, je me suis pas tombée enceinte, chose qui m'a poussé à aller voir un gynécologue. D'après ses dires on a remarqué que Badra et son conjoint ont programmé une grossesse dès le début de leur mariage. Puis on a interrogé

Badra sur sa réaction suite à sa stérilité, elle nous a déclaré : « *mi itrohagh gh gynécologue inayid selhlakiw, bien sur ghele3agh strissigh mlih ma3na tebib inayid ila l'espoir kemal kan a les soins yenam* » c'est-à-dire que quand le gynécologue ma confirmer ma maladie si normal j'été vraiment stressé, peur mais il ma dit que il ya espoir il faut terminer tes soins. Ce qui montre qu'elle est optimiste. En suite on lui a demandé est ce que la stérilité est une source de mauvaise qualité de vie et elle déclare : « *g tazewara terwiyi mais oundba3ed noumagh, hamdoulah aregaziw ifehmiyid surtout g mdina tebib ila l'espoir* » c'est-à-dire durant les premiers moments sa ma perturbé et après je me suis habitué et dieu merci mon mari qui été compréhensif surtout après l'espoir que le médecin ma donner, ce qui montre que la stérilité n'a pas vraiment influencé sur sa qualité de vie.

En Ce qui concerne sa réaction lorsqu'elle est tombé enceinte, elle déclare : « *ferhagh mlih, lami bghigh ate3ayetagh ayedesselan meraa le3ibad beli a9elin enceinte, surtout ghessebagh ayewa9 assiwetagh lekhbar iwegaziw* » c'est-à-dire j'été très contente ou point que je voulais crée pour que tout le monde entend que je suis enceinte surtout mon mari. Ce qui montre que Badra présente un accès de joie.

Après on a interrogé sur sa réaction lors qu'elle a su que son enfant est handicapée elle dite : « *3awedagh qeleghad a ziro dizispirigh direct* » c'est-à-dire j'étais dessue, déprimé, j'ai rechuté. D'après sa repense on a remarqué une grande tristesse et un dégoût la preuve qu'elle souffre dans sa vie quotidienne.

Axe N°3 information sur l'enfant et son handicap

Passant au troisième axe qui parle de l'enfant et son handicap, on a commencé à interroger badra sur le sexe et l'âge de son enfant ainsi que type de son handicap, Badra nous a dit : « *emmi issemis anis gel 3emeriss 14*

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

nsenna ihelak l'autisme »c'est-a-dire mon enfant s'appel Anis il a 14 ans il souffre de l'autisme. Puis on a demandé a notre cas, depuis quand souffre son enfant elle a répandu « *midilulu i3emar wekham ila amenta ameltewafan itan normal, mais Just icommencé itmghor chewiya neremarqui nki ak d vavas lehwayj akam oughdikheterara gh walen, ouditatra meme pas didenagh nenayas ahath haja normal, mis idisse3a 3 issegassen newith gh tebib inayaghed isse3a l'autisme....* »C'est-a-dire a sa naissance il été normal comme tous les autres enfants, mais quand il a grandi on a remarqué moi et son père des choses par exemple il nous fixe même pas dans les yeux et quelque signes d'anomalie au niveau du langage de la démarche et parfois quelques crises d'agitation incontrôlables, mais après l'âge de 3ans on la prit chez un pédopsychiatre qui nous a dit que c'est un autiste et la vraiment j'été déprimé. A travers ses réponses, on peut dire que notre sujet à vécu des périodes de grand déprime et elle a subi un choc émotionnel suite à l'handicap de son fils.

Concernant les antécédent familiaux, notre sujet nous informe que « *khati jamais nesse3ath, dayen emmi idifeghan aka* »c'est-a-dire non jamais on pas cette maladie si juste mon fils. On remarquantles mimiques de son visages on peut dire qu'elle est jaloux (Pourquoi moi ?)

On a évoquer aussi une question sur la scolarisation de l'enfant et elle répond : « *emmi athan g l'association speciale ilwachul autiste, sehfatnassen adissinin, khedeman sportemmi dewin iwe3eran ikhebach lewachul iyelan dina meme ul dimanis, iteboger bezaf niki yakan souffrigh segass g kham* »c'est-a-dire que mon enfant est dans une association spécialisé pour les enfants autiste, mon fils il est agressive il bouge trop, je souffre...d'après ses dires on constate que elle souffre physiquement et psychologiquement.

Axe N°4 : les informations qui concernent la qualité de vie de la maman

Ce quatrième axe consacré aux informations de la qualité de vie de la maman, en questionnant notre cas c'est elle a besoin d'autre personne pour accomplir ces tâches elle a répondu : « *apar vavas ouhewajghara hed natan demi aken ybeghou yilli nki athisseqoman segass,yerna nki daghen oussemirghara abe3edgh fellas negh athejagh ihed natan* » c'est-à-dire à part son père j'ai pas besoin d'autres personnes si mon fils c'est moi qui va s'occuper de lui, en plus je ne peux pas me séparer de lui. D'après ses dires nous avons compris que badra est trop proche de son enfant et elle sacrifie pour lui.

Puis on lui a demandé à notre sujet de nous parler sur son bien-être, elle déclare : « *dachu ara amedinigh tazewara ounumghara, ouzerighara amek adugh yidas renuyas le choqe wayen irojagh ikel bache adawetagh gherda walah denithiw tewarwi pandonigh kolache, mais tera cava khir tazewara* » c'est-à-dire que ce que je vais te dire les premiers temps j'ai pas l'habitude, je savais pas comment se comporter avec lui, plus le choc de la période que j'ai vécu dans l'attente pour arriver à ce point donc ma vie est perturbée j'ai abandonné tout, mais maintenant ça va mieux. Ce qui montre que la vie de badra est perturbée et difficile.

Après on a interrogé badra sur le changement après la naissance de son enfant et elle a répondu : « *g midiloul emmi akam mera tiyematthin ferhagh mlih meme g mi3elemagh s lehlakis hamdoulah irebi imiyethidifeka ou moins 3elemagh tamtuth iligh, Anis i3emar akham* » oui bien sûr après la naissance de mon enfant il y avait un grand changement dans ma vie, j'étais officiellement très contente comme toute maman et même après le diagnostic de mon enfant ou moins j'ai prouvé ma féminité et c'est grâce au dieu. Anis il a rempli les vides dans tous les coins de la maison.

puis on a parlé sur sa qualité de vie après la naissance de son enfant handicapé après avoir vécu une période stérilité elle dit : « *te3ar mlih aterajot 7senin bache atilit tayemat bache ayi tenithiw fekighet g sewani te3essast apres mithidurwagh dunithiw fekighet f emmi, sa fait mara khezeragh gh duniyhiw wlh amedigh kolache bien aregaziw , la famille me3na tekhosyi kan lehaja ouzerighara dachut. Zemeragh amedinigh la qualité de vie ynou dirit* » c'est-à-dire c'est très difficile d'attendre 7ans pour être maman et moi j'ai donné toute ma vie et mon temps pour les soins, et après la naissance de anis j'ai lui donner tout mon temps et mes pensées. Donc quand je regarde à ma vie personnel je vais te dire que tout est bien mon mari ma famille mais quand meme je sens un manque je ne sais pas c'est quoi, donc je peux te dire que ma qualité de vie est mauvaise. D'après ces dires nous pouvons dire qu'elle une qualité de vie basse.

