

Université Abderrahmane-MIRA-

Faculté Des Sciences Humaines et Sociales

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

THEME

L'anxiété chez les mères ayant un enfant trisomique 21
Etude de 08 cas réalisée aux centres médico-pédagogique
pour inadaptés mentaux « IHEDDADEN et AOKAS »

Réalisé par :

HADJI Yamina

HAMDI Safia

Encadré par :

M.LEKHDAR Amrane

Année Universitaire 2015-2016

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

Introduction générale.....	1
Problématique et hypothèses.....	5
Définition et opérationnalisation des concepts clés	10

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : L'anxiété

Préambule	12
1- Définitions des concepts	12
2- Distinction entre anxiété et peur	14
3- Distinction entre angoisse et anxiété	14
4- L'anxiété état et l'anxiété trait	14
5- L'anxiété normale et pathologique	15
6- L'anxiété du normale au pathologique	16
7- Le modèle de RACHMAN (1998) sur l'anxiété.....	17
8- Les différentes théories explicatives de l'anxiété.....	18
9- Le point de vue cognitif	21
10- Les types de l'anxiété selon le DSM IV R.....	21
11- La symptomatologie anxieuse.....	24
12- La prise en charge des sujets anxieux	25
Résumé	29

Chapitre II : la trisomie 21 :

Préambule	30
1- Aperçu historique	30
2- Définition des concepts	31
3- Les formes cliniques de la trisomie 21	32
4- Les caractéristiques de la trisomie 21	32
5- Développement psychologique de l'enfant trisomique.....	34
6- Etiologie de trisomie 21	36
7- Diagnostic clinique de la trisomie 21	38
Résumé.....	41

Chapitre III : La relation mère-enfant

Préambule	42
1- Définition de la famille	42
2- La relation mère-enfant dans la perspective psychanalytique	42
3- La théorie de l'attachement selon J.BOWLBY	45
4- Le rôle du père	47
5- La relation mère et enfant arriéré.....	48
6- Impact psychologique de l'arrivée d'un enfant trisomique sur sa mère..	50
Résumé	51

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

Préambule	52
1- Pré-enquête.....	52
2- Présentation des lieux de recherche	53
3- Présentation du groupe de la recherche.....	55
4- La méthode utilisée	56
5- Les outils d'investigations	57
6- Déroulement de la recherche	65
Résumé.....	65

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

1- Présentation et analyse résultats.....	67
2- Analyse générale des entretiens clinique et de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER	93
3- Discussion des hypothèses.....	95
Conclusion générale	97
Bibliographie	99

Annex

Remerciements

On voudrait, tout d'abord remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'achever ce travail.

On adresse nos vifs remerciements à notre promoteur M^r AMRANE LAKHDAR, qui a contribué à la réalisation de ce mémoire, pour nous avoir honorés en acceptant de diriger ce travail et pour ces orientations et ses conseils.

Aux membres de jury qui vont évaluer ce modeste travail.

On tien à exprimer nos sincères remerciements à tout le personnel des centres-médocopédagogique pour les inadaptés mentaux d'AOKAS et celui d'IHADADDEN « BEJAIA », pour leurs coopérations et leurs aides ainsi que leur disponibilité, en particulier les présidents de ces centres et les psychologues.

Aux mères des enfants trisomiques qui ont accordée leurs consentements à notre recherche.

Enfin, on tien à remercier tous ceux ou celles qui on participer de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

A mes parents, ces être qui me sont les plus chère au monde. Je vous remercie du plus profond de mon cœur pour m'avoir soutenu et encourager durant toutes mes études universitaires.

A ma très chère sœur Fifi, je te remercie pour ton soutien moral et pour ton bon humeur, et ton écoute.

A mes très chers frères, et sœurs pour leur soutien.

A Mimi, pour ta présence à mes coté, ta compréhension, ton appui inconditionnel qui m'ont réconforté et permis de traverser les moments les plus difficiles.

A ma très chère SAFIA, et sa famille.

A mes très chers amis (es).

Je le dédie plus particulièrement à notre enseignant et encadreur M^r AMRANE.L, pour sa patience et sa confiance. Un chaleureux remerciement.

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

H.YAMINA

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

A mes chères parents que dieu les protège, en témoignage de mon profond amour et respect. Puisse dieu le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

A mon chère mari NASSIM, pour tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, tes conseils et tes encouragements, que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour fidèle.

A ma très chère fille HANANE, que dieu la protège.

A mes très chers frères :SAMIR, MOHAND, Mustapha, Rayan, Walid et sa fiancée Feryel, je vous souhaite un avenir plein de réussite et de sérénité.

A ma très chère adorable sœur Farida, je te souhaite une grande réussite nchallah.

A ma belle mère, et mon beau père, je vous souhaite une longue vie.

A mon beau frère Toufik, mes belles sœurs Farida, Karima et son mari Abdel Ghani, et leur adorable petits enfants. Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude et mon profond respect.

A ma chèrebinôme YAMINA, et sa famille, je te souhaite une vie pleine de réussite.

A mes amies : KAHINA, TOUNES, ASSIA, SAKINA.

A notre enseignant, et promoteur M^r AMRANE, un remerciement particulier et sincère pour tous vos efforts fournis.

H.SAFIA

Introduction Générale

Introduction

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 (ANET, 2012).

Ce syndrome a été décrit pour la première fois en 1866 par **John Down** qui a fait une description détaillée des personnes trisomiques. Puis, en 1959, **Jérôme Lejeune** et ses collaborateurs ont découvert l'existence d'un troisième chromosome sur le 21^{ème} paire chromosomique chez ces patients à l'origine du syndrome.

Tous les parents rêvent de construire une belle famille, cette famille magique sera plus belle avec l'arrivée des enfants.

Les parents rêvent des mois à l'arrivée de leur enfant, ils 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. Ils devront alors apprendre à connaître cet enfant et ses particularités. La déficience de cet enfant, va tomber comme un couperet sur la vie des parents précisément sur la mère.

Celle-ci en réaction, va s'engager dans un combat permanent contre l'indifférence sociale, pour revendiquer la santé de son enfant, et son avenir, de ce fait, tout cela provoque souvent des réactions gênantes, telle que l'angoisse, le stress, l'anxiété...etc.

L'anxiété a été défini comme état émotionnel, qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la

Introduction Générale

menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifeste. Donc l'anxiété peut se transformer, d'un état émotionnel à une pathologie.

Dans notre étude qui porte sur « l'anxiété chez les mères ayant un enfant trisomique 21 », nous avons choisi comme terrain d'étude les centres médico-pédagogiques d'AOKAS et celui de BEJAIA (IHADADDEN). Qui ont répondu aux objectifs de notre recherche.

Pendant notre recherche sur « l'anxiété chez les mères ayant un enfant trisomiques », nous avons voulu voir si ces mères développent vraiment une anxiété, et d'évaluer leurs niveaux d'anxiété.

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

Dans la partie théorique on a trois chapitres, le premier est consacré à l'étude de **l'anxiété**, sa définition, les types d'anxiété, puis on a abordé les différentes théories explicatives de l'anxiété, enfin on a parlé sur la prise en charge des sujets anxieux.

Ensuite, le deuxième chapitre touche le concept de **la trisomie 21**, sa définition, son histoire et ses formes, les facteurs de risque et les caractéristiques d'un enfant trisomique, puis le développement cognitifs et intellectuelle et à la fin on a abordé la prise en charge de la trisomie 21.

Finalement, le troisième chapitre expose **la relation-mère enfant**, dont on a abordé une brève définition de la famille, la relation mère-enfant dans la perspective psychanalytique, le concept de l'attachement et sa théorie, le rôle du père, ainsi que la relation mère-enfant arriéré.

La partie pratique de notre recherche, vise à donner des informations relatives au cadre méthodologique, c'est-à-dire la pré-enquête, la démarche de la recherche, la description des lieux de recherche, ainsi que la présentation des caractéristiques de la population d'études, les techniques utilisées et les outils de

recherche. Nous illustrons ainsi notre recherche par la présentation et l'analyse des résultats. La dernière partie de notre étude est accompagnée d'une discussion des hypothèses afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses citées au début de notre travail.

Enfin, la conclusion a pour objectif d'ajouter un apport critique à cette recherche et d'ouvrir la voie à des questionnements pouvant aboutir à de futurs intérêts de recherche.

- **Les objectifs et les intérêts de la recherche :**

Notre étude vise, à donner une description objective de la réalité psychique, que vivent les mamans ayants un enfant handicapé d'une manière générale, d'une manière particulière, les mamans des trisomiques en Algérie. Cette étude vise aussi, à évaluer le niveau de tension interne sur une échelle, pour aboutir à une approximation de l'intensité de l'état anxieux qui caractérise ces mamans.

Cette recherche a une finalité préventive, dont nous voulons fournir des indications pour les éducateurs, médecins, psychologue et pédagogues.... Nous voulons attirer l'attention, sur l'état psychique des mères des enfants trisomiques et améliorer la qualité de leurs accompagnements.

Les raisons qui nous ont favorisées pour le présent objet de recherche sur l'anxiété chez les mamans des enfants trisomiques sont multiples:

Au premier lieu, l'importance accorder à l'anxiété et à la trisomie 21. A notre connaissance, il y'a un manque de documentations et de travaux Algériens sur ce sujet, malgré son importance. Puisque la famille est la première cellule de la société, qui représente un lien privilégié pour le développement de ses membres.

Deuxièmement, il y'a une insuffisance des associations des parents d'enfants handicapés et des services sociaux, pour les soutenir moralement et psychologiquement.

Troisièmement, c'est pour acquérir des connaissances sur l'anxiété et la trisomie 21 d'une manière générale et de mettre en relation ces deux variante,

Introduction Générale

pour savoir, à quel point la trisomie 21 peut influencer sur la famille en générale et sur la mère en particulier.

Problématique et Hypothèses

Problématique

La famille est la cellule de base, la pièce maîtresse de l'organisme social. Elle est la première communauté de vie, le refuge, un point d'encrage fort. C'est aussi le lieu d'amour et d'affection, où les parents rêvent toujours d'avoir des enfants sains. Ils sont les premiers responsables de leur enfant, avant et après la naissance et confrontés à plusieurs situations (bonnes/mauvaises), durant l'attente de leur enfant. La naissance de ce dernier peut révéler différents diagnostics, tel que l'handicape.

On compte aujourd'hui beaucoup d'anomalies, des pathologies qui touchent en particulier les nouveaux nés avant ou après la naissance. Parmi ces anomalies le "mongolisme" ou "Syndrome de Down" qui porte le nom du médecin Britannique **JOHN LANGDON DOWN** qui le découvre en 1864 et a publié un article, où il a dit « qu'il existe une population de personnes présentent des caractères qui a première vue, suggèrent fortement des traits mongols ceux-ci paraissent accidentel ou superficiel, étant constamment associé à d'autres traits lesquels en aucune manière ne définissent une face s'il est un retour en arrière, se doit être vers un type ancestral beaucoup plus éloigné duquel que quelque ethnologies croient que toutes les races humaines proviennent. » (**CUILLERT. M. 2007**).

Selon le dictionnaire de la psychologie LAROUSSE, la trisomie est une aberration chromosomique consistant la présence surnuméraire d'un chromosome. L'un des chromosomes figurent en trois exemplaires au lieu de deux, chez l'être humain en connaît plusieurs formes de trisomies : 13,18, mais la plus fréquente est celle de 21

L'enfant porteur de la trisomie 21, a fréquemment un trouble associé, le retard mental d'intensité variable, généralement légère. Le QI est en moyen de 50 avec des extrêmes allant de 38 à 80.

Problématique

Le facteur de risque de porter un fœtus affecté augmente avec l'âge maternel, le rôle de l'âge est lié aux perturbations hormonales chez la jeune mère, et chez la mère de plus de 35 ans.

Selon l'étude de la fondation **LEJEUNE (1959)**, le risque est de 1/1000 à 25ans, de 1/320 à 35 ans, de 1/250 à 38 ans, de 1/50 à 45 ans.

En Algérie, on compte 1 cas sur 1000 naissances. Selon un recensement établi par l'association nationale des enfants trisomiques en Algérie, le nombre d'enfants atteints de la trisomie 21 est de 80.000 cas. La même source indique que parmi les enfants qui naissent chaque jour, au moins 3 cas présentent les symptômes de la trisomie 21. (**ANET, 2012**).

Les porteurs de la trisomie 21, ont des besoins, de prises en charge très spécifique, des prises en charges orthophoniques, éducatives, psychologiques, pour offrir une meilleure qualité de vie à ces enfants, les avancées sont le résultat d'une collaboration étroite entre les associations de parents et les professionnels du secteur médico-social.

Relativement tôt, l'enfant déficient va recevoir un diagnostic précis de la part du corps médical. Or le risque est grand pour que l'enfant se fige et s'enferme dans ce diagnostic ainsi que ses parents qui vont alors parcourir un chemin remplie d'ornières névrotique.

Ce diagnostic de la déficience de l'enfant va tomber donc comme un couperet sur la vie de l'enfant et le marque à vie, mais surtout sur sa mère. (**M.MANNONI, 1964**).

La naissance de cet enfant est une situation de crise pour eux, ils savent que leur vie sera a jamais bouleversée et qu'ils doivent faire le deuil de l'enfant rêvé (**ROTTEN, DECROIX & LEVAILLENT, 2005**).

Il s'agit d'une naissance différente, marquant le début d'un long combat (**CUILLERET, 1994**).

La vie des parents, celle de toute une famille se trouve brutalement bouleversée d'un moment à l'autre. Les parents sont confrontés à une réalité nouvelle qui les dépasse, les révélations d'une déficience de leur enfant provoquent au plus profond d'eux-mêmes une angoisse. (**M.MANNONI**).

Problématique

Etre parents d'un enfant en situation d'handicap, c'est ouvrir d'avantages le panel de compétences nouvelles à acquérir, organiser et prodiguer parfois aussi des soins, devenir un expert de l'handicap de l'enfant, la motivation sous-jacente à cette multiplication des compétences est le bien-être de cet enfant.

VAGINAY écrit « la naissance d'un enfant trisomique avec la blessure narcissique qu'elle provoque, nécessite le deuil de l'enfant imaginaire, cette démarche se révèle indispensable à l'acceptation et l'accueil de l'enfant réel. »(**VAGINAY, p.39**).

On voit en particulier les réactions différentes de la mère face à cette réalité telles que le déni, la confusion, les sentiments d'incompétences, la frustration et l'anxiété qui reste un trouble majeur qui touche toute mère qui a un enfant trisomique. Toutes ces réactions on les voit surtout dans sa relation avec son enfant comme le rejet, l'abandon et l'anxiété qui est toujours presque dominante (**M. Mannoni, 1964**).

L'anxiété selon le dictionnaire de la psychologie « état émotionnel de tension nerveuse, de peur forte mal différencié et souvent chronique ». Elle regroupe un ensemble de symptômes physiques et psychologiques tel que l'inquiétude, le stress, la fatigue moral, alors l'anxiété peut provoquer des perturbations de l'humeur de la maman, sur tous les plans soit psychologique, soit physiologique. (**SILLAMY. N, 2003**).

L'anxiété a été définie comme état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport a la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes (**Graziani, P. 2003, p.12**).

Dans l'anxiété, il existe une attente, une anticipation de quelque événement ou série d'événements inquiétants, l'incertitude est présente.

L'anxiété fait donc penser aussi au doute et à l'inquiétude. Il n'est pas pareil de se dire anxieux sur son avenir ou angoissé à ce sujet. (**MOREY, 1998**).

Un état en soi qui ne trouve pas d'explication ou un lien univoque avec un questionnement conscient ou avec un autre état, désigne une émotion qui joue un rôle fondamental dans le développement psychologique, un état pathologique qui traduit une souffrance psychique et des troubles ou maladies qui possèdent certaines caractéristiques (**Dominique Servant, 2009**).

De nombreuses recherches ont été faites sur la souffrance des mères de l'enfant handicapé. Telles que les travaux de **M.MANNONI**, dans son ouvrage « l'enfant arriéré et sa mère », où elle a montré que l'enfant arriéré est un objet d'angoisse de sa mère « chaque femme, face aux repères d'identification qui lui font défaut dans son enfant infirme, va vivre son angoisse en fonction de ce qui la marque », elle a dit aussi « ainsi, il n'est pas rare de voir une mère s'identifier à son enfant et agir en véritable dragon dès que son "petit" est en jeu. Parce qu'à travers les diagnostics, c'est finalement elle qui se sent atteinte puisque son enfant est son angoisse ou encore son fantasme ». (**M. Mannoni, p.47**)

Ainsi, la recherche de **M.CUILLERET** dans son ouvrage « trisomie et handicap génétique associé » où il met l'accent sur les réactions des parents face à leur enfant et son handicap, un enfant non imaginé, non souhaité. (**M.CUILLERET**)

Toute maman d'un enfant trisomique peut avoir des réactions marquantes telle que l'anxiété, elle est inquiète pour l'état et l'avenir de son enfant.

À la lumière de ce qui a précédé notre but est de répondre aux questions suivantes :

Est-ce que les mères des enfants trisomiques présentent une anxiété ?

Problématique

Est-ce que l'anxiété se manifeste avec une intensité sévère chez les mères des enfants trisomique ?

Pour répondre à ces questions, nous formulons les hypothèses suivantes :

- **Hypothèse générale**

Les mères des enfants trisomiques souffrent d'une anxiété.

- **Hypothèse partielle**

1- Les mères des enfants trisomiques souffrent d'une anxiété sévère.

2- L'inquiétude face à l'avenir de leurs enfants stimule l'anxiété chez les mères ayant un enfant trisomiques

Définition et opérationnalisation des concepts

1. Définition de la trisomie

Est une aberration chromosomique consistant la présence surnuméraire d'un chromosome. L'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux. (Sillamy, N., 2003, p.273)

1-1- Opérationnalisation du concept " trisomie "

- Caractéristiques morphologique (visage rond, yeux brides, mains petites un seul pli palmaire dans la paume des mains, front large, le nez est aplati, le cou court, souvent la bouche est petite et une langue grosse).
- Des troubles du langage, agitation, retard mental.
- Des problèmes médicaux.

2. Définition de l'anxiété

- L'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse de peur fort et souvent mal différencier. (**Le grand dictionnaire de la psychologie, p.70**).
- L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité à rester en place). (**Palazzolo, J., 2007, p.61**).

2-2- Opérationnalisation du concept “anxiété”

- Une peur diffuse inexplicée.
- Peur systémique de l'imprévu.
- Appréhension de l'avenir.
- Malaise moral et inquiétude.
- Préoccupation persistante et excessives.
- Irritabilité.
- Agitation.

Partie Théorique

Chapitre I

L'anxiété

Préambule

Autrefois considérée comme néfaste et contreproductive, l'anxiété fait partie intégrante de la vie quotidienne. C'est une force essentielle à la survie qui pousse à l'action. Elle est considérée comme la réaction émotionnelle subjective à un facteur de stress.

Les termes « stress », « peur » et « anxiété » sont des troubles pouvant affecter toutes les catégories d'âge. Mais notre travail portera sur l'anxiété, dont souffrent les femmes ayant un enfant trisomique.

