

**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 en psychologie**

**Option : psychologie clinique**

## **Thème**

**Les stratégies de coping utilisées chez les mères  
ayant un enfant trisomique.**

**Etude de 02 cas au niveau de l'association d'aide aux inadaptés  
mentaux de Bejaïa.**

**Préparé par**

M<sup>elle</sup> BOUYAHMED Nadjat

M<sup>elle</sup> TAGREDJ Lydia

**Encadré par**

M<sup>me</sup> KHELOUFI Sihem

**Année universitaire 2019-2020**

# *Remerciements*

*Tout d'abord, nous aimerions remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donnée le courage, la patience et la volonté à fin d'aboutir a ce travail.*

*Avant tout, nous tenons à remercier également et sincèrement :*

*Notre promotrice 'Mme Kheloufi sihem' pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et pour nous avoir éclairé dans notre démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils tout en offrant une certaine liberté dans la réalisation de ce travail.*

*Notre reconnaissance va de même à nos enseignants de l'université Abderrahmane-Mira, notamment la faculté des sciences sociales et Humaine.*

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

*Nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail et une pensée va également à tous nous amis (e) qui nous ont soutenus au cours de ces années.*

*Merci à tous ceux qui ont été notre source d'inspiration.*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*À mes parents 'Farida et Lounis' qui sont les plus chers à mes yeux, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse. A vous, les deux être, les plus chers au monde, merci à vous.*

*À mon cher unique frère Lyes, que dieu le garde.*

*À mes sœurs adorées, Amel, Chérifa et Sabiha qui ont rendu les moments les plus difficiles supportables par leurs encouragements, ainsi que mes beaux frères.*

*À mes très chères nièces, Emilie, Mélissa, Emène et Aylene que j'aime énormément.*

*À mes petits neveux, Elyane et Yann que j'adore.*

*À mes grands parents, que dieu les gardent en bonne santé.*

*À mes tantes et oncles, ainsi que toutes mes cousines et cousins.*

*À tous ceux qui portant le nom : Tagredj et Kharoune.*

*À mes chers amis (e) qui ont toujours été là pour m'encourager et partager aussi bien les moments de joie que les moments de peine : lynda, yasmine, souad, wafa, souhila, assia, hanane, fatima, wisseem, sans oubliée Djigou et Salem.*

*Un chaleureux merci pour ma meilleure amie et mon binôme Nadjat pour son respect et sa confiance.*

***Lydia***

# *Dédicaces*

*En signe de respect et de remerciement, je dédie ce modeste travail*

*Tout d'abord à mes très chers parent, pour leur sacrifices, encouragements et leur précieux conciles, et qui mont soutenus durant toutes mes années d'étude, j'espère, que je serai toujours à la hauteur de leurs espérances.*

*A mes très chers frères et sœurs : Loucif, Djilali, Djebbar , Saddam, Taous, Naoual. Ainsi mes beaux frères et mes belles sœurs : Samira, Samia, Meriem, Yazid et Abed lahaq qui mon soutenu durant tout ma vie.*

*A mes nièces et neveux : Louay , Salah, Ilyan, Inas, Jasmin, Rachid, Ramy .*

*A Mme Khaloufi (S), pour sa tendresse, sa modestie et la qualité de son encadrement, vous êtes mon modèle.*

*A mes amis, pour le réconfort qu'ils m'ont apporté, tout au long de ce travail : Asia, Hannan, Hassina, Salem, Djigou, Sara, Anais, Dalila, Dawiya.*

*Ainsi à toute ma famille tout particulièrement à tous mes cousines et cousins : Nacer, Djamila, Faroudja, Nassima, Lilla, koko, Sabrina, Kahina, Farah.*

*A ma petite amie, ma chérie, mon binôme lydia que je considère plus que ma sœur que j'ai passée avec elle toutes ces années pour son respect et sa confiance.*

*En fin à tous ceux qui nous connaissons de près ou de loin.*

***Nadjet***

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

## **Chapitre I : Le cadre général de la problématique**

1. Problématique et hypothèses.....	5
2. Intérêt du choix de thème.....	9
3. Les objectifs de la recherche.....	9
4. La définition et l'opérationnalisation des concepts clés .....	10

## **Partie théorique**

### **Chapitre II : Les stratégies de coping**

Préambule.....	13
1. L'histoire de la notion de coping.....	13
2. Le concept de coping et les autres concepts apparentés.....	15
3. Les phases d'évaluations de coping.....	18
4. Les stratégies générales de coping.....	19
5. La stabilité des stratégies de coping .....	20
6. Les différents modèles de coping .....	21
7. L'efficacité des stratégies de coping.....	22
8. les sources de coping .....	23
9. Les mesures de coping.....	24

Synthèse du chapitre .....	25
----------------------------	----

### **Chapitre III : La trisomie 21**

Préambule.....	27
1. Aperçu historique.....	27
2. Définition de la trisomie 21.....	27
3. Les Origines de la trisomie 21 .....	28
4. Différentes formes de trisomie 21.....	29
5. Les caractéristiques de l'enfant trisomique.....	32
6. Le développement de l'enfant trisomique.....	33
7. Diagnostic de la trisomie 21.....	37
8. La prise en charge .....	38
Synthèse du chapitre.....	43

## **Partie pratique**

### **Chapitre IV : Méthodologie de la recherche**

Préambule.....	45
1. La pré- enquête.....	45
2. Présentation lieu de recherche .....	47
3. La méthode utilisée.....	48

4. Les outils de la recherche.....	50
Synthèse du chapitre.....	58

## **Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses**

1. Présentation et analyse des données du premier cas.....	60
2. Présentation et analyse des données du deuxième cas .....	65
Conclusion .....	71
La liste bibliographique.....	74
Annexes.....	78

## Liste des figures

<b>Numéro de la figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Figure N° 1	Distribution normale des chromosomes 21 (la trisomie 21 libre)	30
Figure N° 2	Distribution anormale du chromosome 21 (trisomie 21 en mosaïque)	31
Figure N° 3	Trisomie 21 par translocation	32

## Liste des tableaux

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>page</b>
N° 1	La feuille de dépouillement N° 1 du premier cas	63
N° 2	La feuille de dépouillement N° 2 du premier cas	64
N° 3	La feuille de dépouillement N° 1 du deuxième cas	67
N° 4	La feuille de dépouillement N° 2 du deuxième cas	68



# ***Introduction***

On est tous différent ; on ne bouge pas pareil, on s'assit pas pareil, on ne parle pas pareil ; on n'a pas le même air. Tous, on est différents. Un jour, on rencontre quelqu'un qui est encore plus différent que les autres. Un enfant, par exemple. Des enfants comme ça, si différents de tous les autres qu'on dirait qu'ils viennent d'une autre planète. Howard Buten.

Au cours de son existence, l'être humain est confronté à des situation qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique et son équilibre mental, ces évènements diffères selon les agents qui les provoquent, et peuvent aller d'une simple situation stressante de la vie quotidienne tel que les promiscuités et le rythme accéléré de la vie moderne, a des situations menaçantes, violentes, destructrices appelé évènements traumatiques, qui peuvent déclencher un choc violent susceptible de bouleverser fortement et totalement la vie de l'individu.

Parmi ces évènements on peut mentionner la survenu d'un enfant portant un handicap tel que la trisomie 21.

La trisomie 21 ou syndrome de down constitue l'aberration chromosomique viable la plus fréquente, c'est la première cause du retard mental chez l'enfant. Elle touche un enfant pour 700 naissances vivantes. On compte 6 million de cas dans le monde et près de 80.000 trisomiques 21 sont actuellement comptés en Algérie. (Doubaj et all, 2010).

Ce syndrome a été décrit pour la première fois en 1866 par **John Down** qui a fais une description détaillée des personnes trisomiques. Puis, en 1959, **Jérôme Lejeune** et ses collaborations ont découvert l'existence d'un troisième chromosome sur le 21<sup>ème</sup> paire chromosomique chez ces patients à l'origine du syndrome. (Henriette. Bloch, et All, 2011, p. 967 ).

Toute les mamans rêvent de construire une belle famille, cette famille magique serra plus belle avec l'arrivé des enfants.

Les mamans rêvent des mois à l'arrivée de leur enfant, elles imaginent ses traits, sa personnalité, son avenir, etc. Quand un enfant trisomique vient au monde, toutes ces choses qui se sont imaginé les parents s'écroulent, tout devient différent. Elles devront alors apprendre à connaître cet enfant et ses particularités.

Les mères ayant un enfant trisomique sont confrontées à des situations stressantes, fortes. On diversifie certaines d'entre elles, car elles sont modifiables, contrôlables, d'autres inchangeables. Ceci est associée soit aux caractéristiques des situations, soit aux caractéristiques personnelles. Car le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par ces femmes, pour qu'elles retrouvent un bien-être psychologique et un certain équilibre. Aussi pour dépasser la situation difficile qu'elles vivent, elles mettent en place des stratégies de coping désignant la manière de faire face à la situation stressante et de la maîtriser. Et on peut dire que ces femmes emploient des stratégies défensives pour faire face à la situation.

Alors dans notre travail, nous nous sommes intéressés à l'étude des "les stratégies de coping chez les mères ayant un enfant trisomique". Pour cela notre travail a été effectué à l'association d'aide aux inadaptés mentaux, qui répond aux objectifs de notre recherche. Nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle toulousaine de coping.

Pour cela, notre recherche s'est appuyée sur le plan de travail suivant : on a amorcé par une introduction suivie d'une problématique introduite par la question de départ, suivie par les hypothèses.

Dans la suite de notre recherche, on présentera deux parties :

La partie théorique, dans laquelle on a abordé deux chapitres, le premier est consacré à parler, sur les stratégies de coping, son histoire, quelques définitions, ses phases d'évaluation, les stratégies générales du coping, la

stabilité des stratégies de coping, les différents modèles de coping, son efficacité, ses mesures et enfin, ses sources. De ce qui est de chapitre suivant, qui est celui de trisomie 21, son histoire, quelques définitions, ses origines, différentes formes de la trisomie 21, les caractéristiques de l'enfant trisomique, le développement de cet enfant, son diagnostic et enfin, la prise en charge.

La seconde porte sur La partie pratique, ce dernier est subdivisé en deux chapitres, le premier chapitre, consacré au cadre méthodologique de la recherche dans lequel on aborde la méthode utilisée, la pré-enquête présentation le lieu de recherche, et les outils de la recherche et leur analyse .Le second chapitre, réservé aux présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses . Enfin, on à clôturé notre travail de recherche avec une conclusion, une liste bibliographique, et les annexes.

# **Chapitre I**

## **Le cadre générale de la problématique**

## 1. Problématique et hypothèses

L'arrivée au monde d'un premier enfant est un événement unique, chargé d'émotion, d'espoirs, de craintes aussi. Devenir mère est une étape de la vie tout à fait singulière, magnifique et difficile. Magnifique car on accompagne l'éveil d'un tout petit, on ne cesse de le mettre au monde chaque jour ; difficile car cet accompagnement demande apprivoisement et ajustement. C'est ainsi que l'on se forge mère, tous les jours, pas à pas.

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

De nos jours, on compte plusieurs maladies qui touchent les nouveaux nés avant ou après la naissance, et parmi ces anomalies, La trisomie 21. Qui n'est pas une maladie mais une malformation congénitale : elle est due à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>ème</sup> paire de chromosome c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir au total 46 chromosomes, l'individu trisomique en possède 47.

La trisomie 21 est aussi connu sous le nom de 'Syndrome de Down' cette appellation est reliée au médecin John Langdon Down. En 1866 Down la décrit comme une maladie qui associé des anomalies morphologique particulière et une déficience mentale. C'est la découverte d'un chromosome 21 surnuméraire par **J. Lejeune** en 1959 qui a permet de déterminer l'étiologie de cette maladie, son incidence est de 1 enfant sur 660, le risque de survenue est directement lié à l'âge de la mère, il augmente fortement après 45 ans dans des cas exceptionnels. La trisomie peut être liée à un facteur génétique familial

(Lorsque un membre de la famille est lui-même trisomique, ou lorsque une grossesse précédente a été touchée par cette anomalie, toutefois il est important de savoir que la plus part des enfants présentant, une trisomie 21, naissent dans une famille qui ne représente aucun facteur de risque.

(Henriette, Bloch et all, 1992, p.807).

Selon le dictionnaire de psychologie, la trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en 03 exemplaires au lieu de 02. Chez l'être humain, on connaît plusieurs formes de trisomie, notamment celle qui affecte les chromosomes 13, 18, 21, la plus fréquente est la trisomie 21. C'est elle qui est responsable du mongolisme. (Sillamy. N, 1999, p 270).