Axe N°5:information sur le regard de l'autre envers la maman

On passant au dernier axe intitulé le regard de l'autre envers la maman, on interrogé Badra sur le regard de l'autre envers elle, après la naissance de son enfant handicapé mental et elle dit : « *le3ibad dachu te3assan hacha lehdra safait l'occasion akam tayi outetratinra bache adehdern, surtout widak imiqereban* » c'est-à-dire le gens ils ratte pas cette occasion pour parlé, sur tout ce qui sont proches. D'après ca réponse on remarque que Badra est l'une des victimes touché par le regard de l'autre. On continue notre entretien et on demande la réaction de son conjoint après l'annonce de l'handicap de son enfant et elle dit : « *aregaziw ifeham anchetayi belli delmaktoub rebi, malgré netta daghen ikhela3 mlih ichoqui* » c'est-à-dire que mon mari il comprend que c'est le destin, malgré lui aussi il été peur est choqué. A la fin de cette axe on la questionné sur ça réaction face aux commentaires faits par les autres a propos de l'handicap de son enfant et elle répond : « *ahelil tenougheniya s lhdour nesan, tajaniya defois bella nudam outafeghara dachua*

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

sendinigh »c'est-a-dire les gens me tue avec leurs paroles, des fois me laisse sans sommeil, et je trouve meme pas qu'est ce que je le dise. Ce que on constate par la que le regard de l'autre influence sur la qualité de vie de badra.

Synthèse

En guise de conclusion de l'entretien, on peut dire que madame Badra a vécu des situations différentes du stresse « *bien sur ghele3agh strissigh mlih* », bonheur« *ferhagh mlih* » puis, désespoir « *3awedagh qeleghad a ziro dizispirigh direct* » et on a remarqué aussi que notre sujet présente une mauvaise qualité de vie.

2- Présentation et analyse des résultats du questionnaire de qualité de vie MOS SF-36

Cas de « Badra »

Tableau N°07 : présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de deuxième cas.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV globale
QDV	90	45	31.5	76.5	40.5	31.5	76.5	45	54.62
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

La qualité de vie globale est évaluée à 54.62, elle est bases par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64,30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans la dimension suivante:

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

-Santé perçue (GH) qui est $76.5 > 56.93$.

Et deux autres aussi très élevée dans la dimension suivante :

- Activité physique (PF) qui est de $90 > 70,61$.

- limitation due a l'état psychique (RE) qui est $76.5 > 65.78$.

Par contre des estimations très basses dans les dimensions suivantes:

- Santé psychique (MH) qui est de $45 < 70.38$

- Douleur physique (BP) qui est $31.5 < 70.83$.

- Relation avec les autres (SF) qui est $31.5 < 78.77$.

Et enfin des estimations proches de celle du SF-36:

-limitation due a l'état physique (RP) qui est $45 < 52.92$.

-vitalité (VT) qui est $40.5 < 52.15$.

Synthèse

D'après les résultats de l'échelle, nous pouvons dire que notre sujet rencontre des difficultés énorme dans sa vie quotidienne qui l'empêche de mener une vie saine.

Les résultats obtenus par l'échelle effectués avec notre deuxième cas nous amènent à dire que la souffrance de badra est due au fait d'avoir un enfant handicapé apres avoir vécu une période de stérilité ce qui a engendre chez elle une qualité de vie mauvaise notamment sur le plan physique, psychique et sociale.

Cas de « Noria »

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Durant l'entretien avec Noria on a remarqué qu'elle est très triste, mais elle a accepté de répondre à nos questions avec plaisir.

Axe N°1 : Information personnelle

On a consacré le premier axe qui s'intitule informations personnelles sur la vie de Noria. Elle est une femme âgée de 48 ans, mariée depuis 1991 ans, elle est analphabète, sa situation économique est moyenne, habite à Bejaia, elle a vécu une stérilité pendant 9 ans et elle a fini par avoir un enfant autiste.

Axe N° 2 : Informations sur la stérilité

Dans le second axe on a essayé de récolter plus de données possibles sur la stérilité de Noria.

On a interrogé Noria sur sa stérilité, quand est-ce que elle a su qu'elle était stérile ? Elle a répondu « *Assegassni amenzu u3limghara bli utarweghara mais utqlqghara nighed normal mais imi wedhen assegass dhuzgen g zwadjiw argaziw iteqeleq rohgh ar tbib inayid dhaproblème ithess3idh gh l'utérus ynem* ». C'est-à-dire dans la première année je n'étais pas au courant que j'étais stérile mais je ne me suis pas inquiété j'ai dit c'est normal, quand un an et demi passe de mon mariage mon mari était inquiet, je suis allé voir le médecin et il m'a dit que vous avez un problème dans l'utérus. Cela montre que Noria a un problème dans l'utérus et ce dernier a causé une stérilité chez elle. Puis on a lui demandé de décrire sa réaction au moment de l'annonce de sa stérilité, Noria a répondu et la tristesse rempli son visage « *Imi ydina dhaproblème ithess3idh trugh mlih ureminghara en plus argaziw ydegoti mlih 3lakhater yevgha adns3u darya mais inayid twiveni mathsswanidh izmer lhal atrefdhedh* ». C'est-à-dire quand il m'a dit que j'ai un problème j'ai pleuré beaucoup et je n'ai pas pu le croire, en plus mon mari

est dégoûté par ce qu'il veut avoir des enfants mais le médecin m'a dit si vous êtes traité vous pouvez avoir des enfants. D'après ses dires on a remarqué que Noria et son mari ont programmé une grossesse mais le destin ne voulait pas. On suite on a demandé a elle de nous dire est ce que la stérilité est une source de mauvaise qualité de vie, elle a dit« *Wlh yu3er lehal imi utarweghara d'une part argaziw inevedal yughal izariyid dhazghen ntmouth la relation negh thmouth ulach ak les sentiments gharanegh toujours ntnagh d'autre part uzmirghara i les soins argaziw dhazawali lkhdhmass chwia donc amdinigh thidhet kan la stérilité agi thevedliyi ikel lhayatiw ghwayen ndiri* ». C'est-à-dire vraiment c'est très difficile pour moi, d'une part mon mari a changé il me voit une demi-femme notre relation s'est dégradée il n'y'a aucun sentiment entre nous, nous nous disputons toujours, d'autre part mon mari est pauvre et il ne peut pas payer les frais de ce traitement donc je te dis la vérité cette stérilité ma vraiment changé ma vie vers le mal. On a remarqué que notre cas souffre psychologiquement et sa relation avec son mari est dégradé.