1- Définition des concepts

Les termes inquiétude, peur, angoisse et anxiété sont souvent employés indifféremment dans le langage commun pour désigner le même concept général. C'est pourquoi, il peut être intéressant de redéfinir ces différents termes, avant d'aborder plus spécifiquement les différents points de l'anxiété.

1-1- L'inquiétude

L'inquiétude et l'anxiété ne se séparent qu'au plan de l'intensité, beaucoup plus forte dans l'anxiété on devrait distinguer deux catégories d'inquiétude : l'une qui sait sa motivation, l'autre qui est l'inquiétude en générale, dont les poètes et les philosophes ont fait vertu ou une inspiration première et qui d'ailleurs puise souvent dans un fond d'anxiété personnelle. (LEGALL. A, 1995, p. 4).

1-2- La peur

Selon le dictionnaire de la psychologie, la peur « est une émotion provoquée par la prise de conscience d'un danger. La peur est une réaction affective normale de l'organisme exposé à une menace réelle. On la différencie

de l'angoisse qui est une peur irrationnelle sans objet et de l'anxiété qui ne comporte pas de manifestation d'ordre végétatif. (SILLAMY. N, 200 3, p. 894).

1-3- L'angoisse

Est un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démunie et totalement impuissant à se défendre.

Selon Freud, l'angoisse a été décrit comme une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé, venant le plus souvent de l'intérieur de soi. C'est une réaction d'alarme primitive. (**Le Grand dictionnaire de la psychologie Larousse, 201, p.58**).

1-4- L'anxiété

Elle a été définie comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le future, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes.

GRAY 1982 et Mc NAUGHTON, 1996. Définit l'anxiété comme un état du système nerveux conceptuel ou central caractérisé par une activité du système comportemental inhibiteur. (**GRAZIANI, P., 2003, p.12**).

L'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse, de peur forte, mal différencié et souvent chronique. (**Le Grand dictionnaire de la psychologie Larousse, 2011, p. 70**).

2- Distinction entre anxiété et peur

L'anxiété est considérée comme étant distincte des émotions telles que la peur et la panique, lesquelles sont fonctionnellement associées à la confrontation présente et immédiate avec le danger, et non simplement à la détection, à l'anticipation et à la préparation du danger.

A l'inverse de l'anxiété, la peur est conçue comme une activité caractérisée par une augmentation de l'arousal du système autonome et associée à une tendance de fuite, d'évitement actif ou d'agression défensive. (**GRAZIANI, P., 2003, p. 13**).

3- Distinction entre angoisse et anxiété

La psychiatrie française à longtemps conservé une distinction entre les deux termes, l'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée de striction, d'opposition physique.

Pour **Littré (1863)**, l'angoisse est défini par une sensation de constriction dans la région épigastrique, avec une difficulté à respirer et une grande tristesse.

L'anxiété est, quant à elle, une angoisse de l'esprit, état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement dans la région précordial.

Pour **BRISSAUD (1890)**, l'angoisse est une crise où n'interviennent que des sensations physiques, les réactions anxieuses qui peuvent s'y ajouter n'étant que contingentes. L'anxiété est un trouble physique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable. (**DOMINIQUE, S., 2012, p. 02**).

4- L'anxiété état et l'anxiété trait

SPILBERGER (1966), suggère de séparer l'anxiété-état et l'anxiété-trait, il a défini la première comme, une émotion transitoire caractérisée par un

arousal physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension.

Par contre, l'anxiété- trait est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément, la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants. (GRAZIANI, P., 2003, p. 12)

Le grand dictionnaire de la psychologie Larousse, a définit

L'anxiété-état de la manière suivante : « la notion d'état émotionnel », comme son nom l'indique il correspond à un état passager, qui peut survenir chez tout individu.

L'anxiété-trait est une caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste à son tour de deux façons

La prédisposition à éprouver des états de peur en présence de stimulus qui, pour d'autre individus, sont moins fortement anxiogènes, voire pas anxiogènes du tout et la prédisposition à développer des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas par eux-mêmes directement anxiogènes. Un niveau élevé d'anxiété-trait est réputé avoir un caractère pathologique. (Le grand de dictionnaire de la psychologie Larousse, 2011, p. 70).

5- L'anxiété normale et pathologique

Ces deux notion on été définit comme suite

a- L'anxiété normale

Est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence. L'anxiété fait partie de la nature humaine. C'est une réponse normale au stress quotidienne, dans certain cas, elle améliore même la performance. Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut

motiver l'individu et le pousser à dépasser l'entrave. (**LADOUCEUR, R., et al, 1992, p. 02**).

b- L'anxiété pathologique

Les individus souffrant d'anxiété ou trouble anxieux, sont des individus qui ne ressentent plus l'anxiété comme une émotion stimulante, mais comme une sensation souffrante et handicapante qui a franchie le seuil de la pathologie.

L'anxiété est considéré comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et quand elle devient chronique (**LADOUCEUR, R. et al, 1999, p. 02**).

6- L'anxiété du normale au pathologique

L'anxiété n'est pas pathologique en soi, elle s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologique, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et préparer les comportements de défense.

L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluations, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation.

L'anxiété est donc un facteur d'adaptations permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance.

A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet

dans son adaptation face au monde environnant. (DOMINIQUE, S., 2012, p. 4-5).

7- Le modèle de RACHMAN (1998) sur l'anxiété

Pour expliquer l'anxiété RACHMAN propose un modèle qui donne un poids important à deux biais principaux

7-1- L'attention sélective

Les anxieux ont tendance à croire qu'ils vont être plus effrayés qu'ils ne le sont en réalité quand ils se confrontent concrètement à ce qu'ils craignent. En effet, quand les sujets vulnérables à l'anxiété sont confrontés à une situation, ils déploient une attention sélective à la recherche de stimuli qui indiquent la présence d'une menace. Puisque les processus attentionnels ont une capacité limitée, le rétrécissement focal de l'attention dirigé sur la source perçue du danger, est accompagné par une relative négligence des autres stimuli. L'effort fourni pour le rétrécissement de l'attention épuise beaucoup d'énergie et amène les sujets à se plaindre d'un manque d'énergie, de fatigue et de stress. Une fois que les informations sont récoltées et filtrées par l'attention sélective, elles sont disponibles à l'interprétation et peuvent faire l'objet de fausse interprétation.

7-2- L'hypervigilance

Les sujets anxieux ont une autre caractéristique qui est l'hypervigilance qui s'active quand ils se confrontent à une situation nouvelle. Ils explorent jusqu'à ce qu'un signal de danger soit détecté, puis ils focalisent l'attention étroitement et intensément sur la menace potentielle, avec une sensibilité exacerbée et des distorsions. Les objets menaçants apparaissent plus nets, plus saillants et aussi plus grands, la détection du danger provoque une inhibition du comportement en cours, faisant place à une attitude de calme attentif.

L'information perçue, qu'elle provienne de l'intérieur ou de l'extérieur, est alors interprétée comme un signal de menace est perçu, les schémas cognitifs relatifs sont activés pour évaluer et donner un sens à la confrontation. (GRAZIANI, P., 2003, p.33).

8- Les différents modèles explicatifs de l'anxiété

Plusieurs modèles de l'anxiété ont été élaborés. En voici un résumé

a- Théorie biologique

Le dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications du CO₂ et du PH sanguins, ainsi qu'un dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli.

b- La théorie cognitive

Le sujet anxieux ne peut plus agir (il est victime de ce que l'on appelle une « interruption des plans d'actions »), devenu incapable de traiter les informations reçues. L'anxiété est considérée comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréable, elle comprend une véritable hyperréactivité physique destinée à favoriser la recherche de plans d'action, recherche qui s'avère improductive (ce d'autant qu'il y a un traitement sélectif de l'information). Les perceptions anxiogènes étant favorisées, elles concourent à l'appréciation exclusive d'un danger imminent ou incontrôlable.

La pensée du patient s'inscrit dans un schéma de danger permanent contribuant à une vision erronée de soi et de l'environnement, avec une hypersensibilité à tous les signaux de danger potentiel.

Les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave (cardiaque notamment), renforcent l'anxiété du sujet.

Il y aurait ainsi l'acquisition d'une vulnérabilité psychologique avec, peu à peu, au gré des événements de vie négatifs, des réactions émotionnelles de plus en plus autonomes et de moins adaptées, de plus en plus intenses, susceptibles de déclencher une alarme neurobiologique à la moindre stimulation extérieure.

Les stratégies d'ajustement au stress s'épuisent face à ces contraintes. Les patients finissent par perdre le sentiment de contrôle sur les circonstances et sur leurs propres aptitudes à réagir. Cette faible efficacité personnelle perçue et cette attribution externe signent la faillite des capacités d'adaptation, laissant place à des schémas de danger permanent.

c- La théorie psychanalytique

Freud, a élaboré deux théories de l'angoisse

La première théorie (**1895**), est une théorie économique. Dont l'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du surmoi). Soit par insatisfaction (privation, frustration).

La deuxième théorie (**1926**), il définit l'angoisse comme fonction biologique générique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le moi et provoque le refoulement du conflit.

Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, par contre dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement.

Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer **Laplanche**.

Après **Freud**, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions

J.BOWLBY a montré que, lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère. Il développe successivement trois types de réactions : protestation, désespoir, détachement. Ultérieurement à **M.KLEIN** a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de **BOWLBY**, la crise anxieuse correspondant à une de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente. (**PLAZZOLO, J., 2007, pp. 64-65**).

d- La théorie comportementale

MOWRER (1960), propose une théorie en deux phases dite « théorie des deux facteurs ». L'anxiété et particulièrement les phobies, serait acquise par conditionnement classique et maintenue par conditionnement opérant. Ce dernier type de conditionnement fait appel à la notion de renforcement. Un comportement dont les conséquences sont positives est positivement renforcé, à l'inverse des émotions désagréables entraînent un renforcement négatif. En outre, l'absence de renforcement mène à l'extinction du comportement. Selon la théorie de **MOWRER**, au cours d'un événement traumatique, un stimulus neutre (une situation, un objet, un animal) est fortuitement associé à un stimulus inconditionnel aversif (la douleur) et ainsi, provoque lui-même la peur. Par la suite, le sujet évite l'objet phobogène et renforce négativement sa peur, c'est-à-dire la maintient. (**DOMINIQUE, S., 2012, p. 30**).

9- Le point de vue cognitif

L'anxiété selon le point de vue cognitif, est présente là où le sujet perçoit un danger ou une menace. Elle est le produit de l'évaluation cognitive et affective face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologique.

L'anxiété facilite ainsi l'adaptation, même si elle est déplaisante, elle mobilise les ressources physiques et psychologiques pour faire face à ce qui menace le sujet, ce qui peut permettre des changements bénéfiques et faciliter le développement psychologique. Avant tout, elle nous protège, favorisant la mise en place d'attitude de défens. Elle a donc un rôle motivant dans la vie de tous les jours. (GRAZIANI, P., 2003, p. 10).

10- Les types de l'anxiété selon le DSM IV R

Il représente plusieurs troubles, on distingue

10-1- Une attaque de panique

Est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminent. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensation d'étranglement ou des impression d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi.

10-2- L'agoraphobie

Est une anxiété liée à, ou un événement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

10-3- Le trouble panique sans agoraphobie

Est caractérisée par des attaques de panique récurrentes et inattendues à propos desquelles il existe une inquiétude persistante.

10-4- Le trouble panique avec agoraphobie

Est caractérisée à la fois par des attaques de panique récurrentes et inattendues et par une agoraphobie.

10-5- L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique

Est caractérisée par la présence d'une agoraphobie et de symptômes de type panique sans antécédent d'attaques de panique inattendues.

10-6- La phobie sociale

Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

10-7- La phobie spécifique

Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

10-8- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Est caractérisée par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et/ou par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

10-9- L'état des stress post-traumatique

Est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

10-10-L'état des stress aigu

Il est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post-traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

10-11- L'anxiété généralisée (trouble)

Est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et des soucis ayant une persistants et excessifs. Bien que les sujets ayant une anxiété généralisée ne puissent pas toujours identifier les soucis comme « excessifs », ils font état d'une souffrance subjective due à une préoccupation constante.

10-12- Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale

Est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

10-13- Le trouble anxieux induit par une substance

Est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

10-14- Le trouble anxieux non spécifique

Cette catégorie comprend des troubles caractérisés par une anxiété ou un événement phobique prononcés qui ne remplissent pas les critères d'un trouble anxieux spécifique, d'un trouble de l'adaptation avec anxiété ou d'un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive.

(MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, 2005, pp. 462-52).

11- La symptomatologie anxieuse

La symptomatologie anxieuse peut être résumée de la manière suivante

a- symptômes psycho-comportementaux

L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne.

Les pensées de l'anxieux sont généralement centrées vers l'avenir. Il s'inquiète facilement pour lui-même ou pour ses proches. L'activité cognitive et intellectuelle forge des scénarios catastrophiques.

Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).

Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée, à un certain seuil d'intensité anxieuse, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet.

L'inhibition anxieuse est aussi comportementale. Elle peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements marqués par une certaine agressivité.

b- Symptômes somatiques

Ils sont très variés et correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome

Sur le plans cardiovasculaire : tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque, modification faibles de la tension artérielle.

Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de souffle coupé.

Sur le plan digestif : sensation de « boule dans la gorge » (qui peut gêner l'alimentation, nausées, diarrhée.

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux elle est souvent au premier plan dans la plainte du patient. (PALAZZOLO, J., 2007, p.62).

12- La prise en charge des sujets anxieux

12-1- La prise en charge non médicamenteuse

Le but de cette prise en charge est de remplacer les réponses habituelles de l'individu par d'autres réponses physiologiques, cognitives et comportementales plus efficaces à réduire. Trois méthodes peuvent alors être proposées :

a- La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété. (PALAZZOLO, J., 2007, p.67).

b- Les thérapies cognitives

Elle consiste à mettre en évidence les pensées automatiques dysfonctionnelles traduisant des croyances erronées et à les modifier par des pensées et des postulats plus adaptés. Elle s'applique à tous les troubles anxieux. (DOMINIQUE, S, 2012, p.34).

c- Le changement des comportements

Il existe dans l'anxiété une composante comportementale décrite comme une réponse de fuite (évitement) ou de combat en fonction des individus. Les principales stratégies utilisées associent un programme de gestion du temps et un entraînement à l'affirmation de soi. L'entraînement à l'affirmation de soi utilise des techniques dans le but de faire acquérir au sujet un comportement affirmé qui, s'oppose aux comportements passifs, agressifs et inadéquats. (PALAZZOLO, J., 2007, p. 70).

12-2- La prise en charge médicamenteuse

12-2-1- Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont un groupe de médicament fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles se fixent sélectivement sur les récepteur GABA au niveau d'un site de liaison qui leur est propre. Ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibiteur. Elles ont un effet sédatif, myorelaxant, anticonvulsivant. Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. Les crises d'anxiété aiguë peuvent justifier une benzodiazépine par voie injectable.

12-2-2- L'hydroxyzine (Atarax)

Indiquer dans le traitement de l'anxiété, il agit sur les récepteurs histaminergique H1. Parfois utilisée en prémédication sédatif (anesthésie). Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet déprimeur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patente.

12-2-3- La buspirone (Busper)

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2 à 4 semaines). Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré.

12-2-4- Les Etifoxine (Stresam)

L'etifoxine est indiqués dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie). Elle l'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative. **(PALAZZOLO, J., 2007, p.73).**

12-2-5- Les carbamates

Les carbamates ont 03 propriétés ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants. Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédatif (anesthésie) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes.

Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et du thalamus. C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique. Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépatotoxique.

12-2-6- Les antidépresseurs tricycliques

Bien que ces médicaments aient été d'abord utilisés pour le traitement de dépression, certains sont aussi efficaces dans le traitement des attaques de panique. La plupart des antidépresseurs tricycliques permettent de réduire également les symptômes de l'état de stress post-traumatique, et certains constituent des traitements efficaces des TOC. Les antidépresseurs tricycliques ont besoin généralement de deux à trois semaines pour faire leur effet.

Malheureusement, ils comportent de nombreux effets secondaires, ce qui explique qu'aujourd'hui ils sont de moins prescrit. Les principaux effets

indésirables sont une prise de poids, une somnolence, une sécheresse de la bouche et une atteinte des fonctions sexuelles. (PALAZZOLO, J., 2007, p. 74).

Résumé

Dans ce chapitre, l'anxiété constitue un état psychologique particulièrement utile à l'adaptation et la survie de tout individu, en revanche, les troubles anxieux constituent des formes pathologiques altérant la qualité de vie de chaque être humain. Pour cela une prise en charge doit se faire immédiatement, plusieurs techniques sont à la portée du patient. Soit par le biais des médicaments et/ou par la prise en charge non médicamenteuse telle que la relaxation, les thérapies cognitives...etc.

Chapitre II

la trisomie 21

Préambule :

Le Syndrome de Down, plus communément appelé trisomie 21 est une anomalie congénitale, accidentelle et imprévisible entraînant un retard mental et une probabilité plus accrue de certaines pathologies. La trisomie 21 est présente dès la conception. Elle n'évolue pas, et n'est pas réversible. (**Art 21, 2009**).

Elle se caractérise dans 95% des cas par la présence d'un chromosome surnuméraire. Et pour plus de détail nous avons consacré tout un chapitre sur cette pathologie.

1- Aperçu Historique :

Le syndrome clinique de la trisomie 21 fut décrit pour la première fois en 1838 par **ESQUIROL**. En 1866, le docteur **JOHN LANGDON DOWN** publie une étude dans laquelle il identifie ce syndrome, dont il donne une description très détaillée, comme étant congénitale. Il étudie un groupe d'enfant présentant des caractéristiques communes. Bien distinctes d'autres enfants retardés mentaux.

Il observe également que ce groupe d'enfant présente une morphotype semblable à celui des mongols de Mongolie et utilise donc le terme de « mongolisme » pour qualifier cette pathologie. C'est ainsi que le terme fut introduit dans notre vocabulaire.

Ce n'est qu'en 1958 que **JEROM LEJEUNE** généticien Français, met en évidence l'anomalie responsable de la maladie : l'adjonction d'un troisième chromosome sur la 21^{ème} paire

Le docteur **J. Lejeune** découvrit en 1959 que le problème se situait au niveau de la distribution des chromosomes. Il put vérifier que la 21^{ème} paire, il y avait un chromosome de plus, c'est ce qui venait débalancé le système cellulaire. C'est pourquoi nous l'appelons aussi trisomie 21. Trisomie pour trois chromosomes et 21 pour la 21^{ème} paire.

Suite à cette découverte, **Lejeune** mettra en place les premières consultations spécialisées pour les parents d'enfants atteints de trisomie 21 qui permettra d'informer et d'accompagner les familles touchées par cette pathologie.

En 1959, une équipe de chercheur français composée de **J. Lejeune**, **Raymonde Turpin** et **MARTHI Gauthier**, établit que le Syndrome de Down est lié à la présence d'un chromosome sur la vingt-et-unième paire. Le terme de trisomie 21 est alors proposé pour désigner l'affection. Il sera adopté petit à petit en France, remplaçant le terme mongolisme, qui n'a à ce jour pas totalement disparu.