En Algérie, on compte 1 cas sur 1000 naissances d'enfant trisomique, 2339 enfants trisomiques sont pris en charge dans les 82 centres médico-pédagogiques pour inadaptés mentaux, et plus de 900 autres sont dans des centres gérés par le mouvement associatif. (ANET.2012).

Les conséquences de cette anomalie sont lourdes ; car ces jeunes handicapés ne sont pas les seuls à subir la maladie, ces difficultés ont bien des répercussions sur tout le groupe familial de l'enfant atteint, et ce, tant sur le plan affectif que du point de vue social. Chez les mamans le drame commence sitôt ; a partir de l'annonce du diagnostique de leur enfant, qu'est un moment crucial ; ce qui rendre la tache des parents difficile voir pénible ; les épuiser physiquement mais surtout psychologiquement, car ils sont constamment face a des situations délicates et stressantes rencontrer au quotidien plus particulièrement, les mères puisque elles occupent une place très importante dans le quotidien de leurs enfants on générale, et dans leurs éducation particulièrement.

A fin de faire face aux difficultés concernant l'éducation d'un enfant atteint de la trisomie 21, et aux multiples situations stressantes rencontrées au quotidien, les mamans d'enfants trisomiques peuvent développer une série de réactions et de stratégies ; soit conscientes ou inconscientes, d'un aspect cognitif, comportemental ou affectif, et ce, en vue de tenter de prévenir, résoudre, atténuer ou apaiser leur souffrance vis-à-vis de la pathologie de leur enfant. C'est ce que Lazarus et Folkman appellent « *stratégie de coping* » ou d'adaptation, qui sont définies comme étant : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, p 356).

Selon Lazarus et Folkman, ces stratégies sont réparties en trois types et dimensions ; intervient fondamentalement à partir de l'estimation des risques :

- une focalisation sur le problème (réflexion et intervention) ;
- une focalisation sur l'émotion (contrôle et expression de la détresse émotionnelle) ;
- une focalisation sur la recherche du soutien social ;

La pré-enquête que nous avons menée a pour objectif la prise de connaissance de notre terrain d'étude, qui consiste à connaître la population d'étude qui est les mamans d'enfants trisomiques au sein de l'association d'aide aux inadaptés mentaux de la wilaya de Bejaïa qui se situe à Iheddaden où nous sommes présentée autant qu'étudiants en master de psychologie clinique, et c'est ainsi qu'on a rencontré ses mères et discuté de leur situation à l'égard de la pathologie de leur enfant, ainsi que les multiples problèmes qu'elle pouvait



avoir. Et pour pouvoir mener à bien notre recherche, on va utiliser les outils suivants : l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes.

On a voulu entamer la suite de notre recherche par une enquête suivie de plusieurs cas pour confirmer ou infirmer nos hypothèses et notre thème de recherche, mais on n'a pas pu le terminer à cause de l'épidémie qui a été survenue « Covid-19 ».

En s'appuyant sur l'ensemble des lectures et sur la pré-enquête que nous avons effectuée auprès de ses mamans, nous avons été amené à s'interroger sur les réactions de ses dernières face à l'handicap de leur enfant ainsi que les difficultés rencontrées au quotidien. Ce qui nous a amené à formuler la question suivante :

- Est-ce que les mères d'enfants trisomiques utilisent des stratégies de coping particulières, afin de faire face aux différentes situations qu'elles rencontrent ?

Les hypothèses qu'on a formulées dans le but de répondre à notre question posée dans la problématique sont les suivantes :

- Les mamans d'enfants trisomiques utilisent des stratégies de coping basées sur le problème ;
- Les mamans d'enfants trisomiques utilisent des stratégies de coping orientées vers l'émotion ;
- Les mamans d'enfants trisomiques utilisent des stratégies de coping fondées sur la recherche du soutien social.

## **2. Intérêt du choix de thème**

Toute recherche doit être conduite dans un sens d'objectivité en vue d'obtention des résultats bénéfiques.

Nous avons choisi le sujet de stratégie de coping chez les mères ayant un enfant trisomique en raison de :

- Evoquer la trisomie 21 et éclaircir certaines idées sur cette anomalie (malformation).
- Donner une importance aux parents d'enfants trisomiques ; y compris les mères, et ainsi comprendre leur endurance et leur souffrance.
- Inciter les autres à s'intéresser à cette maladie (trisomie 21) dans notre société et bien s'occuper de ces enfants ainsi que les conséquences que cette maladie peut avoir sur la vie des parents.
- La nouveauté de ce thème ; car durant notre pré recherche on s'est aperçu qu'on ne donnait pas l'importance méritée aux parents d'enfants trisomiques (en Algérie). Les recherches sont plutôt focalisées sur l'enfant et sa maladie plutôt que sur les parents.

## **3. Les objectifs de la recherche**

- Découvrir les stratégies de coping utilisées chez les mères d'enfants trisomiques, afin de faire face aux tensions et aux états rencontrés au quotidien.
- Découvrir la qualité et le degré des stratégies de coping basées sur le problème, l'émotion et la recherche du soutien social que les parents d'enfant trisomique utilisent le plus.

- Evaluation appropriée de l'efficacité du coping afin de comprendre les processus psychologiques par lesquels les mamans d'enfant trisomique réagissent.
- Décrire le ressenti de ces femmes face à l'handicap de leur enfant.
- Enrichir notre bibliothèque avec un travail sur les mères ayant un enfant trisomique et les stratégies de coping utilisée pour y faire face.

## **4. La définition et l'opérationnalisation des concepts clés**

### **4.1 Définition du concept de coping**

Lazarus et folkman définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences spécifique internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ».

(Lazarus et Folkman, 1984, p.356).

Le dictionnaire de psychologie la définit comme étant un « processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations fait face a la vie et notamment a une situation stressante et réussit à la maitriser. (A.G) grand dictionnaire de psychologie, 1991, p. 218).

#### **4.1.1 Opérationnalisation du concept coping**

- Désigne la façon de s'ajuster aux situations.
- La mise en place d'une réponse pour faire face à un événement stressant.
- Acceptation.
- Evitement.

- réduction de l'effet du stress.
- Stratégie centré sur le problème, ou sur l'émotion ou le soutien social.

## **4.2 Définition du concept de trisomie 21**

C'est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes. (Nobert, Sillamy, 1980, p1202).

### **4.2.1 Opérationnalisation du concept coping**

La personne atteinte de trisomie 21 est une personne qui présente un retard mental et des signes cliniques très nets qui diffèrent d'une personne normal, ces signes se caractérisent par :

- Un visage rond et aplaté.
- Yeux bridés et écartés.
- Un nez petit et retroussé.
- Langue volumineuse.
- Des maux formations cardiaques et digestives.
- Ces enfants sont de petite taille.

*Partie théorique*

*Chapitre II*

*Les stratégies de*

*coping*

## **Préambule**

La Succession des évènements dans la vie d'une personne, qu'ils soient majeurs ou mineurs peuvent être perçus comme menaçants pour l'individu. Du fait il ne reste pas passif par rapport à ce qui lui arrive ; il essaye donc de faire face. On parle du coping qui est une façon d'ajustement aux situations difficiles qu'une personne utilise pour dépasser le problème.

Lazarus et Folkman se sont intéressés à la manière dont l'individu gère ces perturbations ce qui est appelé coping.

Dans ce chapitre, nous commencerons d'abord par un aperçu historique de coping. Ensuite, nous allons donner quelques définitions pour qu'on puisse éclaircir le terme de stratégie de coping, après on va donner les phases d'évaluation de coping, puis les différentes stratégies de coping, et leur stabilité, et aussi les modèles de coping, puis l'efficacité de coping, les mesures de coping, et les sources de coping, et nous terminerons par une conclusion de ce chapitre.

### **1. L'histoire de la notion de coping**

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle par la psychanalyse, et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19<sup>e</sup> siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier). (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.69).

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptées » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a

commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponses de coping ». (H. Chabrol et d'autre, 2004, p.105).

Le concept de défense date de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychology. Breuer et Freud, observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience.

Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle grandissant. Dans un texte de Freud de 1926 («Inhibition, symptôme et angoisse»), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.69).

A partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » (terme qui fut répertorié pour la première fois dans les mots-clé de « Psychological Abstracts » en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. Greer et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en émergence. (Ibid, p.69).

## 2. Le concept de coping et les autres concepts apparentés

On a choisi de donner plusieurs définitions au début de ce chapitre ; pour qu'on puisse traiter la notion de stratégies de coping pour bien définir et mieux cerner nos concepts de base, on a même donné la définition du stress au milieu d'un chapitre qui parle du coping, car pour parler de ce dernier, on doit parler du stress, qui est une notion très importante à aborder. Et pour qu'on puisse après, élargir et donner les différents points de ce chapitre.

### 2.1. Mécanisme de défense

Les mécanismes de défense constituent un élément central de la théorie psychanalytique. Il s'agit de processus inconscients élaborés par le Moi pour se défendre de pulsions incontrôlables générées par le Ça, et donc destinés à se protéger de l'angoisse. Il en existe de multiples, le premier décrit par Freud étant le refoulement, qui désigne le rejet dans l'inconscient de représentations inacceptables aux yeux de la personne. C'est en quelque sorte un faux oubli, susceptible de réapparaître sous forme de rêves (« la voie royale qui mène à l'inconscient » selon Freud), d'actes manqués tels que les lapsus ou de psychopathologie (retour de refoulé). Autre exemple : la rationalisation est l'explication apparemment logique et raisonnable d'un acte ou d'une pensée, mais dont les vrais motifs sont enfouis dans l'inconscient.

Freud, puis sa fille Anna, ont surtout insisté sur la facette pathologique des mécanismes de défense. Cependant, le regard des psychanalystes a fortement évolué depuis. (J, Lecompe, 2013 .p.8).

Selon le vocabulaire de psychanalyse, le mécanisme de défense est : « Différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalent sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif,



etc. ..., on s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé ».

(J.Laplanche. J.-B. Pontalis, 1981, p.312).

Selon le DSM IV les mécanismes de défense se définie comme « processus psychologique automatique qui protège de l'anxiété et de facteur de stress ou des dangers internes ou externes. Les mécanismes de défense médient la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes. Certain de ses mécanisme (la projection, le clivage, et le passage à l'acte) sont presque toujours inadapté. D'autre tel que l'annulation et le déni son adapté ou non selon leurs intensité, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent ». (DSM IV, 2000, p. 930).

## 2. 2. Coping

C'est un mot anglais qui se traduit par « *faire face* », est un concept relativement nouveau en psychologie, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, *Psychological Stress and Coping Processus* (1966), le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxon. (M. Bruchon-Schweizer, 2002, p.356).

Il existe plus de 30 définitions du terme « coping », dans la conception transactionniste de Lazarus et Folkman, proposant la suivante : le coping est « l'ensembles des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (ibid, p.365).

### 2.3. Stratégie de coping

Lazarus et Folkman définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources. Il s'agit bien ici d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement (l'individu pouvant modifier - et être modifié par - la situation). Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations. Cette définition souligne bien que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable. Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres.

(Lazarus et Folkman. 1984, p.141).

### 2.4. Stress

Selon le dictionnaire de psychologie le stress est défini comme suivant « mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H. Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. Tout facteur susceptible physique (traumatisme, froid...), chimique (poison), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé « agent stressant ». Le mot de stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps. (N.Sillamy, 1999, pp.253-254).

Conformément au model transactionnel, le stress est défini comme une « Transaction particulier entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation est jugée par l'individu comme dépassant ses capacités et mettant en danger son bien-être ». A partir de cette définition on peut dire que le stress est un processus qui intègre à la fois les agents stressants et les réponses de sujet dans le cadre d'une relation dynamique, notamment réciproque et les bidirectionnelles entre l'individu et son environnement, et la situation de stress apparaît lorsque cette relation est interprétée par l'individu comme engendrant un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et ses ressources.

(A. Dinca, 2008, p.31).

### **3. Les phases d'évaluation de coping**

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement.

(M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles. (Ibid, p.71).

Maintenant, on va donner les différentes phases qui permettent de faire une évaluation du coping, on a deux types :

### **3.1. L'évaluation primaire**

C'est l'évaluation de la situation aversive. L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions particulières. Un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle,...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle), et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

### **3.2. L'évaluation secondaire**

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation,...). En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter. (Ibid p.71).