Encore, on a continué notre entretien avec notre cas on lui a interrogé sursa réaction au moment où elle a tombé enceinte Noria a dit« *Imi argaziw dhazawali sekhdhamegh kan le traitement naturel akeni 3amayen mais ulach walu dhajedhidh mais jamis qedh3gh layass hadhregghass iwargaziw f le sois gh tbib yqvel ghass aken thachahrithiss chwiata donc tesswanigh aryiwen ntviv khera lessnin mais lhamdulah refdhegh sthadhiss hmdhegh rebi chekregghth ureminghara adheqimgh 9 ssenin uretarweghara frehegh gh le point utidtmajinidhara meme argaziw yefreh mlih* ». C'est-à-dire puisque mon mari est pauvre alors j'ai suivi un traitement naturel pendant deux ans, malheureusement il n'y a rien de nouveau mais je ne me suis pas désespéré j'ai parlé avec mon mari sur les soins médicaux, il a accepté malgré que son salaire est très faible, alors j'ai traité pendant quelques années et je suis

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

tombée enceinte dieu merci, je ne pouvais pas croire que j'étais enceinte apres neuf ans d'infertilité j'étais très contente meme mon mari était très content. D'apres ses dires Noria étaies très heureuses quand elle été tombé enceinte et elle été très contente.

On a fini cet axe par une question qui a beaucoup touché cette femme, où on a demandé a elle de nous décrire leur réaction quand elle a su que son enfant est handicapé, Noria a répondu avec tristesse et les larmes rempli ses yeux «*thluled yelli hussegh imaniw tamtuth ula dhargaziw yughalithid roh wlh se3adeghe 3amayen ni imzwura am tsseltante mais chwia chwia kan thussugh bli machi normal ithela vavass yetqleq flass newith ar pédopsychiatre inayid yelim thes3a lahlakh ni imu qaren l'autisme, asseni hessegh edunithiw thughal tavarkhante ayeni irojagh ak a la fin thefghiyid autiste* ».c'est-a-dire, apres la naissance de ma fille, je me sentais comme une femme meme mon mari lui a rendu l'espoir, j'ai passé mes deux premières années comme une princesse, petit a petit j'ai senti qu'elle n'allait pas bien, son père a s'inquiète pour elle, je l'ai emmenée chez un pédopsychiatre il m'a dit qu'elle avait l'autisme, ce jour-là je me suis senti que ma vie était sombre, j'ai était très excité mais finalement j'ai donné naissance a une fille handicapée. D'apres ses dires on a remarqué que Noria désespéré et présente une culpabilité d'avoir donné naissance a une fille handicapée.

Axe N°3 : Informations sur l'enfant et son handicap

Ce troisième axe nous l'avons attribué pour récolter les données sur l'enfant et son handicap.

On a commencé cet axe par la question sur le sexe et l'âge de son enfant, Noria a répondu : « *Taqchicheth issmiss Rosa thes3a 8 snin dhil3amriss* ». C'est une fille qui s'appelle Rosa, âgée de 8 ans. Puis on parlé sur le type d'handicap de son enfant, elle a dit : « *Rosa ynu thes3a l'autisme*

lahlakhayi jamis senghth auqvel, dhithazwara nwich hacha nki idyerewn thaqchichth akayi ak g dunitthagi ».C'est-à-dire ma fille est malade d'autisme ce type de maladie je ne le connais pas avant, au début j'ai cru que j'étais la seule qui a donné naissance à une fille qui avait cette maladie. En manifestant les larmes aux yeux et la tristesse. Par la suite on a demandé à elle de nous dire depuis combien de temps souffre leur enfant ? cette femme nous a répondu :«*The luled normal uthess3ara aucun problème juste thekhechem g 3amayen thughal uthadrara uthela3bara yidhi uthetadhessara wighit g pédopsychiatre après le diagnostikiss i3elmgh bli autiste voilà* ».C'est-à-dire elle est née en bonne santé elle n'a pas de problème après deux ans elle ne parle pas ne joue pas et ne sourit pas et après son diagnostic le pédopsychiatre m'a confirmé que c'est une fille autiste j'ai été vraiment choqué parce que j'ai pas attendis ça ! Nous avons remarqué à partir de ses dires que Djamila était vraiment choqué après l'annonce de l'handicap de son enfant.

On a fini cet axe par une question sur la prise en charge de son enfant, est ce que son enfant est scolarisé ou bien placé dans un centre, elle a répondu: « *Khati yelli utheqara uthekhchim gh le centre atan ghorri kan g kham soufrigh zekhess mlih* ».C'est-à-dire ma fille n'est pas placée dans un centre elle est chez moi. Cela montre que Noria souffre physiquement et psychologiquement parce qu'elle inquiète sur la situation de son enfant.

Axe N°4 : information sur la qualité de vie de la maman

On a consacré ce quatrième axe pour récolter les données sur la qualité de vie de Noria.

Alors on a continué notre entretien en lui posant la question si elle est besoin de quelqu'un pour l'aider et sa réponse était : « *Khati uhwajeghara had ayi3awen gh lecheghaliw nki teghamagh g kham kan donc zmer*

ilcheghaliw wahdhi». C'est-à-dire je n'ai besoin de personne pour m'aider dans mes travaux quotidiennes je suis toujours à la maison donc je peux faire mon propre travail. Cela montre que Noria est capable de faire ses propres travaux.

Ensuite on a demandé est ce que leur enfant influence sur son bien être, Noria a répondu : « *Ih yeli thechanjiyi ak lehayatiw, uqvel adelal argaziw ikharhiyi imi utarweghara mais imi tesswanigh ies3a chwia l'espoir mi refdhegh sethadhissth yetwali tamthuth dhewawal mais juste ya3lem handicapé ikharhagh issnath yughal itessdhehi syeliss des fois qareghass awah kan utiduriwghara akhir* ». C'est-a-dire ma fille a changé ma vie, avant sa naissance mon mari me déteste mais quand j'ai commencé le traitement il avait peu d'espoir, quand je suis tombée enceinte il me voit comme une femme édile mais juste il a su que sa fille était endettée il à commencé à nous détester il est devenu timide à propos de sa fille des fois je dis si je ne lui ai pas donné naissance. D'après ses dires on a remarqué que Noria présente une culpabilité vis-à-vis la naissance de sa fille. Puis onà demandé à notre cas si elle rencontre un changement après la naissance de son enfant, elle a dit : « *Amdinigh thidhet kan wlh lehayatiw throh dheghssente tham3ichethiw tarzaghante awah kan qimgh akni utarwghara khir marweghd l'handicap* ». C'est-a-dire je vais te dire la vérité vraiment ma vie est perturbée j'aurais aimé rester stérile mieux qu'avoir un enfant handicapé. Cela montre que notre cas elle n'a pas accepté sa fille telle quelle est.