Cette découverte scientifique, qui rendait enfin compte d'une origine objective de Syndrome de Down a d'abord ouvert des espoirs de traitement de cette affection. La connaissance de cette anomalie génétique, réparable facilement par l'établissement d'un caryotype a ensuite ouvert la voie au diagnostic prénatal, destiné dans un premier temps aux parents déjà éprouvés par la naissance d'un enfant trisomique 21, puis étendu progressivement à une population toujours plus large (**GOFFINET, M., 2008, pp.17, 18**).

2- Définition des concepts:

2-1- La trisomie :

Selon le dictionnaire de la psychologie, la trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux (**SILLAMY, N., 2003, p. 1202**).

Chez l'être humain, notamment celle qui affecte les chromosomes 13, 18 et 21, la plus fréquente est la trisomie 21, celle qui est responsable de mongolisme.

2-2- La trisomie 21 :

C'est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuro-motrice, métaboliques immunologique et une déficience intellectuelle (**BLOCH, H, all, 2002, p.968**).

La trisomie 21, appartient à l'ensemble des syndromes relevant des aberrations chromosomiques. Ces aberrations concernant des anomalies du nombre ou de la structure des chromosomes. Ces dernières supposent toutes la survenue de casseur entraînant soit la perte de matériel chromosomique, soit divers remaniement, soit le transfert de matériel chromosomique d'une paire à l'autre. (**SALBREUX, 1985, p. 787**).

3- Les formes cliniques de la trisomie 21 :

La trisomie 21 est la plus fréquente des anomalies génétiques (1/600 naissances) on peut distinguer trois formes :

3-1- La trisomie 21 homogène libre :

Est la forme la plus fréquente, elle représente environ 95% des cas. L'erreur de distribution peut exister dans l'ovule ou dans le spermatozoïde et se produit lors de la première division cellulaire de l'œuf fécondé, un tiers des trisomies libres est d'origine maternelle.

3-2- La trisomie 21 M (Mosaïque) :

Elle représente environ 16% des cas. L'enfant avec la trisomie mosaïque possédera deux catégories de cellules, les unes normales avec 46 chromosomes, les autres avec 47 chromosomes dont trois chromosomes 21, dont un accident tardif des divisions cellulaires.

3-3- La trisomie 21 T (Translocation) :

La trisomie 21 par translocation est la plus rare, elle représente environ 4% des cas, où seul un des chromosomes 21 est atteint par une surcharge génique.

Si à long terme, peu de différences cliniques existant entre ces trois types de trisomies 21, typer la trisomie, lui donner un nom précis, permet souvent de rassurer les parents, ce qui est connu étant moins craint, et d'essayer de prévenir les risques de trouble de comportement. (CUILLERET, M., 2007, p. 19).

4- Les caractéristiques de la trisomie 21 :

L'anomalie chromosomique est responsable non seulement de déficience intellectuelle mais aussi, de divers difficultés et modification qui affectent le développement physique et en générale la santé des enfants trisomique. On peut dire que c'est l'ensemble des caractéristique particulières permettent d'identifier facilement les enfants trisomiques dès la naissance.

4-1- Manifestations physiques :

L'aspect physiologique de ces enfants qui consiste en des traits faciles à identifier, la tête de l'enfant est plutôt petite, le nez aplati dans sa partie supérieure, les yeux bridés, des petites oreilles, de même que la bouche qui ne peut contenir une langue normale ou légèrement supérieure. Quant aux mains, elles sont petites aussi, avec un seul pli palmaire et des doigts courts. La peau apparaît souvent marbrée, facilement sèche, les cheveux clairsemés, fins et raides. La taille est généralement petite, et l'apparence du corps est trapue.(GUIDETTI, M., et TOURETTE, C., 2002, pp.199, 121).

4-1-1-La croissance physique :

La taille à la naissance est souvent normale, le retard de la croissance est surtout marqué après 4ans. Les sujets trisomiques sont plus petits que la moyenne. Ils ont un aspect trapu en raison de la taille relativement réduite des membres par rapport au tronc, une allure générale relâchée en raison de l'hypotonie qui les caractérise. Une obésité légère est courante, on doit surveiller leur alimentation.

La taille moyenne des filles trisomique est supérieure à celle des garçons, surtout après 4ans.

Le développement sexuelle de l'adolescent trisomique débute plus tardivement et peut demeurer incomplet, les garçons sont en générales stériles, mais les filles peuvent se reproduire (50% de chance d'avoir un trisomique).(GOFFINET, 2008, p.20).

4-2- Problème de santé de l'enfant trisomique :

Tous les enfants porteurs de trisomie 21 ne sont pas concernés par les mêmes problèmes médicaux. Cependant les problèmes qui vont être évoqués sont fréquemment associés à la trisomie 21.

4-2-1- Trouble neuro-centraux :

Ce qui implique les troubles de la perception qui sont associés à des troubles visuels, qui sont parfaitement connus comme le trouble oculomoteur qui engendre des difficultés de mettre en place les points de repérage efficace de regard, l'enfant trisomique a du mal à fixer son regard, déclenché par la stabilité des muscles de l'œil.

4-2-2- Trouble auditifs :

Les troubles auditifs peuvent être des surdités de perception, ces surdités sont rares, mais plus d'un enfant sur deux (1/2) sera porteur dans son enfance, la perception est mal traduite par les enfants trisomique par ces difficultés de l'écoute ces enfants ne perçoivent pas le sens de la même façon que nous, ces difficultés d'écoute entraînent de nombreuses autres difficultés :

- La mise en place de système phonatoire.
- La mise en place des phénomènes conversationnels.
- Trouble de compréhension (interactions langagières).

4-2-3- Troubles de la sensibilité :

Ils provoquent des difficultés d'appréhension des ressentis, sensibilité superficielle, de toucher froid, doux, piquant, ce qui engendre des troubles de la perception, de la douleur.

4-2-4- Troubles gustatifs et olfactifs :

Chez les enfants trisomiques, les papilles gustatives sont situées à la périphérie et la partie centrale médiane de la langue, ce qui exige d'avantage encor de vigilance, lorsque l'on envisage une intervention sur la langue, on peut supprimer toute sensation de gout, ce dernier est difficile à apprécier, donner lieu à des déficits sphinctériens en particulier chez les filles trisomiques.

5- Développement psychologique de l'enfant trisomique :

5-1- Développement psychomoteur :

Il se caractérise par une hypotonie, particulièrement marquée dans les premières années, ceci a une incidence sur disparition tardive des reflexes archaïques, sur le stablisme et sur le retard dans l'apparition de la marche acquise en générale vers 2 à 3 ans.

Cette hypotonie a également des conséquences au niveau des développements de la parole (troubles articulatoires), et elle décrite souvent comme généralisée est en fait sélective, elle porte en particulier sur les muscles de la ceinture scapulaire (région de l'épaule) et aussi cette hypotonie engendre des troubles statiques intestinaux et des accidents vertébraux, et d'une autre part elle porte aussi sur les muscles bucco-faciaux, ce qui susceptible de provoquer des troubles de la phonation et des défauts esthétiques, et enfin sur les muscles

périnéaux, ce qui peut plus tard engendrer la raucité de la voix qui est bien caractéristique. (GUIDETTI, TOURETTE, 2004, p. 120).

5-2- Développement cognitif :

Un retard intellectuel est constant, mais de profondeur variable sur une importante population (MOOR), la courbe des QI semble observer une répartition gaussienne analogue à la population générale, mais avec un décalage de 50 à 60 points environ. On rencontre ainsi de mongoliens « doués » avec des QI de 70, et d'autres dont le quotient est inférieur à 20. La moyenne se situe autour d'un quotient de 40 à 50. Les résultats, dans les échelles verbales que dans celles des performances (WISC).

Les acquisitions pédagogiques sont importantes mais resteront réduites : accession aux rudiments de la lecture, ébauche d'opération méthodologique simple (addition). Ce niveau est rarement dépassé, le stade des opérations logiques n'était généralement pas atteint.

Ces éléments sont importants car ils situent le cadre évolutif de l'enfant mongolien : apprentissage certes possibles mais qui restera limité. Or se sont des enfants particulièrement sensibles au conditionnement, surtout lorsqu'il est renforcé par une gratification (affective, alimentaire...etc.).

Un tel conditionnement peut consentir d'obtenir d'étonnantes performances pédagogiques, mais qui ne sont pour l'enfant aucune signification ni utilité qui nécessite un perpétuel retardement, souvent au prix de l'équilibre affectif. (GUIDETTI, M., et TOURETTE, C., 2002, pp.119, 121).

5-3- Développement affectif :

A partir de 6-7 ans, après la petite enfance le comportement change comme nous l'avons vu. Cependant l'enfant mongolien reste le plus souvent un enfant gai un peu clown, imitant les autres, ayant besoin de contact physique, sociable, aimant les jeux dont il saisit très vite les règles. Il est classique de signaler qu'il aime la musique. Mais il semble s'agir plutôt de la mélodie et de contact maternel régressif qui l'accompagne. Il est gourmand, l'obésité est fréquente. Ils sont très sensibles au rejet et deviennent alors volontiers opposants, entêtés, boudeurs et coléreux.

Avec l'âge à partir de 12-13 ans il semble que ce versant caractériel puisse devenir prévalant, la frustration reste difficilement acceptée et suscite soit un

mouvement régressif vers une demande affective ou la recherche d'une compensation orale, soit une réaction coléreuse. (J.DE AJURIAGUERRA, et MARCELLI, D., 1984, pp.237, 238).

5-4- Développement linguistique :

Chez la plus part des enfants trisomique, le développement du langage constitue une des difficultés majeurs à prendre en compte.

Lambre et RONDAL(1979), font une synthèse des travaux sur les sujet trisomique, en ce qui concerne la parole, on note des problèmes spécifiques dans l'organisation de l'activité respiratoire, de la production des sens et du discours, qui est relié a l'hypotonie du muscles qui contrôle la fonction respiratoire. (J.DE AJURIAGUERRA, pp.125-128).

Dans tous les cas une éducation précoce est systématique légitimant souvent l'intervention orthophonique, peut améliorer considérablement les conditions de respiration, d'émission et d'articulation. En relation avec la déficience mentale et diversement selon les cas et les conditions éducative, on note souvent un retard dans l'acquisition du langage tant du point de vu syntaxique que du point de vu lexical. Comme chez les autres enfants déficients mentaux l'accès à la pensée symbolique et à l'abstraction sera freiné en fonction du degré et des formes des déficiences. (ECHAVIDRE, P., 1985, p.96).

6- Etiologie de la trisomie 21 :

Les facteurs étiologiques qui déterminent la trisomie sont variés et peuvent être en interaction. Ils peuvent survenir avant, au moment ou après la fertilisation de l'ovule. On considère qu'il existe :

6-1- Les facteurs intrinsèques :

De 3 à 5% de cas de trisomie sont d'origine héréditaires, cela concerne les enfants nées des mères trisomique (probabilité de 50%).

Dans 90% de cas, l'erreur réside dans la distribution qui survient avant la fertilisation ou hors de toute première division cellulaire, c'est la forme de la trisomie la plus fréquente, toutes les cellules du corps de l'embryon contiennent 3 chromosomes 21. (TOURETTE, GUIDETTI.M, 2004, p.117).

05% de cas représente un mosaïcisme, il s'agit d'une erreur de distribution de chromosomes lors de la deuxième ou troisième division cellulaire

dans ce cas l'embryon va se développer avec un mélange, un mosaïque de cellules normale contenant 46 chromosomes et de cellules trisomique.

05% de cas, restant sont porteur d'une translocation. Les chromosomes les plus frappés par cette aberration sont les paires 14.15. 21. 22 dans ce cas les cellules de l'embryon vont comporter une paire de chromosomes 21 et le chromosome de translocation, l'erreur survient aussi lors de la formation de l'ovule ou de spermatozoïde ou encore lors de la première division cellulaire après la fertilisation, après cette dernière les cellules de l'embryon contiennent 03 chromosomes 21 complet sur un total de 46 chromosomes. **(TOURETTE, GUIDETTI, 2004, p.117).**

Enfin, ya les facteurs qui sont liés à l'âge maternel, la survenue d'un enfant trisomique passe de 01 pour 1500 avant 30 ans. Plus la mère âgée, plus le risque de mauvaise distribution des chromosomes lors de la Meiose est grande.

On va présenter un tableau qui montre la fréquence de trisomie 21 à la naissance en fonction de l'âge maternel :

Age	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans
Fréquence	1/1,150	1/1000	1/900	1/400	1/100	1/30

Tableau N°01 : Tableau représentatif de la fréquence de la trisomie 21 en fonction de l'âge maternel.

Depuis l'âge de 20 ans, il existe une augmentation de l'âge maternel, le nombre de trisomie 21 à la naissance auraient augmenté. **(PASSOT, 2005, p. 13).**

Le vieillissement maternel est le seul facteur étiologique connu à ce jour. Selon **J. de GROCHY**, dans la population générale, l'âge maternel moyen est de 27-28 ans. Il est de 34-35 ans dans la population de trisomie 21.

En moyenne, un tiers des trisomiques 21 naissent des mères âgées de 40 ans, une amniocentèse permettrait le dépistage précoce.**(J. DE AJURIAGURRA, 1970 (1974), p.547).**

6-2- Les facteurs extrinsèques :

Les facteurs extrinsèques sont beaucoup moins fréquents et peuvent se combiner aux facteurs intrinsèques. Ils concernent les radiations (pour des raisons professionnelles, d'habitat, accidentelle, lors des examens médicaux), l'effet génétique des virus (en cas d'hépatite et de la rougeole), des agents chimiques, et certaines mutagènes, divers facteurs immunobiologiques, et certaines carences aux vitamines. (TOURETTE, et GUIDETTI. M., 2004, p.119).

7- Diagnostic clinique de trisomies 21 :

7-1- 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 chromosomes de l'enfant), il s'agit d'une analyse des 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 où se trouvent les difficultés particulières qui vont être rencontrées, et nous permet aussi d'évaluer de façon précise in 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'éventuelle récurrences d'accidents génétique. (TOURETTE, 2002, p.119).

7-2- Diagnostique psycho-éducatif :

Qu'est établi à partir de divers éléments, l'âge de l'enfant, modalités d'expression de la trisomie, vie familiale, contexte géographique et social, il est le résultant de séries d'une découverte, d'adaptation d'appropriation de cet enfant trisomique (leur besoin), il tenant compte de tous les éléments symptomatologiques, psychologique, affectifs, familiaux et sociaux, afin de permettre les meilleurs évolutions, les meilleurs suivis possible individuellement, parce que chaque cas est un cas différent de l'autre.

Ce diagnostic permet aux parents de mieux connaître leur nouvel enfant, la découverte de l'enfant dans sa famille, dans son environnement, avec ses dimensions plurielles, ses richesses et ses difficultés, ainsi que ses besoins (CUILLERET, 2007, p. 15).

8- La prise en charge des enfants trisomiques :

L'accompagnement des personnes porteuses de trisomie 21 est multidisciplinaire (médecins, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues et rééducateurs). Il passe par un partenariat entre professionnels, parents et personnes trisomiques. L'accompagnement personnalisé a permis l'expression de potentiels et la réalisation de projets de vie en milieu ordinaire, et il évolue avec les progrès des connaissances sur les particularités de la personne trisomique.(**YANG. Q, FRIEDMAN.JM., 2002, p.359**).

8-1- Un suivi médical et clinique :

L'espérance de vie des personnes porteuses de trisomies 21 a beaucoup augmenté ces dernières années grâce au dépistage et au traitement des malformations et pathologies plus fréquentes dans cette situation ainsi qu'à l'accompagnement éducatif et rééducatif dès le plus jeune âge.

Tous enfant trisomique doit bénéficier de la surveillance médicale proposée pour sa tranche d'âge avec une vigilance particulière dans certains domaines. Le rythme des consultations doit être fréquent chez les petits, mais passé l'âge de 03 ans il devient annuel.

Un suivi systématique est indispensable en raison des particularités d'expression de la douleur chez l'enfant trisomique, présente quel que soit l'âge : lenteur de réaction, l'hypotonie, difficultés à dire si et où il souffre, à décrire leurs sensations, et troubles du langage. En conséquence, l'enfant trisomique s'exprimera parfois uniquement par une modification ou un trouble du comportement, un repli sur lui-même, une régression des acquis, des manifestations du refus... (**YANG.Q, FRIEDMAN. JM. 2002, p.359**).

8-2- Un suivi kinésithérapique :

L'objectif est d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en 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 kinésithérapique. L'éducation précoce débute vers 5-6 mois. Elle se fait en présence des parents jusqu'à l'acquisition de la marche. L'enfant est ainsi rassuré et les parents sont accompagnés dans la découverte des compétences et difficultés de leurs enfants.

Les « jeux exercice » utilisés, souvent accompagnés de stimulations sensorielles, visent à aider l'enfant à acquérir les bases de motricité en passant les étapes du développement neuro-moteur dans le bon ordre et moins lentement. (NOACK, N., 1997, p. 58-81).

8-3- Un suivi psychomoteur :

Des progrès réalisés dans la connaissance des particularités psychomotrices du jeune enfant porteur de trisomie 21 ont validés la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent (18-24). Plus particulièrement, on citera les particularités au niveau de la maturation tonique et de développement postural, au niveau de la construction des coordinations motrice et de l'intégration des informations sensorielles, au niveau de développement perceptif, sensori-moteur et des coordinations motrice et de la motricité manuelle.

L'objectif est d'aider l'enfant trisomique à percevoir et connaître son corps pour ses conduites motrice, mais aussi pour ses conduites expressives. (SPANO M, MERCURI E, RANDOT T, et all, 1999, p. 7-14).

8-4- Un suivi orthophonique :

Si les enfants porteurs de trisomies 21, présentent tous à des degrés divers et avec des disparités interindividuelle notables, des troubles de l'acquisition du langage dans toutes ses composantes, la prise en charge orthophonique de l'enfant trisomique évolue au fur et à mesure de l'approfondissement des connaissances neurobiologiques de cette situation et des observations cliniques.

Ainsi on a pu constater, concernant l'acquisition de la parole et du langage, qu'il existe une problématique langagière spécifique à la trisomie 21, allant de l'installation des premiers circuits de communication infra verbale aux échanges linguistiques, en passant par la mise en place des organisation pré conversationnelles et des processus articulatoires et phonologiques qu'exige l'utilisation de la langue. (VINTER. S., RONDAL JA. 2002, p. 100-105). (RONDAL. JA., Buckley. S., 2003, p. 63-69).

8-5- Un suivi éducatif :

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant trisomique 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. L'accompagnement éducatif des personnes trisomique a

historiquement été construit à partir des groupes constitués des personnes présentant des caractéristiques communes c'est l'origine même des institutions.