## **4 .Les stratégies générales du coping**

D'après les recherches menées sur une palette étendue de stress depuis une vingtaine d'années, il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différentes d'une situation aversive à l'autre, mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteurs plus généraux, alors une certaine stabilité des situations obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping.

#### **4.1. Le coping centre sur le problème**

Correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation il comprend divers stratégie : élaboration de plans d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combatif...etc. ou le nome parfois coping « vigilant » ou « actif ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.26).

#### **4.2. Le coping centre sur l'émotion**

Comprend les diverse tentatives du sujet pour gérer tentions émotionnelle induit par la situation : évitement ( dormir plus que habitude ,ne Pa penser ou problème...) distraction (regarder la télévision, écouter la musique...) pensé «magique» ou dénégation ( faire comme ci la situation n'existe pas ...), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimiste (maximation de la menace, perte de contrôle , anticipation dune issu défavorable...), expression ou, contraire ,répression des émotions négatives (anxiété, colère, tristesse...) autoaccusation (se sentir responsable) stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner ), religiosité ( prier...), donc on parle parfois ici de coping «évitement » ou encor «passif».

#### **4.3. La recherche du soutien social**

Apparait parfois comme troisième stratégie globale elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et laide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social, ni avec le soutien social présente ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte).il s'agit ici de tentative affective de la personne pour obtenir une écouté, des informations ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource. (Ibid, p.26).

### **5. la stabilité des stratégies de coping**

Des recherches récentes suggèrent à la fois une certaine stabilité et une variété considérable des styles de coping. Les individus devraient avoir acquis

certaines préférences pendant les interactions stressantes antécédentes, et être prêts à généraliser leurs expériences à travers le temps. Les ressources personnelles sont aussi considérées comme stables et générales à travers les situations. Les caractéristiques de personnalité et de coping précédent et déterminent la perception de la situation stressante qui affecte le bien-être mentale de l'individu. Les capacités de coping sont présentes en permanence et ne sont pas provoquées après la perception du stress. Wearing et Hart (1996) trouvent que si un individu choisit un coping centré sur l'émotion dans un domaine, il aurait tendance à l'utiliser aussi dans un autre domaine. Dolan White (1988) montrent que les individus utilisent des stratégies de coping relativement répétitives face aux différents stressseurs du quotidien.

(P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.79).

## **6. Les différents modèles de coping**

### **6.1. Le modèle animal de l'adaptation**

Il est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement. (A. Pupat, 2004, p.28).

### **6.2. Les modèles de la psychanalyse**

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'angoisse face à des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stresser et réponse, pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping. (Ibid, p.28).

### **6.3. Le model transactionnelle**

Dans leur approche transactionnelle du coping, le définissent comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources.

Ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique et non une simple réaction automatique et répétée conscient et spécifique et non inconscient, générale et stable à une situation qui est évaluée comme stressante ou couteuse. Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. (A. Pupat, 2004, p.28).

Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquent des boucles de rétroactions entre les différents étapes.

## **7. L'efficacité des stratégies de coping**

Selon Laborit (1980), si le contrôle de l'événement est efficace, peu de perturbations biologiques, physiologiques ou comportementales en résultent... En effet, l'ensemble des travaux consultés indique que les critères de l'efficacité du coping sont multidimensionnels : une stratégie de coping est bonne si elle permet au sujet de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique. La question est donc de savoir, laquelle des stratégies (centrées sur l'émotion ou centrées sur le problème, par exemple) est la plus efficace dans son rôle modérateur de la relation stress-détresse. L'étude de l'efficacité du coping sur la détresse émotionnelle a fait l'objet de nombreuses recherches. Les principaux critères évalués sont l'anxiété et la dépression. Ainsi, les travaux de Schmidt (1988) sur des patients hospitalisés pour une intervention chirurgicale montrent que les sujets qui utilisent une stratégie de coping active

(recherche d'informations sur le déroulement de l'opération, de ses conséquences, participation lors des traitements) sont significativement moins anxieux et présentent moins de complications postopératoires que les sujets qui utilisent une stratégie de coping passive. (I. Paulhan 1992, p.554).

## **8. les sources de coping**

### **8.1. Le sexe**

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping, les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, et ayant peu de ressource de coping. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, pp.102).

Les femmes utilise plus de stratégie de retournement contre soi, et des stratégies d'attention sélective (déli sélective), et utilise moins de distraction par rapport aux hommes. Ces recherches tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilise un coping qui est efficace, elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support sociale ou des stratégies d'évitement. (ibid, p.102).

### **8.1. La religion**

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation, le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion ou spiritualité. Le coping religieux a été associé à niveaux moins élevés de stress occupationnel chez des officiers de police et leurs épouses, et à une santé mentale générale meilleure et un bien être chez des patients cancéreux. Des exemples de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés, rechercher forces et réconforts en dieu face à un événement particulier.

(P. Graziani, J. Swendsen, 2004, pp.103).



### **8.3. Le sport**

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante, une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliorer l'humeur. L'impact des stressseurs intervenant après une activité physique était diminuée par celle-ci. L'exercice physique est associé à une inhibition temporaire des mécanismes de stress. Cet effet peut être secondaire à une modification de l'humeur intervenant chez sujets qui font de l'exercice physique, mais ces exercices n'ont pas d'impacts sur les changements psychologiques des sujets anxieux à long terme. (Ibid, p.103).

## **9. Les mesures de coping (quelques instruments)**

Nous avons choisi de décrire quelques uns des outils les plus utilisés, parmi les plus connus, les plus prometteurs et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisants.

### **9.1. La CISS d'Endler et Parker (1990)**

Le CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) d'Endler et Parker (1990) est actuellement l'outil le plus satisfaisant. L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions, un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988 et l'analyse factorielle des réponses donna 3 dimensions (problème, émotions, évitement). Cette structure fut retrouvée sur 4 nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques. (M, Bruchon-Schweitzer, 2001, p.75).

## 9.2. La WCC-R de Vitaliano et al. (1985)

La WCC-R (WCC, de Folkman et Lazarus, 1988, et de Lazarus et Folkman, 1984b, révisée par Vitaliano et al, 1985) a été traduite et adaptée en français par l'équipe (Cousson et al, 1996). Une analyse factorielle menée sur les réponses de 468 adultes français (247 femmes, 221 hommes) aux 42 items de cette échelle a permis d'isoler 3 facteurs extrêmement clairs (expliquant environ 35% de la variance totale) : coping centré sur le problème (efforts, plans d'action, se battre,...), coping centré sur l'émotion (éviter, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation,...), et recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel,...). Les coefficients de consistance interne sont très satisfaisants (0,71 à 0,82) et les coefficients de fidélité test-retest à une semaine d'intervalle sont très convenables (respectivement + 0,90, + 0,84 et + 0,75). La solution factorielle est identique chez les hommes et les femmes de l'échantillon. On trouvera l'échelle finale à 27 items à la Table II. Ce sont les sujets anxieux qui ont le plus tendance à utiliser un coping émotionnel. (M, Bruchon-Schweitzer, 2001, p.75).

## Synthèse du chapitre

D'après tous ce que a été abordé, on distingue que le coping fut l'intérêt de plusieurs chercheurs et auteurs qui ont tous accordé à la considérer comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, et au exigences interne et externe.les sources de stratégies de coping sont différentes, il ya les sources corporelles ou le sujet réagit aux agents stressante en faisant des efforts corporels, comme il existe aussi des sources psychologique qui englobe les croyance et les processus sociale tel que le soutien social.

# ***Chapitre III***

## ***La trisomie 21***

## Préambule

La trisomie 21, est provoquée par une répllication du chromosome 21, à l'origine du retard mental, dans ce chapitre on va essayer de développer des points concernant cette anomalie la définition ses causes et ses formes puis les caractéristiques et le diagnostic et à la fin la prise en charge.

### 1. Un Aperçu historique

La trisomie 21 Syndrome de Down est la première aberration chromosomique décrite chez l'homme. En 1833, Esquirol fait pour la première fois part d'une curieuse maladie mentale. En 1866 Séguin en donne une description magistrale. La même année, un médecin anglais, John Langdon Down attire l'attention du Monde scientifique sur un groupe d'enfants arriérés mentaux dont le faciès particulier lui suggère d'appeler ces enfants "mongoliens". En 1959, Jérôme Lejeune, Raymond Turpin et Marthe Gautier, mettent en évidence La cause génétique de ce syndrome comportant trois chromosomes 21 au lieu des Deux habituellement rencontrés, d'où le nom de trisomie 21. 1961 un groupe de scientifiques dont le petit-fils du Docteur John Langdon Down propose que le terme de "mongolisme" soit remplacé par celui de "syndrome de Down". En 1965, ce terme est accepté par l'organisation mondiale de la santé. Selon l'évolution des connaissances scientifiques, la terminologie a évolué. En tant qu'association spécifique, nous tenons à utiliser une terminologie correcte En accord avec l'évolution des connaissances et des recherches. Les termes utilisés actuellement sont ceux de trisomie 21 et de syndrome de Down. (Aboulmakarim. R and all, 2006 p.10)

### 2. Définitions de la trisomie 21

Les termes « trisomie », « trisomique » se sont substitués à « mongolisme » « mongolien » avancés par le médecin anglais John Langdon

Down 1828-1896 qui s'appuyant sur les caractéristiques mongoloïde du visage d'un groupe particulier d'arrières mentaux. En 1959 fut la découverte d'un chromosome 21 surnuméraire par l'équipe française de J, le jeune, M Gauthier et R, Turpin. (Henriette. Bloch, et All, 2011, p. 968).

La trisomie 21 est une aberration chromosomique consistante la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux chromosomes. (Norbert. S, 1980, p. 1202).

En entend souvent dire que la trisomie 21 est la condition génétique déterminant un degré important de handicap cognitif la plus fréquente. Cela n'est pas tout à fait exact, c'est affectivement l'aberration chromosomique déterminant un handicap cognitif notoire la plus répandue. (jean-Adolphe, Rondal 2013, p. 16).

La trisomie 21 est donc une condition génétique relative au chromosome 21, ou une série de gènes tri piques déterminent une surproduction de protéines, particulières dans une série de tissus du corps, la quelle provoque les effets pathologiques caractéristique de phénotype des personnes porteuses d'un syndrome dit de Down, (ibid, p. 19).

### **3. Les origines de la trisomie 21**

Dans sa forme la plus courante, le mongolisme se caractérise donc par la présence de trois chromosomes 21. En générale l'origine de cette trisomie est une fécondation entre gamète possédant un chromosome 21, et un gamète possède un seul chromosome 21.

Normalement un gamète possède un seul chromosome 21. Dans le cas d'une présence de deux chromosomes 21, on peut expliquer ce défaut par un

nom, disjonction des chromosomes homologues (lors de la première division de méiose).ou des chromosomes sœurs (lors de la deuxième division de méiose).

Le déroulement est très schématique d'une méiose normale est présente au centre avec de part et d'autres les conséquents de mauvais positionnement des chromosomes.

Au moment de la fécondation, le deuxième gamète apporte un chromosome 21, a une chromatide. Si le gamète formé possède déjà deux chromosomes 21, le zygote en possède alors trois : d'individu est trisomique.

On peut noter que des individus monosémique (un seul chromosome 21), peut être obtenu de la même façon : ces individus sont pas viable et toute fois et donc pas observé a la naissance de translocation qui se produit peu avant la formation du gamète, par complet pendant la gamétogenèse. (Cuillert. M, 2003, p. 70-108).