Axe N° 5 : informations sur le regard de l'autre envers la maman

Enfin dans ce dernier axe on a parlé sur le regard de l'autre envers la maman, on lui a demandé de nous dire comment elle trouve le regard de l'autre a propos de l'handicap de sa fille ? Elle nous déclare et les larmes aux yeux « *akhamiw ak dh l3ibadh nadhen zarniyid bizarre adinidh hacha nki*

idyess3an l'handicap ». C'est-a-dire ma famille et les autres personnes me voient bizarre, on dirait sauf moi qui a donné naissance a un enfant handicapé. D'après ses dires on a remarque que cette femme est dans un état de souffrance.

Puis on à demandé à elle de nous décrire la réaction de son mari a propos de l'handicap de sa fille. Elle a répondu « *argaziw ugvghara imi yeli handicapé, ikharhiyi w ykhereh yeliss dhaghen voila* ». C'est-a-dire mon mari n a pas accepté sa fille tel qu'elle est, il nous déteste voila. Ce la veux dire que Noria n'a pas soutenu par son conjoint.

On a fini cet entretien on lui a posée notre dernière question, comment réagissez-vous aux commentaires faits par les autres ? Elle exprimait « *dhel3ibadh iyitnughun slahdhonessen dhenuhni iyitkmilen tessufriniyi mais wekleghassen rebi* ». C'est-à-dire c'est les gens qui m'on tué avec leurs commentaires c'est eux qui ont .Ce qui indique que Noria vit dans une grande souffrance, et a toujours en recours à Dieu.

Synthèse :

Durant l'entretien avec Noria on a remarqué un certain désespoir chez elle, dite « *Amdinigh thidhet kan wlh lehayatiw throh dheghssente tham3ichethiw tarzaghante awah kan qimgh akni utarwghara khir marweghd l'handicap* ». vis-à-vis sa situation et la situation de sa fille, et cela se manifeste par des douleurs physique et psychique, perturbation des relations, insatisfaction des désirs, pleurs, tristesse...etc. Donc on constate que Djamilia a une mauvaise qualité de vie.

Cas de « Noria »

Tableau N°08 : présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de troisième cas.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	67,5	36	31,5	85,5	45	31,5	63	49,5	51,18
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70,38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 51,18 elle est basse par rapport au score moyen référentiel du questionnaire SF-36 qui est 64.30.

Dans l'évaluation des résultats de questionnaire de la qualité de vie, nous avons constaté une estimation très élevée dans la dimension suivante :

-santé perçue (GH) qui est de $85.5 > 56.93$.

Ensuite une estimation basse dans les dimensions suivantes :

-Activité physique (PF) est de $67.5 < 70.61$.

- La vitalité (VT) est de $45 < 52.15$.

- Limitation due à l'état physique (RP) est de $36 < 52.92$.

- Douleur physique (BP) est de $31.5 < 70.83$.

-Vie et relation avec les autres (SF) est de $31.5 < 78.77$.

-Santé psychique (MH) est de 49.5 > 70.38.

Enfin on a constaté une estimation proche dans la dimension suivante:

-limitation due à l'état psychique (RE) qui est 63 < 65.78.

Synthèse

Lors de la passation de l'échelle, nous avons constaté que notre patiente à plusieurs difficultés sur le plan psychique, physique et sociale. Pour cela nous pouvons dire que l'état de la qualité de vie chez elle est trop sévère, et cette sévérité due au fait d'avoir un enfant handicapé après avoir vécu une période de stérilité.

Cas de « Nassima »

L'entretien avec Nassima été bien passé, on a lui expliqué l'objectif de cette entretien donc elle été compréhensive, et elle nous répondu à toute nos question.

Axe N°01 : information personnelle

Nassima femme au foyer, marie depuis 18ans (2000 la date de son mariage) maman d'un enfant autiste, âgé de 47 ans, d'un niveau d'étude de 6^{ème} année primaire, et d'un niveau socio-économique moyen.

Axe N°02 : information sur la stérilité

Avant de commencé les questions qui concerne l'axe deux on d'abord tenu la discussion sur la vie en couple et après on a essayé de collecter le maximum d'information sur sa stérilité et on a commencé à l'interrogé sur sa pathologie elle dit « *imi 3eda assegass nezawajiw kan inayid tebib bli*

helkagh » c'est-à-dire après juste un an de mon mariage mon gynécologue ma informer que je suis malade, et nassima affirme qu'elle n'a pas d'autres problème de santé avant le mariage. Puis on lui a demandé de nous raconter sur sa réaction après l'annonce de sa pathologie et elle déclare et les larmes aux yeux «*tout facon mi iydina tebib déjà g teqiqa ni dokhakh lami dokikh terogh direct ouhebissegghara, gimir iroh felli nodam, l'appétit,tekhmimagh kan, ougadegh ayibrou ourgaziw* » c'est-à-dire quand le médecin ma informer, je me suis évanoui après des que je me suis réveillé j'ai commencé à pleuré sans arrêt et à ce moment la j'ai souffert d'une insomnie, anorexie j'étais effrayé car j'ai peur que mon époux me quitte . Se qui signifie qu'elle a subi une dépression et elle pas accepter ca stérilité.

On a continué notre entretien et on lui a demandé si la stérilité provoque une mauvaise qualité de vie et elle nous a répondu «*wlh sahsah kan atawaghith surtout nki gkham argaziw machi dwinifehman l familyas daghen souffriniyi s ousse9essi sa fait neghaniyi* » c'est-à-dire franchement c'est la catastrophe sur tout chez moi mon époux qui n'es pas compréhensif et meme sa famille qui me souffre donc il mont tué. Ce qui signifie, que nassima n'a pas pu dépasser son problème, et elle se sente incapable vers ce problème et ce qui veut dire que la stérilité est une source de mauvaise qualité de vie pour elle.