Une modification de la conception du travail éducatif une meilleure connaissance des conséquences de la trisomie 21, et une évolution des représentations sociales du handicap permettent maintenant de considérer que c'est la multiplication des interactions l'appartenance à des groupes divers constitués de personnes ordinaires, ou de personnes en situation de handicap qui favorisent le développement le plus harmonieux des personnes porteuses de trisomie 21 (**VINTER S, RONDAL JA., 2002, p. 115**).

Résumé :

Comme on a déjà vu, dans ce chapitre, la trisomie 21 constitue l'une des anomalies les plus fréquentes de nos jours. Les personnes porteuses de cette anomalie ont besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire (médecins, psychologues, éducateurs, orthophonistes...) pour offrir des meilleures conditions de la vie quotidienne de ces personnes.

Chpitre III

la relation mère-enfant

Préambule :

Il nous importe de mettre en relief pour notre sujet d'étude la relation qui lie l'enfant à sa mère. Il est important de noter que les enfants qui bénéficient de contacts affectueux et fréquents (caresses, jeux de corps, portage, bercement). Se développe mieux sur le plan postural et affectif que les enfants privés de ce style de relation.

1- Définition de la famille :

LEVI-STRAUSS définit la famille comme suite : « la famille est l'union plus ou moins durable mais socialement approuvée de deux individus de sexe différent qui fondent un ménage, procréent, élèvent des enfants ... et vivent dans une communauté de biens ». (**JEAN-LUC VIAUX, 2002, p. 15**).

2- La relation mère-enfant dans la perspective psychanalytique :

Selon **FREUD.S** la relation privilégiée de l'enfant à la mère, s'établit secondairement à la satisfaction des besoins fondamentaux, que sont les besoins alimentaires et les besoins liés à la satisfaction des pulsions sexuelles de l'enfant, au cours de la première année de la vie et constitue le prototype des relations sociales ultérieures. (**CARTRON.A., FAYDA.W, 2004, p. 10**).

FREUD.S considère que l'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut. A cette époque, la fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant. (**BERNARD GOLSE, 2002, p. 18**).

FREUD.S postule que la mère joue un rôle indispensable dans la vie de l'enfant, c'est son premier objet d'amour et toutes interactions entre eux vont permettre à l'enfant de découvrir son entourage. (**PAPALIA. (D.E), 2010, p. 15**).

Les travaux de **R.SPITZ** en particulier, tendent à montrer comment la mère, qui a procuré les gratifications alimentaire et les gratifications orales qui les accompagnent, acquiert au cours de la première année de la vie de l'enfant le statut d'objet, c'est-à-dire ce par quoi ou par qui les pulsions peuvent être satisfait. Dans le jeu des frustrations et des gratifications liées à la tension et à la quiétude éprouvée au niveau de la zone orale, l'enfant identifie le sein puis la mère, reconnue comme pourvoyeuse des gratifications orales. En même temps l'enfant devient capable de prendre en compte les autres attributs maternels,

ceux relevant de l'établissement des relations sociales, comme le visage, la voix, la manière de le tenir,...etc. (**CARTRON.A., FAYDA.W, 2004, p.10**).

SPITZ.R interprète l'apparition du sourire en présence du visage humain dès l'âge de deux mois et le fait que cette conduite soit quasiment systématique chez tous les enfants jusqu'à six mois comme étant une étape préliminaire à la constitution de l'objet (stade du précurseur de l'objet). (**CARTRON.A, FAYDA.W, 2004, p. 10**).

Pour **R.SPITZ** les actions conscientes de la mère, ses attitudes inconscientes exercent sur l'enfant un « renforcement primaire ». Dans ces processus de formation nommés par **R.SPITZ** « processus de modelage », il s'agit d' « une série d'échanges » entre deux partenaires, la mère et l'enfant. Ce qui influençant le développement de l'enfant. (**BERNARD GOLSE, 2002, p. 59**).

Selon **BRUNER (1983)**, la communication pré-linguistique devient ensuite intentionnelle du point de vue du bébé et réciproque, dans la mesure où les messages émis et reçus le sont suivant un code commun à la mère et à l'enfant « les formats de communication » sont des structures d'action conjointe, d'abord pré-linguistiques puis qui seront accompagnées des productions verbales de l'enfant. Vers six mois apparaît un mode d'échange dans une action commune avec la mère, l'enfant réclame et reçoit un objet et devient capable de le rendre et s'attend alors à le recevoir à nouveau. Les requêtes peuvent se faire vers huit à dix mois sous la forme de vocalisations qui expriment que l'enfant veut qu'on lui donne l'objet, qu'il veut le rendre ou encore qu'il veut commencer un jeu d'échange. (**CARTRON.A., FAYDA.W, 2004, p. 40**).

Pour **RONDALL**, les échanges mère-enfant avant la période verbale permettent à l'enfant d'acquérir des compétences qui seront intégrées dans la communication verbale « toutes ces activités verbo-gestuelles constituent autant d'épisodes interactifs bien délimités dans lesquels les comportements verbaux et non verbaux des partenaires s'enchaînent d'une façon qui devient finalement prévisible pour l'enfant. Cela lui permet, à terme et dans certaines limites, d'assurer les rôles non seulement "d'agent et d'agit", mais aussi de meneur et d'agent dans la relation à la mère.

Les procédures d'indication en sont un bon exemple : à partir de quatre mois, l'enfant est capable de porter son regard sur ce que regarde la mère. Par le biais du regard, l'enfant et la mère sont capables d'attirer l'attention de l'autre

en regardant un objet que l'autre est ainsi invité à regarder. (CARTRON.A., FAYDA.W, 2004, p. 40).

Les études de MELANIE KLEIN montrent que, tous les progrès du bébé vis-à-vis de son monde interne et externe, vont lui faire sentir que les sensations proviennent d'un même objet, qu'il ressent maintenant comme séparé de lui, source unique de ce qui est, à la fois bon et mauvais. Les perceptions ne proviennent plus d'un « bon sein » ou d'un « mauvais sein », mais d'un objet total « mère », somme de ce qui est bon et mauvais. Pour l'enfant, distinguer sa mère comme une personne entière différente de lui, implique de reconnaître sa dépendance vis-à-vis d'elle. L'enfant va éprouver des sentiments agressifs et des sentiments d'amour à son égard. Elle est donc vécue le nourrisson comme étant la source de ses gratifications et de ses frustrations. L'ambivalence envers l'objet commence à se manifester. (BERNARDGOLSE, 2002, p.71).

MARGARET.S.MAHLER, elle reproche que l'enfant et sa mère constituent une unité duelle toute puissante, à l'intérieur d'une frontière unique commune. Dans ce système, l'enfant est en état de dépendance absolue, la mère en état de dépendance relative. La fusion du bébé avec sa mère est telle qu'aucune différence entre le Je et le non-Je n'est perçue. (BERNARD GOLSE, 2002, p. 96).

D.W.WINNICOTT, il avait consacré une étude à la relation qui attache la mère à son enfant, et il avait recherché dans le sens des apports que celle-ci peut lui dispenser

Au commencement, le bébé connaît d'abord sa mère. Des qualités qui lui reviennent et qui lui sont généralement attribuées par son bébé telle la douceur, la tendresse. D'autres qualités peuvent tout autant coexister telle les règles, la fermeté, les restrictions, la ponctualité dans le repas, et que l'enfant aimerait retrouver plutôt chez le père, chez un père fort, intransigeant, un père qui peut être respecté et aimé.

La présence maternelle est primordiale, son existence est nécessaire pour être ressentie et vécue par l'enfant. La mère procure un contact, une température corporelle, le mouvement, la sérénité et le bien-être en rapport avec les besoins du bébé. Les soins maternels préliminaires, le holding ou « maintien », sécurisent contre les menaces physiologiques. L'enfant s'adapte progressivement aux changements tout à la fois physiques. Le maintien physique de l'enfant traduit une preuve et un sentiment d'amour.

Toujours selon les observations de **D.WINNICOTT**, c'est par un mécanisme d'identification à son enfant que la mère parvient à comprendre ce que peut ressentir son petit. Ce sont les soins maternels qui convenablement prodigués à l'enfant, vont permettre à ce dernier de s'édifier par le sentiment d'une continuité d'être. La qualité de ces soins est fondamentalement décisive et cruciale à sa manière d'exister. L'édification de la personnalité s'appuie sur les réactions aux empiétements de l'environnement. (**J.DE AJURIAGUERRA, 1977, p. 116**).

3- La théorie de l'attachement selon J.BOWLBY :

J.BOWLBY a été influencé par la pensée psychanalytique, et il accorde une importance majeure aux premières relations entre la mère et son enfant. Selon lui, les enfants naissent avec une propension naturelle à rechercher des liens émotionnels forts avec leurs parents.

De telles relations ont une valeur de survie, en fonction de ce qu'elles assurent : la nourriture et confort du nourrisson. Ce système d'interactions est composé d'un répertoire de comportements instinctifs qui instaurent et entretiennent une certaine proximité entre les parents et l'enfant ou entre toutes personnes unies par un lien affectif. (**BEE.H et All., 2003, p. 121**).

Pour soutenir sa théorie, il a particulièrement fait référence au monde animal. Il s'est intéressé au développement humain sous une perspective évolution-éthologique. Il s'inspira à cet égard des travaux de **LORENZ et HARLOW**. (**BOWLBY.J, 1978, pp. 249.258**).

BOWLBY retient qu'il existe chez l'animal, dès la naissance, une prédisposition génétique à avoir des conduites sociales à l'égard du premier objet avec lequel il entre en contact et qui, dans des conditions normales, est la mère génitrice. Il estime que l'enfant humain est également pourvu d'un ensemble de schèmes d'action dépendant de ses potentialités génétiques (en particulier, réflex de succion, pleurs et cris, conduites de fixation et de poursuite oculaire, ...etc.) qui permettent au bébé d'établir et de maintenir le contact avec les personnes de l'entourage. (**CARTRON.A., FAYDA.W, 2004, p.12**).

3-1- Définition de l'attachement :

L'attachement est un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et la personne sui en prend soins. Ce lien persiste à travers le temps et l'espace sur un continuum. L'attachement est un lien affectif, durable et caractérisé par la

tendance d'un enfant à rechercher la sécurité et le réconfort auprès de la figure significative en période de détresse. (ANISWORTH.M et WITTING.B.A, 1969, p.53).

3-2- Les types d'attachement :

M.AINSWORTH à travers son expérience de situation étrangère, a identifié trois type d'attachement et un quatrième type a été ajouté après par M.MAIN et SOLOMON.

a- Attachement sécurisant :

Dans ce type d'attachement l'enfant manifeste de la confiance en présence de sa mère, de la détresse lors de son absence, et un retour à la confiance lors de la réunion avec la mère.

b- Attachement insécurisant de type évitant :

L'enfant manifeste une distance à l'égard de sa mère lorsqu'elle est présente, une indifférence lors de son départ et une absence de réconfort lors du retour.

c- Attachement insécurisant de type ambivalent :

C'est un attachement perturbé dans lequel l'enfant affiche une anxiété en présence et en absence de sa mère. Lors de la réunion avec cette dernière, l'enfant démontre tout à la fois une recherche de réconfort, des comportements de rejet et de résistance à la mère.

d- Attachement désorganisé et désorienté :

L'enfant démontre de multiples contradictions dans son comportement à l'égard de sa mère et manifeste de la confusion et de la peur. (PAPALIA(D.E), 2010, p.p. 119.121).

3-3- Le développement de l'attachement chez l'enfant :

A travers les soins qu'ils procurent; les parents répondent aux besoins de leur enfant d'une façon qui favorise le développement d'un lien affectif intime. L'attachement du bébé aux parents apparaît graduellement, **BOWLBY** définit trois étapes de l'attachement de l'enfant : Le prés-attachement, l'émergence de l'attachement et l'attachement véritable.

La première étape, de la naissance à trois mois, **BOWLBY** pense que l'enfant débute dans la vie avec un répertoire de comportements innés qui l'orientent vers les autres et qui signalent ses besoins. Ces comportements (pleurer, regarder dans les yeux s'agripper, se blottir et réagir) favorisent en premier lieu la proximité, **AINSWORTH** voit que ces comportements d'attachement sont simplement émis sans être adressés à une personne particulière.

A ce stade il n'existe pas un véritable attachement, les interactions et les échanges avec la mère renforcent le lien affectif qui unit les parents à l'enfant, et cela constitue le fondement de l'attachement naissant de l'enfant.

A l'âge de trois à six mois, le bébé commence à faire preuve de discrimination qui s'occupent régulièrement de lui, et moins spontanément favorisent la proximité vers plusieurs personnes, mais personnes n'est encore devenu sa base de sécurité

A ce stade, les enfants ne montrent aucune anxiété particulière quand ils sont séparés de leurs mères.

Selon **BOWLBY**, le véritable attachement ne se forme que vers l'âge de six à huit mois. A ce stade, c'est l'enfant qui recherche la proximité au contraire des deux première étapes, car il commence à se déplacer en rampant et en marchant à quatre pattes. A cet âge, la personne la plus importante pour l'enfant lui sert de base de sécurité, à partir de laquelle il explore le monde. (**BEE.H et AL, 2003, p.126**).

4- Le rôle du père :

Il y'a lieu de reconnaître tout aussi bien l'importance de la place du père, le rôle considérable qu'il peut jouer dans une famille, et surtout auprès de son

propre enfant. Sa place est tout autant primordiale pour assurer la personnalité du jeune être dans ses assises.

La psychanalyse, comme les travaux sur la carence affective ont montré la valeur du rôle de la mère dans le développement de l'enfant, mais ils n'ont pas témoigné autant d'intérêt à l'égard du rôle du père. Si la mère prodigue, dispense et enseigne de l'amour, le père joue en effet un rôle aussi indispensable dans sa fonction psychologique auprès de l'enfant. Parce qu'il représente la Loi, et parce qu'il détient l'autorité, son rôle complète celui de la mère et équilibre l'affectivité de l'enfant.

Le père est le pourvoyeur d'autorité, mais d'une autorité qui soit constructive. Grâce à laquelle un deuxième mécanisme d'identification parentale s'instaure par celui du mode d'identification à l'autorité. Une autorité sage qui relève plus de la raison que du besoin de dominer. (**J.DE AJURIAGUERRA, 1977, p. 117**).

Un article paru dans le dictionnaire de psychologie de **N.SILLAMY (TOM II)** :

« ... si un père seul est capable de préserver et d'épanouir la richesse de ses enfants, son absence peut leur être hautement préjudiciable... ».

L'absence du père peut être une source de nombreuses inadaptations. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, le rôle du père devient indispensable et prépondérant. (**SILLAMY.N, 1980, p. 884**).

5- La relation entre mère et enfant arriéré :

A travers les études clinique et psychanalytique de **M.MANNONI**, la relation d'amour mère-enfant aura la toujours un arrière-goût de mort, de mort niée, travestie la plus part du temps en amour sublime, quelque fois en indifférence pathologique, parfois en rejet conscient ; mais les idées du meurtre sont bien les mêmes si toutes les mères ne peuvent en prendre conscience.

L'aveu de ce fait est d'ailleurs lié, la plus part du temps, à un désir de suicide, tant il est vrai qu'il s'agit là, de réaliser d'une façon exemplaire, d'une situation où mère et enfant ne font qu'un. Toute dépréciation de l'enfant est ressentie par la mère comme une atteinte à sa personne propre. Toute condamnation de l'enfant signe son arrêt de mort à elle. Si elle décide de vivre,

il faudra qu'elle vive contre le corps médicale, avec le plus souvent la complicité silencieuse du mari.

M.MANNONI, nous explique que l'infirmité d'un enfant atteint la mère sur le plans narcissique, il y a perte brusque de tout repère d'identification, avec, comme corollaire, la possibilité de conduites impulsive. Il s'agit d'une panique devant une image de soi qu'on ne peut plus reconnaître ni aimer. (**MAUD.M, 1964, p. 26**).

L'enfant de sa part développe une technique pour ne pas se laisser entraîner dans les désirs de mort de la mère, est d'être négatif et un désarroi continu qui s'exprime en malaise somatique divers. (**MAUD.M, 1964, p.28**).

Selon la même psychanalyste, l'enfant retardé et sa mère forment, à un certains moments, un seul corps, le désir de l'un se confond avec celui de l'autre, si bien tous deux semblent vivre une seule et même histoire. Cette histoire a pour support, sur le plan fantasmatique, un corps atteint, de blessures identiques, qui ont pris une marque significative. Ce qui, chez la mère n'a pu être résolu au niveau de l'épreuve de castration, va être vécu en écho par l'enfant qui dans ses symptômes, ne fera souvent rien d'autre que faire parler l'angoisse maternelle.

JACQUES LACAN fait remarque que le désir se distingue du besoin et de la demande. Le désir apparaît en creux, comme un manque, même si le besoin et la demande sont satisfaits. La satisfaction du besoin se présente alors comme un leurre. La mère, leurrée dans la perspective du besoin et de la demande, croit échapper aux problèmes du désir, en gavant l'enfant « de la bouillie étouffante de ce qu'il a », oubliant « ce qu'il n'a pas » et « confondant ses soins avec le don de son amour ».

La demande (qui est l'articulation du besoin et qui correspond à la naissance même du langage) est ainsi au point de départ de la relation de l'enfant à la mère et des vicissitudes de cette relation.

Dès lors, c'est une relation leurrant qui va s'instituer entre mère et enfant, ce dernier, dans sa matérialité étant toujours pour la mère signification d'autre chose. (**MAUD.M, 1964, p.p. 78-79**).

6- Impact psychologique de l'arrivée d'un enfant sur sa mère :

Cet enfant est différents, cette réalité s'accompagne de modification profondes pour toute la famille et pour chacun des deux parents surtout la mère. Cet enfant n'est pas l'enfant imaginé, et cela engendre quelques réactions et quelques troubles chez la mère. (M.MANNONI) tel que :

6-1- Dépression et rupture comportementale :

Bien que l'on parle souvent de la détresse des parents au moment du diagnostic. Ces souffrances ne sont pas toujours prises et pour ce qu'elles induiront auprès des enfants concernés. En effet il n'est pas rare, après une annonces de trisomie, de voire développer des dépressions ou de voir des comportements de violence ou d'abandon qui nuisent gravement à la santé de ces mères et à celle de leurs enfants. (CUILLERET, M., 2007, p. 51).

6-2- La culpabilité de la mère :

Il existe dans la plus part des cas une forme de culpabilité qui a du mal à s'exprimer. Mais qui est bien présente. Cette culpabilisation se révéler surtout à terme et amener les parents à des attitudes surprotectrice, qui peut souffre, mais dont elles se croient inconscient redevable.

6-3- L'abandon :

L'abandon est parfois une conséquence obligée. Réponses de détresse a une naissance différente de cette attendue. C'est toujours un drame pour les parents. Le plus souvent, l'abandon est la conséquence d'un diagnostic mal délivré, mal expliqué, la souffrance est toujours présente, c'est aussi un acte de désespoir face à l'impossible.

6-4- Le rejet :

C'est la découverte brutale d'une réalité non souhaitée qui peut induire des rejets plus ou moins profonds et conscient de l'enfant. Le rejet temporaire et concret de l'enfant est décrit par certaines familles. Les parents trop troublés par l'impact de l'annonce de diagnostic se trouvent dans l'incapacité temporaire de s'occuper normalement de leurs enfants. (CUILLERET, M., 2007, pp.48-50-95).

Résumé :

L'influence parentale et familiale agit de façon importante au cours des premières années de vie d'un individu. Elle joue un rôle manifeste dans le développement de sa personnalité. Mais l'enfant pathologique a souvent besoin d'une bonne attitude de la mère, pour lui offrir un dispositif qui lui permet d'explorer d'autres lieux, à fin de devenir plus autonome.

Partie Pratique

Chapitre IV

méthodologie de la recherche

Préambule :

On ne peut pas faire une recherche sans un outil méthodologique, et sans suivre une démarche méthodologique adéquate à notre thème de recherche.

Ce chapitre comprend le choix de la démarche, la description du cadre de la recherche et du groupe étudié, ainsi la présentation des techniques d'investigation utilisées.

1- La pré-enquête :

L'étape de la pré-recherche ou la pré-enquête est une étape cruciale, à cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet (**CLAIRE DURAND, 2009, p.1**). C'est la phase la plus importante de préparation, elle a pour objet de recueillir le plus de connaissance et d'information sur le sujet à étudier.

Cette étape nous permet à la fois, de cerner le thème de recherche, d'être auprès des personnes concernées et même non concernées par le sujet. Mais qui peuvent avoir des idées, d'enrichir nos lectures sur l'objet d'étude, afin de tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, pour mieux cibler le projet, et de faciliter l'émergence des questions qui n'avaient pas été évoquées et orienter la formulation des hypothèses.

Puisque notre thème d'étude est « l'anxiété chez les mères ayant un enfants trisomique » et dans le but de valider notre question de départ, pour aboutir à une question de recherche, nous avons opté en premier lieu pour une pré-enquête au niveau des centres psychopédagogiques des inadaptés mentaux où nous avons pu rencontrer des mamans qui viennent pour les consultations et le suivis de leurs enfants.

Durant cette pré-enquête, nous avons essayé de nous rapprocher plus de ces mamans, afin d'accueillir des informations liées à leurs état psychique et connaître l'intensité de leurs souffrances et leurs craintes (le degré de leurs anxiété) vis-à-vis de l'handicape de leurs enfants.

2- Présentation des lieux de recherche :

Afin de pouvoir réaliser cette étude et d'être en contact avec ces mamans dans un cadre institutionnel, nous avons effectué un stage au sein de deux centres ; Le centre médico-pédagogique d'AOKAS (DEFI), et le centre psychopédagogique d'IHADDADEN (les 300 logements).

2-1- Le centre médico-pédagogique d'AOKAS :

Notre stage pratique a été réalisé dans un centre médico-pédagogique pour enfants inadaptés mentaux d'AOKAS. Celui-ci se situe sur les plateaux d'AOKAS, il a été créé le 05-08-1996 il est constitué d'un seul logement, une cour pour la récréation et jeux, 06 classes pour éducation et dressage :

La classe préparatoire N°01 :

Cette classe contient six enfants, leur âge se situe entre 06 et 11 ans. Réservée pour les enfants trisomiques.

La classe préparatoire N°02 :

Cette classe est composée de huit enfants, qui sont des IMC et des retardés mentaux. Leur âge se situe entre 08 et 12 ans.

La classe Adolescents niveau moyen :

Contient onze adolescents, qui sont trisomique et déficients mentaux, leur âge varies entre 17 et 22 ans.

La classe préscolaire :

Composée de huit adolescents, leur âge se situe entre 18 et 25 ans.

Atelier intermédiaire :

Elle est composée de quatre adultes trisomiques et retardés mentaux, leur âge est entre 20 et 22 ans.

La classe horticulture :

Contient six adultes leur âge se situe entre 22 et 28 ans.

Une administration qui se répartie en 07 bureau : le trésorier, l'économiste, le groupe pédagogique, le dortoir, le réfectoire, une salle de sport

Ce centre médico-pédagogique a une capacité de 40 places, actuellement, il accueille 36 enfants et la prise en charge est assurée par une équipe pluridisciplinaire dans le but d'améliorer et développer les capacités des déficients mentaux à travers une prise en charge psychopédagogique a un accompagnement permanent en vue de leur épanouissement optimal, de leur accès à l'autonomie et de leur insertion professionnelle. Ça va permettre aussi grâce à cette prise en charge de connaître la capacité de chaque enfant dans divers côtés, intellectuel, moteur, affectif.

Les enfants sont pris en charge par des spécialistes du dimanche à jeudi, de 8heur à 15heur : un psychologue clinicien, un orthophoniste, une assistante sociale et 09 éducateurs et éducatrices, un psychopédagogue et un psychomotricien. Ils sont mis sous un programme spécialisé, chaque classe possède son propre programme qui est réalisé par le psychopédagogue.

2-2- Le centre psychopédagogique d'IHADDADEN :

Il a été créé en 1983, puis conformément à la loi 90-31 relative aux associations à caractère social.

L'association est dénommée : Association D'aide Aux Inadaptés Mentaux de BEJAIA, par abréviation : A.A.I.M.B.Elle a pour objectif 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.

- Personnel du centre d'IHDDADEN :

Il comporte 01 directeur, éducateurs ; éducateurs stagiaires et éducateurs spécialisés pour renforcer les compétences d'adaptation et d'apprentissage pour aboutir à l'indépendance et l'autonomie.

- L'équipe psychopédagogique :

Elle contient, 02 psychologues cliniciens chargés du suivi psychologique et du comportement, et la conduite des enfants. 02 orthophonistes chargés du suivi orthophonique, rééducation motrice et de logopédie. 01 pédagogue chargé de la préparation des programmes et du suivi pédagogique pour les enfants, 01 chargée de psychomotricité elle est chargée de la rééducation motrice et du développement psychomoteur de l'enfant, 01 assistante sociale elle est chargée de faire le suivi médical et les enquêtes sociales, 01 médecin chargé de l'état de santé et du suivi médical des enfants, 02 agents jeunes insérés chargés de la surveillance. 03 cuisiniers chargés de la préparation des repas.

Le nombre de jeunes pris en charge dans ce centre est de 88 entre enfants et adolescents répartie sur 11 classes.

3- Présentation du groupe de la recherche :

Cas	Age	Niveau d'instruction	Fonction	Nombre d'enfant	Sexe de l'enfant	Lieu de rencontre
HABIBA	53ans	6 ^{ème} année	Femme au foyer	08	Masculin	Au bureau du psychologue
KHOKHA	53ans	Aucun niveau	Femme au foyer	07	Féminin	Au bureau du psychologue
MERIEM	33ans	2 ^{ème} AS	Femme au foyer	04	Féminin	Au bureau du psychologue
SABIHA	45ans	universitaire	Enseignante	02	Masculin	Au bureau du psychologue
NADIA	55ans	3 ^{ème} année	Femme au foyer	08	féminin	Au bureau du psychologue
NAIMA	48ans	Aucun niveau	Femme	08	Masculin	Au bureau du psychologue
RAZIKA	54ans	Aucun niveau	Femme au foyer	07	Masculin	Au bureau du psychologue
LYNDA	41ans	8 ^{ème} Année	Femme au foyer	03	Féminin	Au bureau du psychologue

Tableau N°02 : Tableau représentatif de notre groupe d'étude et ses caractéristiques.

Toutes les mères incluses dans l'étude doivent présenter les critères suivants :

- Acceptation pour la participation à l'étude.
- Toutes sont des mères ayant un enfant trisomique.
- L'âge des mères est entre 33ans et 53 ans.
- L'âge réel de leurs enfants trisomiques varie entre 05 et 14 ans.
- Tous les enfants trisomiques sont admis aux centres psychopédagogiques des inadaptés mentaux.

4- La méthode utilisée :

Notre étude vise à décrire l'anxiété chez les mères ayant un enfant trisomique 21, nous avons adopté la méthode descriptive, qui a pour but l'étude approfondie de l'individu précisément « l'individu en situation et en évolution », la situation envisagée est celle des mamans anxieuses par rapport à leurs enfants trisomiques.

La méthode descriptive, est une méthode qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. **(KH.CHAHRAOUI, 2003, p 125).**

La méthode descriptive est l'une des méthodes de recherche qualitative, qui est un ensemble des procédures pour qualifier un phénomène. Elles sont utilisées pour collecter et analyser des données. En psychologie, la méthode descriptive a pour but de répertorier et décrire systématiquement un certain ordre de phénomènes, d'établir des regroupements, données et des classifications, elle vise à décrire en même temps le comportement d'un individu.

En tant qu'une méthode scientifique, la description doit déboucher sur une explication. Pour cela elle procède de deux niveaux différents mais complémentaires : l'exploration et l'étude du cas qui se distingue essentiellement par son caractère approfondie, elle est la référence de la méthodologie clinique et des cliniciens, qui tentent d'étudier et décrire le plus exactement possible le problème du sujet. **(MARTEL.F, 1988, p.57).**

L'étude de cas est une méthodologie qualitative descriptive qui est employée comme un outil pour étudier un cas spécifique dans un phénomène

complexe. C'est une étude approfondie d'un ou très peu d'objets de recherche. Elle permet d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. **(KH.CHAHRAOUI&H.BENONY, 2003, pp. 125-127).**

Selon PEDINIELLI (1994), elle est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants, elle ne peut que centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, une attention est spécialement portée sur la parole et sur les informations attribuées par le sujet, de plus, la spécificité de la méthode clinique réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. **(PEDINIELLI, 1994, p.22).**

La méthode du cas par cas, ou mieux, la méthode de un par un dans la mesure ou cas, renvoie au malade, pour le clinicien l'histoire de celui qu'il rencontre ne peut jamais être assimilée à aucune autre. Le psychologue clinicien pense qu'il a un intérêt à ressaisir l'épaisseur, l'intensité dramatique de l'histoire d'un sujet singulier pour comprendre ses comportements. **(ROBINSON.B, 2006, p. 17).**

L'étude du cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observations et de compréhension. **(KH.CHAHRAOUI, et H.BENONY, 2003, p. 127).**

Dans l'étude de cas, le chercheur essaye généralement d'acquiescer la perception la plus possible complète de l'objet, en le considérant comme une entité holistique, dont les attributs ne peuvent être compris dans leurs totalités qu'au moment où nous examinons tout simultanément.

5- Les outils d'investigations :

Pour cette partie méthodologique, nous avons puisé dans l'ouvrage de **(R.SAMACHER et B.ALEXANDER. Psychologie clinique et psychopathologie 2005, p. 373)**. Nous nous permettons d'en reproduire quelques extraits ; «l'observation et l'entretien clinique sont les bases de la méthode clinique, le clinicien va recueillir un certain nombre de données. Ce matériel peut être recolté à partir du discours du patient (entretien non directif ou associations libres), d'entretiens semi-directif, de protocoles et tests, ou à partir

de la seule observation du patient (pour les nourrissons ou les jeunes enfants). Le clinicien va devoir fixer le matériel soit par des notes prises au cours de la consultation, soit par la réduction de l'observation après coup (en faisant appel à sa mémoire).

Très souvent lors d'une recherche on utilise l'enregistrement audio ou vidéo, ce qui permet de procéder à une analyse du contenu de l'entretien ou à une analyse du document d'observation dans le cadre d'un groupe d'étude. ».

Pour pouvoir décrire et définir l'anxiété chez les mamans ayants des enfants trisomiques, on a procédé à l'utilisation de deux techniques de recherche, la première est un entretien clinique, et la seconde est l'échelle d'anxiété de SPEILBERGER Etat-Trait.

5-1- L'entretien clinique :

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique. A la fois outil de diagnostic, de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en préside à l'entrevue.

L'entretien clinique selon **C.CHILLAND** «Une communication entre deux interlocuteur, ou plusieurs, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.» (**CHILLAND.C, 1983, p. 119**).

Il permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (études d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives des phénomènes de persuasion, argumentation, implication).(**BENONY.H, CHAHRAOUI.KH, 2003, p. 64**).

Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'Homme dans sa totalité et dans sa singularité. L'entretien induit une relation asymétrique dans le dialogue (**C.CHILLAND, 2006**), il y a d'un côté le patient qui demande (l'aide, un avis, des conseils), et de l'autre côté, le clinicien détenteur de savoir et de savoir-faire et supporter des projections du patient. Dans cette relation, le clinicien est souvent magnifié par le patient qu'a de forte attentes vis-à-vis de celui qui sait (ou qui est considéré comme tel). Il existe

plusieurs types d'entretien : entretien directif, non directif, et l'entretien semi-directif de recherche.

a- L'entretien directif

C'est lorsque le psychologue détermine lui-même les thèmes de l'échange et induit les réponses de l'interviewé. Il consiste en un interrogatoire plus au moins systématisé et standard, ou adapté. Il limite la spontanéité bilatérale (nécessaire à la méthode clinique) et les possibilités de pousser plus loin l'investigation si on se borne à son application stricte, scientifique et neutre.(LAVARD.A.M, 2008, p. 36).

b- L'entretien non directif

Concernant ce type d'entretien, le psychologue laisse l'interlocuteur parler librement, par « association libre » autour d'un thème. Il reste à l'écoute, repère l'enchaînement des thèmes dans le discours, aide éventuellement par des relance pour que la personne élabore son point de vue personnel. Il doit rester vigilant afin de ne pas orienter, à son insu, le discours dans le sens qu'il souhaite.(LAVARD.A.M, 2008, p. 37).

c- L'entretien semi-directif

C'est le plus courant. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien restructuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos d'un thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet. (LAVARD.A.M, 2008, p. 39).

Dans notre recherche, nous avons opté pour l'entretien semi-directif qui favorise l'expression personnelle du sujet combinée avec le projet d'explorer un thème particulier. (PEDDINILLI.J.K, 1994, p. 76).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispos 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 hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du patient par exemple. (CHAHRAOUI.KH, BENONY.H, 1999, p. 16).

5-2- Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré.

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lire les différents thèmes et sous-thème abordé lors de l'échange, à partir de ces thèmes, il va préparer une liste de questions semi-ouvertes, ainsi que les relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet). Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication. (CHAHRAOUI.KH, BENONY.H, 1999, p. 16).

Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien. Le but final est de l'oublier pour que l'entretien se rapproche le plus possible d'une conversation entre deux interlocuteurs dans laquelle les idées du sujet émergent spontanément. Le guide d'entretien est susceptible d'évaluer au cours des entretiens (par des ajustements, des rectifications des questions). Il est conçu comme un canevas souple : les questions ne seront peut-être pas toutes posées, elles pourront être proposées dans un ordre différents, leur formulation pourra être adoptée au sujet ou au contexte de l'échange.

Notre guide d'entretien comprend huit axes à traiter, chaque axe contient plusieurs questions qui permettent de répondre plus précisément à nos questions recherche.

L'entretien se déroule d'une manière semi-directive et les questions seront posées selon le niveau intellectuel et linguistique des mères interrogées.

Axe 01 : Renseignement personnel, l'objectif est de récolter plus de données sur les mères.

Axe 02 : Renseignement sur l'enfant, l'objectif est de recueillir des données sur l'enfant trisomique.

Axe 03 : Le vécu de la grossesse, le but est de savoir les attentes de la mère envers cette grossesse.

Axe 04 : L'annonce du diagnostic, l'objectif est de savoir quelle réaction éprouve cette mère vis-à-vis de la situation de son enfant.

Axe 05 : Les interactions mère-enfant, l'objet est de savoir la nature des relations entre cette dyade.

Axe 06 : Les perceptions de l'entourage, l'objectif est de connaître comment les perceptions de l'entourage influent sur la mère.

Axe 07 : Etat mental et physique de la mère, l'objectif est de détecter les symptômes de l'anxiété chez ces mamans.

Axe 08 : L'avenir de l'enfant, l'objectif est de savoir les souhaits de la mère pour l'avenir de son enfant.

5-3- Les attitudes du clinicien durant l'entretien :

Dans ce type d'entretien, dans la mesure où s'est le clinicien qui cadre le discours ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle, ainsi le clinicien a recours dans l'entretien clinique à différents type d'interventions, les relances, les interrogations ou la reformulation. Les relances font partie intégrante du discours du sujet et elles le prennent pour support.

Son intervention ne doit pas être avec une dose massive d'interrogation. Cela perturbe le déroulement de l'entretien et entraîne alors une passivité chez le sujet, certaines questions directes peuvent être ressenties de manière instructive par le sujet, il faut savoir alors les formulées. (**CHAHRAOUL.KH et BENONY.H, 1999, p. 143**).

5-4- Inventaire d'anxiété Etat-Trait (STAI-Y-A) de SPIELBERGER :

Parallèlement à l'entretien clinique, nous avons utilisé une deuxième technique qui est l'échelle de l'anxiété état-trait de SPIELBERGER qui permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène.

«Le questionnaire d'anxiété STAITE-TRAIT ANXIETY INVENTORY est constitué par deux auto-questionnaires indépendants : son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante, l'anxiété actuelle lors de la passation (anxiété état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (anxiété trait), chaque échelle comprend 20 items, les deux échelles peuvent être

employé conjointement ou séparément. Le choix est en fonction du but de l'évaluation ». (SARRON, C.M, et VERA. L, 2004, p. 36).

5-4-1- Historique :

Les concepts d'anxiété trait et d'anxiété état ont été introduits par les travaux de COTTEL et CHERIER en 1961, et ensuite ont été approfondis par C.D.SPIELBERGER en 1966. (MARTINE.B, J.COTTRAUX, p. 97).

5-4-2-Description et application de l'inventaire d'anxiété Etat-Trait (STAI) :

Afin de quantifier au mieux le niveau d'anxiété d'un sujet, SPIELBERGER et son groupe ont développé le STAI (State Trait Anxiety Inventroy). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété qui été largement utilisée dans la recherche et dans la pratique clinique.

Il comprend 02 questionnaires distincts pour évaluer l'état (STAI-Forme Y-A) et le trait (STAI-FORME Y-B), comprend 20 questions pour chacun.

Le premier questionnaire, le STAI-State s'intéresse à la situation actuelle uniquement. Il comporte des items comme « je me sens pas en sécurité », « l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment » et « je suis inquiète ».

Pour chaque question il est demandé au patient de choisir parmi les quatre réponses suivantes : Non, plutôt non, plutôt oui et oui.

Le patient doit répondre en fonction de ce qu'il ressent « à l'instant, juste en ce moment ». Il n'y a à l'heure actuelle pas de valeur seuil clairement définie permettant de différencier les patient dits « anxieux » des « non anxieux ».

Les valeurs s'échelonnent et forment un continuum entre des sujets peu anxieux et des sujets très anxieux.

Le deuxième questionnaire, le STAI-Trait cherche à mettre en évidence une tendance à l'anxiété (ou tempérament anxieux). Il comporte des questions telles que : « je voudrais être aussi heureux que les autres », « je manque de confiance en moi », « j'ai un sentiment d'échec ».

Les quatre réponses possibles sont : presque jamais, parfois, souvent et presque toujours. Ce Trait de caractère est relativement stable dans le temps. C'est pourquoi il est demandé au patient de répondre aux questions en se référant à ce qu'il ressent « généralement ». Il est demandé au patient de choisir

parmi les quatre réponses suivantes : presque jamais, parfois, souvent, presque toujours.