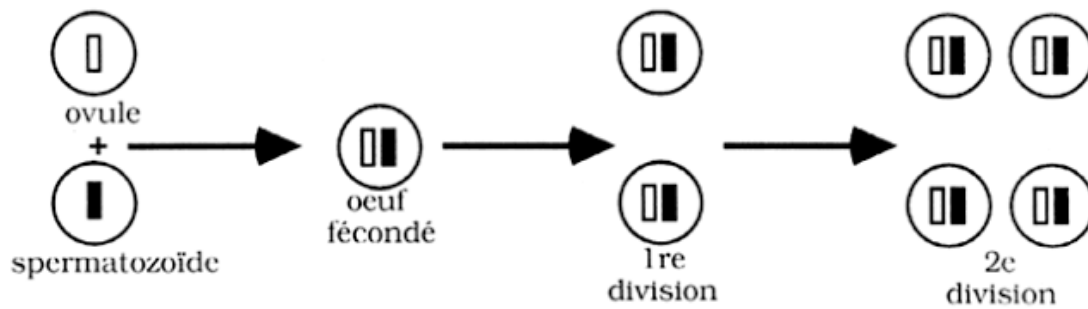
#### **4. Différentes forme de trisomie 21**

Il existe trois types d'aberrations chromosomiques dans la trisomie 21 ou bien Syndrome de Down (mongolisme) :

##### **4.1. La trisomie 21 libre et homogène**

On l'appelle trisomie homogène et on la qualifie aussi de libre. Des la première division cellulaire qui suit la fécondation, il se produit une non disjonction chromatique au niveau de la vingt et unième paire. Cette altération est responsable de la présence de trois chromosomes 21 chez l'embryon, des l'origine nous retrouvons ces trois chromosomes tout au long de son développement, dans chacune de ses cellules. Elle est due au hasard : résulte

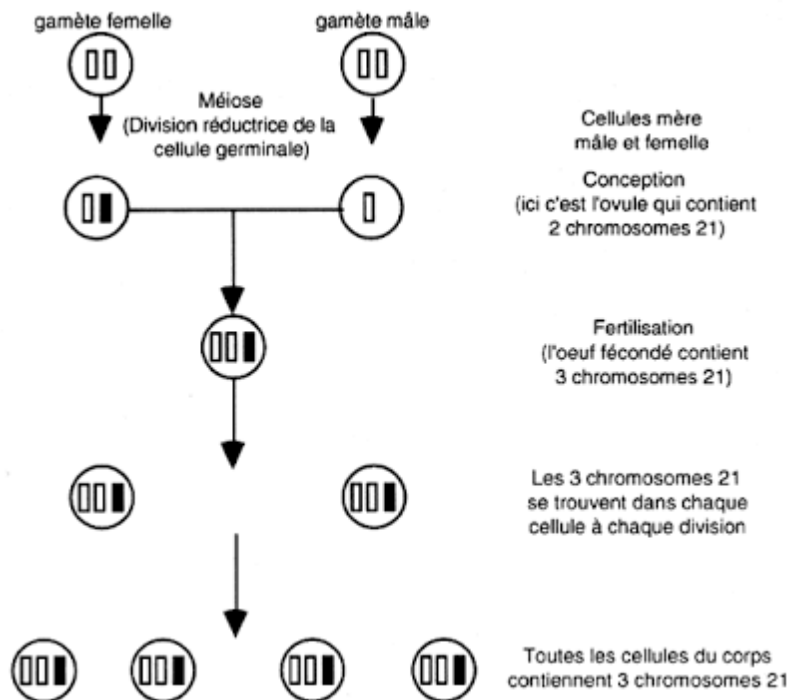
d'un accident, elle est la plus connue et la plus fréquente, représente (94% des cas). (Denir. V, 2006, p 08).



**Figure 1 : distribution normale du chromosome 21 (la trisomie 21 libre).**

#### 4.2. La trisomie 21 en mosaïque

Provoquée par une non-disjonction à n'importe quel moment, intervient un peu plus tardivement au niveau de l'œuf et concerne la deuxième ou la troisième division cellulaire. Quand c'est le cas, seules les cellules issues de la lignée trisomique seront trisomiques. La trisomie en mosaïque est rare et peu étudiée, représente (2% des cas). (Denir. V, 2006, p 08).

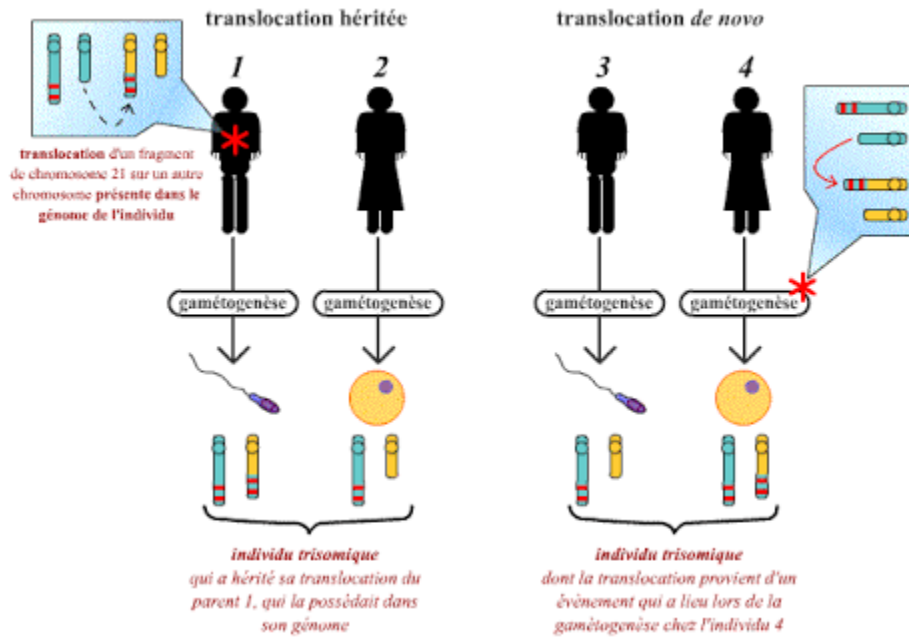


**Figure 2 : distribution anormale du chromosome 21(trisomie 21 en mosaïque)**

#### 4.3. La trisomie 21 par translocation

L'apparition de la trisomie 21 chez l'enfant n'est pas due à un accident le caryotype d'un des parents recèle une particularité, une partie d'un chromosome 21 est collée à un autre chromosome à la suite d'une translocation. Au moment de la constitution des gamètes, cet autre chromosome entrainera avec lui ce morceau de chromosome 21 ; qui pourra alors se trouver dans le même gamète que l'autre chromosome 21. Dans ce gamète ; il y aura donc une partie du matériel génétique du chromosome 21 présente en double exemplaire. Si ce gamète est fécondé ; en rencontrant le chromosome 21 issu du gamète de l'autre géniteur, il donnera un œuf et donc un enfant trisomique. Alors nous savons maintenant qu'une certaine partie du chromosome 21 en surnombre suffit à induire un syndrome complet. (Denir.V, 2006 .p 08).





**Figure 3 : trisomie 21 par translocation**

## 5. les caractéristiques de l'enfant trisomique

### 5.1. Les signes physiques

- un faciès caractéristique avec ouverture palpébrale oblique.
- crâne petit et aplati.
- langue saillante.
- les mains ont un seul pli palmaire et de petits doigts.
- yeux et fentes palpébrales.
- taille normale à la naissance (retard de croissance après 4 ans).
- obésité légère et tendance au surpoids.
- Hypotonie.
- la peau apparaît souvent marbrée, facilement sèche.
- les cheveux clairsemés, fins et raides. . (Noack. N, 1997, p. 65).

## 5.2. Les signes biologiques

- malformation cardiaque.
  - malformation somatique sont fréquente.
  - des anomalies digestives qui touchent les intestins ou l'œsophage.
  - malformation oculaire et troubles de l'audition.
  - un vieillissement précoce et un risque de maladies néoplasique.
- (Noack. N, 199, p. 65).

## 6. le développement de l'enfant trisomique

L'avenir du jeune enfant porteur de trisomie 21 dépend évidemment de son potentiel et de comment celui-ci a pu s'exprimer. Le potentiel de l'enfant trisomique se développe de façon irrégulière et peut s'exprimer jusqu'à un âge parfois insoupçonnables : 20-25 ans. Abordons maintenant son développement sous divers aspects.

### 6.1. Le développement affectif

En s'appuyant sur des expériences réalisées auprès d'enfants trisomiques et non Trisomiques, B.CELESTE décrit les grandes étapes du développement psycho actif de l'enfant porteur de trisomie 21, d'une part, un retard dans les comportements d'individuation est observé. En effet les étapes que constituent la crise d'opposition, la reconnaissance de soi dans le miroir et l'utilisation du «je» semblent plus longues à se mettre en place chez l'enfant trisomique. L'individualisation est aboutie au cours de la sixième année. D'autre part, les interactions précoces entre la mère et son enfant trisomique seraient plus difficiles à mettre en place. Ceci s'expliquerait par un retard dans la mise en place du contact œil à œil, par la rareté et la faiblesse des manifestations émotionnelles chez l'enfant. Chez la mère, il est souvent observé une moindre interprétation des vocalisations de l'enfant et une certaine directivité. Au-delà de ces observations explicatives, on peut supposer la douleur des parents qui se

voient si démunis pour accueillir leur enfant avec leur différence. Cognitives de l'enfant trisomique participent aux difficultés d'attachement. De plus, les parents se trouvent en difficulté pour décoder les comportements de leur enfant. D. Vaginal insiste sur la nécessité d'accompagner les parents dans l'accueil de leur enfant afin qu'il le considère comme interlocuteur. (Guidetti. M, 2002, p.16).

## **6.2. Le développement du langage**

Le développement du langage fait partie des principales préoccupations de l'enfant porteur de trisomie 21 et de ses parents car il est l'un des vecteurs d'une fonction essentielle : la communication. Nous avons vu précédemment que les premiers échanges entre le bébé trisomique et ses parents ne se font pas sans difficultés. Ceci perturbe la mise en place des fonctions de communications indispensables à la construction du langage. A cette période dite pré linguistique, on observe donc un retard dans l'apparition de l'attention conjointe, du pointage et de l'alternance des tours de rôles précise que le babillage du bébé trisomique est comparable qualitativement et quantitativement à celui du bébé ordinaire. La période linguistique, quant à elle, est caractérisée par un décalage dans les acquisitions. Cependant leur développement semble similaire à celui de l'enfant ordinaire. Au niveau de la parole, les phonèmes sont tous acquis même si les constrictives et les groupes consonantiques présentent des difficultés particulières. L'encombrement de la sphère ORL et les possibles problèmes d'articulé dentaire sont à mettre en cause. Mobilité de la langue et son volume encombrant viennent aussi gêner l'articulation. Le développement lexical est caractérisé par un décalage dans l'apparition des premiers mots et par une certaine lenteur dans l'augmentation du stock lexical. Au niveau morphosyntaxique, l'enfant trisomique parvient à complexifier ses énoncés bien que l'organisation grammaticale reste pauvre. Observe, par ailleurs, un décalage entre les premières combinaisons de deux mots et l'explosion lexicale. Alors que ces combinaisons apparaissent chez l'enfant ordinaire dès que son stock lexical

atteint les 15 0 mots, elles ne surviennent chez l'enfant trisomique seulement lorsque ce dernier possède un stock de 400 à 600 mots. Elle note aussi que les capacités à produire un récit sont limitées chez les enfants porteurs du syndrome. Ceux-ci ne semblent « manifester aucun signe de conscience métalinguistique ». Cet auteur souligne enfin que leur langage est fortement centré sur l'« ici » et le « maintenant » car ces enfants font moins référence à des objets absents ou à des expériences passées. Il ne serait pas pertinent de préciser des âges moyens d'acquisition tant la diversité des cas est observable. Les troubles du langage semblent trouver leur origine dans les difficultés rencontrées au cours des développements affectif et cognitif. Chaque enfant n'ayant ni la même déficience mentale ni la même personnalité, la généralisation est difficile. (Guidetti. M, 2002, p.17).

### **6.3. Le développement moteur et psychomoteur :**

Comme nous l'avons déjà évoqué l'enfant trisomique se trouve gêné dans ses acquisitions motrices. L'hyper laxité ligamentaire provoque parfois un affaissement de la voûte plantaire qui rend difficile l'acquisition de la marche et de la station debout. L'enfant peut être maladroit dans les activités de motricité fine, notamment la préhension, à cause de la morphologie particulière de ses mains. Il peut également avoir des difficultés de coordination oculomotrice en raison soit de troubles visuels, soit de troubles psychomoteurs. Enfin, l'enfant est souvent signalé comme lent et apathique ou au contraire comme instable et agité. M-J. Bombelli nous rappelle que « l'intensité fort variable de chacune des caractéristiques doit nous inciter à une grande prudence et au refus du portrait type ». Cité par (D. Sejourne-Boineau dans son mémoire d'orthophonie: Elaboration d'une plaquette informative sur la prise en charge précoce orthophonique des enfants atteints de trisomie 21, Bordeaux, 2001). (Guidetti. M, 2002, p.17).