Après on a interrogé nassima sur sa réaction quand elle a tombé enceinte et elle déclare : «*ferhagh mlih, imi iydina tebib belli refedagh. Thura ifehmegh lme3na netyemet wadernun le3ibad ayedjan tranquile* ». C'est-à-dire je suis très contente, quand il ma annoncé le médecin que je suis enceinte, maintenant, je comprends le sens de maternité en plus les autres vont me laissé tranquille. On n'a constaté que la patiente très heureuse de son bébé, mais le plus important pour elle c'est que les autres se taire. et elle nous

rajoute « *ourouminghara après 5senin adess3ogh atufan* » c'est-à-dire je n'ai pas cru que après 5ans je vais avoir un enfant.

En fin on a finit cet axe par lui demandé de nous décrire sa réaction au moment de l'annonce du diagnostic de son fils et elle dit : « *imi ideohagh ghor tebibis etrough, nighas direct iwache nki ?dachu khemagh irebi lami iyi3al aka, mayla adeqelagh lami dele3ethab nii amenzou lukan ouyethidifekara khir* » c'est-à-dire quand j'ai sortie du pédiatre je n'arrête pas de pleurer, et elle a dit pourquoi moi ? Que ce que j'ai fait au dieu pour me faire ça ? Si je reviens à la souffrance présidente je préfère si il me la pas donné. Se qui montre que c'était un choc et elle pas accepter la maladie de son fils.

Axe N°03 information sur l'enfant et son handicap

Dans le troisième axe qui porte des questions sur l'enfant et son handicap nous avons questionné notre cas sur le nom, le sexe, l'âge, type d'handicap de son enfant et elle nous répond : « *aqechichiw issemis Walid gel3emriss 13 issegassen, ihelak tawahoud* » c'est-à-dire mon fils s'appel Walid à 13ans, il souffre de l'autisme. Et pour la question depuis quand son enfant souffre elle déclare : « *walah ara issoufri netta renigh nki, g midiloul netta delhlak wahi teba, après mi igrsse3a 3amayn ighedina tebib sel hlak ayi* » c'est-à-dire depuis sa naissance il souffre lui et moi, il été toujours malade et a l'âge de 2ans le médecin nous a informé de cette maladie. On constate qu'elle souffre calmement, d'après ses apparences comme les grimaces, les mimiques de visage et les larmes aux yeux.

On continue notre entretien par chercher, ace qu'ils ont des antécédents familiaux et nous dit « *wlh jamais ihelekih hed gel familia negh dayen emmi kan* » c'est-à-dire personne n'était malade de notre famille sauf mon fils. D'après la réponse de notre interlocuteur on remarque qu'elle est dégouter.

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Ensuite on l'interroge à ce que son fils est scolarisé ou placé dans un centre et répond « *khati walid iteqima kan didi g kham ouyqerara, ouyhedrara meme amek adiqra weran you3ar mlih g mara dekeragh nki ta3asagh zgass, ma3na ahath lukan adiqera akhir* » C'est-à-dire non Walid il n'est pas scolarisé il reste avec moi à la maison déjà il parle même pas comment va être scolarisé. Mais peut-être si il est scolarisé sa sera mieux. On constate que notre sujet est vraiment fatigué physiquement et psychiquement et apparemment personne ne l'aide et elle a donné tout son temps pour son fils.

Axe N°04 informations concernant la qualité de vie de la maman

En a entamé un axe sur la qualité de vie la maman on demandé à Nassima de nous parler parce qu'elle a besoin de quelqu'un pour accomplir sa tâche et elle dit « *ouhwajegh mlih lem3awena, ouma lukan oufigh vavas* » c'est-à-dire oui j'ai vraiment besoin d'aide ou moins son père. Puis elle rajoute par rapport à notre question à ce que son enfant influence sur son bien-être « *meskine khatighass aken ie3tibiyi ma3na machi s lebeghis* » c'est-à-dire non jamais...même s'il me souffre mais pas par sa volonté. D'après ces mimiques et sa réponse on a constaté que son enfant influence sur son bien-être.

On suite on demandé à ce que après la naissance de son enfant il y a un changement et elle déclare : « *lehyatiw ikel thekhev miderugh aqchich ayi, le3enayam anechetan mera 3ossageth wakmdik rebi..... Safait kolache ichanger gh wayen n diri* » c'est-à-dire ma vie est perturbée après la naissance de ma fille, j'ai attendu tout ce temps et pour que mon dieu me donne...tout est changer vers le mal. Elle répond à cette question et elle pleure la preuve qu'elle est triste toujours malgré

Puis on la questionné sur la qualité de vie des femmes ayant u enfant handicap après avoir vécu une période de stérilité elle répond et elle rit avec une façon comme si je moque sur elle et elle dit « *ah a ta la qualité de vie hhh wiss ulach mera dachu adiigh chewiya kan oute3icheghara bien ourfighara meme pas imnhou ahkough, yiwan ouyhitouqi3 lem3na zeyi hed ouyifehim* »c'est-a-dire il ya rien a te dire ,je vais pas bien il ya meme pas quelqu'un a qui je raconte ou qui me comprend.

Axe N°5 : information sur le regard de l'autre envers la maman

Enfin, on passe au dernier axe consacré sur le regard de l'autre ver la maman on a commencé par la questionné sur le regard de l'autre envers elle après la naissance de son enfant et elle a dit : « *kolyiwan dachui dihdar, ula lewachul 3emis ule3bnara dides, tawetan kera le3ibad lami tatan fellas* »c'est-a-dire que chacun qu'est ce que il parle, meme les enfants de ses angles ils jouent pas avec lui, il ya des gents qui rigole sur lui ce qui signifie que nassima elle est triste et perturbé. En continue notre entretien et on a demandé la réaction de son mari, depuis qu'il a su que son enfant est handicapé et elle déclare : « *wina tawaghith, lefeqa3ath achenaf ouyhedrara meme pas didi ahelil isoufferiryi* » c'est-a-dire lui c'est la catastrophe,il parle meme pas avec moi il me souffre. Ce qui signifie que ca qualité de vie est altérer et touché. En fin on a demandé sa réaction face aux commentaires faits par les autres a propos son enfant et elle dit : « *taragh kan ghwouliw, 3awedagh tereteqagh, me3na adeiligh kan imaniw ouhbesseghara si imtawen* »c'est-a-dire je rassemble dans mon cœur, mais je vais m'explosé, mais quand je serais tout seul je n'arrête pas de plu rire. D'après ces dires on constate que l'état de la qualité de vie de notre sujet est influencé a cause le regard de l'autre.

Synthèse

Suite à l'analyse de l'entretien on constate que Nassima est perturbé, épuisé, « **oute3icheghara bien** » et que sa stérilité et la pathologie de son enfant ont influencé sur sa qualité de vie et que ce dernier est mauvais.