Nous avons seulement utilisé la forme Y-A de l'inventaire d'anxiété Etat-Trait (STAI) de SPIELBERGER, pour la mesure de l'anxiété en situation d'hospitalisation, qui permet d'évaluer les sentiments d'appréhensions, de tension de nervosité et d'inquiétude.

Les scores d'anxiété état s'élèvent face à un danger physique ou à un stress physiologique et diminuent en réponse à une séance de relaxation. Echelle d'anxiété-E est un indicateur sensible des modifications transitoires de l'anxiété par divers psychothérapies. Elle a aussi été dans les contextes stressants (artificiels ou réels). (C.DSPIELBERGER, 1993, p. 08).

5-4-3- Administration de STAI :

Le STAI est destiné à l'auto-administration, ce questionnaire peut être rempli individuellement ou en groupe. Le temps de passation n'est pas limité des sujets mettent en moyenne 06 minutes pour remplir soit l'échelle E, soit l'échelle T, et environ une dizaine de minutes pour remplir les deux échelles, des sujet de niveau émotionnel perturbés peuvent mettre jusqu'à 20 minutes pour répondre aux questions de deux échelles.

Les termes d'anxiété et d'angoisse ne doivent pas être utilisés lors de l'administration de l'inventaire afin de ne pas orienter les réponses du sujet.

CUSTER et al., ont montré que « le comportement d'un sujet en vue d'atteindre un objectif bien précis pouvait être influencé par des "volontés inconscientes", les processus psychique de base mis en place en vue d'atteindre un objectif précis (préparer et diriger une action instrumentale, évaluer l'effet de cette action sur l'objectif à atteindre) peuvent s'opérer à l'issu de la conscience». Donc l'utilisation des termes d'angoisse et d'anxiété peuvent augmenter le niveau d'anxiété du patient et fausser ainsi les résultats du test.

Le STAI et ses échelles doivent être constamment appelés questionnaire d'auto-évaluation, titre indiqué sur la feuille de réponse.

Les instructions complètes pour la passation sont imprimées sur la feuille de réponse pour les deux échelles. Il est important que le sujet a compris clairement les instructions pour la validité de l'inventaire par exemple pour

l'échelle-E on lui demande de rapporter ce qu'il ressent « A l'instant, juste en ce moment », et pour l'échelle anxiété-T, ce qu'il ressent « Généralement ».

En répondant à l'échelle d'anxiété-E les sujets doivent entourer d'un cercle l'un des points situés à droite en choisissant la réponse qui correspond le mieux à l'intensité de ce qu'ils ressentent sur l'échelle suivante en quatre points : Non, plutôt non, plutôt oui, oui.

Pour obtenir le score anxiété-E, on fait la somme des scores obtenus aux vingt items de la page A (items 1 à 20), puis on l'inscrit dans la case E en haut à droite de la page A. Ces scores varient de 20(minimum) à 80 (maximum). Vérifier une seconde fois que le corrigé a été correctement placé à côté de la feuille de réponses, et que les scores à chaque item sont exacts. Vérifier aussi le score total.(C.DSPIELBERGER, 1993, pp. 9-3).

5-4-4- Correction de STAI (anxiété Etat-Trait) :

Chaque réponse à une proposition (item) du questionnaire correspond à un score de 1 à 4. Le 01 indique le degré d'anxiété le plus faible, 04 indique le degré le plus fort d'anxiété.

En plaçant le corrigé sur la page correspondante (corrigé A sur la page A pour l'échelle d'anxiété-Etat) (corrigé B sur la page B pour l'échelle d'anxiété-Trait).

On repère pour chaque items, à droite, le point entouré d'un cercle par le sujet, on aligne soigneusement le corrigé à côté des items, il y a deux cas :

Quand le corrigé indique 1, 2, 3, 4, il s'agit d'items exprimant l'anxiété, le sujet ayant entouré à droite l'un des quatre points et le correcteur doit écrire ce score dans le cercle tracé par le sujet.

Quand le corrigé indique 4, 3, 2, 1, il s'agit d'items exprimant l'absence de l'anxiété.

Items exprimant la présence d'anxiété : 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.

Items exprimant l'absence d'anxiété : 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

5-4-5- Les normes:

Degré d'anxiété	Normes
Très élevée	>À 65
Elevé	De 56 à 65
Moyenne	De 46 à 55
Faible	De 36 à 45
Très faible	≤ Ou = 35

Tableau N°03 : tableau représente les normes de l'échelle STAI de SPIELBERGER.

6- Déroulement de la recherche :

Après avoir réalisé notre pré-enquête, nous avons effectué des rencontres avec les responsables et les psychologues des deux centres psychopédagogiques. En vue de leur expliquer l'objectif de notre recherche, ceci nous a permis par la suite de sélectionner notre population d'étude selon les critères qu'on a précédemment situés.

Notre stage pratique a duré 03 mois, du 15 mars au 15 mai. Nous avons consacré 15 jours pour accompagner les éducatrices en classe afin d'observer les comportements des enfants trisomiques.

Durant ces trois mois nous avons pu rencontrer les mères des enfants trisomiques ce qui nous a permis de leur poser quelques questions concernant notre sujet de recherche.

Résumé :

Ce chapitre méthodologique est un fil conducteur de notre recherche. L'entretien clinique, l'échelle de SPIELBERGER et le guide d'entretien nous ont permis d'avoir une bonne organisation de notre travail de recherche, et une bonne quantification des résultats obtenus.

Ce chapitre nous a permis aussi la bonne transmission des messages pour les mères ayant un enfant trisomique.

Chapitre V

Présentation des résultats, analyse et discussion des hypothèses

1- Présentation et analyse des résultats

1-1- Le cas de M^{me} HABIBA

M^{me} HABIBA âgée de 53 ans. Elle est femme au foyer et a un niveau d'étude de 6^{ème} année primaire.

Elle est mère de huit enfants, dont le dernier est un garçon atteint de Syndrome de Down, âgé de 14 ans et admis au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux d'AOKAS depuis l'année 2007.

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

Après lui avoir expliqué le but de notre entretien, M^{me} HABIBA nous a donné son consentement, et a été coopérative.

1-1-1-Résumé et analyse de l'entretien

L'entretien avec M^{me} HABIBA nous a révélé que sa grossesse est non désirée, le déroulement de sa grossesse et son accouchement ont été normaux.

HABIBA a subi un grand choc après l'annonce de l'handicap de son enfant. Cela apparait dans ses paroles « j'étais choquée, sidérée quand le médecin m'a dit que mon fils est un mongole. Mais.....Silence.....elle pleure. C'est le destin je l'accepte, même si c'est dure ».

On a remarqué chez notre sujet la difficulté d'acceptée l'handicap de son enfant, pour elle c'est son image de soi qui est atteinte.

La mère, elle est le plus souvent terriblement lucide. Faite pour donner la vie ; de ce fait, toute dépréciation de l'enfant est ressentie par la mère comme une atteinte à sa personne propre. Toute condamnation de l'enfant signifie son arrêt de mort à elle.

Sur le plan narcissique, la mère a une perte d'identification. Il s'agit d'une panique devant une image de soi qu'on ne peut plus reconnaître ni aimer.

Nous avons constaté aussi un autre élément qui rend notre sujet plus angoissée, sont les perceptions négative, de l'entourage sur cet enfant. Selon ses réponses : « Les gens disent qu'il est inutile, c'est une charge pour vous, et devant ces paroles je deviens méchante c'est plus fort que moi, je ne me contrôle pas ».

On a remarqué que notre sujet a des sensations interne d'étranglement et une grande souffrance, des idées de malheur par rapport aux paroles de gens ce qui la rend agressive. Ces manifestations on les a remarqués dans la définition de l'angoisse qui est un ensemble de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démunie et totalement impuissant à se défendre.

Elle rajoute : « Je n'ai pas de patience d'écouter les autres, je me mets en colère quand on me dit que mon fils est un mongolien, leurs mots sont comme des couperets sur mon cœur, alors j'évite tout discours en liaison avec la maladie de mon fils ».

Nous pouvons dire que notre sujet n'accepte pas l'handicap de son fils et elle évite d'établir des conversations avec les autres.

C'est une anxiété de la personne évitante, c'est-à-dire qu'elle est plus insidieuse avec une crainte presque permanente d'être jugée et rejetée. D'une autre part l'évitement qui est un mécanisme de défense et une stratégie utilisé par les personnes phobiques afin de dépasser la situation embarrassante. Mais en réalité c'est un signe de peur.

Malgré tout, HABIBA présente une vision optimiste vis-à-vis de l'avenir de son fils, mais accompagnée de crainte : « je veux qu'il se marie comme tous les autres et d'avoir des enfants pour quoi pas,.....rires.....larmes ».

D'après notre analyse sur ce dernier paragraphe notre sujet essaye de réaliser son désir à elle c'est-à-dire de voir son fils se marier et avoir des enfants comme elle l'avait fait à son âge.

Enfin, l'analyse de l'entretien démontre que HABIBA a souffert d'une anxiété provoquée par la situation de son fils, et son avenir.

1-1-2-Analyse de l'échelle de HABIBA

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E HABIBA a mis 8 minutes pour la remplir.

On se réfère aux résultats obtenus par l'échelle, HABIBA souffre d'une anxiété très élevée avec une note T=60 sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique: 1, 2, 3, 4.

Pour l'item 13, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (1).

Pour les items 6, 13, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3)

Pour les items : 3, 4, 7, 9, 12, 14, 18, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 35.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items 1, 8, 10, elle a répondu par (Non) qui compte un score de (4).

Pour les items 2, 5, 16, 19 elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 11, 20, elle a répondu par (Oui) qui compte un score de (1)

Donc le score des résultats obtenus des items est de 25.

On a remarqué que le score des items exprimant la présence de l'anxiété est plus élevé que celui des items exprimant l'absence d'anxiété, ce qui montre que HABIBA est anxieuse et inquiète.

Synthèse du cas de HABIBA

Selon l'analyse de l'entretien, et l'interprétation des résultats de l'échelle d'anxiété-E, le sujet souffre d'une anxiété dont l'intensité est élevée, qui s'augmente face à l'handicap de son fils et l'influence de l'entourage.

1-2- Le cas de M^{me} KHOUKHA

M^{me} KHOUKHA est une femme au foyer mariée, âgée de 53 ans. Elle n'a jamais fréquenté l'école, est mère de sept enfants, trois garçons et quatre filles dont la septième est une fille trisomique âgée de 10 ans et admise au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux D'AOKAS.

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

Après notre premier contact avec M^{me} KHOUKHA, elle s'est montrée triste avec des yeux qui brillent de larmes.

1-2-1-Résumé et analyse de l'entretien

A l'âge de 42 ans M^{me} KHOUKHA a tombée enceinte de son septième enfants, elle nous a informé qu'elle ne voulait pas de cette grossesse : « la vérité je ne voulais pas de cette grossesse, ni de cet enfant mais c'est le destin que voulais vous que je fasse ».

D'après ses paroles on a remarqué que le refus de notre sujet pour cette grossesse est peut-être lié aux réactions de l'entourages et familiale vu son âge, ce qui crée chez elle une sorte de dépression.

Le temps de la grossesse est un moment de transparence psychique c'est-à-dire un état psychique particulier il peut être comparé à l'adolescence comme période intégrative dans la vie du sujet.

Cependant, le parcours de la grossesse de notre sujet a été normal, jusqu'au septième mois où elle a vécu des difficultés de santé qui ont provoqué un accouchement un peut difficile.

L'annonce de l'handicape de sa fille a été fait part le pédiatre après trois mois de sa naissance. Le couple a été choqué, la mère a été offusquée par cette annonce.

KHOUKHA déclare : « quand le pédiatre nous a informé sur la maladie de notre fille, j'ai pleuré, je n'ai pas sentie mes pieds, la première image qui ma traversé l'esprit c'était son avenir, oh...comment je vais m'occuper d'elle ».

« J'ai pleuré, je n'ai pas sentie mes pieds, comment je vais m'occuper d'elle », ce sont des concepts qui montre à quel point notre sujet est bouleversé, affecté, un choc émotionnel s'est produit à l'intérieur de son psychisme.

Par rapport à sa réaction vis-à-vis de l'handicape de sa fille, KHOUKHA répond : « J'ai passé des moments dures, ça fait mal. Jusqu'aujourd'hui je n'arrive pas à cacher mon trac ».

On remarque chez notre sujet une sorte de menace et de culpabilité qui a tendance à attribuer un faible estime de soi, une nervosité et une impatience de l'être qu'elle a mit au monde.

Durant l'entretien, on a constaté que les perceptions de l'entourage influent négativement sur elle, et dénonce : « Les gens me blessent avec leurs paroles et leurs regards, je suis mal à l'aise ». Elle rajoute : « ça me touche vraiment ».

A notre compréhension l'influence de l'entourage sur notre sujet agit négativement sur elle. Ce qui nous a permet de constaté qu'elle se sert de son mécanisme de défense qui est le refoulement. D'après ces réponses elle ne peut pas se défendre, elle préfère la blessure. Pour nous c'est une blessure narcissique.

Dans le premier temps. KHOUKHA a souffert de troubles de sommeil et de perte d'appétit : « Je dors mal, je n'ai pas d'appétit ».

D'après nos connaissances ces manifestations sont dues à une anxiété somatique, ce sont des perceptions de symptômes corporels provenant directement des processus d'excitation autonome.

Elle rajoute : « J'ai trouvé des difficultés à lui transmettre une éducation, surtout son autonomie ».

Quand on a évoqué l'avenir de sa fille. KHOUKHA paraissait inquiète, les larmes aux yeux : « Vous me parlez de son avenir, mais quel avenir aura-t-elle ? Je m'inquiète pour elle comment sera son avenir ».

Notre sujet présente un sentiment de doute et d'inquiétude, ces concepts sont apparentés à ceux d'effroi, de peur et d'angoisse. Du coup, elle est inhiber face à l'avenir de sa fille ce qui marque chez elle un haut trait d'anxiété.

1-2-2-Analyse des résultats de l'échelle de cas de KHOUKHA

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E M^{me} KHOUKHA a mis 11 minutes pour la remplir.

D'après les résultats obtenus, KHOUKHA manifeste une anxiété élevé avec une note T=65 sur 80

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, a répondu par (oui) qui compte un score de (04).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 40.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items : 1 et 16, a répondu par (non) qui compte un score de (04).

Pour les items : 2, 15, 19, a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (03).

Pour les items : 8, 10 et 20 le sujet a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (02).

Pour les items : 5 et 11 le sujet a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 25.

On a constaté que les items exprimant la présence de l'anxiété est le score le plus élevé que celui des items exprimant l'absence de l'anxiété qui montre que KHOUKHA est inquiète et troublée.

Synthèse de cas de KHOUKHA

Selon l'analyse de l'entretien, et l'interprétation des résultats de l'échelle d'anxiété-E, le sujet souffre d'une anxiété dont l'intensité est très élevée, qui s'augmente face à l'handicap et l'avenir de son fils.

1-3- Le cas de M^{me} MERIEM

M^{me} MERIEM est une femme au foyer, âgée de 33 ans, elle a un niveau d'étude de 2^{ème} AS. Est mère de quatre enfants, trois filles et un garçon, dont l'aîné est une fille trisomique âgée de 10 ans, admise au centre médico-pédagogique d'AOKAS depuis l'année 2012.

Notre entretien et la passation de l'échelle d'anxiété se sont déroulés au niveau de ce centre.

Durant l'entretien, M^{me} MERIEM s'est montrée à l'aise, le contacte avec elle à été facile. Elle a consenti à discuter et à en parler de ses souffrances avec nous vis-à-vis de la maladie de sa fille.

1-3-1-Résumé et analyse de l'entretien

L'analyse de l'entretien révèle que M^{me} MERIEM désire avoir une fille saine et belle, c'est le rêve de toutes mamans M^{me} MERIEM nous a dit : « je n'ai jamais imaginé avoir une fille handicapé, j'ai toujours imaginé une fille normale et de lui mettre de belles robes et de lui coiffer toutes sortes de coiffure ».

L'enfant imaginaire et celui du réel de notre sujet n'est pas le même ce qui nous a permis de cerner que notre cas est entrain de faire le deuil de son enfant imaginaire ce dernier symbolise l'enfance de M^{me} MERIEM.

Quand notre sujet à reçu la nouvelle, lui annonçant que sa fille est atteinte de la trisomie 21 dès sa naissance par la sage femme, M^{me} MERIEM fut traumatisée et choquée d'après ses réponses : « j'avais du mal à croire ce que mes oreilles ont entendu, déjà je ne connais rien de cette maladie ». Elle rajoute : « j'ai eu peur pour sa prise en charge. Il a été difficile pour moi d'accepter cette idée, j'ai beaucoup pleuré ce jour là... ».

Notre cas éprouve de la frayeur et de l'horreur après l'annonce de cette nouvelle, ainsi que le sentiment d'impuissance et cela par rapport à la prise en charge de sa fille.

Au cours de l'entretien M^{me} MERIEM nous a expliqué que « les gens se moquent de sa fille et les enfants du quartier et même du centre, lui disent qu'elle est grosse et dès fois ils l'agressent ».

On a relevé que notre sujet est touché par les perceptions de l'entourage ce qui répond aux questions de notre Axe N°6.

Lorsqu'on a demandé l'avis de M^{me} MERIEM par rapport à l'avenir de sa fille elle nous répond : « pour le moment, je suis toujours présente, mais après ? ...Silence...Larmes... j'ai peur que ses frères ne prennent pas soin d'elle après ma mort. Je suis inquiète pour elle »

Sur ces réponses on a aperçu que notre sujet développe un effroi, une crainte et une peur d'un danger réel qui est l'avenir de sa fille.

1-3-2-Analyse de l'échelle du cas de Meriem

Meriem a mis 8 minutes pour remplir l'échelle d'anxiété-Etat de SPIELBERGER.

Selon les résultats obtenus par l'échelle, Meriem manifeste une anxiété élevée avec une note T=55 sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence de l'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 6, 9, 12, 13, a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Pour les items : 3, 7, 17, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items : 4, 14, 18, a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Donc le score obtenu pour l'ensemble de ces items est de 31.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence de l'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items : 1, 5, 10, 11, 16, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items : 15, 19, 20, a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Pour l'item : 2 elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour l'item : 8 a répondu par (Non) qui compte un score de (4).

Donc le score obtenu pour l'ensemble de ces items est de 24.

On remarque que les items exprimant la présence de l'anxiété sont plus élevés que les items exprimant l'absence de l'anxiété.

Synthèse du cas de Meriem

D'après l'analyse d'entretien, et les interprétations des résultats de l'échelle d'anxiété-E, le sujet manifeste une anxiété dont l'intensité est moyenne. Donc l'handicape de sa fille et son avenir influent sur elle.

1-4- Le cas de M^{me} SABIHA

M^{me} SABIHA mariée, âgée de 45 ans, elle est enseignante au CEM, est mère de deux enfants. Dont le deuxième est un garçon atteint de syndrome de down âgé de 11 ans et intégré au CMP d'AOKAS depuis l'année 2009.