#### 6.4. Le développement cognitif :

Du fait de son équipement biologique particulier, l'enfant trisomique est atteint d'une déficience mentale dont le degré peut varier d'un sujet à l'*autre*. *L'étiologie véritable n'est pas encore connue et se résume en l'hypothèse d'une corrélation entre le chromosome sur numéraire et la maturation cérébrale.* Cependant, comme le souligne P. ECHAVIDRE, il n'y a pas de « mode de pensée spécifique, pas de fonctionnement intellectuel propre aux seuls trisomiques ». M. CUILLERET ne le rejoint pas sur ce point et décrit un « esprit en kaléidoscope » et un raisonnement par « évocation ou analogie ». Pour notre part, nous nous inscrivons dans une perspective développementale pour observer les enfants. En outre, un fait est observé par tous : un temps de latence entre l'émission d'un stimulus par le partenaire et la réponse de l'enfant. D'où la nécessité d'accorder un temps suffisant à l'enfant pour répondre. LAMBERT et J.A. RONDAL donnent une description des caractéristiques Cognitives de l'enfant déficient intellectuel qu'il semble utile de connaître. Ces auteurs notent d'abord des difficultés de discrimination sensorielle et un ralentissement de la vitesse perceptive. Ils décrivent ensuite des difficultés d'attention et de mémorisation. Les premières seraient liées à une certaine lenteur dans la réaction aux nouveaux stimuli et à une inhibition trop courte de la réponse ne permettant pas à l'enfant une analyse plus détaillée du stimulus. Les secondes trouveraient leur origine dans les stratégies mises en œuvre pour organiser l'activité mémorielle. En ce qui concerne le fonctionnement intellectuel tel que le décrit PIAGET, les auteurs citent INHELDER (1969). Dans cette perspective, le degré de déficience serait corrélé au stade de développement que la personne atteint. Le stade des opérations formelles n'est cependant jamais atteint d'où les difficultés d'abstraction et de généralisation des raisonnements observées chez ces personnes. Par ailleurs, il semblerait que les passages dans les divers stades et sous-stades de développement durent plus longtemps que chez les personnes dites ordinaires. Enfin, il apparaît que les enfants handicapés mentaux ont des

difficultés de régulation du comportement lors de résolution de tâche. Les médiateurs verbaux ne seraient que Faiblement utilisés.

(Guidetti. M, 2002, p.19).

## **7. Diagnostic de la trisomie 21**

Le diagnostic ne peut ce faire que par la mise en évidence de chromosome 21 supplémentaire.

### **7.1. Le diagnostic génétique :**

Qui se fait à partir de 11 semaines jusqu'à 14 semaines, il est issu de l'étude de caryotype (la carte de chromosome de l'enfant), il s'agit d'une analyse de cellules contenues à mettre dans le liquide amniotique et qui permet d'établir ce caryotype.

Ce diagnostic donne des indications sur la nature de trouble grâce à ce diagnostic, on peut situer ou se trouvent les difficultés particulières qui être rencontrées, et nous permet aussi d'évaluer de façon précise un suivi adapté, adéquat, au patrimoine génétique de l'enfant à naître, il est actuellement très important pour les parents et pour la fratrie de l'enfant afin de limiter l'éventuel récurrences d'accidents génétiques. (Tourrette. C, 2002, p. 119).

### **7.2. Le diagnostic clinique ou psycho-éducatif :**

Qu'est établi à partir de divers éléments, l'âge de l'enfant, modalité d'expression de la trisomie, vie famille, contexte géographique et social, il est le résultat de série d'une découverte d'adaptation d'appropriation de cet enfant trisomique (leur besoin), il tenant compte de toutes les éléments symptomatologiques, psychologiques, affectifs, familiaux et sociaux, afin de permettre la meilleure évolution, le meilleur suivi possible individuellement, parce que chaque cas est un cas différent de l'autre.

Ce diagnostic permet aux parents de mieux connaître leur nouveau enfant, la découverte de l'enfant dans sa famille, dans son environnement, avec

ses démentions plurielles, ses richesses et ses difficultés, ainsi que ses besoins. (Tourrette. C, 2002, p. 119).

## **8. La prise en charge**

La prise en charge précoce (kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, aide éducatrice commence à partir de 3 à 4 mois. Cet accompagnement est à poursuivre, en vue de la meilleure autonomie et insertion sociale possible, en milieu ordinaire.

### **8.1. L'accompagnement kinésithérapeute**

L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en l'absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de l'hyperlaxité. Le projet est construit et réévalué régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan kinésithérapeute. Il faut solliciter la pratique régulière d'activités physiques qui seront un relais ensuite à la kinésithérapie. La kinésithérapie est souvent arrêtée à l'âge de la marche alors que les bénéfices à la poursuivre sont majeurs sur la tonicité et la motricité globales, la motricité fine, l'acquisition de l'équilibre, la tonification bucco-faciale. Elle prépare aussi à la pratique régulière d'activités physiques mais il est indispensable de faire régulièrement un bilan moteur et statique pour surveiller l'évolution corporelle et les capacités motrices. (Noack. N, 1999, p 274).

### **8.2. L'accompagnement psychomoteur :**

L'objectif est d'aider l'enfant à percevoir et connaître son corps pour ses conduites motrices, mais aussi pour ses conduites expressives, ceci en :

- Estimant ses possibilités, et les indices d'hétérogénéité dans son développement
- Valorisant son potentiel, ses compétences et son désir d'expérience

- Accompagnant les domaines les plus en retrait afin d'augmenter ses chances d'adaptation
- Veillant à l'expression des difficultés dans le temps et à leurs implications affectives
- Identifiant, et prévenant les périodes sensibles lorsqu'il est confronté à des situations sociales ou d'apprentissage qui le mettent en difficulté.

Une attention particulière est portée sur l'adaptation de l'enfant au sein de la collectivité, sa compréhension des situations sociales, de jeux et sa capacité à construire sa place.

Un travail peut être maintenu chez l'adolescente fonction de ses choix et des demandes particulières qu'il peut formuler. Soit à partir d'objectifs d'autonomie que l'adolescent peut formuler, soit sous la forme d'un accompagnement plus global à cette période qui nécessite une réappropriation de l'image du corps qui subit des transformations importantes et qui correspond souvent à une nouvelle confrontation à la perception de la différence.

(Noack. N, 1999, p 275).

### **8.3. L'accompagnement orthophonique**

Il existe une problématique langagière spécifique à la Trisomie 21, avec en plus des difficultés d'articulation, concourant à une moindre intelligibilité de la parole, non corrélés avec le niveau de compréhension.

L'objectif global de cette éducation précoce est, avant tout, d'accompagner un très jeune enfant dans la mise en place de la communication, sans visée normative, et de l'aider, à exprimer, à son rythme, l'ensemble de ses potentialités. L'orthophoniste est là aussi pour aider les parents à mieux interagir avec cet enfant dont l'hypotonie atténue les signes de communication, à savoir utiliser des stimulations, tout en restant les "parents" de cet enfant, pour lui permettre de prendre sa place d'interlocuteur.



L'orthophoniste peut utiliser conjointement différents systèmes et méthodes d'Aide à la Communication, basés sur les stimulations sensorielles (le Toucher, la Vue, l'Ouïe, etc..), sur la gestuelle, les mimiques et l'imitation. L'utilisation d'outils tels que le Français signé et le makaton (signes et pictogrammes) sont recommandés et permettent un accès plus rapide à la communication chez ces personnes qui peuvent conserver de grosses difficultés de langage et de parole. Au fil des années, l'accompagnement orthophonique se poursuit en individuel ou en groupe pour accompagner l'enfant, l'adolescent et l'adulte dans sa scolarité et sa vie sociale et professionnelle qu'elle soit en milieu ordinaire ou protégé. (Noack. N, 1999, p. 275).

#### **8.4. L'accompagnement psychologique**

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

- La famille Comme pour tout enfant, elle constitue "le" cadre primordial de développement de l'enfant trisomique. Dès l'annonce du diagnostic (en prénatal ou en postnatal), la famille aura à entamer le cheminement douloureux et souvent long qui lui permettra de se réorganiser pour donner à "son" enfant trisomique la place qui lui convient dans la structure familiale.

Certains « dispositifs d'accueil » mis en place par des associations peuvent constituer une aide supplémentaire, mais aussi les groupes de parole des parents et les groupes fratrie.

- La construction de la personne Pendant l'enfance et l'adolescence, puis à l'âge adulte, des évaluations objectives et répétées des compétences, des difficultés et des habiletés sociales peuvent aider la personne T21, ainsi que sa famille et ses éducateurs, à mieux connaître ses points forts et ses points faibles dans le but de

construire son projet de vie, en milieu ordinaire ou adapté, en repérant les personnes et les structures sur lesquelles il peut s'appuyer. Les accompagnements éducatif et psychologique sont importants pour aider les personnes dans cette construction, et les familles dans la prise de risque que cela implique. (Ibid, p. 275).

La trisomie ne préserve pas des aléas de l'existence, il existe pour les personnes trisomiques comme pour nous tous des moments où l'individu seul a du mal à faire face, et où l'écoute et le soutien d'un professionnel devient particulièrement nécessaire. Moins aptes que d'autres à exprimer leur malaise, ou le faisant de façon détournée voire maladroite, le mal être des personnes trisomiques est trop souvent ignoré. Famille et professionnels doivent présenter une vigilance particulière sur ce plan.

### **8.5. L'accompagnement éducatif**

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

L'accès à la crèche, à l'école, au centre social et de loisir, au club sportif ou à la piscine ne va pas toujours de soi. L'accès à la formation professionnelle et au travail en milieu ordinaire reste encore marginal. L'accompagnement éducatif doit alors se centrer sur les milieux de vie de la personne en l'accompagnant, en donnant de l'information (et de la formation) aux professionnels de ces lieux comme aux autres usagers, il s'agira :

- De rassurer les professionnels du milieu ordinaire sur leur compétence et leur savoir-faire vis à vis des personnes trisomiques pour lesquelles les cadres théoriques habituels gardent toute leur valeur, et d'aider ces professionnels à adapter le milieu ordinaire et leurs pratiques aux caractéristiques développementales particulières des personnes porteuses de trisomie 21, en rappelant les droits des personnes si nécessaire.

- D'être vigilant au réel développement de relations sociales des personnes trisomiques à l'intérieur des lieux fréquentés avec leurs pairs ordinaires. La construction d'un cadre relationnel positif est délicate et, à de rares exceptions près, ne semble pouvoir se construire que solidement encadré et soutenu par les adultes. Parallèlement, les échanges avec d'autres personnes trisomiques paraissent tout à fait primordiaux.

Un point particulier sur la scolarisation: l'accès à l'école ordinaire est de plein droit dans les mêmes conditions pour tous les enfants, quelle que soit sa situation. Ceci a bien été rappelé par la Loi du 11 Février 2005. Il existe désormais sur le territoire national des dispositifs de scolarisation et d'accompagnement qui permettent des parcours diversifiés en milieu ordinaire. Le but n'est pas simplement la présence de l'enfant dans une école ordinaire, c'est forcément avec un projet éducatif et un accompagnement adapté éducatif, social et psychologique. Non seulement il faut la conviction que cet enfant peut progresser, mais aussi une exigence adaptée aux difficultés qu'il rencontre. Il faut pouvoir adapter le programme et adapter la pédagogie. N'oublions pas que les apprentissages ne se limitent pas à l'âge scolaire, il est encore possible d'apprendre à lire après 18 ans. Au moins la moitié des personnes porteuses de trisomie 21 devrait avoir les capacités de lecture et d'écriture "courantes". (Noack. N, 1999, p 276).

**Synthèse du chapitre :**

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut considérer que la trisomie 21 est la présence d'un chromosome 21 surnuméraire qui se traduit par un retard mental et d'un aspect physique propre aux enfants atteints de trisomie 21. Il est important de savoir que chaque enfant présente un profil particulier qui lui est propre et qui varie selon l'étendue de son retard.

*Partie pratique*

*Chapitre IV*

*Méthodologie de*  
*la recherche*

## **Préambule**

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Avant d'approcher le terrain d'étude, on est sensé d'abord faire une pré-enquête, en vue de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche, et ce, avant d'aborder l'enquête.

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et le groupe de recherche, et les outils de recherche qu'on a utilisés et leurs analyses.

### **1. La pré-enquête**

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaires des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiable, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (O. Aktouf, 1987, p102).

La pré-enquête que nous avons menée, a pour objectif la connaissance du terrain d'étude, et consiste à connaître la population des mères ayant des enfants trisomiques au sein de l'association d'aide aux inadaptés mentaux de la wilaya de Bejaïa.

Cette pré-enquête a pour but de constituer l'affectif des mères d'enfants trisomiques dans l'association d'aide aux inadaptés mentaux, et ainsi d'observer

leurs comportements, et de mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude.

Notre pré-enquête est constituée de nombreuses rencontres ouvertes avec des mères ayant un enfant trisomique, dans le but d'obtenir des renseignements importants traitant notre thème de recherche.