Cas de « Nassima »

Tableau N°09 : présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de quatrième cas.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV globale
QDV	81	36	31.5	31.5	40.5	31.5	54	81	48.37
Mos SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

La qualité de vie globale est évaluée à 48.73, elle est basse par rapport au score référentiel du SF-36 qui est de 64.30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans les dimensions suivantes:

- Activité physique (PF) qui est $81 > 70.61$.
- Santé psychique (MH) qui est $81 > 70.61$.

Par contre une estimation basse dans les dimensions suivantes:

- Santé perçue (GH) qui est $31.5 < 56.93$.
- limitation a l'état physique (RP) qui est $36 < 65.78$
- vitalité (VT) qui est $40.5 < 52.15$
- limitation due a l'état psychique (RE) qui est $54 < 65.78$

Et une estimation très basse dans les dimensions suivantes :

-Douleur physique(BP) qui est $31.5 < 70.83$.

-Relation avec les autres (SF) qui est $31.5 < 78.77$.

Synthèse

D'après les résultats de l'échelle nous pouvons dire que les difficultés les plus rencontrés et prononcées dans sa vie quotidienne et ses difficultés sont liées à son problème de santé physique et psychique qui perturbe sa vie.

Suite au total des scores obtenus par l'échelle d'évaluation de la qualité de vie nous dirons que notre cas représente une QDV mauvaise.

3- Discussion des hypothèses

La discussion des hypothèses se fait par rapport aux résultats obtenus dans la partie pratique.

L'objectif c'est de décrire la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après une période d'infertilité.

-La première hypothèse : « la nature de la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité est mauvaise ».

Les trois (3) cas, que nous avons traités tendent à confirmer notre hypothèse de départ, d'ailleurs la qualité de vie de ces femmes est effectivement touchée, et cela se voit à travers les résultats obtenus dans l'analyse des entretiens et du questionnaire de la qualité de vie de ces dernières, ce qui montre clairement que leur qualité de vie globale est mauvaise. C'est dans ce sens que Patrick

et Erickson(1993) affirme que « la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien être physique, social, économique, et psychologique ». (Achachera. A, 2015, p.17).

L'analyse des entretiens et du questionnaire MOS SF-36montrent une dégradation dans leur vie, et une inquiétude envers leurs enfants. Ci-dessus montre les dimensions où les femmes présentent une mauvaise qualité de vie :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif

D'après les déclarations des femmes, nous avons retenu qu'elles représentent certains symptômes telle que : la peur, la fatigue et la perturbation ce qui indique et correspond à une mauvaise résistance et une mauvaise qualité de vie, telle qu'il est indiqué dans notre cas. On cite l'exemple de ces trois cas :

-Cas de Badra :

D'après les dires de cette femme dans l'entretien : « dizispirigh direct ».

-cas de Noria :

D'après les dires de notre sujet dans l'entretien : « Amdinigh thidhet kan wlh lehayatiw throh dheghssente tham3ichethiw tarzaghante »

-cas de Nassima :

D'après les dires de cette femme: « Safait kolache ichanger gh wayen n diri »

D'après tous nos cas on a constaté que toutes ces femmes déclarent qu'elles sont désespérées, fatiguées ce qui indique que leurs qualité de vie est mauvaise.

D'après l'analyse du questionnaire de la qualité de vie SF-36 :

Dans l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, qui nous a montré que les femmes représentent une mauvaise qualité de vie, et une soustraction dans leurs activités, leurs relations ...etc. et une inquiétude concernant l'avenir de leurs enfants. Et selon Kop, 1993 la qualité de vie « est une satisfaction globale du sujet vis-à-vis du sens générale qu'il donne au bien-être ».

Notre hypothèse a été confirmée à travers ces résultats obtenus:

- Douleur physique (BP) qui est $31.5 < 70.83$
- Vitalité (VT) qui est $40 < 52.15$
- Vie et relation avec les autres (SF) qui est $31.5 < 78.77$
- Santé psychique (MH) qui est $54 < 70.38$
- La QDV global est de $56.87 < 64.30$

Cas de « Badra »

- Santé psychique (MH) qui est de $45 < 70.38$
- Douleur physique (BP) qui est $31.5 < 70.83$.
- Relation avec les autres (SF) qui est $31.5 < 78.77$.
- QDV global est de $54.62 < 64.30$

Cas de « noria »

- Activité physique (PF) est de $67.5 < 70.61$.
- La vitalité (VT) est de $45 < 52.15$.

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Limitation due à l'état physique (RP) est de $36 < 52.92$.

- Douleur physique (BP) est de $31.5 < 70.83$.

- Vie et relation avec les autres (SF) est de $31.5 < 78.77$.

- Santé psychique (MH) est de $49.5 < 70.38$.

- La QDV globale est de $51.18 < 64.30$

Cas de « nassima »

- Santé perçue (GH) qui est $31.5 < 56.93$.

- Limitation à l'état physique (RP) qui est $36 < 65.78$

- vitalité (VT) qui est $40.5 < 52.15$

- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $54 < 65.78$

- Douleur physique (BP) qui est $31.5 < 70.83$.

- Relation avec les autres (SF) qui est $31.5 < 78.77$

- La QDV globale est de $48.37 < 64.30$

Ce qui signifie une mauvaise qualité de vie liée à un bouleversement dans leur état physique, psychique, et social. Et dans ce sens Michel. L, confirme que « la qualité de vie est un état général de satisfaction et le bien être, une émotivité équilibré, une bonne intégration sociale, un état physique satisfaisant ». (**Michel.L, 2001, P.39**)

Pour conclure, d'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien clinique semi directif et du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 on a opté de confirmer notre hypothèse.

Deuxième hypothèse : « le regard de l'autre influence sur la qualité de vie d'une femme ayant un enfant autiste »

Selon l'analyse de l'entretien clinique semi-directif :

Effectivement, les cas traités plus haut confirment notre hypothèse, à savoir l'influence de regard de l'autre sur la qualité de vie des femmes ayants un enfant handicapé mental, Et cela est prouvé dans les résultats du l'entretien clinique semi directif et du questionnaire de la QDV MOS SF-36, comme par exemple dans les dires de Noria «*dhl3ibadh iyitnughonslahdhornssen dhnohni iyitkemilen tssoufrigh* ».Et enfin les dires de Nassima «*taragh kan ghwouliw, 3awedagh tereteqagh, me3na adeiligh kan imaniw ouhbesseghara si imtawen* ». Donc l'handicap de leurs enfants rend la vie difficile et différente et quelques fois même ils vivent des situations bouleversantes au niveau de leurs relations familiales, conjugales, sociales ou professionnelles. Et que le regard de l'autre influence sur leur qualité de vie. Ce qui affecte considérablement leur qualité de vie globale et la rend mauvaise.