L'entretien et l'échelle effectuée avec M^{me} SABIHA se sont déroulés dans le bureau de la psychologue du centre.

Après avoir expliqué l'objectif de notre entretien M^{me} SABIHA nous a donnée son accord facilement.

1-4-1-Résumé et analyse de l'entretien

Après avoir posé les questions à notre sujet concernant le vécu de sa grossesse, ses réponses révèlent qu'elle désire cet enfant avec des attentes qu'il soit sain et normal.

Après 40 jours de la naissance de cet enfant le pédiatre a informé le mari de M^{me} SABIHA que c'est un enfant trisomique. SABIHA nous dit : « c'était après 40 jours que j'ai reçu la nouvelle que mon fils est trisomique, ça été fait par le pédiatre, c'est lui qui a informé mon mari... Silence... Larmes, j'ai pleuré comme j'ai jamais pleuré dans ma vie, je me souviens très bien de ce jour là c'était un cauchemar ».

D'après les réponses de notre sujet en a constaté que l'handicap de cet enfant trouble le lien qui se trouve entre lui et sa mère une sorte de trous dans cette relation. Donc la mère fait son deuil et elle essaye de rétablir ça blessure narcissique.

M^{me} SABIHA annonce aussi : « vivre avec un trisomique est une chose et l'accepter est une autre chose, mais pour moi je suis croyante en dieu ainsi qu'au destin... ».

Notre sujet refuse son enfant handicapé à cause de sa malformation, elle ne croit pas capable de vivre la réalité et d'humaniser cet enfant alors elle se console par le destin.

Par rapport aux impressions des gens qui l'entoure, elle nous répond : « ce qui m'encourage c'est le soutien de ma fille aînée, et surtout mon mari, tout le temps présent à mes côtés, ainsi que les gens de mon entourage, dès fois j'ai l'impression que mon fils est normal ».

Ce que nous avons remarqué d'après ces données M^{me} SABIHA fait beaucoup d'importance au soutien familiale pour elle sa famille est la source de sa puissance ce qui favorise mieux notre sujet à prendre soin de son enfant.

M^{me} SABIHA nous donne son avis par rapport à l'avenir de son fils : « je suis inquiète face à l'avenir de mon fils, il ne peut pas faire ce que les autres peuvent faire, je rêve qu'il puisse un jour être comme tout les autre en bonne santé et heureux ».

D'après ces réponses on a constaté que notre sujet présente une anxiété qui est manifesté par l'angoisse et la peur que son fils n'arrive pas à ce comporté comme les autres donc les impressions de notre cas pour l'avenir de son fils sont négative.

1-4-2-Analyse de l'échelle de SABIHA

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER, SABIHA a mis 7 minutes pour la remplir.

Selon les résultats obtenu par l'échelle SABIHA a une anxiété moyenne avec une note T=50 sur 80, située entre 45 à 55 qui fournie une indication de sa position relative à l'échelle d'anxiété-E.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 3, 6,7, 9, 17, 18 a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items : 13, 14, a répondu par (non) qui compte un score de (1).

Pour les items : 12, a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des ces items est de 25

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items : 1, 2, 11, elle répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Pour les items : 5, 10, 19, 20, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items : 15, 16, a répondu par (non) qui compte un score de (4).

Pour l'item : 8, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

On remarque que le score des items exprimant la présence de l'anxiété est le même score des items exprimant l'absence d'anxiété, malgré SABIHA manifeste une anxiété moyenne.

Synthèse du cas de SABIHA

D'après l'analyse de l'entretien et l'interprétation des résultats de l'échelle d'anxiété-E, le sujet manifeste une anxiété dont l'intensité est moyenne, par rapport à l'avenir de son enfant.

1-5- Le cas de M^{me} NADIA

Il s'agit de M^{me} NADIA femme au foyer, âgée de 55 ans, elle à un niveau d'étude de 3^{ème} primaire, et mère de huit enfants cinq garçons et trois filles. Dont la dernière est une fille trisomique âgée de 11ans, et admise au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de BEJAIA.

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

Au fil de l'entretien M^{me} NADIA s'est montré déconcentré mais sûre d'elle au point qu'elle nous a donnée des explications sur la maladie de sa fille.

1-5-1- Résumé et analyse de l'entretien :

Les attentes de M^{me} NADIA par rapport à sa grossesse et son futur enfant, été d'avoir un enfant sain et complet comme toutes autres mamans. D'après ses paroles : « comme toutes les mamans j'ai rêvé d'avoir un enfant en bonne santé, mais après l'accouchement ma fille a été différente de mes autres enfants ».

M^{me} NADIA a reçu l'annonce par l'infirmière, elle nous répond : « c'est l'infirmière qui m'a annoncé que ma fille est mongolienne dès sa naissance ».

Quand à sa réaction vis-à-vis de cette annonce M^{me} NADIA nous dit : « la nouvelle été le choc de ma vie, comme j'étais étonné, je n'ai pas pu supporter l'idée que ma fille est handicapé c'est vraiment dure ».

Par ces données nous avons remarqué que notre sujet n'attendait pas cette enfant il va lui falloir traverser une période de rejet et de tristesse pour accepter et s'adapter à l'idée que sa fille une trisomique et durant cette période elle va marquer un changement de comportement vis-à-vis de sa fille.

Notre sujet s'est montré nerveuse aux perceptions de l'entourage d'après les réponses de M^{me} NADIA : « dans ma famille, ils m'ont toujours soutenu et m'ont aidé à surmonté cette situation... ». Elle rajoute : « mais du côté de mes voisins j'entends souvent des mots qui me blessent...oh la pauvre sa fille est trisomique ».

Pour notre cas, le soutien de sa famille est très important, cela crée en elle la force de continuer. Donc elle favorise beaucoup plus les relations familiales par contre l'entourage, marque chez notre sujet un désarroi, un chagrin et un malaise

ce qui crée on elle le sentiment d'isolement, ce dernier affect la vision de notre sujet sur son avenir et l'avenir de sa fille.

Les manifestations somatique chez notre cas sont apparus d'après ses réponses : «je ne dors pas bien la nuit, et je me réveille tôt le matin, mais ce n'est pas à cause de ma fille ».

L'insomnie de notre sujet est due peut-être à d'autres choses refouler dans son inconscient comme la culpabilité d'avoir mis au monde un enfant handicapé ou bien due aux paroles de l'entourage.

Les réponses de M^{me} NADIA sur l'avenir de sa fille ont été : « mais quel avenir, aujourd'hui on est là, mais demain ? En plus c'est une fille, qui va prendre soins d'elle, ses frères, ses cousins...Larmes ».

Nous avons remarqué chez notre cas l'apparition de l'inquiétude et de l'angoisse par rapport à l'avenir de sa fille et cela par peur d'agression sexuel.

1-5-2-Analyse des résultats de l'échelle du cas N° 5

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E, Nadia a mis 10 minutes pour la remplir.

D'après les résultats obtenu, Nadia manifeste une anxiété élevé avec une note T=55, situé entre 55 à 65 qui fournie une indication de sa position relative à l'échelle d'anxiété-E.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 3, 6, 7, 9, 13, 17, 18, a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Pour les items : 4, 12, 14, elle a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Donc le score 37 est obtenu par l'ensemble des items exprimant une anxiété.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2,1.

Pour les items : 1, 2, 10, a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items : 8, 16, 20, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items : 5, 11, 15, a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score 18 est obtenu par l'ensemble des items exprimant l'absence d'anxiété.

Synthèse du cas N°05

On se référant à l'analyse de l'entretien et les résultats discernés lors de passation de l'échelle d'anxiété-E, on peut déduire que Madame Nadia présente une anxiété dont l'intensité est moyenne, due à l'handicap et l'avenir de sa fille.

1-6- Le cas de M^{me} NAIMA

M^{me} NAIMA est une femme au foyer, âgée de 48 ans, elle n'a jamais été scolarisée, est mère de huit enfants. Dont le dernier est un garçon atteint de syndrome de down, âgé de 09 ans, et admis au centre médico-pédagogique de BEJAIA.

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

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

1-6-1-Résumé et analyse de l'entretien

M^{me} NAIMA n'a découvert la maladie de son fils qu'après deux mois de sa naissance cela a été fait par le médecin. M^{me} NAIMA nous explique : « j'ai emmené mon fils pour le vaccin et c'est là que le médecin m'a informé que mon bébé est trisomique, après avoir examiné sa pomme de main et son visage ».

La réaction de notre sujet par rapport à l'annonce de cette nouvelle inattendu M^{me} NAIMA nous répond : « quand on m'a parlé sur ce handicap, j'étais surprise, étonné, je me suis senti lourde, on dirait que la vie s'échappait entre mes mains, je vois ma vie complètement bouleversée. Ça m'a beaucoup touché ».

Ces réactions montrent que notre sujet est littéralement paralysé et hyper-angoissé par l'handicape de son fils. L'arrivée de son fils trisomique va totalement changer le mode de vie de M^{me} NAIMA.

Pour les comportements de notre cas envers son fils, sont différents par rapport à ses autres enfants. M^{me} NAIMA souligne : « oui il y a certaine particularité par rapport à la façon dont je le traite. C'est un enfant à besoins spécifiques et qui nécessite une grande prise en charge ».

Nous avons remarqué que le lien qui se trouve entre notre sujet et son fils est très particulier, un attachement particulier, il signifie que c'est une mère suffisamment bonne et elle est toujours présente pour répondre au besoin de son fils.

Concernant les perceptions négative de l'entourage elles n'affectent pas M^{me} NAIMA et cela apparaît dans ses réponses : « je m'en fou des regards et des paroles des gens c'est mon fils et je l'accepte tel qu'il est ».

Durant l'entretien M^{me} NAIMA nous explique : « j'ai perdu l'appétit, et je ne dors pas bien la nuit, dès fois il m'arrive de dormir que trois heures... ».

Les troubles somatique tel que l'insomnie et la perte d'appétit sont manifesté chez notre sujet ils sont due à une inquiétude et une anxiété et cela à cause de l'handicape de son fils.

Comme toutes les mères, M^{me} NAIMA a une vision positive a propos de l'avenir de son fils, et pour cela elle nous dit : « j'espère qu'il trouvera un bon métier sur lequel il pourra s'appuyer ».

Notre sujet a une bonne estime de soi, et une grande confiance concernant l'avenir de son fils.

1-6-2-Analyse des résultats de l'échelle du cas N° 06

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER, Naima a mis 09 minutes pour la remplir.

D'après les résultats obtenu, Naima manifeste une anxiété faible avec une note T=45 sur 80 qui fourni une indication de sa position relative à l'échelle d'anxiété-E.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé l'indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 3, 6, 7, 14, 18 a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour les items : 4, 9, 13, 17, le sujet a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Pour l'item : 12, a répondu par (non) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 24.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé 4, 3, 2, 1.

Pour les items : 1, 5, 8, 11, a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items : 10, 16, 19 a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour les items 2, 15, 20 a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items est de 21.

Synthèse du cas N° 06

D'après l'analyse d'entretien et l'interprétation des résultats de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER, le sujet manifeste une anxiété dont l'intensité est faible, alors l'handicap et l'avenir de son enfant n'ont pas d'influence sur elle.

1-7- Le cas de M^{me} RAZIKA

M^{me} RAZIKA, est une femme au foyer, âgée de 54 ans, elle n'a jamais fréquenté l'école, est Mère de sept enfants, quatre filles et trois garçons. Dont le dernier âgé de 10 ans est atteint de syndrome de Down, et admis au centre médico-pédagogique pour inadaptés mentaux de BEJAIA en 2010.

L'entretien et la passation de l'échelle de l'anxiété-E se sont déroulés au niveau du centre.

Notre entretien avec Madame RAZIKA, s'est déroulé dans un climat agréable, plein de confiance et de motivation.

1-7-1-Résumé et analyse de l'entretien

L'analyse de l'entretien révèle que la grossesse de notre sujet été non désirée, cela apparait dans ses réponses : « je ne voulais pas de cette grossesse, surtout de côté de mon mari, car j'ai la tension artériel, l'arthrose, j'été malade ».

Le refus de notre cas pour sa grossesse est non seulement pour son âge mais aussi pour ses différentes maladies, vu que la grossesse nécessite une bonne attention de soi et une bonne santé physique et psychique. Hors que notre sujet manifeste plusieurs maladies.

M^{me} RAZIKA a découvert la maladie de son fils à travers son médecin lors de ses consultations quotidiennes et cela a été fait après trois mois de sa naissance selon ses réponses : « quand le docteur m'a informé de cette maladie j'ai eu du mal à accepter cette nouvelle, à ce moment là j'ai été seule, et j'ai beaucoup pleuré ce jour là ».

Le refus et le sentiment de peur représenté par notre sujet renvoi à sa souffrance psychique accompagnée d'une oppression douloureuse causé par la nouvelle annoncé par le médecin.

Nous avons abordé avec notre sujet la question de la qualité de sa relation avec son mari sa réponse été : « il s'énerve trop et il ne parle pas avec moi, sauf dans le cas où c'est nécessaire, il est en désaccord avec moi au fait d'inscrire notre fils dans un centre spécialisé ».

D'après ces données nous avons remarqué que notre sujet est en désaccord avec son mari et cela à cause de leur enfant trisomique, ce qui manifeste chez elle une intense inquiétude, une perturbation dans sa vie et une souffrance conjugale.

Notre sujet rajoute : « en plus de mes craintes et de ma fatigue qui m'emprisonnent, je dois aussi supporter les paroles des gens qui me faisaient mal ».

Par ces réponses on a constaté que les perceptions de l'entourage et leurs paroles influent négativement sur notre sujet avec une confiance trahi et un étouffement qui se manifeste chez elle.

M^{me} RAZIKA nous a annoncé qu'elle est diabétique, cette dernière affect l'éducation de son fils d'après ses réponses : « son éducation me fatigue, c'est dure pour moi de m'occuper de moi et de lui au même temps ».

Nous avons remarqué que sa maladie la rende plus nerveuse et plus angoissée que d'habitude.

M^{me} RAZIKA envisage un avenir de son fils d'une manière positive : « J'espère bien qu'un jour il trouvera un travail pour qu'il puisse avoir une vie confortable ».

1-7-2-Analyse des résultats de l'échelle du cas N° 07

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER, RAZIKA a mis 8 minute pour la remplir.

D'après les résultats obtenus, RAZIKA souffre d'une anxiété élevée avec une note T=57 qui fournie une indication de sa position relative à l'échelle d'anxiété-Etat.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Pour les items 7, 13, 18, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Donc le score 37 est obtenu par l'ensemble des items exprimant la présence d'anxiété.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items : 1, 11, 15, a répondu par (oui) qui compte un score de (1)

Pour les items : 2, 10, 16, 19, 20, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Pour l'item : 5, a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour l'item : 8, le sujet a répondu par (non) qui compte un score de (4).

Donc le score 20 est obtenu par l'ensemble des items exprimant l'absence d'anxiété.

Synthèse du cas N°7

Selon l'analyse de l'entretien et l'interprétation de l'échelle d'anxiété-E, le sujet souffre d'une anxiété dont l'intensité est élevée dès fois d'inquiétude, de peur vis-à-vis de l'avenir de son fils.

1-8- Le cas de M^{me} LYNDA

Lynda âgée de 41ans femme au foyer, elle est mariée, a un niveau d'instruction de 8^{ème} année moyen. Elle est Mère de 03 enfants, deux filles et un garçon, dont la deuxième est atteinte de syndrome de Down, âgée de 11 ans. Et admis au centre médico-pédagogique pour les inadaptés mentaux de BEJAIA.

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

Pendant l'entretien M^{me} LYNDA s'est montrée calme, souriante, elle donne des réponses très courtes et directs, elle est spontanée dans ses expressions.

1-8-1- Résumé et analyse de l'entretien

L'analyse de l'entretien révèle que LYNDA désirait avoir une fille saine et complète, sa grossesse et son accouchement ont été normaux.

Par rapport au sexe de son enfant, M^{me} LYNDA n'a pas de préférence, cela on l'a relevé quand elle a dit « pour moi ainsi que pour mon mari on n'a pas de préférence quant au sexe de notre bébé, l'essentiel qu'il soit en bonne santé et ne lui manque rien mais c'est le destin et je l'accepte même si c'est dure ».

Nous avons remarqué que notre sujet refoule son refus pour l'idée que sa fille est trisomique, en quelque sorte elle se culpabilise d'avoir mis au monde un enfant incomplet.

Notre sujet à subi un grand choc après l'annonce de l'handicape de sa fille, cela apparait dans les paroles suivantes « j'étais choquée, quand on m'a dit que mon bébé est mongolien » elle rajoute « j'ai beaucoup pleuré, ça fait mal à l'intérieur ».

Le choc et le mal ressentie par notre sujet la fut traumatisée c'est un écart inconscient entre elle et son enfant.

Pendant l'entretien, nous avons remarqué aussi que les perceptions négative de l'entourage sur cet enfant augmentent son stress et son inquiétude, M^{me} LYNDA déclare : « les gens de mon quartier, disent qu'il est inutile et qu'il ne sert à rien, c'est dure d'entendre de tels mots ».

Donc le stress et l'inquiétude remarqué chez notre cas, sont due à l'importance faite à l'entourage ce qui indique que notre sujet refuse que son image et son identité seront mal vue et mal juger.

Madame Lynda n'a pas de patience d'écouter les autres et cela l'a marqué « je me mets en colère quand on me dit que ma fille est mongolienne, leurs mots sont comme des couperets, je n'en peux plus c'est pour cela que j'évite de parler avec les gens ».

D'après l'analyse de ces données nous avons remarqué que notre sujet se met face à cette situation avec agressivité et des sentiments d'effolement.

Quant à la santé psychique et physique de notre cas, elle s'exprime « j'ai de véritables difficultés de sommeil, je ne dors plus, je prends des médicaments ».

Nous avons remarqué que le manque de sommeil approuvé par notre sujet est dû à une dépression et une angoisse provoquée par l'idée que sa fille est trisomique.

M^{me} LYNDA présente une vision pessimiste vis-à-vis de l'avenir de sa fille, cela apparaît dans ses paroles « j'ai peur qu'un jour elle va se retrouver toute seule pour cela je préfère la voir mourir que de la savoir souffrante à l'avenir ».

Notre sujet vit des moments difficiles et sa vision pour l'avenir de sa fille est marquée par la mort ce sentiment qui la libère de toutes confrontations avec l'avenir de sa fille.

Enfin, l'analyse de l'entretien démontre que M^{me} Lynda souffre d'une anxiété, provoquée par l'avenir de sa fille.

1-8-2-Analyse des résultats de l'échelle d'anxiété du cas N° 8

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété-E, Lynda a mis 9 minutes pour la remplir.

On se référant aux résultats obtenus par l'échelle, Lynda souffre d'une anxiété très élevée, avec une note T=67 sur 80.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété dont le corrigé indique 1, 2, 3, 4.

Pour les items : 6, 9, 12, 13, 14, 17, 18, a répondu par (oui) qui compte un score de (4).

Pour les items : 3, 4, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (3).

Pour l'item : 7, elle a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (2).

Donc le score 36 est obtenu par l'ensemble des items exprimant la présence de l'anxiété.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété dont le corrigé indique 4, 3, 2, 1.

Pour les items : 1, 5, 19, 20, a répondu par (plutôt non) qui compte un score de (3).

Pour les items : 2, 8, 10, 15, a répondu par (non) qui compte un score de (4).

Pour l'item : 11, elle a répondu par (oui) qui compte un score de (1).

Pour l'item : 16, a répondu par (plutôt oui) qui compte un score de (2).

Donc le score obtenu pour l'ensemble des items exprimant l'absence d'anxiété est de 31.

Synthèse du cas N° 8

Selon l'analyse de l'entretien et l'interprétation des résultats de l'échelle d'anxiété-Etat, le sujet souffre d'une anxiété très élevée qui est provoquée par l'inquiétude, et la peur vis-à-vis de l'avenir de sa fille.

2- Analyse générale des entretiens clinique et de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER

Notre recherche a été réalisée sur 08 mères ayant un enfant trisomique. Elle s'est effectuée au niveau des deux centres médico-pédagogique celui d'AOKAS et de BEJAIA. La tranche d'âge de notre population d'étude est de (33-55).

Les cas	L'âge	Niveau d'étude	Sexe de l'enfant atteint	Le type d'anxiété représenté	Score
M ^{me} HABIBA	53 ans	6 ^{ème} année	Masculin	Anxiété élevée	60
M ^{me} KHOUKHA	53 ans	Aucun niveau	Féminin	Anxiété très élevée	65
M ^{me} MERIEM	33 ans	2 ^{ème} AS	Féminin	Anxiété moyenne	55
M ^{me} SABIHA	45 ans	universitaire	Masculin	Anxiété moyenne	50
M ^{me} NADIA	55 ans	3 ^{ème} année	Féminin	Anxiété moyenne	55
M ^{me} NAIMA	48 ans	Aucun niveau	Masculin	Anxiété faible	45
M ^{me} RAZIKA	54 ans	Aucun niveau	Masculin	Anxiété élevée	57
M ^{me} LYNDA	41 ans	8 ^{ème} année	Féminin	Anxiété très élevée	67
Moyenne Générale des 8 cas	56,75				

Tableau récapitulatif N° 04 : les caractéristiques de nos 08 cas.

D'après les données mentionnées sur ce tableau récapitulatif nous constatons que (4) cas de nos sujets ont un enfant trisomique de sexe masculin et (4) cas ont un enfant trisomique de sexe féminin.

Par la suite, l'âge de notre population d'étude varie entre 33ans et 55ans.

Ce qui a attiré notre attention, d'après les résultats de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER, est que. Toutes les mères ayant un enfant trisomique, avec qui nous avons passé l'entretien, présente une anxiété avec des degrés différents.

La moyenne générale obtenue par l'addition des scores, est de 56,75 ce qui explique les différents degrés d'anxiété soutiré, qui sont (faible, moyenne, élevé, très élevé).

D'après les normes des scores de l'échelle d'anxiété-E de SPIELBERGER, elles varient entre 35 ; la norme inférieur ce qui veut dire que le sujet présente une anxiété très faible et, 65 la norme supérieur où le sujet présente une anxiété très élevé. Donc d'après notre tableau les normes de nos cas varient entre 45 et 67, ce qui éclairci le type d'anxiété présenté par nos sujet d'étude.

La souffrance et l'inquiétude, sont deux éléments qui marquent toutes les mères ayant un enfant handicapé. Nous prenons comme exemple le cas de M^{me} HABIBA qui souffre à cause de la situation de son fils, et le cas de M^{me} MERIEM qui manifeste un effroi et une crainte face à l'avenir de sa fille.

On a remarqué aussi, que nos sujets développent une certaine inquiétude et une peur, cela est illustré par leurs paroles cité dans l'analyse. Les plus fréquent sont : « je m'inquiète pour son avenir, j'ai peur, quel avenir pour lui/elle... ».

Nos cas souffrent d'une anxiété à cause de leur enfant trisomique, parce que chaque mère de notre population n'a jamais eu un enfant handicap avant cela, donc pour eux, cette expérience est très émouvante et perturbante, à notre avis elles considèrent cet enfant comme une source de stresse, de souffrance et d'une image de soi détruite si on peut le dire.

3- Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous avons procédé à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre recherche (trisomie 21 et anxiété), à partir de leur vérification par l'utilisation de l'entretien semi-directif et l'échelle de SPIELBERGER pour la mesure de l'anxiété –Etat.

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens et l'échelle d'anxiété-Etat, nous avons relevé que les mères ayant un enfant trisomique 21 développent une anxiété avec des degrés différents, et par là on confirme notre première hypothèse qui est formulé comme suit : **Les mères des enfants trisomiques souffrent d'une anxiété.**

Effectivement parmi nos huit cas, sept cas qui confirment notre première hypothèse avec une moyenne générale de 56,75.

Durant l'élaboration de notre recherche nous avons constaté que 01 cas sur 08 présente une anxiété faible avec un score de 45 sur 80(cas de NAIMA), 03 cas présentent une anxiété moyenne (SABIHA avec un score de 50, NADIA avec un score de 55, et MERIEM avec un score de 55.), 02 cas souffrent d'une anxiété élevé (HABIBA avec un score 60, et RAZIKA avec un score de 57), tandis que 02 cas souffrent d'une anxiété très élevé (KHOKHA avec un score de 65 et LYNDA avec un score de 66).

De ce fait on peut dire que le degré de l'anxiété varie d'un cas à un autre donc tous les cas ne souffrent pas d'une anxiété sévère, et cela infirme notre deuxième hypothèse qui présume que : **Les mères ayant un enfant trisomique souffrent d'une anxiété sévère.**

Concernant notre troisième hypothèse qui est formulé comme suit : **L'inquiétude face à l'avenir de leurs enfants stimule l'anxiété chez les mères ayants un enfant trisomique.** Est confirmé.

Tous les cas avec qui nous avons travaillés ont inquiets face à l'avenir de leurs enfants. Selon l'analyse des entretiens, M^{me} KHOKHA manifeste une inquiétude cela est remarqué dans ses paroles où elle a dit : « vous me parlez de son avenir, mais quel avenir pour, je m'inquiète pour elle ».

L'inquiétude est signalée aussi chez MERIEM là où elle dit : « après ma mort, j'ai peur que ses frères ne prennent pas soin d'elle ».

Discussion des hypothèses

Pour le cas de NADIA son inquiétude face à l'avenir de sa fille est remarquée lorsqu'elle a dit : « mais quel avenir, aujourd'hui on est là, mais demain. Elle va se retrouver seule ».

En dernier on a le cas de LYNDA, elle aussi est très inquiète par rapport à l'avenir de son enfant et dit : « je préfère de la voir mourir que de souffrir à l'avenir ».

Tandis que les cas de HABIBA, SABIHA, NAIMA, et RAZIKA sont inquiètes mais, elles présentent une vision optimiste par rapport à l'avenir de leur fils.

Les résultats de nos investigations et la discussion des hypothèses montrent et confirment que la mère ayant un enfant trisomique, souffre d'une anxiété face à le handicap et l'avenir de son enfant.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

Conclusion générale :

Dans cette étude, nous avons tenté d'aborder la question d'anxiété 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 d'une anxiété.

Notre échantillon est composé de 08 cas, qui sont réalisées au niveau des deux centres médico-pédagogiques pour les inadaptés mentaux d'AOKAS et celui d'IHADADDEN (BEJAIA).

Pour bien mener notre travail, nous avons référés à un entretien semi-directif, et l'échelle d'anxiété-Etat de SPIELBERGER, qui nous a permis d'évaluer l'intensité de l'anxiété chez ces mamans.

D'après les résultats de l'échelle d'anxiété-Etat de SPIELBERGER, nous avons relevé que ces mères manifestent une anxiété, ce qui confirme notre premier objectif de notre recherche, Ainsi que notre hypothèse partielle.

Nous avons aussi essayé de trouver, et d'identifier les facteurs qui associent cette anxiété tels que l'inquiétude de ces mère par rapport à l'avenir de leurs enfants, qui joue un rôle important dans l'apparition de cette anxiété, et on a aussi l'handicap de ces enfants, et l'acceptation de cet handicap en premier lieu.

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.

Conclusion Générale

On a remis en cause notre travail de recherche parce qu'on pense que l'anxiété représenté par ces mères actuellement, peut être dissoute par d'autre préoccupation.

Enfin, l'anxiété chez les mères ayant un enfant trisomique 21, 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 futurs chercheurs qui sont :

- Comment est la qualité d'attachement entre la mère et l'enfant trisomique 21 ?
- Quel rôle joue le père dans cette relation ? présente- t-il une anxiété par rapport à l'handicap de son enfant ?

***Références
Bibliographique***

Liste des Références bibliographique

Liste des Références bibliographique

Ouvrages

- 1- Ajuriaguerra, J.DE., (1970), (1974), (1977), « **Manuel de Psychiatrie de l'Enfant** », 2^{ème} édition, éd. Masson, Paris.
- 2- Ajuriaguerra, J.DE., (1980), « **Manuel de Psychiatrie de L'enfant** », tom I, 2^{ème} édition, éd. Masson.
- 3- Ajuriaguerra, J.DE., (1984), « **Psychopathologie de l'enfant** », 2^{ème} édition, éd. Paris.
- 4- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCATION-DSM-IV, « **Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux** », 4^{ème} éd (version internationale, Washington DC, 1995), Traduction Française par J-D.GUELFY et al. éd. Masson, Paris.
- 5- Angers. M, (1997), « **Initiation Pratique à la méthodologie des sciences humaines** », éd Casbah, Alger.
- 6- Anisworth. M & Witting. B.A., (1969), « **L'attachement et le comportement exploratoire d'un an dans une situation étrange** », éd. B.M.FOSS, London Methuen.
- 7- Bernadette, & Benoit, (1997), « **le jeune enfant porteur de trisomie 21** », Edition Mathan, UniversitéFac. Psychologie.
- 8- Bee. H & al, (2003), « **Psychologie de développement** », 2^{ème} édition, éd. Deboeck, Bruxelles.
- 9- Bernard. Golse, (2002), « **Le développement affectif et intellectuel de l'enfant** », éd. Masson, Paris.
- 10- Bowlby.J, (1978), « **attachement et perte** », PUF, Paris.
- 11- Cartron. A & Winnykamen .F, (2004), « **Les relations sociales chez l'enfant** », éd. Armand Colin, Paris.
- 12- Chahraoui. Kh & Benony.H, (2003), « **méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique** », Edition Dunod, Paris.

Liste des Références bibliographique

- 13- Cuilleret.M, (2007), « **trisomie et handicaps génétiques associés** », 5^{ème} éd. Elsevier Masson SAS.
- 14- Dominique. Servant, (2012), « **Gestion du stress et de l'anxiété** », 3^{ème} éd. Elsevier Masson.
- 15- Graziani. P, (2003), « **Anxiété et trouble anxieux** », éd. Nathan/VUEF, Paris.
- 16- Guidetti.M et Tourette.C, (1999), « **Handicap et développement psychologique de l'enfant** »,éd.Armand Colin, Paris.
- 17- Guidetti. M & Tourette. C, (2002), « **les étapes du développement psychologique** », éd. Armand Colin, Paris.
- 18- Ladouceur & al, (1999), « **Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale** », éd. Masson.
- 19- Legall. A, (1995), « **L'anxiété et l'angoisse** », éd. DELTA, Alger.
- 20- Mannoni. M, (1964), « **L'enfant arriéré et sa mère** », éd. Seuil, Paris.
- 21- Noach.N., (1997), « **éléments de réflexion sur le développement et les caractéristiques psychomotrices du sujet porteur de la trisomie 21** », éd. Solal.
- 22- Palazzolo. J., (2007), « **Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge** », éd. Masson, Paris.
- 23- Papalia. D.E & al, (2010), « **Psychologie de développement humain** », éd. Deboeck, Paris.
- 24- Spano. M &Mercuri.E,Randot.T,et al, (1999), « **perception motrice, et compétences de l'enfant trisomique 21** ».
- 25- Spielberger, C.D, (1983), « **Manuel d'Inventaire d'Anxiété Etat-Trait (Forme Y)** », Menlo. Park, C.A Garden.
- 26- Vinter.S&Rondal,J.A, (2002), « **Langage et cognition chez les personnes porteuses de la trisomie 21** »,Besanon,France:presses universitaires,Franc-Comtoises.

Liste des Références bibliographique

27- Yang.Q,Friedman.J.M,Rasmussen, (1997), « **le vrai suivi médical des personnes porteuses de trisomie 21** »,Paris.

Dictionnaires

- 1- Bloch.H,& al (1999), « **grand dictionnaire de la psychologie** », éd. Larousse-Bordas, Paris.
- 2- Bloch. H, Depret E. & al, (2002), « **Dictionnaire de psychologie** », éd. Larousse/VUEF, Paris.
- 3- Henriette.B,Chemama.R,& al, (2003), « **grand dictionnaire de la psychologie** »,Larousse,Paris.
- 4- Sillamy. N., (1980), « **Encyclopédie de psychologie** », Tom II (L-Z), éd. Bordas, Paris.
- 5- Sillamy.N., (1999), « **dictionnaire de psychologie** », édition Larousse, Paris.
- 6- Sillamy.N., (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », éd. Larousse, Paris.
- 7- Sillamy.N., (2011), « **Dictionnaire de psychologie** », éd. Larousse, Paris.

Articles

- 1- Echavidre. P, & al, (1985), « **Education et scolarisation des enfants trisomique** », In « **le mongolisme** ».
- 2- Taurain.R et all, « **la trisomie 21** », Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011.
- 3- Vial.M, « **la trisomie 21 : épidémiologie, diagnostique, évolution** », 2012.

Les thèses

Liste des Références bibliographique

- 1- Goffinet.M, (2008), « **le vécu des parents de personnes trisomiques 21 et attente vis-à-vis de médecin traitant** », thèse de doctorat en médecine, sous la direction de président, Henri Planchu, l'Université ClaudeBernard-Lyon 1.
- 2- Meberek Bouchaala.F, (2010-2011), « **la révélation de la trisomie 21 de l'enfant aux parents:entre le choc psychologique et la blessure narcissique** », mémoire de magister en psychologie clinique,sous la direction de Dr.Bouchloukh Mahfoud,l'Université Mentouri Constantine.

Annexes

Annexe N° 01 :

Guide d'entretien :

Axe N° 01 : Renseignement personnel :

- Nom
- Prénom
- Age
- Niveau d'instruction
- Situation matrimonial actuelle
- Profession

Axe N° 02 : Renseignement sur l'enfant :

- Nombre d'enfant
- La position de l'enfant handicapé
- L'âge de l'enfant
- Le sexe
- Type de déficience

Axe N° 03 : Le vécu de la grossesse :

- Pouvez-vous nous dire s'il s'agit d'une grossesse désirée ?
- Pouvez-vous nous décrire le déroulement de votre grossesse ?
- Quelle sont vos attentes par rapport à votre enfant imaginaire ?

Axe N° 04 : L'annonce du diagnostique :

- Pouvez-vous nous dire quant vous a-t-on informé du diagnostic ?
- Etiez-vous seul ou accompagnée au moment de l'annonce ?
- Pouvez-vous nous décrire votre réaction et vos sentiments lors de l'annonce du diagnostic ?
- Avez-vous demandé des explications, et des renseignements sur la situation de votre enfant ?
- Comment votre entourage familial, parents, et fratrie ont-ils réagit ?

Axe N° 05 : Les interactions mère-enfant :

- Pouvez-vous nous décrire vos sentiments à l'égard de votre enfant ?
- Comment vous vous comportez avec lui ?
- Partagez vous des activités avec lui si oui quelle genre d'activités ?

- Avez des difficultés à transmettre une éducation et des multiples apprentissages à votre enfant ?

Axe N° 06 : Les perceptions de l'entourage :

- Pouvez-vous nous dire comment les gens à l'extérieur vous perçoivent ?
- Que signifie pour vous les regards des gens ?
- Pouvez-vous nous décrire vos sentiments par rapport à ça ?

Axe N° 07 : Etat mental et physique de la mère :

- Actuellement, quel est votre état de santé ?
- Est-ce qu'il vous arrive souvent de pleurer, de s'isoler ? Et comment arrivez vous gérez la situation ?
- Avez-vous présentez quelque trouble durant cette période ? Trouble de sommeil par exemple.

Axe N° 08 : L'avenir de l'enfant :

- Pensez vous qu'un jour votre enfant sera indépendant et autonome ?
- Pouvez-vous nous parler de vos souhaits et attentes par rapport à votre enfant ?

Annexe N° 02

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION DE C.D SPIELBERGER ET AL.

Inventaire d'anxiété-Etat-Trait/forme Y-A

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Date de naissance :

E	T
	/

Consigne :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase. Puis entourez, parmi les 04 points à celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens calme				
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
3	Je suis tendu (e), crispé (e)				
4	Je me sens surmené (e)				
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6	Je me sens ému(e), bouleversé (e), contrarié (e)				
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8	Je me suis content (e)				
9	Je me suis effrayé (e)				
10	Je me sens à mon aise (je me sens bien)				
11	Je sens que j'ai confiance en moi				

12	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
14	Je me sens indécis (e)				
15	Je suis décontracté (e), détendu (e)				
16	Je suis satisfaite (e)				
17	Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieux)				
18	Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcentré, dérouté				
19	Je me sens solide, posé(e), pondéré(e)				
20	Je me sens dans de bonnehumeur, amiable				

Annexe N° 03

CORRIGE

INVENTAIRE D'ANXIETE-ETAT-TRAIT FORME Y-B

Assurez-vous d'être bien sur la page correspondant à ce corrigé. Ensuite, comptez simplement les points correspondant au cercle fait par le sujet sur 1 feuille de réponses. Reportez le total dans les cases appropriées sur la feuille de réponses. Référez-vous au manuel pour les données nominatives.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1-.....	4	3	2	1
2-.....	4	3	2	1
3-.....	1	2	3	4
4-.....	1	2	3	4
5-.....	4	3	2	1
6-.....	1	2	3	4
7-.....	1	2	3	4
8-.....	4	3	2	1
9-.....	1	2	3	4
10-.....	4	3	2	1
11-.....	4	3	2	1
12-.....	1	2	3	4
13-.....	1	2	3	4
14-.....	1	2	3	4
15-.....	4	3	2	1
16-.....	4	3	2	1
17-.....	1	2	3	4
18-.....	1	2	3	4
19-.....	4	3	2	1
20-.....	4	3	2	1

liste des tableaux

Liste des tableaux :

N° de tableau	Titre	Page
Tableau N° 01	Tableau représentatif de la fréquence de la trisomie 21 en fonction de l'âge maternel	37
Tableau N° 02	Tableau représentatif de la population d'étude et ses caractéristiques	55
Tableau N° 03	Tableau représente les normes des scores de l'échelle STAI de SPIELBERGER	65
Tableau N° 04	Tableau récapitulatif des caractéristiques de nos 08 cas	93