Notre pré-enquête en relation avec notre thème de recherche s'est effectuée comme suite :

Au début on s'est renseigné sur les différents centres pédagogiques que les mères d'enfants trisomiques dans la wilaya de Bejaïa, et ce pour pouvoir s'assurer de la disponibilité de la population d'étude et préciser le lieu où se déroulera notre recherche.

Par la suite, on a pu rencontrer le président de l'association d'aide aux inadaptés mentaux de la wilaya de Bejaïa, et ce grâce à l'orientation du psychologue scolaire travaillant dans cette association.

Après avoir eu l'autorisation d'avoir accès à cette association, où on s'est présenté comme étant des étudiants de psychologie clinique en master 2 à l'université de Abderrahmane Mira de Bejaïa, en vue de l'obtention d'un mémoire de fin de cycle, où on leur a proposée notre thème de recherche : « Les stratégies de coping chez les mères ayant un enfant trisomique ». Et la raison pour laquelle on s'est présenté à cette association est de trouver une population d'étude à fin d'établir notre recherche.

L'enquête se veut un outil d'étude d'obtenir des informations correspondant aux objectifs afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

On a voulu entamer la suite de notre recherche par une enquête suivie de plusieurs cas pour confirmer ou infirmer nos hypothèses et notre thème de recherche, mais on n'a pas pu le terminer à cause de l'épidémie qui a été survenue « Covid-19 ».

## **2-Présentation de lieu de recherche :**

L'Association d'aide aux inadaptés mentaux de Bejaia est l'une des plus anciennes associations de Bejaia, elle a été créée en 1983, son objectif est la prise en charge psychopédagogique et la formation professionnelle adaptée aux jeunes déficients mentaux, non scolarisable mais de niveau semi-éducable, ne présente pas de graves troubles du comportement et de personnalité.

Le centre d'Ihdaddadèn est composé de deux parties, les enfants de 6 ans à 17 ans, sont pris en charge sur le plan autonomie, le plan gestuel, etc. pour les adolescents qu'ils offrent des moyennes de prés apprentissage avec des ateliers, pour le côté pédagogique. Pour le côté professionnel, une fois qu'ils ont atteint 18 ans ils les orientent vers le centre de Sidi Ali lebher.

### **Organisation et fonctionnement :**

- 02 Psychologue cliniciens : Chargés du suivi psychologique et du comportement, la conduite des enfants.
- 02 Orthophonistes : Chargés du suivi orthophonique, rééducation et de logopédie.
- 01 Chargée pédagogique : Chargée de la préparation des programmes et du suivi pédagogique pour les enfants.
- 01 Chargée psychomotricité : elle est chargée de la rééducation motrice et du développement psychomoteur de l'enfant.
- 01 Assistance sociale : Elle est chargée de faire suivi médical et les enquêtes sociales.
- 01 Un médecin : Chargé de l'état de santé et du suivi médical des enfants.
- 02 : Jeunes insérés : Chargés de la surveillance.
- 03 Cuisiniers : Préparation des repas.



### 3. La méthode utilisée

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche.

#### 3.1. La méthode clinique

La méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la longueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. La psychanalyse fonde sa recherche sur l'anamnèse d'un sujet, c'est-à-dire l'histoire racontée par un individu pour faire revivre son passé et ainsi comprendre son présent. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet.

(L-J. Bédinielli, 2006, p.43).

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (N. Sillamy, 1999, p.58).

Les chercheurs en psychologie clinique, font principalement appel aux méthodes descriptives, elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

Dans notre recherche, on a donc décidé d'adopter la méthode clinique, parce qu'elle nous permet d'approfondir dans le vécu psychologique des femmes ayant un enfant trisomique. A savoir décrire le type de coping et le type de stratégies utilisés pour faire face à la situation.

### 3.2. L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanisme de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p.126).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. (Ibid, p.126).

L'étude de cas comme méthode de recherche, nous permet de rester au plus près de la réalité clinique, et de décrire le groupe de recherche avec ses détails, sujet par sujet, décrire le ressenti, les émotions et les stratégies défensives de ces femmes. et d'approfondir pour mieux les analyser.

## 4. Les outils de la recherche

Dans notre recherche on a utilisé comme techniques, l'entretien clinique de recherche, et l'échelle toulousaine de coping.

### 4.1 Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petit robert, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. C'est le synonyme de conversation, discussions ou dialogue. (H. Bénony, K, Chahraoui, 1999, p.11).

L'entretien consiste à une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen mettant les sujets dans une situation particulière. L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique à la fois outils de diagnostique, outils de thérapie et de soutien. C'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à ses émotions et à son vécu. Il prend en compte tous les aspects originaux, en anamnésiques et actuel de problème posé par le sujet. Il existe différents types d'entretien mais dans notre recherche, on a opté pour l'entretien semi directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ce dernier implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. (KH. Chahraoui, h, Bénony, 2003, P.143).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisées ni ordonnées, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler

son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (H. Bénony, KH, Chahraoui, 1999, p.16).

Ce type d'outil permet au delà d'obtenir des informations, l'opinion, et les sentiments et émotion et pensée des femmes interrogées. Il est plus approprié pour notre travail afin de permettre au sujet de produire un discours plus riche sans pour autant sortir du cadre précis de la recherche, au même temps il est structuré selon notre objectif qui est bien déterminé afin de limiter ses réponses.

#### **4.1.1. Le guide d'entretien clinique**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, qui identifie un certains nombres d'axes. Pour cela nous avons construit un guide d'entretien qui comporte des informations générale sur nos sujets, il se compose de trois axes dont chacun comporte plusieurs questions.

**Au premier lieu :** ce point consiste les renseignements personnels, (âge, niveau d'instruction, situation professionnel). Pour avoir une idée générale de notre cas.

**Le premier axe :** englobe des questions sur le vécu de la grossesse et tout ce qui concerne cette dernière, dans ses aspects physique et psychique. Dans le but de connaître le déroulement de la grossesse, et comment les femmes ont vécu cette expérience

**Le deuxième axe :** cet axe se compose d'un ensemble de questions qui concerne le vécu psychologique des mamans ayant un enfant trisomique, et comment les mères ont réagi à cette situation.

**Le troisième axe :** cet axe contient aussi plusieurs questions sur le parcours de l'enfant et les perceptions subjectives de la mère, aussi sur le regard de la maman vers l'avenir de son enfant.

Dans notre recherche, on c'est basé sur l'analyse qualitative. Tout d'abord on va analyser le contenu de chaque axe en suivant la méthode d'analyse qualitative. On va analyser aussi à l'intérieur de chaque axe, le contenu des informations récoltées en se basent sur la théorie adopté dans notre recherche qui est l'approche transactionnel de de Lazarus et Folkman.

Et on peut dire que la méthode qualitative, est une méthode qui renvoie à faire une recherche, intéressée par l'observation d'un phénomène social au milieu naturel, elle traite des données difficilement quantifiable, elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques. On va donc donner sens et fournir une lecture clinique aux données récoltées.

## **4.2. Présentation et analyse de l'échelle toulousaine de coping**

Le test utilisé et l'échelle toulousaine de coping. Et il est considéré le plus Adéquate pour notre thème de recherche.

### **4.2.1. Définition de l'échelle toulousaine de coping**

L'échelle toulousaine de coping et un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer dont les individus font face et réagissent à une situation stressante, il est composé de 54 items. (S. Esparbès et autre, 1989, p.93).

### **4.2.2. Histoire du test**

Le recensement des travaux sur le coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des démentions pour décrire des processus.

Pour Lazarus et Folkman (1994), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il mobiliser pour y répondre, deux démentions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques.

- une focalisation sur le problème (réflexion et intervention).
- une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de détresse émotionnelle causée).

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par la tension auxquelles elles sont confrontées. À la déférence des auteurs précédent, ils mettent en place une théorie composée de trois démentions. La première, fait référence aux tentatives pour changer la situation, la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation de stress, et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de la détresse. (Ibid, p.93).

Par contre, Craver, Scheier et Weintraud (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupés selon cinq champs : le champ comportemental, le champ cognitif, le champ émotionnel, les mécanismes de défense, et le rapport sociaux.

Ces auteurs font de coping un processus, pouvant inclure toute sorte de stratégies, dont certaines n'étaient pas pris en compte jusque là. Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposons une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux, et affectif. (S. Esparbès et autre, 1989, p.94).

#### **4.2.3. Le contenu**

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action ( champ conatif ), l'information ( champ

cognitif ), et l'émotion ( champ affectif ) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies ( focalisation , support social , retrait, conversion, control et refus ), chaque champ est constitué de six démentions, est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle des cinq points.( Ibid, p.94).

#### 4.2.4. Présentation des stratégies de coping

Champs Stratégie	<b>I</b> <b>ACTION</b>	<b>II</b> <b>INFORMATION</b>	<b>III</b> <b>EMOTION</b>
<b>Focalisation</b>	<b>A</b> Focalisation active	<b>G</b> Focalisation cognitive	<b>M</b> Focalisation émotionnelle
<b>Support social</b>	<b>B</b> Coopération	<b>H</b> Support social informationnel	<b>N</b> Support social émotionnel
<b>Retrait</b>	<b>C</b> Retrait comportemental et social	<b>I</b> Retrait mental	<b>O</b> Addictivité
<b>Conversion</b>	<b>D</b> Conversion comportemental	<b>J</b> Acceptation	<b>P</b> Conversion par les valeurs
<b>Contrôle</b>	<b>E</b> Régulation des activités	<b>K</b> Contrôle cognitif et planification	<b>Q</b> Contrôle émotionnel
<b>Refus</b>	<b>F</b> Distraction	<b>L</b> Dénégation	<b>R</b> Alex thymie

Tableau N° 2 : Présentation des stratégies selon les champs

(S. Esparbès et autre, 1989, p.95).

-**La focalisation active et cognitive** : implique de se centré sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation active (émotionnelle) implique en fait l'invasion d'émotions spécifiques (agressivité et culpabilité).

- **Le support social** : implique la demande d'aide en termes cognitifs (conseils, information), ou affectif (besoin d'écoute et reconnaissance). Il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyens de lutter contre le stress.

-**Le retrait** : le sujet se replie sur lui-même, essaye de ne pas penser au problème en se réfugiant dans le rêve ou dans l'imaginaire, ou en adoptant des conduites de compensations (nourriture, drogue, médicament)

-**La conversion** : implique le changement, la transformation des comportements, des positions cognitives (acceptation), ou des valeurs (se tourner vers Dieu, se donner une philosophie de vie).

-**Le contrôle** : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités et la contention des émotions.

-**le refus** : le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelques choses de plus agréables. Il a des difficultés à décrire ses émotions. (Ibid, p.95).

#### 4.2.5. Administration et notation

##### - Administration

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques instructives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en



suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence à la consigne de test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas de tous d'accord) à 5 (tout a fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincères que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées.

(S. Esparbès et autre, 1989, p.96).

#### **- La notation**

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la feuille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1 à 54 dans l'ordre de test. Ensuite 5 types de notes sont possibles, Au choix.

-Avec la feuille de dépouillement 1 on obtient :

**-Une note de dimension** : c'est la somme des trois phrases constituant la dimension, il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex: pour la dimension A, additionner les scores obtenus aux phrases 1, 19, et 37). Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus fines de l'échelle.

**-Une note par champ** : c'est la somme de 6 constituant les dimensions constituant le champ (cases blanches non grise). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée. Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée de sujet dans les champs.

**-Une note générale de coping :** c'est la somme des trois notes des trois champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G.

Une note de coping positif et une de coping négatif: il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées positifs, négatifs, et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives de coping qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne.

(S. Esparbès et autre, 1989, p.97).

-Avec la feuille de dépoilement 2 en obtient:

**-Une note totale par stratégie :** il suffit de rapporter par ligne les notes obtenues aux dimensions, de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépoilement 2 et de faire la somme par ligne, on obtient ainsi une note pour chaque stratégie.

Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (Ibid, p.97).

#### 4.2.6. La Consigne

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez à fait concernés et qui est angoissante, stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourer le chiffre qui vous correspond le mieux.

Pour trouvez 5chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : 1 (pas de tous) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

Cette échelle tirée de Sylvie Esparbès, Florence, Pierre.T, Journée de laboratoire de personnalisation et de changements sociaux.

### **Synthèse du chapitre**

Pour mener à bien une recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie, elle nous a servis à organiser notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et les étapes dans le déroulement de notre travail. Car on s'est basé sur les outils d'investigation qui sont, l'entretien clinique ainsi que le test de coping. Ce qui nous permet d'avoir les informations nécessaires sur notre groupe de recherche.