Selon l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Les trois (03) cas traités plus haut confirment notre hypothèse, et que la qualité de vie des femmes ayantsun enfant handicapé mental est influencé par le regard de l'autre.

Notre hypothèse a été confirmée a travers ces résultats obtenus:

-QDV Globale de Badra : 54.62 < 64.30

-QDV Globale de Noria : 51.18 < 64.30

-QDV Globale de Nassima : 48.37 < 64.30

Chapitre V Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Ce qui signifie que le regard de l'autre influence sur la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste.

Pour conclure, d'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien clinique semi directif et du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 on a opté de confirmer notre hypothèse.

Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre pour présenter et analyser chaque cas, et nous avons remarqué que la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après une période d'infertilité présentent une insatisfaction dans des différentes dimensions telle que physique, psychique et sociale et cela montre que ces femmes présentent une mauvaise qualité de vie.

Conclusion

La stérilité féminine touche en moyenne plus de 30% des femmes. Plusieurs causes peuvent expliquer ce phénomène. En tout cas, force est de constater que la stérilité féminine n'est pas une fatalité et qu'il existe beaucoup de solutions pour résoudre cette difficulté et concevoir un bébé malgré tout, mais malheureusement certain enfant naît avec différents handicaps qui entraînent des souffrances pour leurs mères qui vont se faire par des étapes, d'abord la sidération, une période de déni; puis vient la colère, suivie de la tristesse.

L'handicap mental est l'un des troubles les plus difficiles et les plus complexes que chaque mère peut avoir dans laquelle elle rencontre des difficultés dans leur orientation et leur prise en charge, car leur qualité de vie se caractérise par un grand épuisement et demande toujours l'aide de différentes institutions concernées à la prise en charge des enfants handicapés mentaux, en tenant compte à favoriser leur intégration soit au milieu social soit au milieu scolaire dont laquelle ils peuvent s'intégrer en utilisant différentes techniques d'apprentissage.

Dans le cadre de notre travail de recherche sur « la qualité de vie des femmes ayant un enfant autiste après une période d'infertilité » qui nous a permis de répondre à certaines questions concernant les difficultés et le degré de souffrance que rencontre chacune de ces mères dans sa vie psychique, physique et sociale.

Pour la réalisation de ce travail nous avons choisi un échantillon de trois (03) cas où on a utilisé deux outils de recherche qui sont l'entretien semi-directif et le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, et grâce à cette technique on a pu évaluer le niveau de la qualité de vie de ces femmes.

D'après les résultats des données on a confirmé notre hypothèse qui suppose que les femmes infertiles qui finissent par avoir un enfant autiste ont une qualité de vie mauvaise.

En effet, on a déduit que la plupart des cas présentent un sentiment de culpabilité et de perturbation sur le plan psychique et relationnel.

Enfin, les femmes qui ont un enfant autiste après avoir vécu une période d'infertilité ont besoin d'un soutien social et familial et d'une prise en charge psychologique pour améliorer leur niveau de la qualité de vie.

Liste bibliographique

Ouvrages

1. Aktouf. O, (1987), « Méthodologie de sciences sociales et approche qualitative des organisations une introduction à la démarche classique et une critique », HEG Presses, Québec.
2. Amar. T, (sans année), « Mon enfant souffre de troubles du développement », Paris.
3. Adrien. N, (1996), « Autisme de jeune enfant », Expansion scientifique française, Paris
4. Alaine de Broca, (2006), « Deuil et endeuillé », 3^{ème} édition, Masson, Paris.
5. Bertrand. J, (2008), « Autisme, le gène introuvable de la science business », Edition du seuil, Paris.
6. Blandine. C, et Xavier. C, (2016), « Gynécologie obstrique, ECN », Edition Elsevier Masson.
7. Bydlowski. M, (2008), « enfant du désir », Edition Odile Jacob, Paris, France.
8. Beaussart. P, et Genton. P, (2005), « épilepsies : avancées médicales et sociales », John Libbey Eurotext. Paris.
9. Bruchon-schweitzer. M, (2002), « psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes », Dunod, Paris.
10. Chiland. C, (1983), « L'entretien clinique », Edition PUF, Paris.
11. Carol. T, et Coll, (1999), « introduction à la psychologie » : les grandes perspectives, Bruxelles de Boeck.
12. Chahraoui. K, et Benony. H, (2003), « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », Edition Dunod, Paris.
13. Christion. B, (2010), « Gynécologie obstétrique », Edition Elsevier Masson.

- 14.Charle. C, (2010), « fécondation in vitro, la bourse ou la vie », Edition université de Genève.
- 15.Cuilleret. M, (2007), « Trisomie et Handicaps génétiques associer », Edition Masson, Paris.
- 16.Dairus. R, et all, (2003), « Psycho Ancologie », Masson, Paris.
- 17.Davide. F, cella, (2007), « le concept de qualité de vie, les soins palliatifs et la qualité de vie », puf, Paris.
- 18.Emilie. B, (2014), « psychologie de la santé », Edition Dunod, Paris.
- 19.Fourier. G, (1993), « mesures de qualité de vie génériques ou spécifique : quel instrument choisir », Edition Masson, Paris.
- 20.Françoie. O, et Larence. B, (2008), « N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant », Paris.
- 21.Guidetti. M, et Tourette. C, (2014), « handicap et développement psychologique de l'enfant », 3^e édition cursus Armand Colin, Paris France
- 22.Gustave-Nicolas.F, (2002), « traité de psychologie de la santé », Edition Dunod, Paris.
- 23.Guidetti. M, et Tourette. C, (2004), « handicap et développement psychologie de l'enfant », 2^e édition cursus, Paris.
- 24.Gérard. Z, et Dominique. P, (2004), « dictionnaire du handicap », Edition école national de la santé publique.
- 25.Hamonet. C, (2012), « les personnes en situation de handicap », Edition presses universitaire de France, Paris.
- 26.Hedon. B, et all, (2006), « Assistance médical à la procréation »,Eska, Paris.
- 27.Jean-Marc. S, (2011), « Assistance médicale à la procréation », Paris.
- 28.Jean. D, et all, (2012), « pathologies schizophréniques », Edition Lavoisier, Paris.
- 29.Jean-Luc. L, (1986), « enseignement speciale et handicap mentale », 2^eme édition galerie des princes, Bruxelles.