# ***Chapitre V***

***Présentation, analyse des***  
***résultats et discussion des***  
***hypothèses***

**Préambule**

Dans notre dernier chapitre, le travail portera sur «Résultats de la pré-enquête ». Notre travail sera réparti en deux plans différents et complémentaires, qui sont : sur le premier plan, on aura à présenter nos deux cas clinique, à partir desquels on a recueilli des données des entretiens cliniques de recherches effectués. Sur le second plan, on tentera d'analyser ces entretiens en utilisant l'interprétation qualitative du contenu, en se basant sur leurs propos, puis, analyser les résultats de l'échelle de coping en nous référant aux différents travaux théorique du coping.

**I. Présentation, analyse des résultats****A- Premier Cas****1- Présentation et analyse des données du premier cas****1-1- Présentation et analyse de l'entretien clinique semi-directif****- Les renseignements personnels de la maman et de l'enfant**

Madame "Kahina" est âgée de 40 ans, elle a le niveau de quatrième année moyenne, femme au foyer. Elle c'est marié a l'âge de 25 ans, Rabah est son fils unique, âgé de 7 ans porteur d'une trisomie 21 ; elle a eu cette enfant a l'âge de 33 ans.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue du centre.

Après avoir eu des échanges verbaux avec madame "Kahina", l'occasion s'est étalée pour lui expliqué le but de notre travail de recherche

La femmes s'est rapidement adapter à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements.

**Axe 1 : les données sur la relation conjugale la période de la grossesse et l'accouchement**

Après avoir changé la discussion avec madame "Kahina" on repère que sa grossesse était désiré est elle justifier comme suivant : " comme toute maman j'ai rêvé d'avoir un enfant sain et complet "

Et pour l'annonce de sa grossesse madame "Kahina" a réagi comme suivant *"quand ma gynécologue ma annoncé ma grossesse, et j'ai trop pleuré, ça été mon rêve "*, notre cas à imaginer son bébé avant d'y n'être " *je volais avoir un beau enfant de bonne santé qui enlumine ma vie et qui enlève le vide "*.

Madame "Kahina" à vécu une grossesse normal, cela sans avoir rencontré un problème de santé ni du coté physique, ni de coté psychique. Cela se manifeste à travers le témoignage suivant " *ma grossesse a été normal, je n'avais aucun problème, c'est comme si je n'étais pas enceinte...*". Ce qui indique l'absence de complication durant sa grossesse. Par rapport a l'accouchement de notre cas ça été gravé dans sa mémoire, " *quant je suis arrivé a la clinique, la sage femme ma dit que n'est en danger, si j'accouche normale l'un de nous va mourir alors j'ai accouché par césarienne.*"

**Axe 2 : le nouveau né et la réaction de la mère**

La maman nous a déclare qu'après 6 mois de la naissance, lors d'une consultation, la pédiatre vient d'annoncé a son mari que son fils, n'est pas normal et qu'il est porteur d'une trisomie 21, " *quand mon mari ma annoncé cette nouvelle, j'ai lui dit normal c'est dieu qui veut, c'est vrai que j'ai beaucoup pleuré mais à la fin j'ai accepté, c'est ...el maktoube.*"

Madame "Kahina" à eu l'encouragement dans son entourage spécialement sa belle mère, cette dernière la idée dans le côté psychique, elle lui a donnée des conseils et elle la encouragé puisque son mari n'a pas accepter la situation, "

*grâce à ma belle mère que j'ai du courage."* par contre son mari à changer de caractère envers sa femme depuis la naissance de son fils, car il n'a pas accepter la situation, *" j'ai vraiment souffert avec mon mari, il à changé, il n'était pas a mes côtés, j'étais le père et la mère de mon fils "*.

La famille de notre cas à était avec elle, dans ce moment difficile. Quant à l'attitude de l'entourage vis-à-vis de la trisomie 21, madame "Kahina" déclare qu'elle a été touchée par les comportements et les attitudes de certaines personnes, *"au début le regard des autre me touche, me blesse, c'est dommage...mais maintenant je m'en fou des regards et des paroles des gens c'est mon fils et je l'accepte tel qu'il est "*.

En fin Mm "Kahina" espère que les gens comprennent qu'il s'agit d'une malformation génétique est non d'une maladie.

### **Axe 3 : les parcours de l'enfant et les perceptions subjectives de la mère**

La maman décrit sa relation avec son enfant, qu'ils sont très attaché l'un de l'autre, Elle veille pour lui manque rien, il est autonome, aimable et en bonne santé, *"grâce a moi que mon fils à acquis beaucoup de choses, j'ai jamais ressenti le manque ou bien qu'il est différent."* dit t'elle.

Notre cas nous a déclaré que son fils n'a pas eu des maladies, elle a trop souffert dans son éducation. Et par rapport a son admis au centre, l'enfant à trop changé, *"j'ai remarqué qu'il à acquis beaucoup de chose"*.

La maman à été satisfaite du changement de son fils, *" je suis heureuse, en fin je suis un peu soulager "*. Et qu'après tant d'années de sacrifices, elle a arrivé au résultat qu'elle a souhaité.

Et elle souhaite qu'il se marié un jour, et qu'il exercera un métier comme une personne normale, *"mais pourquoi pas ?"* dit-elle. La maman tient a exprimé

ces attentes positive de son enfant, en invoquant Dieu. Elle apprit à envisager la réalité, et elle a pu retrouver le goût de la vie, après avoir vécu une telle expérience pénible grâce à sa croyance en Dieu et au destin.

On constate que Mm "Kahina" a peur dans le future de l'attitude de l'entourage vis-à-vis la trisomie21 de son enfant.

**1-2- Présentation et analyse des données du premier cas clinique :**

**1-2-1- Feuille de dépouillement n° 1**

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	1	1	3	5	1	1	4	5	4	1	5	1	3	3	5	5		
Item	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	5	1	5	4	5	4	5	4	1	5	1	4	5	1	3	5	5		
Item	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	1	1	5	1	1	1	5	1	4	4	5	3	5	1	3	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TG
Action	15			11			6			10			12			9			63	364
Information		11			8			11			13			11			15		69	
Emotion			3			11			9			7			5			15	50	
Positif	15	11		11				11	9		13					9	15	15	109	
Négatif			3		8	11	6			10		7	12	11	5				73	

**Tableau N°1 : feuille de dépouillement n° :01 du premier cas clinique.**

Dans ce tableau on a mentionné une note totale de 364 des champs, la note la plus élevé est de 109 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 73, et on a le coping centré sur l'information avec une note de 69, en suite une note de 63 pour l'action, et 50 le champ d'émotion.



## 1-2-2- Feuille de dépouillement N° 02 :

Champs Stratégies	I Action		II Information		III Emotion		Total
Focalisation	A	15	G	11	M	3	29
Support social	B	11	H	7	N	11	29
Retrait	C	6	I	6	O	3	15
Conversion	D	10	J	11	P	11	32
Contrôle	E	11	K	13	Q	13	37
Refus	F	10	L	11	R	11	32

Tableau N° 2 : Feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le support social avec un score 37, viennent en suite la focalisation avec un score de 35, et une note de 34 pour Le contrôle, et 32 pour la conversion, et une note faible pour le refus qui a 27, et le retrait qui a la note de 17.

## 1-2-3 Synthèse de l'échelle de coping

D'après les réponses et les résultats retenus dans les feuilles de dépouillement 1 et 2, on peut dire que madame "Kahina" à utilisé un **coping positif**, ou on a repéré un score de 109, elle est arrivé à faire face a la situation ou elle se trouve et elle a utilisé **un coping centré sur l'information** ; ça veut dire qu'elle a utilisé un coping qui lui a aidé a faire face et dépasser cette période avec succès.

## Synthèse du cas

On se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping qu'on a effectué avec le sujet, on peut dire que madame "Kahina", a utilisé un **coping positif** pour faire face à la situation.

**B- Deuxième Cas****2- Présentation et analyse des données du deuxième cas****2-1- Présentation et analyse de l'entretien clinique semi- directif****-Les renseignements personnels de la maman de l'enfant**

Madame "Karima" est âgée de 35 ans femme au foyer, elle atteint le niveau de 3ème année secondaire, elle a décidé de se marié a l'âge de 22 ans." Lania" est sa fille unique, âgé de 11 ans porteuse d'une trisomie 21. Elle a eu cette fille à l'âge de 23ans.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue du centre.

Après lui avoir expliqué notre objectif, elle s'est directement ouverte sans hésitation à toute nos question aux quelles elle à répondu en détails.

Durant notre entretien, notre sujet était a l'aise, décontractée, souriante et motivée, le climat instauré lors de cette conversation était très chaleureux, et plein de confiance.

**Axe 1 : Les données sur la relation conjugale, la période de grossesse et l'accouchement**

Après l'interrogation de notre sujet sur la nature de sa grossesse, on n'a repéré que le jour ou le médecin a annoncé qu'elle était enceinte, elle dit" ... *ce jour là est inoubliable pour moi, c'était un moment de joie... j'étais tellement contente d'avoir un enfant*". Ce dernier était désirée, "oui c'est sur, je voulais être enceinte". Elle nous a dit que c'était son souhait d'avoir un enfant, juste après le mariage, "*l'essentiel un enfant en bonne santé soit garçon ou fille* " dit-elle. Elle souhait d'avoir un enfant complet, sans complication.

Madame "karima" à vécu une grossesse difficile et elle était un peu malade. Quant l'accouchement était plus difficile par rapport au vécu de sa grossesse. Son accouchement était normal, mais compliqué qui a pris beaucoup de temps.

A ce moment la, elle est n'a pas eu la moindre doute que sa fille soit une trisomique, elle l'a décrit comme un très beau bébé et qu'elle ne présente aucun signe d'un enfant trisomique.

### **Axe 2 : Le nouveau né et les réactions de la mère**

Le diagnostic à était annoncé au moment de l'accouchement, les médecins ont aperçu de l'aspect anormal de l'enfant. Madame "Karima" a décrit son ressenti à ce moment par un choc émotionnel, un sentiment d'impuissance, en disant : " ... je n'ai pas crue que cela est vrai, j'étais choqué, décourage, j'ai pensée directement à elle, comment va affronter la vie et l'entourage surtout ..." silence... pleure. La maman a décidé de parler à son mari en premier. Ce dernier, à accepter et encourager sa femme et sa renforce la relation. Et sa donner beaucoup de force à sa femme, en disant "... puisque mon mari était a mes côtés et il m'encourage je mon fou des autres ...". Souriante.... C'est avec sa qu'elle à réussit à affronté la société avec une grande fierté et aussi sa a donner le courage d'informer sa famille, mis au courant tout le monde, elle s'en fiche de pitié.

### **Axe 3 : Le parcours de l'enfant et les perceptions subjectives de la mère**

Madame "Karima" décrit sa relation avec sa fille, comme une relation fusionnelle, en disant : " Lania est une partie de moi et je ne peux pas m'éloigner d'elle on est très proche". Sourit... "Lania" est tout pour elle, en disant : " ma fille c'est mihwar el hayat, je ferais tout mon possible pour elle...".

La maman nous a déclaré que sa fille n'a pas des difficultés, indiqué comme suite : "ma fille est adorable, elle était normale, au contraire elle voulait faire des activités... elle a une bonne approche avec les adultes, elle est toujours

dynamique, plein d'énergie..." sourit... "Dieu a été avec moi El-hamdouli-Allah, dieu merci ..." d'écrit-elle.

Par rapport a son admission au centre, la maman nous a déclaré que le centre n'a pas changé beaucoup d'elle. Elle était intelligente, douée et toujours dynamique.

Comme pour toute maman Madame "Karima" a une vision positive a propos de l'avenir de sa fille et pour cela elle nous a dit :

" J'espère qu'elle trouvera un métier sur lequel elle pourra s'appuyer. Pourquoi pas de faire des travaux à la maison pour qu'elle s'occupe d'elle-même...".

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

**2-2- Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping**

**2-2-1- Feuille de dépouillement n° 1 :**

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	5	1	1	1	5	1	1	3	4	4	4	4	1	1	5	5	5			
Item	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	1	1	5	4	5	4	5	5	1	5	4	4	5	1	1	1	1			
Item	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	5	1	1	5	1	1	1	5	5	5	4	3	3	5	1	4	5	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TG	
Action	15			11			6			10			11			10			63	348	
information		7			6			11			13			11			11		59		
Emotion			3			11			13			11			3			11	52		
Positif	15	7		11				11	13		13					10	11	11	102		
Négatif			3		6	11	6			10		11	11	11	3				72		

Tableau N° 3 : Feuille de dépouillement n° 1 du deuxième cas clinique

Dans ce tableau on à motionné une note total de 348 des champs, la note la plus élevé est de 102 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score 72, et au coping centré sur l'action avec une note de 63, en suite une note de 59 pour les champs d'information, et 52 pour l'émotion.

## 2-2-2- Feuille de dépouillement n° 2

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 15	G 11	M 3	29
Support social	B 11	H 7	N 11	29
Retrait	C 6	I 6	O 3	15
Conversion	D 10	J 11	P 11	32
Contrôle	E 11	K 13	Q 13	37
Refus	F 10	L 11	R 11	32

Tableau N° 4 : Feuille de dépouillement n° 2

Ce tableau montre une note total pour chaque stratégie, une note élevé pour le contrôle avec un score 37, viennent en suite la conversion et le refus avec un score de 32, et une même note de 29 pour la focalisation et le support social, et une note faible pour le retrait qui a 15.

## 2-2-3- Synthèse de l'échelle de coping

D'après les réponses et les résultats retenus dans les feuilles de dépouillement 1 et 2, on peut dire que madame "karima" à utilisé un **coping positif** ou a repéré un score de 102, elle est arrivé à faire face a la situation ou elle se trouve et elle a utilisé un **coping centré sur l'action** ; ça veut dire qu'elle a utilisé un coping qui lui a aidé à faire face et dépasser cette période avec succès.

## Synthèse du cas

On se référant aux résultats de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on peut dire que madame "Karima", a utilisé un **coping positif** pour faire face à la situation et d'après la théorie de Lazarus et Folkman, appelé théorie transactionnelle, on peut conclure et dire que notre sujet présente un coping positif.

### II. Discussion des hypothèses

Ont a voulu entamer la suite de notre recherche par la discussion des hypothèses pour confirmé ou infirmé nos hypothèses, mais ont a pas pu le terminer à cause de l'épidémie qui a été survenu « Covid-19 ».

# ***CONCLUSION***

Dans cette étude, nous avons tenté d'aborder la question de stratégies de coping chez les mamans, liée à la trisomie 21 de leurs enfants. Nous avons réalisé cette recherche dans le but de savoir si ces mères souffrent et la façon dont elles font face.

Le coping est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant ou dépassant ses ressources.

Dans ce cadre, la trisomie 21 constitue l'une des anomalies les plus fréquentes de nos jours. Les personnes porteuses de cette anomalie ont besoins d'un accompagnement pluridisciplinaire pour offrir des meilleures conditions de la vie quotidienne de ces personnes.

Devant cette situation les mères d'enfant trisomique utilisent un certain nombre de comportement et de modalité, afin de surmonter et s'adapter à leurs problèmes, elles se réfèrent aux différentes stratégies de coping.

Pour mieux accéder aux informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons utilisé l'entretien semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping, pour savoir comment elles font face à leur situation, et quels types de coping utilisent-elles ?

Nous avons choisi ce thème pour des raisons, si on parle de notre pays l'Algérie, on peut dire qu'il y a un manque de sensibilisation concernant ce type de sujet, qui est marqué par l'absence des centres spécialisé pour soulager et aider ces mamans, a accepté cet handicap par la programmation des séances de psychothérapie, et de soutien, pour qu'elles puissent apprendre à bien s'occuper de leur enfants trisomiques est un thème aussi important. On espère que ce travail vous apportera quelques informations concernant les souffrances de ces



mères, afin de les aider à surmonté leurs situations par vos soutien et vos encouragement.

Durant notre recherche on a pu suggérer d'autres questions qui peuvent être étudié par des futures chercheures qui sont :

- Qu'elle est le vécu psychologique des mères ayant un enfant trisomique.
- Comment est la qualité d'attachement entre la mère et l'enfant trisomique ?

# ***Bibliographie***

## La liste bibliographique

---

1. Aktouf, O. (1987). « *Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires* », Ed les presses de l'université de Montréal, Québec.
2. Bénony, H. Chahraoui, KH. (1999). « *l'entretien clinique* », Dunod, Paris.
3. Chabrol. H, et autres, (2013). « *Mécanisme de défense et coping* », 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris.
4. Chahraoui. KH, Bénony. H,( 2003). « *Méthodes, évaluation, et recherche en psychologie clinique* », Dunod, Paris.
5. Cuilleret, M. (2007). « *Trisomie et handicaps génétiques associés, potentialités, compétents, devenir* ». 5<sup>ème</sup> éd : Masson.
6. Denir, V. (2006). « *Accompagner l'enfant trisomique* ». 3<sup>ème</sup> ed France. Edition chronique social.
7. Folkman et Lazarus, (1989). « *Stress appraisal and coping purger* » publie lign comparty, New york.
8. Guidetti, M. Tourette, C. (1999). « *Handicaps et développement psychologique de l'enfant* ». Paris, ed : Armand Colin.
9. Graziani, P. Swendsen, J. (2004). « *Le stress, émotion et stratégies d'adaptation* ». Ed Natan. Bordeaux.
10. Jean-Adolphe Rondal, « *La réhabilitation des personnes porteuses d'une trisomie 21* », L'harmattan, septembre 2015.
11. Laplanche. J, Pontalis. J-B, (1981). « *Vocabulaire de la psychanalyse* », 7<sup>e</sup> édition, Donud, Paris.
12. lecompte, J. (2013). « *Les 30 notions de la psychologie* », 1<sup>er</sup> éditions, Dunod, Paris.
13. Noack, N. (1997). « *Élément de réflexion sur le développement et les caractéristiques psychomotrice du sujet porteur de la trisomie 21* ».éd : Solal.
14. Noack, N. (1999). « *Caractéristique psychomotrice et prise en charge de l'enfant porteur de trisomie 21* ». éd Marseille :Solal.

15. Paulhan, I. (1992). « *Le concept de coping* ». Dunod. Paris
16. Pedenielli, J-L. (2006). « *Introduction à la psychologie clinique* ». Paris, Armand colin.
17. Schweitzer, M-B. (2001). « *Personnalité et maladie* », Ed Dunod, Paris.

### 2) les dictionnaires

18. Henriette, BLOch et all. (1992). « *Grand dictionnaire de la psychologie* ». Paris, Larousse.
19. Sillamy. N, 1999, « *dictionnaire de la psychologie* ». Larousse, Paris.
20. Ybert. E, 2010, « *le petit Larousse de la médecine en 5000 articles* ». Larousse, Paris.

### 3) Les thèses

21. Dinca. A, 2008, « **stratégies de coping, mécanisme de défense et leur influence sur le bien être et les performances d'athlète de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** », thèse de doctorat, en psychologie, université de rein champagne.
22. Pupat. A, 2007, « **la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques** », thèse de doctorat, en psychologie, université de Toulouse.

### 4) Article

23. Aboulmakarim, R, « *Rapport d'un projet technique, logiciel de jeux pour les handicapés mentaux* ». Paris, 2006.

## La liste bibliographique

---

- 24. ANET. Association Nationale des Enfants trisomiques 21 (ANET) (2012).** 80000 enfants trisomiques, en Algérie, Santé-Mag-actualité.
- 25. Doubaï Y., Cherkaoui Jaouadi I.S., Chekoui Dequaqi S., Sefiani A. (2010).** La récurrence de la trisomie 21 libre et homogène, A propos de trois observations. Médecine du Maghreb ; 175 : 29-34.
- 26. Jean-Adolphe Rondal,** « *la réhabilitation des personnes porteuses d'une trisomie 21*, l'harmattan ». Septembre 2015.

# ***Annexes***

### **Annexe N° 1 : Guide d'entretien clinique semi-directif**

#### **Les données personnelles de la maman et de l'enfant.**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Vous vous êtes marié à quel âge ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- Quel âge avez-vous le jour ou vous-avez cet enfant ?
- Quelle est la position de votre enfant dans la fratrie ? (si y'auna) ?-Quel âge a-t-il maintenant ? Le sexe ?

#### **Axe 1: Les données sur la relation conjugale, la période de grossesse et l'accouchement.**

- Pouvez-vous me décrire votre réaction lors de l'annonce de votre grossesse ?
- D'après vous comment imaginer votre enfant a cette période ?
- Pouvez-vous me parler de la période de votre grossesse ?
- Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

#### **Axe 2: Le nouveau né et les réactions de la mère.**

- Pouvez-vous me décrire votre réaction lors de l'annonce de l'anomalie de votre bébé ?
- Comment avez-vous réagit à ce moment là ?
- Pouvez-vous me parlé de votre ressenti à ce moment là ?

## Annexes

---

-Suite à cette découverte, qu'avez-vous faite? \*Avez-vous parlé d'autre personne ? A qui ?

\*Que vous-a-t-on dit ?

-Quelles est la réaction de votre mari suite à cette découverte ?

-Quelles est la réaction de votre famille ?

-Comment pouvez-vous décrire votre relation avec votre enfant par rapport à ses frères et sœurs (si il y'en a) ?

Qu'est ce qu'un enfant trisomique selon vous ?

**Axe 3 : Le parcours de l'enfant et les perceptions subjectives de la mère**

Quelles sont les difficultés que votre enfant a rencontrées durant son parcours ?

-Comment avez-vous vécu ses difficultés ?

-Avez-vous remarqué une amélioration depuis son admission au centre ?

-êtes- vous satisfaite de ses changement ?

-Comment envisager-vous l'avenir de votre enfant ?

-Comment voyer-vous votre avenir avec l'handicape de votre enfant ?



### Annexe N° 2 : l'échelle toulousaine de coping

#### La Consigne

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez à fait concernés et qui est angoissante, stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourer le chiffre qui vous correspond le mieux.

Pour trouvez 5chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : 1 (pas de tous) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

## Annexes

Choix de la situation difficile :

Face à une situation difficile, je réagis de façon suivante

	Pas de tout				Très souvent
	1	2	3	4	5
1-je fais face à la situation	1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6- je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je vais un plan d'action et je m'y tien	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14-Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15-Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16-Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24-Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25-Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27-Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28-Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29-Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30-J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5

## Annexes

32-J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33-Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39-Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41-J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	5
42-Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44-J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
45-Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46-Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47-Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48-Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49-Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50-Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51-Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

(S. Espardes et autre, 1989, p.160).

## Annexes

### Annexe N° 3 : Feuille de dépouillement n° 1p163).

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores																					
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores																					
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N			
																				<b>Total</b>	<b>TG</b>
Action																					
Information																					
Emotion																					
Positif																					
Négatif																					

(S. Espardes et autre, 1989, p. 163)

### Annexe N° 4 : Feuille de dépouillement n° 2

champs stratégies	<b>I</b> <b>ACTION</b>	<b>II</b> <b>INFORMATION</b>	<b>III</b> <b>EMOTION</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Focalisation</b>	A	G	M	
<b>Support social</b>	B	H	N	
<b>Retrait</b>	C	I	O	
<b>Conversion</b>	D	J	P	
<b>Contrôle</b>	E	K	Q	
<b>Refus</b>	F	L	R	

(S. Espardes et autre, 1989, p. 164)

## ***Résumé***

Notre recherche aborde la question du « les stratégies de coping chez les mères ayant un enfant trisomique ».

Notre objectif de la recherche est de connaître la relation qui existe entre le stress et les différentes stratégies de coping utilisées par nos sujets de recherche, afin de faire face à leurs stress.

Afin de réaliser cette recherche ; nous avons choisis comme terrain de l'étude l'association d'aide aux inadaptés mentaux, dans le quel nous avons opté pour l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulouzain de coping.

Ont a voulu entamer la suite de notre recherche par la discussion des hypothèses pour confirmé ou infirmé nos hypothèses, mais ont a pas pu le terminer à cause de l'épidémie qui a été survenu « Covid-19 ».

**Mots clés :** trisomie 21, les stratégies de coping, entretien clinique, l'échelle toulouzain de coping.

## **Summary**

Our research addresses the question of “coping strategies in mothers with a child with Down's syndrome”.

Our research objective is to know the relationship between stress and the different coping strategies used by our research subjects, in order to cope with their stresses.

In order to carry out this research; we chose as the study area the association of help to the mentally maladjusted, in which we opted for the case study, we made use of the semi-directive clinical interview and the toulouzain scale of coping.

We wanted to start the rest of our research by discussing the hypotheses to confirm or refute our hypotheses, but were unable to complete it because of the epidemic that occurred "Covid-19".

**Keywords:** trisomy 21, coping strategies, clinical interview, the Toulouse coping scale.