- 30.Libermann. R, (1988), « handicap et maladie mentale », Edition presses universitaires de France, Paris.
- 31.Lelord. G, et Sauvage. D, (1991), « l'autisme de l'enfant », Edition Masson, Paris.
- 32.Lambert. J, (1986), « Le mongolisme », Edition Pierre Mardaga, Spirmot.
- 33.Luc. A, (2003), « apprendre à chercher : acteur social et la recherche », Edition Masson Paris.
- 34.Lylian. J, (2002), « handicap mental, handicap psychique, de quoi parlons ? », Edition Dunod, Paris.
- 35.Macha. M, (2008), « un jour je suis morte », Edition Albin Michel.
- 36.Marc. M, (1980), « histologie des organes », Edition études vivantes, paris, France.
- 37.Marilou. B-S, (2002), « psychologie de la santé », Edition Dunod, Paris.
- 38.Mayer. R, (1992), « Histoire de la famille gabonaise », Libreville, centre culturel français.
- 39.Michel. L, (2001), « les psychoses » John Libbey Eurotext, Paris.
- 40.Olivier. P, et all, (sans année), « gynécologie obstétrique », Edition ellipses.
- 41.Patrick. M, (1984), « La vie quotidienne des couples mariés », Paris.
- 42.Roge. B, (2003), « Autisme, comprendre et agir », Edition Dunod, Paris.
- 43.Romano. H, (2011), « la maladie et le handicap à hauteur d'enfant », édition fabert, paris.
- 44.Rutter. M, et Schopler. E, (1991), « L'autisme une réévaluation des concepts et du Traitement », édition Masson.
- 45.Serge. S, et isabelle. V, (2012), « psychologie de la santé », presse universitaires de France puf.
- 46.Tardif. C, Gepner. B, (2003), « L'autisme », Edition Nathan Veuf, Paris.
- 47.Zorn. J. R, M. Savale, (2005), « la stérilité du couple ».

Dictionnaires

1. Bloch. H, (2003), « le grand dictionnaire de la psychologie », Edition, Larousse.
2. Sillamy, N. (2003), « Dictionnaire de psychologie », Larousse, édition La Découverte, 2004, Paris.
3. Manuila. A, et coll, (2001), « Dictionnaire médical Manuila », 10ème Edition, Masson, Paris, France.
4. Bruchon-Schweitzer. M, (2001), « Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement », Edition Dunod, Paris

Revue

1. Roge. B, (2004), « La fin des querelles », in Revue la recherche Mars, n° 373.

Articles

1. Lyliane. J , (2000), « Handicap mental, handicap psychique, De quoi parle- on ? », Loire-Atlantique.
2. Scelle. R, (2005), « réflexion au tour de double fraternelle ».

Thèses

1. Achachera. A, (2015), « handicap de l'enfant et l'impact sur la qualité de vie des parents en Algérie : validation d'un instrument », université Paul Valéry-Montpellier.
2. Bertrand. L, (2003), « traitement actuel de l'infertilité dans le cadre de l'assistance médical à la procréation », université Henri Poincare, Nancy, 1 France.

3. Bouchloukhe. M, (2009), « rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs », sous la direction de président Sloukia. H, université Mantouri de Constantine.
4. Hélène. B, (2007), « la stérilité féminine prise en charge actuelle en France », Université de Caen, France.
5. Olivier. G, (2004), « Evaluation de la qualité de vie des traumatisés crâniens graves », enquête prospective dans la région lorraine en 2001, le 22 octobre.

Conférence

1. Le programme de santé sexuelle, (2006), « la stérilité du couple », 3ème édition-prosad d'Allemagne.

Site d'internet

1. <http://www.lavieepanouie.com> le (26-03-2018 à 11 :30).
2. <http://Scolaritepartemariat.Chez-alice.fr/page143.htm> le (22-12-2017 à 15 :45).
3. <http://www.wheelchair.ch/fra/info/histoire -handicap.html> le (20-12-2017 à 20 :41).
4. <http://www.matrno.com> le (22-03-2018 à 10 :45).

Annexes

Annexe N°1 : Guide d'entretien

AXE I : Informations personnelle :

- 1-Quel est votre nom ?
- 2-Quel est votre âge ?
- 3-Quel est votre niveau d'étude ?
- 4-Quel est votre profession ?
- 5- Quel est votre situation socio-économique ?
- 6- quel est la date de votre mariage ?

AXE II : Informations sur la stérilité :

- 1-Depuis quand vous êtes au courant de votre stérilité ?
- 2-Quel est votre réaction quand vous avez su que vous êtes stérile ?
- 3- Pensez vous que la stérilité est une source de mauvaise qualité de vie ?
- 4-Quel est votre réaction quand vous avez tombé enceinte ?
- 6- Quel est votre durée pour avoir cet enfant ?
- 7-quel est votre réaction quand avez su que votre enfant est handicapé ?

Axe III : Informations sur l'enfant et son handicap :

- 1-Quel est le sexe et l'âge de votre enfant ?
- 2-De quoi souffre-t-il votre enfant ?
- 3-Depuis combien de temps souffre de son handicap ?
- 4-A-t-il eu des complications lors de sa naissance ?
- 5-Avez-vous des antécédents familiaux par rapport au cas de votre enfant?
- 6-Est-ce-que votre enfant est scolarisé, ou placé dans un centre spécialisé?
- 7-Comment son-ils ses résultats ?
- 8-Comment est son comportement à l'école /ou au centre ?

Axe IV: Informations concernant la qualité de vie de la maman :

- 1- Est-ce que vous avez besoin d'autres personnes pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- 2- Est-ce que cet enfant influence sur votre bien être ?
- 3- Est-ce que vous recentrez un changement après la naissance de votre enfant?
- 4- est ce que la qualité de vie des femmes ayants un enfant handicapé mental après avoir vécu une période de stérilité est touché ?

Axe V : Information sur le regard de l'autre envers la maman :

- 1-Comment trouvez-vous le regard de l'autre envers vous après la naissance de votre enfant ?
- 2-Qu'elle est la réaction de votre mari, depuis qu'il a su que son enfant est handicapé ?
- 3-Comment réagissez-vous aux commentaires faits par les autres à propos de l'handicap de votre enfant ?

Annexe N°2 : QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___

A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___

Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

B. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

_____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

_____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

_____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

_____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

_____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ?

(Réponse : oui ou non à chaque ligne) oui non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?

Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?

Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne). oui non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous n'espérez ?

Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

_____ _____ _____ _____ _____

Pas du tout

très peu

assez fortement

énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ _____ _____ _____ _____

Pas du tout

très peu assez

fortement

énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ _____ _____ _____ _____

_____ _____

Pas du tout

un peu modérément

assez

fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus

de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ _____ _____ _____

_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ _____ _____ _____

_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ _____ _____ _____

_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____ _____ _____ _____

_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

_____ _____ _____ _____

_____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent
jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux