



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

## *Mémoire de fin de cycle*

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

Psychologie Clinique

# **Les stratégies de coping chez les mères d'enfants IMC ayant un stress**

*Etude clinique de 05 cas*

*Mme AZZOUZ RADHIA*

*Mme BOUAMARA KATIA*

*Encadré par :*

*Mme : DOUAKH ALIMA*

**Année universitaire 2017/2018**

# Remerciements

*Avant tous, nous rendons grâce au Dieu de nous avoir accordé la santé, courage et patience afin d'accomplir ce modeste travail.*

*En premier lieu, nous remercions notre directrice de mémoire, Mme DOUAKH ALIMA, enseignante au département de psychologie de l'Université de Bejaia pour l'excellente qualité de son encadrement ; son expertise, sa disponibilité et sa patience furent grandement appréciées.*

*Nous sommes reconnaissante envers le psychologue du centre Mr Snoune pour son soutien, son aide, ses orientations durant toute la période de stage.*

*Nous remercions chaleureusement nos chers parents pour leur soutien, amour, durant toutes les années d'étude, et durant toute notre vie.*

*On veut également remercier ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames et monsieur, les membres de jury.*

*Merci à tous les patientes pour leur participation pour la réalisation de ce mémoire.*

*Enfin, nous dirons merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.*

# Dédicaces

*Dédicace Avec ma gratitude et grand amour,*

*Je dédie ce modeste travail ; A mes chers parents, pour leurs sacrifices, encouragements et leurs précieux conseils, pour que je réussisse dans ma vie, J'espère que je serai toujours à la hauteur de leurs espérances.*

*A toi ma mère que je suis fière d'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Tu n'as ménagé aucun effort pour nous prouver ton amour maternel, ces caractéristique font de toi une mère exemplaire, adorable, et aimable.*

*A Toi mon cher papa, ta sagesse et ta franchise font de toi un père aimable.*

*A mon frère (merbah) et mes sœurs (Linda, Damai, Tiziri, Kenza, radia et rosa), et leurs maris qui m'ont soutenu durant tout ma vie.*

*A mes nièces (massilya, Marissa, koko, Ania, massilya et*

*thanina) A mes neveux (massiless et Idris )*

*A mes très chère amies surtout (lilya, Lydia et ibtissem), et je n'oublie pas mes camarades.*

*Également à notre promotrice madame Douakh Aliama*

*A ma binôme Radhia et toute sa famille.*

*Et je Didier aussi ce travail a celui avec qui j'ai partagé beaucoup de chose dans ma vie, et qui sera ma moitié nchalah « Fahem »*

*Et A toute l'équipe de la bibliothèque des sciences sociale.*

*Que le dieu vous garde le plus longtemps possible et j'espère que vous trouverez dans ce travail toute ma reconnaissance et toute mon amour.*

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

*Katia*

# Dédicace

*Je dédie ce modeste travail avec tout ce que j'ai de sentiments de respect et d'amour aux deux êtres qui me sont les plus chers que tout le reste dans ce monde et qui ont sacrifié toutes leurs forces pour assurer ma réussite dans mes études, ma douce et précieuse mère et mon très cher père. C'est à ces deux chers que je mets à genoux, c'est à eux que je dis : merci, et je vous aime.*

*A mes chères sœurs : Souad, Abla, Karima et leurs maris*

*A mes chères frères : Fouaz et sa femme, Mouhamed, Said et Ala-dine*

*A mes nièces : Lina et Maria*

*A mes neveux : Anes, Imad, Rouaem et Wassim*

*A mes chères amies : Mouna, Silya et Tinhinan*

*A mes deux très chère amies : Ibtissem et Lydia*

*A ma binôme : Katia et a toute sa famille*

*Je dédie aussi ce travail à tous mes professeurs, mes collègues et à tous les responsables de centre psychopédagogique de Souk El-tenine et spécifiquement le psychologue.*

*A tous qui me connais, qui m'ont toujours soutenue et encouragée de près ou de loin au cours de la réalisation de ce mémoire.*

*Radhia*

## *Liste des abréviations*

<b>Les abréviations</b>	<b>La signification</b>
<b>ACTH</b>	Adreno-Corticotrophine Hormone
<b>ADH</b>	Antidiuretic Hormone
<b>CAMSP</b>	Centre d'Action Médico-sociale Précoce
<b>CISS</b>	Coping Inventory of Stresful Situations
<b>CMPP</b>	Centre Médico-psycho-pédagogique
<b>CPPEHM</b>	Centre Psycho-pédagogique pour Enfant Handicap Mentaux
<b>CRF</b>	Est un sigle qui signifier : Croix Rouge Française
<b>IMC</b>	Infirmité Motrice Cérébrale
<b>OMS</b>	Organisation Mondial de la Santé
<b>PSS</b>	Psychologie Sociale de la Santé
<b>QI</b>	Quêtions Intellectuelle
<b>SGA</b>	Syndrome Générale d'Adaptation
<b>SNA</b>	Système Nerveux Autonome
<b>TCC</b>	Thérapie cognitive comportementale
<b>TMS</b>	Troubles Musculo-Squelettiques
<b>WCC</b>	Ways of Coping Checklist
<b>WCCL</b>	Ways of Coping Check List
<b>WCQ</b>	Ways of Coping Questinnaire

## *Liste des tableaux*

<b>N° de tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Tableau N° 01	Les caractéristiques de groupe de recherche	77
Tableau N° 02	La répartition des classes selon les objectifs	83
Tableau N° 03	Le dépouillement de l'échelle de stress	86
Tableau N° 04	Le guide d'interprétation des notes Total	92
Tableau N° 05	Les résultats de l'échelle de coping du cas N° 1	99
Tableau N° 06	Les résultats de l'échelle de coping du cas N° 2	103
Tableau N° 07	Les résultats de l'échelle de coping du cas N° 3	108
Tableau N° 08	Les résultats de l'échelle de coping du cas N° 4	112
Tableau N° 09	Les résultats de l'échelle de coping du cas N° 5	117

# Sommaire

**La liste des abréviations**

**La liste des tableaux**

**Introduction ----- 01**

**Le cadre générale de la Recherche**

Problématique et hypothèses ----- 04

Opérationnalisation des concepts clés----- 09

## **La partie théorique**

**Chapitre I : L'infirmité motrice cérébrale**

Préambule

1. Aperçu historique ----- 12

2. Définition et description de la maladie ----- 13

3. La prévalence de L'IMC----- 13

4. Les causes de l'IMC----- 14

5. Les différentes formes cliniques ----- 15

6. Le développement psychomoteur des enfants IMC ----- 19

7. Les troubles et les douleurs associées----- 25

8. Le diagnostique des enfants IMC----- 26

9. La prise en charge des enfants IMC----- 27

Conclusion du chapitre

## **Chapitre II : le stress**

### Préambule

1. Aperçu historique -----	32
2. Définition -----	34
3. Les facteurs du stress -----	35
4. Les symptômes -----	36
5. Les modèles du stress -----	37
6. Les syndromes du stress -----	39
7. les différentes phases du stress -----	40
8. Le stress chez les mamans ayant un enfant atteint d'infirmi�t� motrice cérébrale	42
9. La prise ne charge du stress. -----	45

Conclusion du chapitre

## **Chapitre III : les stratégies de coping**

### Préambule

1. Aperçu historique -----	50
2. Définition -----	51
3. Les déterminants de coping -----	52
4. Les phases d'évaluation -----	55
5. Les types de stratégies de coping -----	56
6. Les déférentes mesurent de coping -----	58
7. Le coping et le stress -----	59
8. L'efficacité des stratégies de coping -----	60

Conclusion du chapitre

## **Partie pratique**

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

### Préambule

1. La pré-enquête -----	64
-------------------------	----

2. La méthode de la recherche -----	65
3. Le groupe de la recherche -----	66
4. Présentation de lieu de stage -----	67
5. Les outils de la recherche -----	72
5.1.L'échelle de stress de Cohen et Williamson -----	74
5.2. Le test de coping :CISS d' Endler et Parker-----	76

## **Chapitre II : présentation, analyse et discussions des hypothèses**

### **Présentation et analyses des cas**

<b>Cas N° 1 : le cas Saloua</b> -----	86
<b>Cas N° 2 : le cas Hadda</b> -----	90
<b>Cas N° 3 : le cas khira</b> -----	94
<b>Cas N° 4 : le cas de Naima</b> -----	99
<b>Cas N° 5 : le cas de Malika</b> -----	103
<b>Discussions des hypothèses</b> -----	118
<b>Conclusion</b> -----	1

### **La liste bibliographique**

### **Annexes**

# **Introduction**

## Introduction

---

---

Chacun de nous, rêve de construire une belle famille. Cette famille magique sera plus belle avec l'arrivée des enfants, qui remplissent la maison de joie et de bonheur. Mais quand cet enfant attendu serait un handicapé et plus précisément l'IMC, imaginez-vous la manière dont les parents et spécifiquement la mère reçoit elle la nouvelle.

L'infirmité motrice cérébrale est une lésion précoce, survenu au cours de la grossesse, autour de la naissance ou pendant la petite enfance avant l'âge de 2 ans ; c'est à dire pendant le plein développement du cerveau, ces lésions qui surviennent sur un cerveau immature, elles ne sont pas héréditaires et n'évoluent pas avec le temps.

Le stress est un ensemble de perturbations biologiques et psychiques, provoqué par une agression quelconque sur l'organisme.

Lazarus et Folkman, sont intéressés au concept du stress, notamment on regardant la manière dont les individus le gèrent, c'est ce qu'ils appellent le coping.

Le coping est un outil de défense, lorsque nous sommes confrontés à des événements négatifs ou stressants. Certaines personnes utilisent ces stratégies de coping générales et d'autres spécifiques à eux pour faire face aux événements douloureux dans la vie et de les dépasser.

Ce modèle théorique permet de donner un éclairage sur le stress et le coping adopté par les mères ayant un enfant IMC.

Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan de travail qui se divise en deux parties : la partie théorique et la partie pratique.

# Introduction

---

---

La partie théorique se compose de trois chapitres, le premier chapitre est consacré à l'étude de l'infirmité motrice cérébrale où nous avons présenté un aperçu historique, définitions, manifestation et description de la maladie, sa prévalence, ses différentes formes cliniques, ainsi que les causes, les troubles et les douleurs associés le développement psychique de l'enfant IMC, et enfin le diagnostic et la prise en charge.

Dans le deuxième chapitre on s'est intéressées à l'étude du stress dans lequel on a parlé sur l'aperçu historique, définition, les symptômes, les différents modèles de stress, ses facteurs, ses différents syndromes, ses différentes phases ses catégories ainsi que le stress chez les mamans d'enfants IMC, et une présentation de la prise en charge.

Le troisième chapitre, est réservé aux stratégies de coping, commençant par un aperçu historique, des définitions, les types d'évaluations, les stratégies générales et spécifiques du coping, ses déterminants, et leur efficacités ainsi que le stress et le coping et on a conclu notre chapitre par une conclusion.

La partie pratique est constituée d'une méthodologie à travers laquelle on a traité les points suivants ; la démarche de la recherche, l'échantillonnage, une présentation de lieu de recherche, les outils de la recherche ainsi que ; présentation, analyse des cas et discussions des hypothèses et on a terminé avec une conclusion.

# *Cadre général de la recherche*

## Problématique

Avoir un enfant est l'un des plus grandes joies de l'existence, c'est un rêve de tous les couples. Certains pensent le réaliser dès le début du mariage, d'autres décident de reporter cet événement à un temps ultérieur. Une fois la chose réalisée, une nouvelle vie commence à souffler dans un petit être qu'on appelle le fœtus, dès cet instant la vie d'un couple prend un autre cours.

Neufs mois d'attente, d'espérance, d'imagination, d'émotions. C'est une période cruciale dans la vie d'un couple, ce qu'ils ressentent pendant cette délicate période est incommunicable.

Dès le début de la grossesse, toutes formes de fantasme émergent, le rêve le plus souhaité est d'avoir un bébé en bonne et parfaite santé, comme le souligne Gardon « ils avaient imaginé un enfant conforme à leur vœux, parfait et merveilleux » l'idéal est de pouvoir le protéger contre toutes maladies ou handicaps.

L'arrivée de ce fameux bébé dans la vie d'un couple est un immense bonheur, où chacun apprend alors qu'il est devenu un futur parent et qui renforce les relations conjugales et une stabilité affective. « Cet être que les parents espéraient à leur image et qui devait confirmer toutes leurs attentes, engendre de fortes réactions au sein de la famille » (Bouchard., et al)

Mais l'enfant né, n'est pas celui qu'on attendait, s'il est accompagné d'une maladie ou un handicap, notamment une IMC, appelée aussi paralysie Cérébrale, « est la séquelle d'une atteinte cérébrale précoce avant la naissance, pendant ou dans les deux premières années de la vie ». (Alain C) c'est l'événement qui bouleverse toute la famille, tous les rêves et aspirations disparaissent d'une façon tragique, car cet enfant ne ressemble pas à l'enfant imaginé pendant cette période.

La naissance d'un enfant qui présente un trouble IMC, est souvent une situation de grand changement suscitant une influence plus importante au sein de la famille, elle s'accompagne souvent d'une perturbation sur le plan, conjugal, individuel et familial. Cette situation n'est pas sans conséquences sur le bien être des parents.

## Cadre général de la recherche

---

---

Le fait d'avoir un enfant IMC peut voir un effet dévastateur sur la santé mentale et physique des parents, cet enfant handicapé va porter la différence entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel, comme le souligne Bouchard « il ne fait aucun doute que la naissance d'un enfant présentant un handicap va fortement ébranler la vie sociale, familiale, et professionnelles de cette famille ». « Rappelons que tout enfant qui vient au monde est accueilli dans le berceau des rêves et des fantasmes de ses parents ».

Cet événement constitue généralement un véritable traumatisme, qui va nécessiter un processus de deuil chez les parents spécifiquement la mère, qui ne se fera jamais sans rentrer dans une détresse, dépression et une éventuelle adaptation.

La mère se trouve incapable face à ce bébé qui ne correspond pas à ces aspirations, elle rentre dans un cercle de tristesse, d'anxiété et de sentiment de culpabilité ; tout ces sentiments sont vécu par la mère lors de la perte de son enfant imaginaire, attendu et fantasmé.

La réaction de la mère devant les insuffisances de son enfant est difficile à décrire ; car elle va au-delà des modèles habituelles de la déception et de deuil, elle entre mêle généralement dans un grand désarroi de ne pas savoir quoi faire avec ce petit être différent, de la peur de ne pas bien s'y prendre avec lui ,de la culpabilité à l'idée de ne pas avoir tout fait avant et après sa naissance , ces rapprochements, ces interactions ..., l'intensité et la fréquence de ces sentiments avec cet enfant particulier, vont engendrer chez la mère ce qu'on appelle le stress qui est « une réponse de l'organisme aux facteurs d'agressions, physiologiques et psychologiques, ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation » , ou « divers agents agresseurs auxquels peut être soumis l'organisme (traumatisme, émotion , infection ...etc.) et l'ensemble des phénomènes métaboliques et viscéraux qu'ils peuvent provoquer » (réaction d'alarme ou d'adaptation) .

## Cadre général de la recherche

---

L'handicape de l'enfant met la maman dans une situation permanente qui l'oblige à anticiper et avoir une capacité de réponses instantanées pour répondre aux problèmes qui peuvent surgir à tout moments.

Souvent la mère, se sent responsable de l'handicap de son enfant, donc l'acceptation revient à se laisser envahir par un terrible désordre, un désordre extrêmement menaçant à ne pas douter, donc l'acceptation de cet handicap constitue probablement le défi majeur pour le père et la mère d'un enfant désavantagé.

De ce fait, être maman d'un enfant handicapé, signifie être confronté à un stress, et être confronté à ce dernier, implique certainement des méthodes pour y faire face, et pour faire face à une source de stress, l'être humain met en place des stratégies qui sont connu sous le nom de stratégies de coping ou d'ajustement.

C'est également le constat que font Epelbaum (1991), Sarfaty (1998) et Granjon et Livet (1998) dans leurs études menées auprès de couples confrontés à l'handicap. Les auteurs affirment qu'en réaction à l'annonce du l'handicap, les parents vont mettre en place des stratégies d'adaptation pour faire face à cette situation particulière et difficile.

La notion de coping est un concept récent apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « psychological stress and coping process ».

Selon R.S Lazarus et S. Folkman 1984, « le coping est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant, déployés pour gérer des

## Cadre général de la recherche

---

exigences spécifiques interne et/ou externe qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédent ces ressources ».

De manière générale les stratégies de coping se réfèrent à tous ce qu'une personne mis en œuvre pour faire face à une situation stressante.

En générale, on distingue trois type de stratégies de coping, celle qui sont centrées sur l'émotion et qui vise à réguler l'émotion associée à l'évènement stressant, et celle qui sont centrées sur le problème et qui correspond à des actions qui consistent à maîtriser, diminuer ou éliminer les facteurs présents dans l'environnement qui sont à l'origine de la transaction stressante. Globalement, ces réponses sont utilisées pour résoudre le problème auquel l'individu est confronté et englobent des stratégies spécifiques de coping tels que la planification, la rationalisation de la situation, la recherche des solutions et des moyens d'action, la réorganisation de la tâche, l'effort accru.

Outre le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion qui sont les deux stratégies principales, la recherche du soutien social apparait parfois comme troisième stratégie générale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social ni avec le soutien social, cette stratégie correspond parfois a une tentative des informations ou une aide matérielle pour régler une difficulté.

Dans ce contexte, l'étude des stratégies de coping constitue un phénomène d'intérêt pour assurer une meilleure compréhension du processus de l'adaptation aux différentes situations stressantes des mamans d'enfants IMC, en vue de favoriser un environnement favorable pour ces mères afin d'avoir un bon rendement et s'améliorer dans la vie professionnelle.

Alors le coping rentre en jeu comme un moyen utilisé par l'homme pour qu'il retrouve un bien être psychologique et un certain équilibre de vie.

Afin de mieux cerner notre sujet, nous sommes amenés à poser les questions suivantes :

## Cadre général de la recherche

---

---

1- Est-ce qu'il ya une relation entre le stress et les stratégies de coping chez les mamans d'enfant handicapé moteur ?

2- Est ce que les stratégies de coping utilisées par les mamans ayant un enfant IMC sont spécifiques ?

Dans le but de répondre aux questions posées dans notre travail, nous avons formulé

### **Les hypothèses suivantes :**

1-Il existe une relation entre le stress et les stratégies de coping chez les mamans d'enfants IMC.

2-. Les mamans ayant un enfant IMC n'ont pas des stratégies spécifiques.

## Opérationnalisation des concepts clés :

### 1. Le stress : se manifeste par :

- Difficulté de concentration
- fatigue
- nervosité
- augmentation du rythme cardiaque
- la tension musculaire
- irritabilité
- l'anxiété face à l'avenir
- diminution de l'estime de soi

### 2. Le coping : c'est

- la façon de s'ajuster au stress.
- la mise en place d'une réponse pour faire face à un événement stressant.
- Stratégie centrée sur le problème, sur l'émotion, ou le soutien sociale.

### 3. L'infirmité motrice cérébrale :

La déficience d'un enfant IMC se trouve au niveau de cerveau, et les deux membres supérieurs et inférieurs.

Un retard de développement de la motricité (position assise).

Un relâchement des pieds qui signifié un déséquilibre de cet enfant.

# **Partie théorique**

## *Chapitre I*

# **L'infirmité motrice cérébrale**

## Préambule

Les troubles moteurs qui peuvent affecter le développement d'un enfant sont variables par leur étiologie, leur degré de gravité, leur nature évolutive ou non. S'y ajoutent, parfois, d'autres troubles associés, notamment sensoriels ou mentaux.

L'infirmité Motrice Cérébrale précoce résulte des lésions cérébrales qui se sont produites dans la période ante, péri ou post-natales. Ces lésions sont non évolutives et responsables de troubles moteurs prédominants et spécifiques. Leurs effets sur le développement se révèlent progressivement dans les premières années et vont interférer avec le développement de l'enfant, avec des conséquences non seulement sur le contrôle moteur (de la posture et du mouvement), mais aussi sur le langage et les acquisitions.

« On est tous différents, on ne bouge pas pareille, on se parle pas pareille, on n'a pas le même air, tous, on est différent .un jour, on rencontre quelqu'un qui encore plus différent que les autres ; un enfant par exemple: des enfants comme ça, différent de tout les autres qui on dirait qu'ils viennent d'une autre planète »Howard buten

## 1. Un aperçu historique

Le terme « handicap » littéralement « hand in cap » en anglais signifie « la main dans le chapeau » apparaîtrait pour la première fois au XVI<sup>ème</sup> siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau.

La notion de handicap fait en tout cas l'objet de controverses non encore éteintes depuis plus d'une vingtaine d'années entre les partisans d'une approche médicale pour qui le handicap est envisagé comme la conséquence d'une atteinte de l'intégrité corporelle et ceux d'une approche socio-environnementale pour lesquels le handicap résulte de la confrontation d'un individu particulier avec les exigences de son environnement. (Guidetti, M .Tourrette, c., 2014, P17-18)

Pour ce qui concerne la France, le terme d'infirmité motrice cérébrale a été proposé en 1954 par G. Tardieu pour distinguer des sujets porteurs de séquelles

motrices de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathies atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés. Les anglo-saxons, quant à eux, regroupent sous le terme « paralysie cérébrale ». (Guidetti, M. Tourrette, c 2014, P45, 46).

## **2. Définition et description de la maladie**

L'IMC concerne « les enfants, les adolescents ou adultes atteints d'entraves partielles ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et/ou du maintien des postures. Ces limitations résultent d'une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou peu de temps après la naissance ». La lésion n'est pas évolutive mais ses effets vont interférer avec le développement cérébral et psychologique des premières années de la vie. Il existe une grande variabilité au niveau des troubles qui peuvent être peu handicapants ou aller jusqu'à l'absence de toute autonomie. Bien que congénitale, elle est présente à la naissance, l'IMC n'est jamais héréditaire. (Deschamps, et Al., 1981, p71).

L'infirmité motrice cérébrale est due à des atteintes cérébrales survenues dans la période périnatale, qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif, ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles, pour permettre une scolarisation. (Le Métayer, M., 1999, p11).

IMC est une atteinte de lésion du cerveau entraînant des paralysies, des spasmes et des mouvements anormaux(athétose) souvent associés à des troubles visuels, auditifs et tactiles. L'arriération mentale accompagne parfois ces infirmités, mais elle n'est pas constante. (Domart, A ., 1989, p421).

## **3. La prévalence de l'IMC**

Ils sont près de 400000 enfants, en France, qui présentent une insuffisance mentale, physique ou sensorielle. Dans le monde, selon les estimations de l'organisation mondiale de la santé(OMS), entre 5 à 10% des individus sont porteurs d'une déficience exigeant une prise en charge éducative spécialisée et des soins adaptés. (Ringler, M., 2000, p01).

L'incidence varie en fonction de la définition plus ou moins restrictive du trouble est de 0,6 à 2,1 pour 1000 naissances. (Guidetti, M, Tourette, c., 2014, p47).

Des statistiques ont été dévoilés sur la prévalence de cette maladie en « Algérie », elle affecte 3.8 nouveaux cas pour 1000 naissances, sont signalés en moyenne chaque années dans notre pays.

#### **4. Les causes de l'IMC**

L'IMC peut avoir plusieurs origines car les lésions cérébrales peuvent survenir avant la naissance, pendant l'accouchement ou encore après la naissance dans les deux premières années de vie de l'enfant. Dans tous les cas, ces lésions cérébrales se produisent sur un cerveau qui n'a pas encore atteint sa maturité. Aujourd'hui, on observe une augmentation des enfants pour lesquels l'IMC à une cause anténatale par rapport aux causes néonatales ou postnatales.

Deux étiologies principales sont à l'origine de l'IMC : la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestation) et la souffrance fœtale aiguë périnatale. En fait, ces deux phénomènes sont souvent combinés. La souffrance cérébrale du nouveau-né à terme a pratiquement disparu. Le taux de prématurité s'est légèrement accru ces dernières années et concerne autour de 7% des naissances. Plus la naissance est prématurée et plus le poids de naissance est faible, plus les lésions cérébrales seront fréquentes. Cependant les conditions de survie des enfants prématurés se sont énormément améliorées au fil des années grâce à une meilleure prise en charge pré et postnatale.

La souffrance périnatale s'accompagne fréquemment d'anoxie (réduction de l'oxygène parvenant au cerveau). Le sang insuffisamment oxygéné devient acide et crée des lésions cérébrales.

L'ictère du nouveau-né (ou jaunisse) est également à l'origine de l'IMC car il s'accompagne d'hyper bilirubinémie qui provoque des séquelles neurologiques. L'hyper bilirubinémie correspond à l'augmentation anormale dans le sang d'un pigment d'origine hépatique, la bilirubine. Ceci peut ce produire soit en cas d'incompatibilité Rhésus soit en cas de prématurité.

Dans la période postnatale, seuls peuvent laisser des séquelles motrices et à condition qu'un survient au cours des premiers mois. Les encéphalopathies aiguës (liées a une déshydratation pouvant être consécutive à une forte diarrhée), les

## **5. Les différentes formes cliniques (types)**

Comme leur nom l'indique, les enfants IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole, dans des proportions variables. Ces troubles sont dus à des paralysies, des faiblesses musculaires ou encore des raideurs musculaires. Ils sont décrits soit en fonction de la nature du trouble dominant soit en fonction de la localisation de l'atteinte.

La déficience motrice peut toucher le corps entier ou seulement certaines parties.

### **5.1. Selon sa répartition on peut distinguer :**

#### **5.1.1. La diplégie**

Appeler aussi maladie de Little ou encore diplégie cérébrale infantile. Tout le corps est atteint mais les troubles moteurs prédominent sur les deux membres inférieurs et les jambes. Les déficiences motrices peuvent s'accompagner d'un strabisme, de troubles visuo-perceptifs ou encore d'épilepsie mais le langage est habituellement intact. Cette forme d'infirmité motrice cérébrale est très fréquente, elle concerne environ 21,3% des IMC. (Guidetti, M, Tourette, c ., 2014,P47-49)

#### **5.1.2. L'hémiplégie**

Un seul coté du corps est touché, parfois la tête également. L'atteinte touche plus particulièrement le membre supérieur, si bien qu'elle n'empêche pas la marche.

S'y ajoutent parfois des troubles tels que la perte de la vision de la moitié du champ visuel, la non-reconnaissance des formes, des volumes et des consistances par le toucher, ou encore des troubles du langage. Cette forme d'infirmité motrice cérébrale concerne 33% des cas.

### **5.1.3. La triplégie**

Tout le corps est atteint mais l'infirmité prédomine sur trois membres, généralement les deux membres inférieurs et un membre supérieur, elle touche environ 17,5%.

### **5.1.4. La tétraplégie**

Tout le corps est atteint. Outre une raideur des membres, il y a une insuffisance posturale de tronc et un contrôle de la tête souvent faible. Les signes associés peuvent être des convulsions, des anomalies de langage ou de parole, de la coordination oculaire. Comme l'atteinte est importante, le déficit est évident dès 03 mois. La tétraplégie concerne 28,2% des sujets atteintes d'IMC.

Par ailleurs, les lésions neurologiques sont à l'origine de différentes manifestations musculaires. (Guidetti, M, Tourette, c ., 2014,49-50)

## **5.2. En fonction de la nature du trouble dominant**

### **5.2.1. La forme spastique**

Le tonus musculaire est trop élevé. La contraction permanente des muscles, lorsqu'elle prédomine sur les muscles fléchisseurs, peut avoir pour conséquence la flexion permanente de l'articulation ou même l'impossibilité de la mobiliser. L'enfant spastique ne peut coordonner relâchement et contraction des groupes musculaires antagonistes. Tous ses muscles sont hypertoniques et hyper contractiles. Les contractions (spasmes moteurs) prédominent aux membres supérieurs, aux organes phonatoires et peuvent s'accroître en cas d'émotions fortes. Les mouvements s'arrêtent à mi-chemin par impossibilité de relâchement musculaire des muscles opposés à ceux qui se contractent. Il s'agit de la conséquence clinique de l'atteinte du système nerveux pyramidal qui contrôle la motricité volontaire.

Cette forme est la plus courante et touche les trois quarts des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale.

### **5.2.2. La forme athétosique**

Les mouvements sont involontaires et incontrôlés. Ils sont provoqués par des variations brusques et imprévisibles de la tension musculaire. Ces mouvements, prédominants aux extrémités, notamment au niveau des mains, peuvent également amener la personne souffrant d'IMC à baver et faire des grimaces involontaires.

L'enfant athétosique a une intelligence souvent normale ou supérieure à la moyenne, il peut être pris à tort pour un déficient mental car il a du mal à contrôler ses gestes et à s'exprimer oralement de façon compréhensible. L'athétose est consécutive à une atteinte du système nerveux extrapyramidal en particulier des noyaux gris centraux déterminant la coordination des mouvements volontaires.

Cette forme touche un enfant sur dix atteintes d'infirmité motrice cérébrale.

### **5.2.3. La forme ataxique**

Les mouvements sont effectués avec une force, un rythme et une précision anormaux. L'exécution des mouvements rapides et fins est difficile. C'est la forme la moins courante d'infirmité motrice cérébrale.

L'enfant ataxique a une démarche instable, il chute fréquemment, son équilibre est perturbé, ses gestes sont imprécis et mal coordonnés.

Elle touche moins d'une personne atteinte sur dix.

Dans la plus part des cas, les enfants IMC présentent des formes mixtes de ces symptômes, la plus courante étant celle qui associe spasticité et athétose.

(Le guide pratique des infirmités motrices cérébrales).

(Guidetti, M, Tourette, C., 2014, p51-54).

## 6. Les troubles et les douleurs associés à l'IMC

### 6.1. Les troubles intellectuels

Le fonctionnement intellectuel de façon non systématique qui peut être affecté chez l'enfant IMC. L'efficacité intellectuelle et les possibilités d'apprentissage sont très variables d'un enfant IMC à l'autre: certains, peu nombreux, peuvent poursuivre des études supérieures, alors que d'autres ne seront jamais capables d'apprendre à lire. Les troubles moteurs pouvant également atteindre la parole, l'évaluation par les tests requiert parfois des aménagements particuliers, nous y reviendrons plus loin, même si chez la majorité des IMC, l'intelligence peut être appréciée par des épreuves composites classiques comme les épreuves de Wechsler. De Barbot (1993) donne la répartition suivante des niveaux intellectuels: 50% des enfants ont un QI inférieur à 70 (il s'agit de la limite supérieure de la déficience intellectuelle, 25% un QI compris entre 70 et 89, 25% un QI supérieur ou égal à 90 (donc normal puisque proche de la moyenne). La plupart du temps, il est préférable de ne pas prendre en compte le QI global qui risque de pénaliser l'enfant mais plutôt de considérer le profil obtenu aux différentes épreuves pour voir quelles sont les réussites et les difficultés spécifiques sur lesquelles devront s'exercer des mesures pédagogiques particulières ? Les auteurs divergent sur l'association entre déficit intellectuel et nature du trouble moteur. Pour Robaye-Geelen (1969) les enfants spastiques auraient plus fréquemment un trouble intellectuel associé que les enfants athétosiques, alors que pour Arthuis(1991), l'intelligence est en général préservée dans les diplégies spastiques et les dystonies athétose, un retard mental est observé chez la moitié des sujets hémiplésiques et chez une majorité d'enfants ataxiques. Il est possible que dans certains cas, il s'agisse davantage d'un retard de développement (conséquence du handicap moteur qui restreint l'expérience de l'enfant) que d'une déficience mentale bien établie. (Guidetti, M., 2004, P32-33)

## **6.2. Les troubles autres qu'intellectuels**

### **6.2.1. L'épilepsie**

Ces crises de convulsions avec perte de connaissance concernent, suivant les auteurs et suivant la nature des atteintes, entre 20 et 60% des IMC. Leur caractère répétitif et surtout les accidents qu'elles peuvent provoquer vont perturber la vie familiale et sociale de l'enfant. Grâce à un traitement médicamenteux qui doit être suivi régulièrement, il est possible de stabiliser ces attaques convulsives. Cependant, plus le niveau intellectuel est faible, plus les crises se répètent et sont difficiles à prévenir avec un traitement. L'épilepsie est plus fréquente chez les spastiques que chez les athétosiques où elle est rare, et plus fréquente dans les hémiplésies que dans les diplésies.

### **6.2.2. Les troubles instrumentaux**

Des troubles de l'organisation gestuelle et motrice sont fréquents : ce sont des troubles de l'exécution du geste, des difficultés de freinage, de contrôle ou de parasitage du mouvement par des contractions involontaires. Ces troubles peuvent retentir sur la vie quotidienne (alimentation, toilette) et scolaire (écriture). La conception du geste peut être si perturbée que l'enfant IMC peut ne pas arriver à faire ce qu'il désire par exemple dans le domaine graphique. Il est possible d'avoir recours à des systèmes de communication électriques (machine à écrire ou ordinateur adaptés).

(Tourrette,c,2014, P75)

## **6.3. Les déficits sensoriels**

### **6.3.1. Les déficits auditifs**

Selon certains auteurs (Hélias, 1990), 25% des enfants IMC seraient atteints de surdité ou d'hypoacousie (il s'agit d'une diminution, d'une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne) essentiellement chez les athétosiques (74%) en petit nombre chez les enfants spastiques (19%). Se sont

toujours des surdités de perception, non améliorables par la chirurgie mais souvent appareillable. Elles vont avoir une incidence défavorable sur l'apprentissage du langage. Compte tenu du tableau clinique souvent déjà lourd de l'IMC, la surdité est généralement méconnue car non recherchée. Il s'agit souvent d'une surdité ou d'une hypoacousie sélective qui ne touche que certaines fréquences du champ auditif en amputant préférentiellement les aigus, ce qui permet une réaction à peu près normale à la voix et retarde d'autant le diagnostic. (Guidetti, M. Tourrette, C., 2002, P34)

### **6.3.2. Les déficits visuels**

L'IMC peut toucher aussi les muscles oculaires, ainsi, 69% des enfants IMC sont atteints de strabisme (D'Heilly, 1990), en particulier les enfants diplégiques. Le strabisme pouvant compromettre l'acuité visuelle, ceci permet de comprendre que 20% des IMC sont atteints d'amblyopie unilatérale (diminution de l'acuité visuelle qui ne concerne qu'un seul œil), 11% d'amblyopie bilatérale. Certains IMC peuvent également être atteints de nystagmus (secousses involontaire des globes oculaires) ce qui entraîne des difficultés pour fixer un objet ou pour balayer du regard une surface et va avoir des retentissements sur la perception visuelle en général et en particulier sur la discrimination figure-fond. Plusieurs recherches déjà anciennes avaient fait apparaître la difficulté spécifique des enfants IMC à identifier une figure significative (un objet connu) sur un fond lors d'une présentation tachistoscopique (très rapide) qu'on a imputé à leur difficulté de fixation oculaire augmentée par la brièveté de la présentation. La performance des enfants IMC se rapproche de celle des enfants tout-venant soit quand on augmente le temps de présentation soit quand cette tâche de discrimination figure-fond leur est présentée de manière tactile, l'enfant doit alors toucher des dessins en relief situés soit sur un fond uni ou structuré puis les dessiner. (Guidetti, M. Tourrette, C., 2002, P34-35)

### **6.3.3. Les troubles de la sensibilité**

Les troubles de la sensibilité ne sont pas rares chez les hémiplésiques, il s'agit en général de troubles du transfert intermodal ou astéréognosie : ils ne peuvent

reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue. (Guidetti, M. Tourrette, C., 2008, P35)

#### **6.4. Les troubles de la communication**

La communication est l'art de transmettre et de recevoir : émotions, désirs, intérêts, ou informations. Elle se produit en présence de deux personnes minimum. Elle se fait autant avec le langage corporel, à savoir le regard, les mimiques faciales, les attitudes ou l'intonation, qu'avec le langage oral, les écrits, les dessins, etc. Le langage se construit à partir des situations de communication.

L'infirmité motrice cérébrale est fréquemment à l'origine de troubles langagiers, qu'il s'agisse de troubles de la communication, de la parole ou du langage : oral ou écrit. (Dictionnaire de la médecine, P54)

##### **6.4.1. Les troubles de langage et de la parole**

Le langage est ce qui permet de traduire la pensée. Il existe, en effet, une pensée sans langage, d'où l'importance de ne pas amalgamer les difficultés linguistiques à une déficience intellectuelle. Le langage peut être oral, écrit ou signé.

La parole correspond à la production du langage oral. Elle dépend de la capacité de l'enfant à entendre des sons et à les reproduire. Cette production met en jeu une succession de mouvements de la bouche, de la langue, des lèvres, du larynx... mais aussi une utilisation coordonnée de la déglutition et de la respiration pour faire vibrer les cordes vocales. Tout ceci nécessite des schémas moteurs complexes et des circuits neuronaux spécialisés en bon état de fonctionnement pour l'analyse des syllabes, l'accès à la signification des mots, au langage intérieur, etc.

La parole est l'aspect langagier le plus touché dans l'IMC. Elle doit être très vite facilitée car un trouble de la parole perturbe l'intelligibilité du discours et donc la relation à l'autre et au monde. Il perturbe le comportement : freine la spontanéité, limite les échanges. Il pousse à la simplification et l'imprécision, notamment dans l'expression de ses désirs et de ses idées, ce qui induit une frustration. Il modifie le

regard de l'autre qui risque d'assimiler inintelligibilité à inintelligence. Il mène peu à peu à l'isolement social... Il est donc synonyme de grande souffrance psychique.

(Le guide pratique des infirmités motrices cérébrales, P67-68)

### **6.4.2. Les troubles de lecture et de l'écriture**

Chez un enfant atteint d'une IMC, les troubles du langage écrit ont deux versants. Un versant « practo-moteur » : le graphisme est atteint dans le cas de troubles moteurs des membres supérieurs et/ou en présence d'une dyspraxie ; et un versant cognitif : la lecture et l'écriture dont les atteintes spécifiques sont les dyslexies et dysorthographies.

La part d'éventuels troubles de la mémoire, de l'attention, de l'audition, ou visuels dans les difficultés d'accès à la lecture et à l'écriture sont évidemment à rechercher. (Le guide pratique des infirmités motrices cérébrales, P70)

#### **6.4.2.1. Les dyslexies**

Chez l'enfant avec une IMC, les dyslexies visuo-attentionnelles sont plus fréquentes que dans la population générale et se réduisent en améliorant l'installation, l'attention visuelle, le regard, l'organisation spatiale et en aidant l'enfant dans sa stratégie de lecture (sur lignage des lignes en couleur alternée sur papier, déroulement du texte de manière linéaire sur ordinateur avec sur lignage et/ou lecture avec une synthèse vocale...

#### **6.4.2.2. La dysorthographie**

Elle est souvent associée à un trouble de la lecture ou un trouble du langage mais elle peut également être la conséquence d'un trouble de la mémoire ou encore d'un trouble visuel. (Guidetti, M. Tourette, C., 2014, 52-54).

### **6.5. Les troubles sphinctériens**

Ils sont absents aux niveaux anal et inconstants au niveau urinaire. Ils se caractérisent par des mictions impérieuses (temps trop court entre le moment où la personne sent qu'elle doit uriner et le moment où elle urine).

## **6.6. Les troubles du sommeil**

Ils sont bien difficiles à élucider. On retient des causes organiques aux troubles du sommeil tel l'hypoxie nocturne, la douleur ou des causes comportementales telles les difficultés de séparation parent/enfant ou la difficulté dans l'installation de l'enfant. Les troubles du sommeil constituent un fait majeur pourvoyeur de dérèglement de la vie familiale et doivent être dépistés au plus tôt.

## **7. Les douleurs associées à l'IMC**

Les douleurs fréquentes, dont les personnes se plaignent sont toujours des douleurs liées à l'handicap. Les douleurs telles que les douleurs menstruelles ou dentaires, les migraines... ne sont pas citées.

Le plus souvent, ces douleurs sont localisées mais touchent plusieurs sites différents, principalement le dos et les jambes.

### **7.1. Les douleurs articulaires**

L'articulation est un ensemble des éléments par lesquels deux ou plusieurs os s'unissent les uns aux autres.

Les douleurs, mécaniques ou articulaires, semblent se développer plus précocement chez les personnes ayant une IMC ; ex : arthrose, en particulier aux genoux et à la hanche.

### **7.2. Les douleurs posturales**

Elles sont courantes. Il s'agit de douleurs inflammatoires liées à un mauvais positionnement prolongé ou à une sollicitation excessive de certains muscles ou articulations.

### **7.3. Les douleurs spastiques**

Ces douleurs diffuses accompagnent les crises de contractures.

#### **7.4. Les douleurs liées à la déglutition**

Elles sont fréquentes chez le petit enfant et disparaissent avec l'âge ou après la rééducation de la déglutition.

#### **7.5. Les douleurs dues aux fractures**

Une douleur anormalement intense et persistante justifie le recours à la radiographie pour visualiser s'il y a eu fracture. La fracture est favorisée par un phénomène de dégradation de l'os appelé ostéoporose. Un traitement préventif des fractures consiste à freiner le développement de l'ostéoporose. Une fois la fracture est présente, le traitement repose sur la prise d'antalgiques et la chirurgie orthopédique.

#### **7.6. Les douleurs liées aux appareillages**

Elles sont fréquentes mais ne sont pas une fatalité ! Certes, un appareillage nécessite une petite période d'adaptation et il faut être prêt à accepter un certain inconfort au départ. Mais si un appareillage fait mal, il ne remplit pas ses objectifs (il est généralement mis en place pour prévenir des douleurs plus invalidantes) et doit être revu, adapté.

#### **7.7. Les douleurs post-chirurgicales**

Elles doivent être prévenues, évaluées et traitées, souvent par les antalgiques.

(Le guide pratique des infirmités motrices cérébrales. P 80-81).

### **8. Le développement des enfants IMC**

#### **8.1. Le développement psychologique**

Le développement psychologique d'un enfant IMC pose à la fois des problèmes théoriques et pratiques. Des problèmes théoriques d'abord concernant la nature des fonctions évaluées ; en essayant d'apprécier le fonctionnement cognitif sans avoir recours à la motricité, en particulier quand il s'agit de l'intelligence sensori-motrice. Cette évaluation pose également des problèmes pratiques : comment apprécier l'efficacité réelle de l'enfant malgré son handicap ; comment, grâce à cette évaluation,

faire bénéficier l'enfant d'une éducation adaptée à ces possibilités réelles sans risquer une sous-stimulation et une hyper protection ? Ou au contraire le mettre face à des échecs répétés liés à la proposition de tâches impossibles pour lui.

(Guidetti, M. Tourette, C., 2014, p54, 55).

### **8.2. Le développement moteur**

Ce développement est à la fois retardé et atypique. Au cours de la première année, on peut observer des retards dans la mise en place des grandes fonctions (comme la station assise ou la préhension) ainsi qu'une persistance tardive des réflexes archaïques, Comme la marche automatique ou le réflexe de Moro qui témoigne d'un certain niveau de maturation neuromatrice. La plus part disparaissent dans les semaines qui suivent la naissance, par la suite, les grandes étapes de développement moteur seront franchies ou non, plus au moins lentement en fonction de la nature et de degré de l'atteinte et des mesures éducatives et thérapeutiques mises en place.

### **8.3. La personnalité des enfants IMC**

Les enfants IMC sont souvent de bon contact, ont le désir de bien faire et de communiquer, ils ont parfois un mauvais contrôle des émotions (rire et larmes facile). Des tendances dépressives et parfois agressives surtout au moment de la puberté où l'enfant prend conscience des conséquences affectives et sociales de son infirmité. Ils manifestent souvent et logiquement des réactions d'opposition à la rééducation et à la multiplicité des interventions.

(Guidetti, M. et Tourette C., 1999, P35-36)

## **9. Le diagnostic de l'IMC**

Pour poser le diagnostic, les parents doivent se rendre dans un service hospitalier de pédiatrie ou de rééducation pédiatrique ou bien dans un CAMSP (Centre d'Action Médico-sociale Précoce). Dans ces lieux, une équipe pluridisciplinaire fera un bilan complet (neuro-orthopédique, sensoriel et en termes de développement générale).

Le diagnostic d'infirmité motrice cérébrale est rarement donné de façon immédiate. Les parents s'inquiètent d'abord pour la survie de leur enfant au vu des circonstances souvent dramatiques de la naissance. L'inquiétude se cristallise ensuite sur le décalage observé dans les acquisitions. Enfin le caractère irréversible des symptômes devient incontournable. C'est un cheminement douloureux, où le soutien de toute la communauté est déterminant pour augmenter leurs capacités à y faire face : la proche famille, les grands-parents, les amis, et les professionnels.

Pour ces derniers, cet accompagnement aussi est difficile. Ils sont pris entre leur désir professionnel d'apporter le plus rapidement possible des aides médicales et rééducatives à l'enfant et l'appréhension, en prononçant des mots qui peuvent être inscrits de façon traumatique dans leur mémoire et de faire du mal à des parents déjà malmenés.

## **10. La prise en charge des enfants IMC**

La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale, consiste en un accompagnement pluridisciplinaire médical, rééducatif, éducatif, psychologique et social. Les moyens médicaux et paramédicaux sont nombreux et relèvent le plus souvent d'une association de techniques rééducatives, d'appareillage, de chirurgie, et d'un soutien psychologique. Des médicaments peuvent être prescrits dans un but spécifique pour le contrôle de la spasticité, des mouvements anormaux, d'une épilepsie, de la douleur ou encore de symptômes anxio-dépressifs associés.

### **10.1. La prise en charge psychologique**

#### **□ Le psychologue clinicien**

Les enfants IMC sont extrêmement sensibles et émotifs, qui ont besoin d'un soutien psychologique qui peut leur apporter de l'aide à surmonter et à dépasser tout ses sentiments d'échec et d'infériorité.

Le psychologue clinicien, a une double fonction. Il évalue d'une part les capacités cognitives de l'enfant (psychomotricité) ainsi que ses affectes, et d'autre part, il a

fonction de soignant ou de coordinateur des soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant (psychothérapie).

## 10.2. La prise en charge médicale

Une coordination pluridisciplinaire précoce

La prise en charge précoce est issue d'un partenariat étroit entre une équipe de professionnels de la santé et les parents, qui sont les premiers éducateurs de l'enfant. Elle a pour but de développer chez l'enfant une autonomie maximale.

### □ Le kinésithérapeute

Intervient particulièrement dans le domaine de la locomotion, de système ostéo-musculo-articulaire et respiratoire : outre la prévention et le traitement des complications orthopédiques par la mobilisation et les postures, il favorise la réalisation des gestes, en choisissant les positions où leur réalisation est plus aisée. Le kinésithérapeute contribue au bien-être de l'enfant, en utilisant des techniques relaxantes et antalgiques telles que le massage ou la balnéothérapie. Le kinésithérapeute est le professionnel le mieux représenté des équipes rééducatrices.

### □ Le psychomotricien

Intervient à un stade précoce chez l'enfant présentant un retard psychomoteur. Il cherche à améliorer la prise de conscience du corps, la coordination, l'orientation temporo-spatiale, le rythme gestuel, la latéralisation. Les exercices qu'il propose sollicitent ainsi la motricité globale, l'équilibre, la coordination des mouvements, la cadence, la coordination visuo-gestuelle.

### □ L'orthopédie et chirurgie

Quand la kinésithérapie est insuffisante, des aides orthopédiques sont utilisées. Dans le cas de diplopie spastique, par exemple, il peut s'agir de semelles enveloppantes, placées dans des chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles en plastique ou en métal qui ont pour but de maintenir le pied en flexion.

Des interventions chirurgicales peuvent se révéler indispensables en cas de contractures majeurs. Leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles.

### □ L'orthophoniste

S'attache plus particulièrement à la rééducation (ou à l'éducation) de la communication, à la fois sur le versant réceptif (d'information écrite ou orale) et sur le versant expressif (production d'une communication intelligible, verbale et non verbale). La production de sons, la modulation du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales des phrases simple. Les troubles de la déglutition font également partie du champ d'action de l'orthophoniste, pour limiter le bavage et les fausses routes : stimulation de la région péribuccale ou endobuccale, adaptation du volume des prises liquidiennes, modification de la consistance des liquides à l'aide de gélifiants.

### **Conclusion**

Pour conclure, on peut dire que l'infirmité motrice cérébrale IMC est une déficience qui a ses causes et qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire dans un centre spécialisé, et même par des associations d'aides aux enfants atteints de ce trouble dès l'âge de la scolarisation.

Cette déficience n'aggrave et ne menace pas la vie de l'enfant si elle est bien traitée précocement.

## *Chapitre II*

### **Le Stress**

## Préambule

A tout moment, l'individu peut se trouver confronté à une situation du stress que ce soit dans la vie quotidienne ou dans la vie professionnelle.

### 1. Aperçu historique

Le stress n'est pas un phénomène nouveau, il n'a cessé au cours des siècles d'intéresser les chercheurs et médecins, ses définitions sont multiples et variées .on pourrait presque dire qu'elles dépendent du domaine de compétence des acteurs de santé qui l'utilisent. (Graziani, P.Swendsen, J., 2005P10)

Le stress set un mot anglais, vient du latin *stringere* qui signifie « étreindre, serrer, resserrer, lier, pincer, serrer le cœur, blesser, offenser », qui a donné naissance en français à « étreindre, entourer avec le corps, avec les membres en serrant étroitement».

Il est introduit dans le vocabulaire anglais aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles avec stress et détresse (souffrance, détresse).

Avant d'apparaître dans le domaine médical, la notion de stress telle qu'on la connaît aujourd'hui à été au cour de l'histoire, longtemps précédée de celle de l'émotion avec les relations supposées entre le corps et l'esprit.

A l'origine, Aristote pensait que l'esprit et le corps étaient séparé mais que l'émotion reposait sur le corps et l'esprit, puis Descartes imagine un modèle plus complète, « toute passion recentre par l'âme a sa contre partie corporelle» la passion « communique avec le cerveau qui lui-même déclenche une réaction comportementale et psychologique.

Corvisart(1812) soutient les relations entre le corps et le cerveau et affirme que les maladies de cœur sont à la fois la conséquence de la maladie de l'organe lui-même, mais aussi des passions de l'homme (peines, plaisir, frustration, angoisse, colères).

Ensuite, Swan 1823 décrit des ulcères du stress chez les grands brulés cutanés.

Kolosko (1914 ; cité par Barois ,1988) constate des modifications des surrénales chez un sujet ayant souffert de brûlure grave, et enfin des médecins militaires constatent au cours de différentes guerres, des manifestations du stress post-traumatique.

A la fin de XIX<sup>ème</sup> siècle, dans le domaine expérimentale quelques auteurs examinent les réactions des surrénales soumises à des contraintes toxiques. (Oppenheim, 1902.cité par Revolier1993).

Darwin, (1872) d'écrit le mécanisme de la peur ayant chez l'homme et l'animal. La fonction de mobiliser les énergies de l'organisme pour réagir face au danger et assurer la survie.

James (1884) et Lange (1887) considèrent que les émotions commencent par des manifestations physiologiques. Les aspects cognitifs seraient secondaires à ces modifications.

Cannon (1928) montre que les émotions n'ont pas leurs origines dans le fonctionnement viscéral, comme James et Lange le soutenaient, mais dans le système nerveux autonome (SNA), et l'inverse le modèle de James –Lange et sépare l'émotion des changements viscéraux. Les émotions ne sont pas viscérales à l'origine mais cognitives. L'émotion et les modifications physiologiques qui l'accompagnent sont considérées comme signe d'une mobilisation importante, des ressources de l'organisme pour produire un effort conséquent face à un danger interne ou externe. (Graziani, P. Swendsen, P ., 2005,P11-12)

Rivolier (1992) a ajouté que l'on ne peut pas différencier des sites anatomo-physiologiques spécifiques de l'émotion et du stress. Tout au moins aux niveaux les plus anciens du système nerveux, les processus neurologiques mis en œuvre dans le stress sont aussi ceux de l'émotion et encore on a affaire à des états voisins voire identiques. « Doit –on finalement conserver la notion du stress alors que l'on a déjà celle de l'émotion». (Rivolier, 1992). (Graziani, P. Swendsen, P ., 2005,P11-12)

Selon Rivolier, on ne peut pas parler d'émotion a propos d'un harcèlement quotidien rencontré dans le travail ou en famille. Il s'agit donc alors de la détresse affective, il suggère de faire correspondre le terme « stress» à la frustration, à la détresse affective, a l'agacement quotidien, a l'ennui, c'est-a-dire a des concepts plus vaste que celui de l'émotion, de plus, le stress, a la différence de l'émotion, n'est jamais agréable. Dans ce sens par exemple: l'anxiété pourrait être considérée comme sous ensemble de l'expérience stressante.

Les idées de cannon furent généralisées par seyle 1956, en qui on voit le fondateur de la théorie de stress, déjà en 1935, il découvre le syndrome général d'adaptation (SGA) qui serait la réponse de l'organisme pour toute agression subie (seyle 1936). Seyle n'utilisa le mot stress que dans les années 1950 pour signifier une réponse psychologique non spécifique a n'importe quelle agression, il conclut que les réactions biologiques qu'il observe représentent la réponse du corps aux stressseurs et son indicateur objectif du stress qu'il définit « comme une réponse générale du corps aux demandes qui lui sont faites ». Seyle a appelé le stress l'ensemble des relations d'adaptations qui peuvent avoir des conséquences bien positives que négatives si elles sont trop intenses ou prolongées, il a distingué l' « eustres » la bonne réponse qui permet du survivre et la « détresse » la mauvaise réaction de l'organisme.

## 2. Définition

Le terme stress peut désigner, dans le langage courant, à la fois l'agent responsable, la réaction de cet agent et l'état dans lequel se trouve.

Chez Lazarus (1966), le stress est un terme qui décrit à la fois les situations déclenchants, des réactions physiques et mentales, les réactions elles-mêmes et les nombreux mécanismes d'adaptation. Il précise que le stress ne réside ni dans la situation, ni dans la personne mais dans leur interaction.

« Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évalué par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien être ». (R.S.Lazarus et folk man, 1984, p 19).

Selon H. Seley, « le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques ». (Sillamy, N., 2004, p .256)

Le stress est une réaction de l'organisme face à un danger interne ou externe qui menace son équilibre et qui rend ce dernier dans un état stressant. (Henriette., 1999, P898)

Le stress peut se définir aussi comme « l'ensemble des modifications biopsychologiques qui émergent chaque fois que l'individu a l'impression que ses ressources (temps, capacité) sont insuffisantes pour faire face aux demandes de l'environnement ». cette définition comporte deux éléments:

Le stress génère des modifications tant au niveau psychologique qu'au niveau biologique.

Le stress est le résultat d'un déséquilibre entre les exigences qui présentent sur l'individu et les ressources dont il dispose (ou pense disposer à ce moment).

Le stress dépend donc de l'interaction « entre les caractéristiques de la situation stressantes et les caractéristiques de l'individu au moment de sa vie ».

Plusieurs autres notions se rapprochent du stress, elles sont très voisines et peuvent se recouvrir, se renvoyer les unes aux autres, voir être presque synonymes, mais nous tenteront de les différencier: angoisse, peur, anxiété, inquiétude, trac, choc, émotion, etc.

### **3. Les symptômes du stress**

#### **3.1. Les signes physiques**

Les premiers signes physiques du stress vont se manifester en général sur la partie la plus fragile de notre corps, celle qui a déjà été affectée a plusieurs reprises; qui a subi un accident ou une opération particulière par exemple.

Lorsque l'être humain se sent qu'il est dépassé par les événements, il éprouve soit des troubles musculo-squelettiques (TMS) avec des douleurs articulaires, soit des

troubles gastro-intestinaux comme des ulcères à l'estomac ou des colites, soit encore des maux de tête. il peut aussi être sujet à des troubles cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle ou des palpitations cardiaques.

### **3.2. Les signes psychiques**

Ces signes physiques s'accompagnent de signes psychiques, comme une fatigue chronique, de l'irritabilité, des troubles de sommeil, voir des crises d'angoisse qui correspondent à un sentiment de danger imminent. Il peut aussi rencontrer une panne sexuelle, ou une dépression qui correspond cette fois à un désespoir, de la colère ....etc. La réaction au stress va refléter en fait la nature profonde, soit anxieuse, soit dépressive, soit encore en colérique de l'individu.

### **3.3. Les signes comportementaux**

Le stress peut aussi se révéler à travers des troubles du comportements tels que des réactions agressive impulsives éventuellement contre l'individu lui-même ,des trouble de la conduite alimentaire comme l'anorexie et la boulimie ,la consommation accrue d'alcool, de tabac ;et d'autres substance psychotropes ,une envie soudain de s'isoler, une baisse de performance intellectuelle comme des trous de mémoire ou des difficulté de concentration ,une fatigue physique anormale ou des réactions violentes et incontrôlé, tout ces comportement anormaux sont des signaux qui indiquent que l'individus n'arrive plus à faire face à la situation .(Desloges,G .,2016, P 167-171).

## **4. Les facteurs du stress**

- Les différentes maladies.
- Syndrome prémenstruel.
- La drogue.
- Des médicaments.
- Alcool.
- Caféine.
- Fatigue.
- Insomnie.
- Hypersomnie.

- Mauvaise alimentation (anorexie, boulimie).
- Stress environnementaux.
- Isolement social.
- Tensions interpersonnelles.
- Misère sociale.

(Lebel, G ., 2011, p56)

## **5. Les différents modèles du stress**

### **5.1. La théorie biologique**

Elle est représentée par Cannon et Selye, ses travaux s'orientent vers l'étude de la réaction physiologique d'un organisme soumise à un stress .Cannon 1928-1935 est le premier a démontré que les manifestations somatiques accompagnent le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont due a la libération dans le sang d'une hormone ;l'adrénaline ,en provenance de la glande surrénal.

Il décrit un pattern de réponses particulière, le syndrome d'urgence, mis en place de façon stéréotype face a tout menace pour l'individu, pour éliminer ou évité un éventuel état de souffrance, l'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et toléré des modifications limitée, quand les modifications, produit par des agents interne ou externe sont excessive, elles affectent les mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre.

Le stress est alors cette réponse activée par tout sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme .Reilly et All (1934) comme Cannon, considèrent que la réaction organique en réponse au stress est non spécifique et commune a des agents d'agressions très variée.

L'importance d'un état homéostatique est reprise par Selye (1936,1946,1956) selon lui « la surcharge des capacité de défense de l'individu suit a une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne ou externe, déclenchent une contre réaction visant a restaurer l'équilibre rompu. Cette réaction n'est pas spécifique, car elle ne dépend pas de la nature de l'agent agresseurs» .Selye décrit en 1936 le

syndrome général d'adaptation (SGA) et dans les années qui suivent continue ses expériences de ce syndrome retrouvé chez l'animal quelque soit l'agent nocif et qui se développe en trois étapes :la phase d'alarme ,la phase de résistance et la phase d'épuisement de l'organisme. (Granziani,P. Swendsen,J., 2005, p32-33)

### **5.2. Les théories cognitives du stress**

Les théories cognitive du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent davantage sur le rôle des pensées ou des attributions spécifique ou sur les processus cognitives qui influencent ces derniers. (Graziani, P.Swendsen, J. 2005, P 36-37)

### **5.3. La théorie de l'attribution**

Cette théorie suggère spécifiquement l'existence d'une relation causale dans laquelle les attributions consécutives à certains événements déterminent le niveau du stress vécu par l'individu, ainsi que les affectes négatifs.

La théorie de l'attribution dont les formulations de « dépression du désespoir» ou de « impuissance- désespoir» sont à ce jour les plus précises, ces dix dernières années la révision de la théorie de l'attribution reflètent une appréciation croissante de l'interaction complexe entre les événements négatifs, leur contexte, le style attributionnel de l'individu et les attributions causales spécifiques.

La théorie de l'attribution considère que les attributions causales et les perceptions de contrôle par rapports aux stressseurs que, plutôt les difformes du stress en soi, sont les cause directe da l'anxiété et de la dépression (Graziani, P .Swendsen, P., 2005, P37-38)

### **5.4. La théorie de construction personnelle de Kelly**

Cette théorie est importante dans le domaine de la réponse au stress, parce qu'elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adopte son mode de perception du monde au fur et a mesure des

transactions avec l'environnement, elle permet de comprendre les aspects sous-jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginé comme un « va et vient » entre l'évaluation contextuelle et l'évaluation passées sur lesquelles s'érige la personnalité.

Cette théorie reconnaît à chaque individu la capacité « scientifique » de se présenter les événements et de construire un système capable de les anticiper. (Graziani, P. Swendsen, J., 2005, p ; 38-39)

### **5.5. Le modèle cognitif de Beck**

Beck reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly, il considère qu'une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu qui inclut des analyses, des interprétations, et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse. (Graziani, P. Swendsen, J., 2005, P39-40)

## **6. Les différents syndromes du stress**

Le stress représente l'ensemble des processus qu'un organisme met en action en réponse à des événements susceptibles de perturber son équilibre et qui mobilisent ses capacités à faire face.

### **Il existe trois types de stress**

#### **6.1. Le stress aigu**

Il correspond aux réactions de l'organisme, quand nous faisons face à une situation menaçante, ponctuelle ou imprévisible. Quand cette situation de stress prend fin, les symptômes du stress s'arrêtent généralement peu de temps après, il peut donc être utile afin de nous aider à faire face. Le stress aigu peut apparaître par exemple suite à un événement important comme un deuil ou une promotion. (Richard, G. Zimbardo, PH., 2008, P21)

### **6.2. Le stress post-traumatiques**

L'état du stress post –traumatique, encore appelé névrose post traumatique est dû a un stress environnemental majeur qui associe de nombreux autres facteurs; la soudaineté, le caractère inattendue du stress, la brutalité des scènes (par exemple la guerre), les traumatisations corporelle associée; on peut voire aussi l'apparition de ce syndrome après le stress plus prolongé et chronique engendré par des traitements inhumains

Cet état se caractérise avant tout par la réviviscence du traumatisme originaire, soit diurne, comme si le sujet y'était à nouveau soumis et le revivait, soit nocturne sous forme de cauchemar, le tout sur un fond d'anxiété chronique et d'hyper vigilance, avec parfois des difficultés de concentration et de mémoire. (Bouvard, P., 2003, P22)

### **6.3. Le stress chronique**

Est un état d'éveil prolongé dans lequel les pressions sont perçues comme supérieures aux ressources internes ou externes disponible pour y faire face. Cet état de stress s'installe lorsque la situation du stress se prolonge et/ou se répète.par exemple une frustration prolonge que ressent un individu dans l'incapacité de trouver le temps nécessaire pour mener à bien tout ce qu'il désire entreprendre. (Richard, G.Zimbardo, PH., 2008, P341)

## **7. Les trois phases du stress**

H .Selye désigne « le stress comme une pression extérieure susceptible de modifier le fonctionnement de l'organisme, le stress est un ensemble de réactions spécifiques découlant de la confrontation de l'organisme a des situations auxquelles il doit faire face» Selye décrit ensuite trois phases de réaction au stress (Fichier, N., 2002, P 97)

### **7.1. La phase d'alarme**

Cette première phase correspond à l'ensemble des phénomènes généraux non spécifique, face la présence d'une demande environnementale d'adaptation a laquelle l'organisme n'est pas encore adapté.

La réaction d'alarme commence d'abord par un choc, un état de surprise dû à l'organisme qui altère l'équilibre fonctionnel. C'est un état de souffrance générale et intense qui rend l'organisme encore plus vulnérable à la demande d'adaptation qui lui a été faite.

Cette phase peut durer de quelques minutes à 24 heures.

Cet état peut entraîner rapidement une diminution du volume des ganglions lymphatiques et de la glande corticosurrénale ainsi que des ulcères aigus de l'estomac.

### **7.2. Une phase de résistance**

Cette phase est appelée aussi syndrome générale d'adaptation (SGA), elle constitue l'ensemble des réactions non spécifique provoquée par un agent stressant qui persiste et au quel l'organisme s'est adapté au cours de la phase d'alarme. On retrouve alors les réactions typiques de l'excitation des symptômes; hypertension, accélération respiratoire ...Etc. Ensemble de ces modifications organiques contribuent à une mobilisation énergétique pour pouvoir fuir ou lutter contre l'agent agressif.

### **7.3. Une phase d'épuisement**

Enfin, si la phase adaptative persiste, il arrive un moment où l'organisme n'est plus a même de pouvoir s'adapté a ce qui lui est demandé.

L'épuisement va se caractérisé par un retour a la phase initiale de choc, mais cette fois les phénomènes l'emportant sur la défense active et peuvent conduire jusqu'à la maladie. (MACALUSO, G., 2008.P 63-67).

## **8. Le stress chez les mères ayant un enfant atteint d'une infirmité motrice cérébrale**

Le stress parental débute en réalité « avant la naissance du premier enfant au moment où la grossesse est confirmée, il augmente ensuite fortement à la naissance de l'enfant en de la multiplication des stressseurs et de la fatigue.

Etre parent augment de manière exponentielle le nombre de stressseurs auxquels l'individu va être confronté. Etre parent expose déjà a cinq grand types de stressseurs :le stress liés a la transition vers la parentalité, les stressseurs liés a ce qui pourrait arriver a nos enfants, les stressseurs liés a leur immaturité en tant qu'enfant ou adolescent, les stressseurs liés a nos projections quand a ce qui est bon pour eux et les stressseurs liés aux exigences qu'on fixe en tant que parent. A ces cinq catégories de stressseurs parental, s'ajoute une sixième catégorie de stressseurs potentiels : la différence effective spécifique qu'un enfant peut présenter (maladie, handicap ... etc.). (Roskm,I,.....,P15-16)

### **8.1. L'impact du l'handicap sur la dynamique de l'organisation familiale**

Lorsqu' arrive au monde un enfant pas comme les autres, c'est tout l'univers d'une famille qui bascule. La révélation du handicap d'un enfant plonge brusquement la famille dans un monde où se bousculent « stress, angoisses, émotions» (Jalenques, Coudert, 1992). Comme le souligne Korff-Sausse (2007) : « Le handicap d'un enfant fait l'effet d'un tremblement de terre ou de l'explosion d'une bombe, qui entraînent des réactions en chaîne : bouleversement de tout le réseau relationnel à l'intérieur de la famille, retentissement sur l'équilibre psychique de chaque membre du groupe familial ».

Les membres de la fratrie perçoivent en premier lieu le désarroi et la tristesse de leurs parents à l'annonce du diagnostic de la « différence », avant même de comprendre et de prendre Conscience de cette différence (Ringler, 2004). Ce qui inquiète le plus les enfants, c'est la façon dont les parents réagissent à « l'annonce du handicap ». Marcelli (1983) estime que les réactions et la souffrance des frères et sœurs dépendent de la façon dont les parents gèrent psychiquement la présence de leur nouvel enfant.

## 8.2. Le vécu des parents à l'annonce du handicap et processus d'aménagement

Comme le rappelle Jalenques et Coudert (1992), l'enfant handicapé va porter la différence entre enfant réel et enfant imaginaire à son paroxysme. « Pour les parents, le handicap de l'enfant provoque une blessure narcissique, qui atteint l'enfant imaginaire, prolongement du narcissisme parental » (Korff-Sausse, 2007).

L'annonce du handicap constitue un véritable traumatisme qui va nécessiter un processus de deuil. Chez les parents, après le choc et la sidération face à la nouvelle, se mettent en place des stratégies défensives, puis souvent s'installe un vécu dépressif avant que ne s'instaure l'acceptation de l'enfant et la mise en place de projet de vie. Pour lui, une immense souffrance et une culpabilité intense viennent teinter le vécu parental.

Ringler (2004) identifie cinq aménagements défensifs possibles pour venir pallier ce sentiment de culpabilité:

1- L'issue la plus naturelle est la réparation. Les parents essaient de comprendre la Situation de l'enfant handicapé pour lui apporter les réponses et les solutions les mieux Adaptées. Le désir de protéger, soigner et d'aider fait partie intégrante de leurs pulsions de la vie.

2- Une autre réaction très courante est celle de la surprotection. Les parents pensent Alors que leur enfant doit recevoir plus de soins, plus d'amour et plus d'attention qu'un enfant typique. Leur angoisse est telle qu'ils se sentent obligés de tout contrôler, et le travail avec les professionnels de la santé et de l'éducation peut devenir très difficile.

3- Certains parents projettent leurs affects négatifs sur des personnes extérieures (Conjoint, proches, voire la société entière), Ce mode de défense très archaïque révèle une très grande fragilité du moi. Le parent, en se posant comme victime, montre son incapacité à accéder à l'ambivalence des sentiments.

4- Une quatrième solution pour se protéger peut-être le déni, dans une forme passive, la blessure peut-être si intense que les parents sont amenés à étouffer leurs émotions pour pouvoir survivre. A l'inverse, les parents peuvent déployer une suractivité afin de

Prouver que l'enfant est tout à fait normal, en lui proposant les mêmes tâches et responsabilités qu'à un enfant qui ne serait pas handicapé.

5- Une dernière position peut apparaître dans un besoin d'autopunition à travers la manifestation de symptômes renvoyant directement à la nature du handicap de leur enfant, comme s'ils devaient souffrir pour moins ressentir la culpabilité. Face à un sentiment de faute extrême, les parents se donnent ainsi l'obligation d'expier pour se Soulager.

Dans une approche du fonctionnement psychique des familles confrontées à l'handicap mental, André-Fustier (2002) distingue deux principaux mécanismes de défense groupaux de la famille face à l'handicap d'un enfant: le recours à des modalités fusionnelles du lien et l'identification au corps malade de l'enfant.

1- Dans le premier cas, le vécu d'accordage avec l'enfant ne permettant pas de vivre une sécurité de base suffisante, la séparation psychique ne peut pas réellement s'établir, cette séparation peut être ressentie parfois comme un arrachement, ce qui est souvent interprété par les professionnels en termes de « surprotection familiale ».

2- Dans le deuxième cas, la famille a des difficultés à s'identifier à la vie psychique de l'enfant du fait du non accordage satisfaisant. Pour rester en contact avec l'enfant, les Parents vont tellement soutenir son être déficitaire qu'ils vont perdre de vue sa vie Psychique.

Ceci peut conduire à un contre-investissement psychique de l'enfant, c'est-à-dire qu'au lieu d'investir l'identité naissante de l'enfant, ils vont construire des défenses contre l'effondrement traumatique qui a débordé leur fonction pare-excitatrice et qui se trouve sans cesse réactivée dans leur relation avec lui. Ce processus peut être compris comme un clivage de survie.

La famille est alors contrainte à une identification adhésive à l'enfant psychiquement « mort », laquelle peut empêcher le travail de deuil, car l'enfant n'est ni mort ni existant comme sujet séparé.

Dans une perspective plus générale, Kaës (1993) montre, dans son analyse du fonctionnement des groupes, que face à un traumatisme peut s'opérer un repli sur des modalités relationnelles indifférenciées, groupales. Ce mécanisme permet de faire face au risque de blessure narcissique individuelle et groupale, au risque d'effondrement.

Le repli permet, dans un premier temps, l'utilisation d'une sorte de « prêt-à-penser groupal » qui donne sens à ce que, individuellement, le sujet ne peut pas penser. Ainsi se met en place un système de défense commun.

## 9. La prise en charge du stress

La prise en charge des troubles dus au stress associés souvent à un traitement médicamenteux et à un traitement psychologique:

### 9.1. Le traitement médicamenteux

Plusieurs classes de médicaments sont utilisées lorsque l'on craint de voir apparaître une pathologie liée au stress:

- **Corticoïdes et A.C.T.H :**

Les glucocorticoïdes et les l'A.C.T.H. interviennent dans le mécanisme hormonal du stress physiologique; lorsque l'on redoute une sursimulation menaçant l'homéostasie, on a recours à ces composés. Une difficulté provient du fait que ces substances affaiblissent les défenses naturelles de l'organisme, leur maniement donne souvent lieu à discussion.

Les glucocorticoïdes exercent deux effets:

- **un effet périphérique** : cet effet peut être favorable en mettant davantage de glucose à la disposition des tissus, en améliorant la perfusion tissulaire en antagonisant des médiateurs de la réaction inflammatoire, en stimulant les synthèses protéiques, particulièrement au niveau du foie, en freinant la libération d'A.C.T.H et en régulant la fonction des leucocytes impliqués dans les réactions immunologiques. Certains corticostéroïdes favorisent la résistance à la douleur.
- **un effet central** : au niveau du système nerveux central, les glucocorticoïdes freinent la libération des opiaces endogènes, opiaces qui participent à la régulation de l'immunité. Les glucocorticoïdes influencent également la production de CRF, d'A.C.T.H et d'A.D.H or ces peptides qui ayant des effets sur le comportement. Les glucocorticoïdes ne semblent pas

actifs sur catécholamines (les noradrénalines et d'adrénaline) dont les taux augmentent en situation du stress.

- **Les Benzodiazépines** : la consommation élevée de benzodiazépines dans nos civilisations industrielles est souvent attribuée au grand nombre de stress dans la vie moderne.

Ce raisonnement est discutable, pour nombre d'auteurs, médecins ou pharmacologues, le stress n'est pas un simple équivalent de l'anxiété, dont les benzodiazépines diminuent le niveau, ils n'antagonisent pas l'ensemble des signes neurovégétatifs, l'augmentation du taux de catécholamines circulantes ni l'hyperfonctionnement de l'axe H.H.S induit par le stress. (H. Bloch, R. Chemama, et all, 1991 p.899).

- **Les Bêtabloquants** : pour de nombreux auteurs, ils auraient d'authentiques propriétés antistress.

Les Bêtabloquants antatagonisent au niveau des bêta-récepteurs noradrénergiques l'action de catécholamines libérées lors du stress .cet effet se traduit notamment sur le plan cardio-vasculaire en plus de leur effet périphérique, ces composes, lorsqu'ils sont liposolubles et franchissent la barrière hémato-encéphalique ont un effet de type anxiolytique au niveau du système nerveux central. On les emploie volontiers préventivement.

- **D'autre composés** : ont été proposés, il existe des anxiolytique non benzodizépiniques, certaines substances n'ont pas fait la preuve de leurs efficacités, en particulier l'alcool, la vitamine C, les anti-proactives et les antagonistes des opiacés. (Bloch, H. Chemama, R et all., 1991, P.900).

## 9.2. Le traitement psychologique

Le traitement psychologique vise a aider la personne a atteindre la source du stress ou a apprendre a l'affronter plus efficacement. Plusieurs psychothérapies peuvent être mises en œuvre, comme par exemple les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Ces prise en charge des patients s'inspirent des théories de l'apprentissage et de divers théories cognitives relatives a l'étiologie de certains troubles de la personnalité

,anxiété,...etc. Elles sont appliquées a diverses catégories de patients (asthmatique, cardiopaths, cancéreux...etc. elles sont centrées sur trois objectifs:

- Identifier, puis modifier les pensées erronées et les remplacer par des pensées plus réalistes et les associer a des images agréables.
- Réduire à la fois certaines cognitions erronées et les comportements nocifs qui y sont associés on utilisent plusieurs techniques: restriction cognitives, imageri-mentale, biofeedback, relaxation plus des conseils pour réduire son stress (évité le stress inutiles, faite évaluer la situation, apprenez vous adapté).

**Conclusion**

Le stress est un phénomène universel, nécessaire à la vie, qui a pour spécificité de mettre en œuvre les mécanismes d'adaptations psychiques et somatiques des êtres humains.

Il peut avoir de graves conséquences sur notre santé aussi bien physiques que mentales, le problème majeur est certainement lié au manque de connaissances des mécanismes psychologiques et physiologiques mis en jeu lors de la confrontation au stress.

## *Chapitre III*

# **Les stratégies de coping**

## Préambule

L'individu vit au cours de son existence un certain nombre d'événements qu'il peut percevoir comme menaçants. Ces expériences mineures ou majeures (deuils, séparation, divorce, naissance d'un enfant, changement d'emploi, promotion, etc.) induisent des perturbations émotionnelles face auxquelles le sujet ne reste pas passif : il essaie de faire face. On parle de *coping* pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles.

Le mot coping vient du verbe « to cope » qui signifie « faire face », est un concept récent apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, « *psychological stress and coping process* (1966) ».

Le terme de coping regroupe « l'ensemble des procédures et des processus qu'un individu peut imaginer et l'installer entre lui et un événement qu'il juge inquiétant, voir dangereux, afin d'en maîtriser les conséquences potentielles sur son bien être physique et psychique.

### 1. Aperçu historique

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus et Folkman « *psychological stress and coping process* » en 1966. Ce concept est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxon et il a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'adaptations. Il commence à être popularisé en France depuis les années quatre vingt-dix. (Schweitzer, B., 2002, p353).

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense développée depuis la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation développée depuis la deuxième moitié du XVIII<sup>ème</sup> siècle et Commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de DARWIN en particulier. (Schweitzer, M, B., P472).

Le concept de coping a bien évolué depuis les années Soixante. Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping, se situant dans la lignée de ceux

des mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). De 1960 à 1980, il y eu encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelques tentatives de clarification furent publiées (Schweitzer, B., 2002 p.354)

Le coping s'inscrit dans le paradigme de la théorie cognitive du stress (Lazarus et al, 1984) en relation avec les premières recherches sur les mécanismes d'adaptation. (R.S.Lazarus et Folkman ., 1999, p .112)

Le concept de coping n'ayant pas d'équivalent en français « to cope » c'est (faire face à) il est traduit en français par le terme de « stratégie d'ajustement » ou « stratégie d'adaptation » Chabrol,H. Callahan,S., 2004, p.7)

## **2. Définitions**

### **2.1. Stratégies**

« Se définit comme une coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie, les connaissances, les opérations, les actions » (Chabrol, H .Challahan, S ., 2004, p112)

### **2.2. Le coping**

Il se définit « comme un processus permettant de faire face à une demande interne ou externe perçue comme menaçante ou décroissante »

Lazarus et Folkman (1984) définissent le *coping* comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Lazarus. Folkman., 1984, p141)

Ou comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes

et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources »

Cette définition souligne bien que le coping est un processus constamment changeant et spécifique et non une caractéristique générale et stable. (Schweitzer, M, B., 2001, P70)

### **2.3. Les stratégies de coping**

« Est un ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer, diminuer, l'impact de celle-ci sur son bien être physique et psychologique ».

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récent). (Quintard, B., 2001, P 70)

## **3. Les déterminants du coping**

### **3.1. Les déterminants dispositionnels du coping**

Selon divers auteurs, dont COSTA et al. (1996), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été montré en effet que ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, ou évaluation (Cohen et al. 1983, P82).

Cette approche considère le coping comme un processus adaptatif comme les autres. Le stress et le coping seraient des phénomènes émotionnels, cognitifs et

comportementaux induits par une grande variété de situations (de la résolution de problèmes à la gestion des émotions). Cette conception ouvre certaines voies de recherches transversales concernant la généralité et la stabilité des stratégies de coping (cohérence inter-et intra-individuelle, recherche de « styles » de coping trans-situationnels). L'évaluation (primaire et secondaire) serait influencée par les antécédents psychosociaux de l'individu, ces antécédents étant essentiellement de deux types, cognitifs et conatifs. (Quintard, B., 2001, P72)

### **3.2. Les déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping**

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les croyances (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes,...) et les motivations générales (valeurs, buts, intérêts,...). Un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe). Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc...). (Quintard, B., 2001, P72)

### **3.3. Les déterminants conatifs de l'évaluation et du coping**

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion.

C'est le cas de l'endurance décrit (par KOBASA et al (1982) qui consiste à la fois à s'impliquer dans les diverses activités quotidiennes (engagement) et à croire que l'on maîtrise les situations (contrôle perçu) et que les problèmes qui se présentent sont des défis à relever (plutôt que des menaces). la résilience, le fait d'être agréable, le fait

d'être consciencieux ; sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème.

L'association entre personnalité et coping est très marquée (COSTA et al. 1996, p. 51). Ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psycho- sociales stables chez les individus et non par les caractéristiques fluctuantes des situations. Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une certaine consistance temporelle d'une situation à l'autre (Crae, M, C., 1992. Vollrath et al. 1995) (Quintard, B., 2001, P72)

### **3.4. Les déterminants situationnels et transactionnels du coping**

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elle être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème.

LAZARUS et LAUNIER (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes des menaces ou des défis par des individus différents. Dans deux études différentes, Mc CRAE (1984) a montré en effet que c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping. Un événement vécu comme une perte, induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses

stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour,... Ainsi des facteurs personnels et environnementaux (environnement réel ou perçu) contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. (Quintard, B., 2001, P72)

#### **4. Les phases d'évaluation**

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet et de sa relation à son environnement. L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles.

##### **4.1. L'évaluation primaire**

Par laquelle l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation. Il peut s'agir d'une perte (corporelle, relationnelle, matérielle...), d'une menace (possibilité d'une perte) ou d'un défi (possibilité d'un bénéfice). La nature de l'évaluation contribue ainsi différemment à la qualité et l'intensité de l'émotion. En effet, l'évaluation d'une perte ou d'une menace génère des émotions négatives telles que la honte, la colère ou la peur tandis que l'évaluation d'un défi engendre des émotions positives telles que la passion, l'euphorie.

##### **4.2. L'évaluation secondaire**

Par laquelle l'individu se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. Différentes options de coping sont alors envisagées : le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche de soutien social, ou l'action impulsive. Cette évaluation oriente les stratégies de coping qui sont utilisées pour faire face à la situation stressante : stratégies dont l'objectif est de diminuer directement la tension

émotionnelle en ne changeant en rien le problème (coping centré sur l'émotion), ou stratégies qui, en modifiant la situation, agissent indirectement sur l'émotion (coping centré sur le problème) (Paulhan, I., 1992, P549)

### **5. Les types de stratégies de coping**

Selon LAZARUS et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (LAZARUS et FOLKMAN, 1984 ; LAZARUS et LAUNIER, 1978).

#### **5.1. Les stratégies de coping générale**

##### **5.1.1. Le coping centré sur le problème**

Contient des stratégies d'approche du stresser qui obligent l'individu à faire quelque chose pour altérer la source du stress.

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. (Quintard, B., 2001, P71)

Le coping centré sur le problème comprend deux facteurs plus petits, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).

##### **5.1.2. Le coping centré sur l'émotion**

Contient des stratégies visant l'aménagement et la réduction ou la régulation des émotions de détresse provoquées par le stresser. Elle vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). (Quintard, B., 2001, P71)

### 5.1.3. La recherche de soutien sociale

Apparaît parfois comme troisième stratégie globale. Correspond aux efforts d'un sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social, ni avec le soutien social, présenté ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte). Il s'agit ici de tentatives affectives de la personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource. (Sweitzer, M., B. Swendsen, J., p26).

### 5.2. Les stratégies de coping spécifiques

Le choix d'une stratégie de coping est déterminé à la fois par certaines caractéristiques du sujet et par certains aspects de la situation stressante. Face à divers stressseurs médicaux (maladies, traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale...), on retrouve, pratiquement inchangées, la stratégie centrée sur le problème (qui peut s'enrichir de recherche d'information, d'esprit combatif, d'observance...) et la recherche de soutien social. Quand au coping centré sur l'émotion, il se subdivise souvent, chez les personnes affrontant des stressseurs médicaux, en sous-démentions plus spécifiques :

- L'impuissance-désespoir (détresse, perte de contrôle, dramatisations pessimisme...)
- L'auto-accusation (attribution causale interne, sentiment de responsabilité, culpabilité, attitude...)
- L'évitement émotionnel (répression ou suppression des émotions, déni, pensée magique, irréalisme...)
- L'expression des émotions (crises de larmes, états anxieux, accès de colère...)

- L'évitement comportemental et cognitif (distraction, désengagement, relaxation...)
- L'hostilité (colère, agressivité, irritabilité, auto-agressivité...). (Schweitzer, M-B., 2014, P 477)

## **6. Les différentes mesures de coping**

### **6.1. Ways of coping**

Suivant la théorie de Lazarus et Folkman, le Ways of Coping Checklist (WCCL) et plus tard, le Ways of Coping Questionnaire (WCQ) visent à évaluer deux types de stratégies de coping : celle centrées sur l'émotion et celle centrées sur le problème.

Le WCCL, élaboré pendant les années 1970 dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping, était composé de 68 items de réponse type « oui/non », avec 40 items sur l'échelle de stratégies centrées sur l'émotion. Le WCQ a souvent fait l'objet d'une analyse factorielle dans le but de mieux comprendre le coping lui-même.

Le WCQ et le WCCL sont cependant des tests largement utilisés et souvent adaptés pour de la recherche pointue dans des domaines différents. (Chabrol, H., Challahan, S., 2004., p126)

### **6.2. Le COPE**

Le COPE a été élaboré par Carver et al. (1998) et a connu un succès important dans le domaine du coping. Ce test a été élaboré à partir d'arguments théoriques, en intégrant les propriétés plus au moins fonctionnelles du coping.

Le COPE fournit un aperçu des réponses de coping de la personne et de la possibilité de mettre celle-ci en relation avec la personnalité.

Le COPE existe dans une version abrégée (Brief COPE) qui a été traduite en français (Fillon, 2002). (Chabrol, H., Challahan, S., p127-128)

### 6.3. Billings et Moos

Billings et Moos ont élaboré un test de coping qui a connu plusieurs formes depuis sa création originale en 1981. Partant de la théorie de LAZRUS et F OLKMAN, le premier instrument créé comprenait 19 items de réponse type « oui/non », regroupés selon les stratégies de coping et la fonction du coping. Les stratégies empiriquement dérivées étaient : cognitif-actif , comportementale-actif et évitement .

Les fonctions de ces stratégies suivant les deux approches de stratégies centrées sur le problème ou bien centrées sur l'émotion selon la théorie de Lazarus et Folkman.

(Chabrol, H.Challahan, S,2004., p, 125)

## 7. Le coping et le stress

### 7.1. Les stratégies de coping face au stress

Dans les théories transactionnelles du stress et le coping, concerne la façon dont l'individu réagit face à ce dernier. Une fois que la transaction a été évaluée ainsi que les possibilités de contrôle, le sujet choisit des stratégies de coping pour résoudre la confrontation stressante. Parfois les transactions stressantes permettant aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites, d'utiliser leurs « ressources cachées » de découvrir le soutien disponible autour d'eux. (Graziani,P. Swendsen, j., 2004, P73)

Confronter a un stress, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation , compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociale. S'il pense qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance a élaborer des stratégies qui tendent a modifier la situation (centrée sur le problème ), s'il croit qu'il n' ya pas grand-chose a faire , il élaborera des stratégies tendant a se modifier lui-même afin de supporter la situation (centrée sur l'émotion). D'autres impliquant des stratégies d'efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui (soutien sociale). (Schweitzer, M, B., 2002, p 298,)

La notion du coping est intimement liée au concept du stress, puisque le coping agit comme facteur médiateur entre la source (le stressor) et la réponse émotionnelle du stress. (Lazarus & Folkman, 1984; Parker & Endler, 1992)

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

Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et notamment sa détresse (Lazarus et Folkman, 1984, p-188).

Selon Lazarus et Folkman (1984) les stratégies de coping ont pour objet de diminuer l'intensité du stress pour le rendre plus tolérable.

Les stratégies de coping centrée sur le problème avaient des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles et évitantes avaient des effets plutôt dysfonctionnels, mais ces effets ne sont pas systématiques. Un coping centrée sur un problème a parfois un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure. Quand au coping évitant, il peut s'aérer parfois protecteur, parfois dysfonctionnel, selon le type de la situation affrontée. (Schweitzer, M, B., 2002, p383)

On peut dire que les stratégies de coping est relative.

En outre, d'après Matthews, Zeidner et Roberts (2002), pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères, dont ceux concernant la résolution sur efficacité des stratégies de faire face, ces critères concernant la résolution du problème perçue comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique ou physique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a d'employé a été utile, etc. (Dinca, A., 2008, p, 68-69).

### **Conclusion**

Le coping est considéré comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, ou la manière dont il forgerait ses propres outils pour y faire face aux exigences internes ou externes de la vie.

Aussi, le rôle que joue le coping lors de la confrontation à des événements perturbants.

# **Partie Pratique**

# *Chapitre I*

## **Méthodologie de la recherche**

## **Préambule**

Toute recherche effectuée en sciences humaines et sociales, en particulier en psychologie clinique nécessite évidemment un ensemble d'approches et d'informations théoriques sur le sujet d'étude qui vont favoriser ce choix d'étude, mais aussi le chercheur doit se baser sur une approche très importante qui est la méthodologie.

La méthodologie de recherche est un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration de recherche, et guide la démarche scientifique.

Dans ce chapitre on va tenter de présenter la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche, aussi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisée.

### **1. La pré-enquête**

La pré-enquête est la colonne vertébrale dans toute recherche scientifique, elle correspond à la phase d'opérationnalisation des concepts et le recueil de données sur le thème de recherche. A cette phase le chercheur tente de se familiariser de façon plus complète avec son sujet (a quelle population s'adresse l'enquête ? et qu'elles sont les caractéristiques de cette population ?). Claire Durand ,2009.p 2)

Notre pré-enquête s'est déroulée au niveau du centre psychopédagogique des enfants handicapés mental de SOUK-EL TENINE – BEJAIA. .

Durant notre première visite au centre on a discuté avec la directrice qui nous a donné son avis favorable, pour effectuer notre stage pratique, cette dernière nous a orientés chez le psychologue, pour l'encadrement durant le stage.

Après une discussion avec le psychologue sur notre thème, il a accepté de nous encadrer pour une période d'un mois et demi.

Pendant les trois premières séances, il nous a présenté le centre d'une manière générale qui se compose de huit classes où chacune est distinguée selon le niveau des enfants qui sont pris en charge par des éducateurs et éducatrices.

Dans les deux séances, on a eu l'occasion d'assister dans les classes pour observer les enfants IMC qui font de notre thème, leurs parents en générale et leurs mères plus spécifiquement. On a invités sept mamans à se présenté pour effectué notre recherche, malheureusement deux de ces mamans n'ont pas répondu favorablement a notre demande.

Durant notre recherche sur « les stratégies de coping chez les mamans d'enfant IMC ayant un stress», la pré-enquête nous a permet d'établir un bon contact avec les mamans d'enfants IMC, au centre psychopédagogique des handicapés mentaux de SOUK EL-TENIN. Les mères ont donné leur consentement pour partager leur souffrance psychique, et leurs préoccupations quotidiennes concernant cet handicap, après, on les a informé qu'on va se baser sur un guide d'entretien et 02 échelles ; celui du stress perçu de Cohen et Williamson 1988, et celui du coping « le CISS » d'Endler et Parker 1998.

Durant la deuxième semaine, on a pu commencer notre pratique avec ces mères où on a reçu trois cas successivement. Les trois séances ont été bien déroulés, les mamans ont étaient très heureuses de parler avec nous c'était un grand plaisir pour elles, on a pu passer le guide d'entretien et les deux échelles. De notre part, on été heureuses de partager avec eux leurs souffrance et de pouvoir accorder un espace à ces mères où elles ont pu s'exprimer.

## **2. La méthode de la recherche**

Et pour pouvoir concrétisées notre recherche, nous avons suivis une méthode de travail bien précise.

**2.1. La méthode clinique** est la méthode la plus utilisé en pratique clinique, et vise « non seulement a donner une description d'une personne de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problème », celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant d'effectuer une bonne analyse diversifiés des contenus. (Huber, 1993).

Pour effectuer notre recherche, on s'est basé sur « **l'étude de cas** », qui fait partie de la méthode clinique.

**2.2. L'étude de cas** c'est « l'étude approfondie de cas individuel normal, pathologique, de comprendre et d'expliquer le fonctionnement physique et humain, ses troubles et ses perturbations affectives ».

### 3. Le groupe de recherche

Notre population d'étude contient 05 cas de mère dont leur enfants admis dans le centre médico-pédagogique pour enfants inadaptées mentaux de SOUK EL-TENIN.

On a établis avec eux un entretien et des échelles de stress perçu et de coping afin de confirmer ou infirmé nos hypothèses.

Cas	Le sexe	L'âge	Niveau scolaire	Profession
Naima	F	36 ans	9 <sup>ème</sup> année	Femme au foyer
Khira	F	46 ans	/	Vendeuse
Hadda	F	46 ans	/	Femme au foyer
Saloua	F	45 ans	/	Femme au foyer
MALIKA	F	51 ans	/	Femme au foyer

**Tableau N° 02 : les caractéristiques du groupe de recherche**

**3.1. Les Critères d'inclusion**

- > Tout les cas sont des mères des enfants IMC.
- > Ces enfants sont tous admis/intégrés dans le centre médico-Pédagogique pour enfants handicapés mentaux de SOUK EL-TENINE.

**3.2. Les critères d'exclusion**

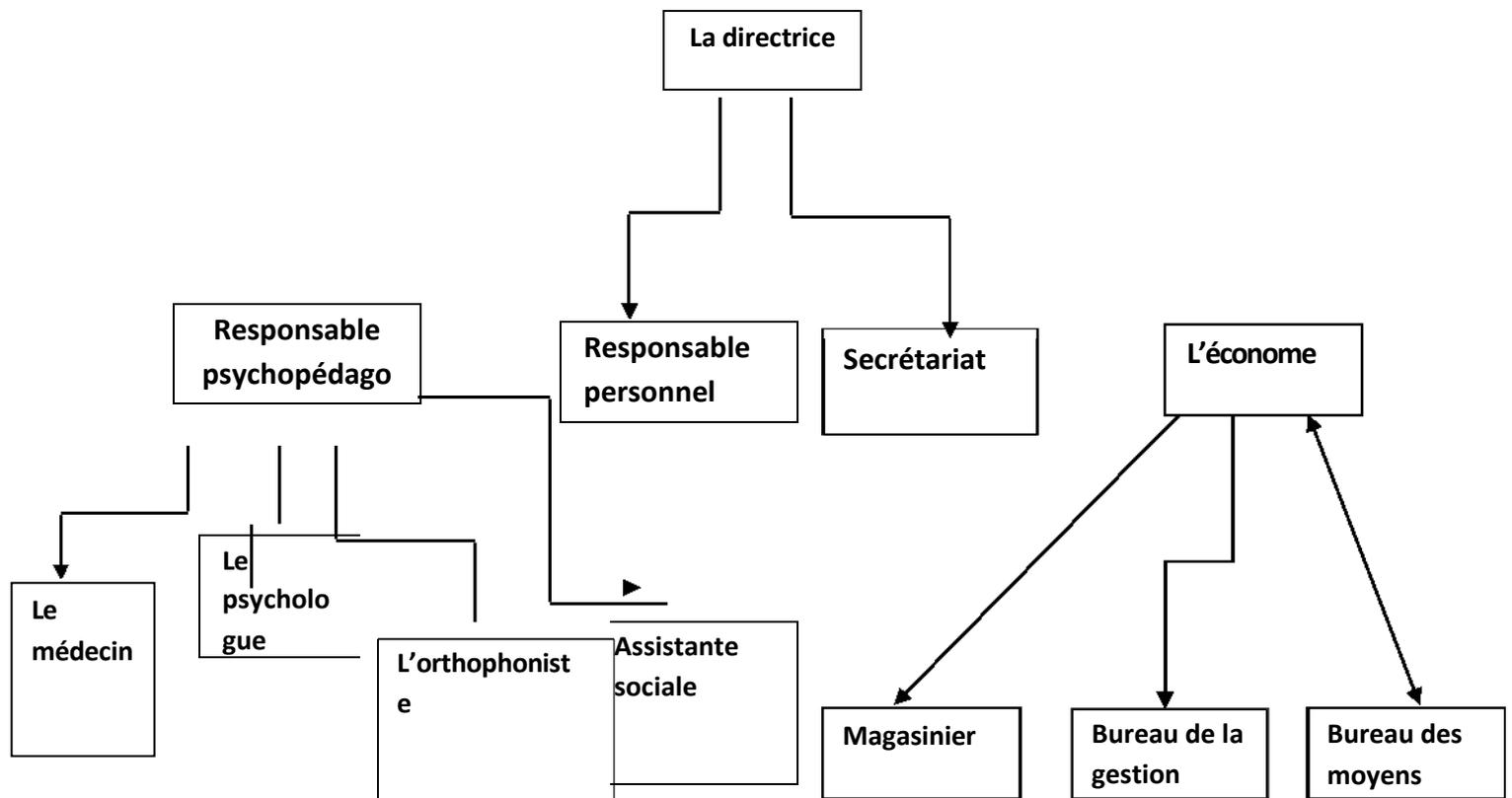
- > Le niveau d'instruction des mamans.
- > Le sexe de l'enfant.

**4. Présentation de lieu de stage****4.1. Présentation du CPPEHM**

Il a été créé sous le décret n° ; 13.308 du 05.09.2015, il a ouvert ces porte le 03.12.2014 situé dans une ville côtière à 35km à l'est de Bejaia, qui est le chef-lieu de la daïra de Souk el Tenine.

La ville de Souk El Tenine est a 60km de la willaya de Jijel et à 75km au nord-ouest de de la wilaya de Sétif, installé au débouché de l'oued Agriouen sur le littoral, au croisement des Rn9 et RN43.

## 4.2. L'architecture de CPPEHM



**4.3. Nombre de place présente :** le CPPEHM à une capacité d'accueil de 120 enfants, actuellement le nombre d'enfant scolarisés à ce jour 52 enfants répartis selon les catégories d'âge et le niveau et la densité du retard mental.

□ **Il est composé de 3 blocs :**

□ **Bloc d'enseignement RDV qui comprend :**

- Une classe scolaire.
- Une classe parascolaire.
- Une classe préparatoire.
- Une classe éveil.
- Une classe stimulation.
- Une classe d'observation.
- Une psychomotricité. 68

- Une salle de coiffure.
- Une salle d'informatique.
- Une salle d'animation.
- Une salle de jeux.
- Une salle d'atelier.

**V' Bloc de consultation :**

- Deux salles de consultation psychologique.
- Une salle de consultation orthophonique.
- Une salle de consultation médicale.
- Une salle d'assistance sociale.
- Un bureau du responsable pédagogique.
- Deux sanitaires.

**V' Bloc restauration**

- une cuisine.
- un réfectoire.
- un Hall de magasin.
- une salle de machine à lav

**V' Bloc d'endormissement et de sieste (1<sup>er</sup> étage) :**

Composé de 15 chambres à raison de 4 lits par chambres.

**V' Bloc administratif (2<sup>ème</sup> étage) :**

- Bureau de la directrice.
- Bureau d'économe.
- Bureau des moyens généraux.
- Bureau de ressource humaine.

**4.4. Mission**

Aujourd'hui, le C.M.P.P œuvre à préserver ou à restaurer l'intégrité physique et psychique des enfants et adolescents qui lui sont confiés, il les aide à construire leur

autonomie, à renforcer les liens avec la communauté afin de leur garantir l'exercice effectif de la citoyenneté. Les familles y trouvent un lieu d'écoute où la parole de l'enfant peut s'exprimer librement, où l'approche des questions est globale et fondée sur la pluridisciplinarité des équipes.

Le C.M.P.P fonctionne comme un établissement de prévention, de diagnostic et de traitement et se définit comme un service de soins doté de compétences multidisciplinaires du champ médical mais aussi de spécificités situées hors du champ traditionnel de la médecine (sciences de l'éducation).

Son action de soin s'inscrit dans le champ médico-social, dans le but de permettre le développement personnel et la meilleure adaptation possibles du bénéficiaire dans les différents milieux de vie.

### **4.5. Organisation et rôle**

Le CPPEHM prend en charge des enfants présentant une déficience intellectuelle, dont l'âge est varié entre 03 ans à 15 ans. La population accueillie est hétérogène ou le centre prend en charge toute la gamme des inadaptés mentaux, moyen léger et profond.

Le CPPEHM prend en charge les enfants sous le régime de demi-pension, sa capacité d'accueil est de 120 enfants.

Pour répondre aux attentes spécifiques de la prise en charge et d'optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogiques à suivre chaque enfant ou groupe d'enfants dont l'objectif est de :

- Développer les capacités de l'enfant à être attentif et imiter, communiqué avec les personnes qui l'entourent.

- Développer les capacités de l'enfant à demander de l'aide et exprimer ces difficultés.

- Faciliter la compréhension et l'utilisation du langage.

-Favoriser le développement des relations affectives et sociales.

-Favoriser le développement de la construction et la création imaginaire.

#### **4.6. Projet institutionnel**

- **Projet d'intervention** : il comprend des consultations (psychologique, orthophonique, assistante sociale), répartie quotidiennement selon les cas difficiles, ainsi que le suivit en externe.

- **Projet pédagogique** : s'adresse aux enfants présentant des capacités intellectuelles émergentes, à même de les développer par le biais des activités pédagogiques élémentaires.

- **Projet éducatif** : consiste à mener des activités de stimulation et d'éveil, tel que l'éducation psychomotrice, sensorimotrices, ludique, et de socialisation.

- **Projet thérapeutique** : consiste à rapprocher l'enfant par une demande globale et cohérente afin d'atténuer, canaliser et dépasser les difficultés d'ordre somatique, psychologiques, relationnelle, pour son développement harmonieux de sa personnalité et de ces compétences sociales. (CPPEHM Souk EL Tenine, 2014)

<b>Classe</b>	<b>Objectifs</b>
<b>EVEIL</b>	D'adapter l'enfant à une nouvelle intégration dans son monde éducatif
<b>Stimulation</b>	De stimuler l'enfant dans tous ces cotés (sensoriel, intellectuel, physique)
<b>Observation</b>	Réservé uniquement aux élèves nouvellement inscrit, la durée varie entre 3 à 6 mois, afin de déceler les points positifs et négatifs.
<b>Scolaire</b>	Enfants éveillés ayant un niveau de compréhension et d'assimilation acceptable, cette classe renferme des élèves déjà scolarisés dans le cycle normal

**Tableau N° 01 : Répartition des classes selon les objectifs**

## **5. Les outils de recherche**

Notre recherche a été axée sur l'entretien clinique semi directif, l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988), et celle de CISS d'Indler et Parker, par ce que ces dernier répondent à la nature de notre recherche et permettent de répondre à nos questions posées et de vérifier nos hypothèses.

### **5.1. L'entretien clinique**

Le terme « entretien » est définit comme : « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personne ». (C. Chiland, 1983, P.10)

L'entretien clinique est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience), témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (ChilandC., 1989).

La position du clinicien est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non directivité (Rogers, 1942), la neutralité bienveillante et l'empathie. (Fernandez. L et al., 2006, p 48-49).

En effet c'est une interaction entre le clinicien et le sujet qui vise à recueillir des informations concernant la souffrance et les difficultés rencontrées par le sujet.

Ce qui fait la spécialité de l'entretien clinique du recherche, c'est le terme clinique qui renvoie à : -un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui s'intéresse généralement au domaine des soins, une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Chahraoui. Kh, Benony. H., 2003, P14)

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien de type semi-directif qui se caractérise par des questions ouvertes.

### **5.2. L'entretien clinique semi-directif**

On a adopté l'entretien semi directif afin de donner la chance a ces mamans d'enfants IMC pour exprimer leur souffrance et leur sacrifices et de parler librement. Il est définit comme « une technique d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolement, mais aussi dans certains cas auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif on vue de connaitre en profondeur les informations » ANGERS.M, P144

Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, qui va pouvoir dérouler son discours. « Il consiste à poser des questions précise, libellées, d'avance, suivant un ordre prévu, l'enquêté est libre de répondre comme il le désire, mais dans le cadre de la question posée. (Chilland, C., 1989, p118-120)

### 5.3. Le guide d'entretien

«Un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs, indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer» (Blanchet. A, 1999, p68).

Notre guide d'entretien se compose des axes suivants :

**Axe N°1** : données personnelles : l'objectif est de recueillir les informations sur les enfants IMC de ce que concernant leurs prénoms, âge.

**Axe N° 2** : l'enfant imaginaire et l'annonce de l'handicap : l'objectifs est de savoir les attentes de la mère et par qui l'annonce s'est faite.

**Axe N°3** : la réaction de la mère face a cet handicap : l'objectifs est de savoir qu'elle était la réaction éprouvé par la mère envers l'handicap de son enfant et l'effet sur elle.

**Axe N°4** : la défense au stress et l'IMC : l'objectifs est de savoir qu'elles sont les stratégies utilisé par la mère face au stress engendré par l'handicape se son enfant.

### 6. L'échelle de stress perçue de Cohen et Williamson

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes, elle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisible, incontrôlable et pénibles » l'échelle de stress perçue (la .P.S.S) ,a été validée a partir d'un échantillon de 2347sujets (960 hommes et 14227) ,représentatifs de la population américaine au niveau de sexe , l'âge , des revenus , de l'origine ethnique et de statut professionnel.

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

**La cotation :**

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

- Très souvent : 4 points
- Assez souvent : 3 points
- Parfois : 2 points
- Rarement : 1 point
- Jamais : 0 point

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

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

00 à 23	Pas de stress
24 à 31	Peu de stress
32 à 50	Hyper stress

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

**La consigne :**

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

## **7. Le test de coping : le CISS d'Endler et Parker 1990 :**

Le CISS (Coping Inventory For Stressful Situation) d'Endler et Parker 1990 est actuellement l'un des inventaires de coping le plus satisfaisant.

### **7.1. Description du CISS :**

L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions : un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. On peut souligner le souci des auteurs d'assurer la validité de contenu des items (d'origine empirique et rationnelle). Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988, avec des consignes « trait » (fréquence relative de chaque réponse de coping). L'analyse factorielle des réponses hommes et femmes séparés et ensemble permit d'isoler trois dimensions : coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion, évitement. Cette structure fut retrouvée sur quatre nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques. La validité de construit du CISS est attestée par ses relations marquées avec les dimensions de la WCC et avec divers facteurs de personnalité.

Cependant, l'évitement, concept qui a une longue histoire, n'est pas retrouvé comme facteur indépendant dans tous les travaux, mais s'en fait. Pour la plupart des auteurs, ce n'est qu'une facette du coping émotionnel.

L'évitement chez Endler et Parker comprend la distraction, la diversion sociale. C'est un évitement « cognitif » qui a pu voir avec ce que d'autres auteurs appellent l'évitement émotionnel (répression, attitude défensive, distorsion de la réalité). En outre, cet inventaire ne comprend pas une stratégie de coping pourtant fondamentale, la recherche de soutien social (que les auteurs considèrent comme une ressource, point

déjà discuté). Enfin cet outil évalue des styles de coping (dispositions) et non le coping comme processus transactionnel.

Le CISS a le mérite, par rapport à d'autres mesures du coping, d'évaluer des facteurs stables. Elle vise donc des styles de coping (dispositionnels) et non un coping défini comme une transaction individu-environnement. Fort heureusement, les auteurs ont développé une version de la CISS orientée vers les situations, évaluant les aspects processuels du coping (Endler et al 1994). Il faut souligner également le travail remarquable d'adaptation Française et de validation de la CISS sur 1056 sujets effectué par Rolland (1998). Nous pouvons présenter cette version Française du CISS au lecteur (elle est protégée par un copyright)(Schweitzer,MB,. 2002, P366-367).

## **7.2. Définition et cadre de coping :**

Les mécanismes de coping désignent les manières de réagir à des situations perçues comme stressantes. Dans la littérature, une diversité de coping a été proposée il existe néanmoins un consensus sur une distinction de base entre les réactions de coping centré sur le problème (orientation vers la tâche, vers la situation qui pose problème) et celle centrées sur l'émotion (orientation vers la personne, vers la gestion et la régulation de ses émotions). Endler et Parker (1990) proposent d'ajouter une troisième catégorie de coping de base, nommée « évitement », qui peut inclure des stratégies orientées soit vers la personne soit vers le problème. Les trois catégories de coping sont alors ainsi définies :

### **> Le coping orienté vers la tâche**

Décrit des efforts pour résoudre le problème, le restructurer sur le plan cognitif ou pour tenter de modifier la situation.

### **> Le coping orienté vers l'émotion**

Décrit les réactions émotionnelles dans le but de réduire le stress (ex : m'en vouloir d'être trop émotif, me mettre en colère, devenir tendu).

### □ **Le coping orienté vers l'évitement :**

Décrit les activités et les modifications cognitives visant à éviter la situation stressante. Les moyens d'apaiser le stress sont soit la distraction avec d'autres situations, soit la diversion sociale (avec d'autre personne).

Le CISS porte spécifiquement sur les réactions qu'on a habituellement, de façon générale, les personnes face aux situations stressantes (de la vie de tous les jours ou au travail). Ces réactions habituelles sont nommées styles de coping.

### **7.3. Versions existantes :**

Version de 48 items, la version américaine pour adolescents (13-18 ans) et une version pour adultes (18-an et plus).

Dans la version Française, il existe deux consignes différentes selon que l'inventaire est utilisé en population générale (adultes et adolescents) ou en contexte professionnel. En revanche, en français, le matériel est le même pour les adultes et les adolescents.

### **7.4. Structuration de l'outil :**

#### **7.4.1. Le CISS comprend trois échelles :**

1. Une échelle de coping orienté vers la tâche (16 items)
2. Une échelle de coping orienté vers l'émotion (16 items)
3. Une échelle de coping orienté vers l'évitement (16 items) qui se subdivise en deux sous-échelles :

3.1. Sous-échelle « distraction » (8 items)

3.2. Sous-échelle « diversion sociale » (5 items)

#### **7.4.2. Le matériel d'échelle :**

Le CISS est une mesure multidimensionnelle du coping qui comporte 48 items. Il évalue les dimensions du coping orienté sur la tâche, l'émotion et l'évitement. Le coping orienté sur l'évitement est évalué comme ayant une composante de Diversion Social et de Distraction.

Le matériel est constitué des éléments suivants :

- Une page recto-verso qui comporte d'un côté la consigne « générale » et de l'autre la consigne « professionnelle ».
- Une feuille de réponse autoscorable.
- Une feuille profil qui comporte les étalonnages de la consigne « générale ».

On demande au sujet « d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans ce type d'activités quand il rencontre une difficulté, une situation stressante ou déstabilisante ». (Jean-Pierre Rolland, 1998, P2).

Le sujet entoure un chiffre de 1 à 5 afin d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans l'activité indiquée quand il est soumis au stress.

#### **Temps de passation :**

Le CISS peut être passé en 10 minutes environ.

#### **La cotation :**

5 notes sont calculées : 3 notes pour les échelles : tache (Tache), Emotion(E), et Evitement (A), et 2 notes pour les deux composantes de l'évitement : distraction(D) et diversion sociale (SD).

Avant de corriger à la main la feuille de réponse, séparer les feuilles suivant les pointillés. La grille de correction se trouve sous la feuille de réponse. S'assurer que les réponses ont été correctement transférées sur la grille et toutes les réponses ambiguës ont été clarifiées, si le sujet n'a pas complété un item, s'assurer qu'il le fasse.

S'il ya 5 items qui n'ont pas été complétés plus d'une réponse encerclée, attribuer à chaque réponse ambiguë la note 3, Si plus de 5 items comportent des réponses ambiguës, les notes obtenues ne sont pas valides.

L'Etendue possible pour chacun des notes aux trois échelles (Tache, émotion, évitement) est de 16 a 80. L'étendue pour la note a l'échelle D (Distraction) de 8 items est de 8 a 40, et pour la note a l'échelle SD (Diversion sociale ) de 5 items, de 5 a 25 .(Jean-Pierre Rolland,1998, p 14)

### **7.4.3. Interprétation des notes aux échelles du CISS :**

Plus la note au test sur l'une des cinq échelles (tache, émotion, évitement, distraction sociale) est élevée, plus le degré d'activité de coping de la personne sur la dimension de coping correspondant est élevé.

Les utilisateurs doivent comprendre que les notes brutes au teste sont converties en notes dans la construction des profils. (Rolland, JP., 1998, p ,20).

#### **La note Total**

Les notes T sont des notes étalonnées dont l'utilité est que chaque échelle aura la même moyenne 50. Il faut préciser que les notes T utilisées avec le CISS sont linéaires qui ne transforment en aucune manière la distraction réel des variables.

En règle générale les notes T peuvent être interprétées en utilisant le tableau n° 04.

Cependant, il faut noter que les indications proposées ne sont que des lignes directrices approximativement et qu'il ya aucune réseau de croire qu'il ya une différence sensible, par exemple, entre une note T 55 et une note de 56. Il ne faut pas utiliser ce guide comme une règle absolue.

Rang	Indication
Au-dessus de 70	De loin au-dessus de la moyenne
66 à 70	Très au-dessus de la moyenne
61 à 65	Au-dessus de la moyenne
56 à 60	Légèrement au-dessus de la moyenne
45 à 55	Moyenne
40 à 44	Légèrement au-dessus de la moyenne
35 à 39	En dessus de la moyenne
30 à 34	Très en en dessus de la moyenne
En dessous de 30	De loin en dessus de la moyenne

**Tableau N° 04 : le guide d'interprétation des notes T**

**La consigne générale**

Il vous arrive probablement de faire l'expérience de situation dans lesquels vous êtes personnellement très impliqué (e), dont l'issue est important pour vous, et que vous estimez stressantes (événement ou situation qui vous met en difficulté, qui vous déstabilise, qui vous demande un effort important pour le /la surmonter).

Il existe un grand nombre de manières d'affronter ces situations stressantes ou de s'y ajuster : il vous est demandé d'indiquer ce que vous faites et / ou ressentez habituellement quand vous avez des soucis, que vous vivez des événements ou des situations difficiles, des périodes de stress important.

Répondez à chacune des modalités suivant en entourant la réponse qui correspond a votre mode de réaction habituel.

Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 = pas du tout a 5 = beaucoup, en intermédiaires (2, 3,4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

Il est essentiel de souligner, qu'il n'y a pas de travail scientifique possible sans aucune démarche à suivre, cette dernière permet un bon usage des scientifiques choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies afin de répondre à l'objectif principal de notre recherche, et de vérifier notre hypothèse. Dans le chapitre suivant on va présenter les résultats de notre recherche et de les analyser et vers la fin une discussion des hypothèses.

**Conclusion**

Il est important de souligner, en conclusion qu'il n'ya pas un travail scientifique possible sans méthodologie.

La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigation choisis et une rigueur dans l'analyse des données recueillies afin de répondre à l'objectif de cette recherche sur les stratégies de coping chez les mamans d'enfant IMC ayant un stress et de vérifier nos hypothèses.

Au cours de notre recherche, on a eu recours a l'une des méthodes cliniques qui procède l'entretien clinique semi-directif qui nous a permet d'avoir assez d'informations sur notre échantillon de recherche, et l'échelle de stress qui à son tour nous a permis de mesurer le stress chez ces mamans et celui de coping pour voir quel sont les solutions utilisées par chaque cas pour y faire face.

# *Chapitre II*

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

### **Préambule**

Dans notre étude, la pratique se caractérise par l'analyse des cas de notre groupe de recherche au niveau du centre psychopédagogique des enfants handicapés mentaux afin d'obtenir des résultats qui vont répondre à nos questions.

Nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress perçu et l'échelle de coping par lesquelles on a intervenu auprès des mamans d'enfants IMC pour savoir qu'elle est la relation entre le stress et les stratégies de coping chez ces mamans et quelle sont les différentes stratégies sur lesquelles elles se basent pour faire face à leur situation stressante.

Le présent chapitre vise, dans un premier temps à présenter et analyser les données des entretiens et des échelles pour chaque cas. En deuxième temps, il s'agira de discuter les résultats obtenus afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

## **1. Présentation et analyses des cas**

### **Cas N°1**

#### **1.1. Présentation du cas de khira**

Mme **Khira**, vendeuse âgée de (46 ans), mère de (04) enfants (deux garçons et deux filles) dont la dernière Malisse atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, intégré au centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux.

L'entretien et les deux échelles se sont déroulés dans le bureau du psychologue.

##### **1.1.1. Données de l'entretien clinique semi-directif du cas de khira**

Après l'explication du but de notre entretien, Mme khira a donné son consentement et elle était coopérée avec nous.

Mme khira a dit que sa grossesse était désirée par les deux parents, et par rapport à ses attentes durant sa période de grossesse « comme toute maman j'ai rêvé d'avoir un enfant sain et complet » et elle n'a rencontré aucun problème durant cette période.

Ce n'est qu'après l'accouchement que Mme khira a découvert le problème de sa fille après (07) mois après avoir une fièvre suivi d'une convulsion.

« Lors de l'annonce c'était le choc de ma vie, je n'ai jamais imaginé avoir un enfant handicapé « trugh, djdbgh, tsihgh ..., emb3d iwlighakhem » » notre patiente nous a dit qu'elle connaît cette maladie avant vu que ça existe dans sa famille, quand à l'avenir de sa fille « l'essentiel pour moi c'est qu'elle soit en bonne santé, heureuse, et qu'elle puisse être indépendante ».

Les moments les plus stressant et difficiles pour elle lorsque sa fille a dû mal avec cet handicap « J'ai tout fait pour elle, mais toujours elle me dit a mama didi, je souffre plus qu'elle, et le moment le plus difficile c'était lorsque ma voisine se moque

de moi a propos de l'handicap de ma fille, elle lui a dit « acho amirno rabi imiimdifka youwth akayi » ».

Par rapport a ses inquiétudes elle nous a dit « aujourd'hui je suis la mais après j'ai peur que ses frères ne prennent pas soins d'elle après ma mort c'est pour cela que je lai apprennent à prendre soins d'elle avant toute chose puisque c'est un cas exceptionnelle ».

Par rapport a l'acceptation de l'handicape de sa fille elle s'est habitué avec, elle le gère souvent, et elle se contrôle.

A propos de l'entourage, ma famille me soutenus, mon marie, les voisins, les cousins « lorsque je me sens nerveuse ou stressante, des fois je pleure, des fois j'évite le problème et des fois je fais du shopping ».

### **1.1.2. Les résultats de l'échelle de stress**

Lors de la passation de l'échelle du stress perçue de Cohen et Williamson, Mme khira a pris 05 min pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

Après l'analyse des résultats de Mme khira, on a constaté que cette patiente est hyper stressée d'un score 48 selon le dépouillement de l'échelle du stress qui est classé selon le seuil de cette échelle entre (32-50).

#### **L'analyse :**

L'analyse des résultats du stress , ont démontré que Mme khira a (11) réponses de degré (04) dans les items (1,3,4,5,6,7,9,10,11,12,14) et une seul réponse de degré (03) dans l'item (02) , comme elle a une réponse de degré (0 p ) dans l'item (08) .

**Synthèse :**

Après l'analyse obtenue dans l'échelle de stress de Cohen et Williamson, on a constaté que Mme khira manifeste un stress élevé (hyper stressé).

**1.1.3. Les résultats de l'échelle de coping**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copier à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles, on a enregistré les résultats suivants.

Les stratégies	La note brute	La note totale	Le percentile	Interprétation de la note totale
La Tache	67	58	79%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Emotion	58	59	82%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Evitement	44	51	54%	Moyen
Distraction	23	56	73%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	13	44	27%	Légèrement en dessous de la moyenne

**Tableau N° 05 : les résultats de l'échelle de coping de cas N° 1**

A partir de ce tableau, on a constaté que Mme Khira utilise des stratégies de coping centrées sur la tâche, elle avait une note T : 58, la plaçant au 79<sup>ème</sup> percentile

en premier lieu, sa note a l'échelle émotion était assez élevé , sa note T : 59 la plaçant au 82<sup>ème</sup> percentile en deuxième lieu, elle utilise la stratégie de coping centré sur l'évitement , sa note T : 51 la plaçant au 54<sup>ème</sup> percentile, puis la note obtenus sur la sous échelle distraction, sa note T : 56 la plaçant au 73<sup>ème</sup> percentile ; et en dernier lieu elle utilise la stratégie de coping sur la sous échelle diversion sociale , sa note T : 44 la plaçant au 27<sup>ème</sup> percentile.

### **Conclusion du cas**

On conclut à partir de l'entretien que Mme Khira est une femme qui est assez stressée a cause de la multiplicité des facteurs a savoir l'handicape de sa fille, surtout qu'elle n'a pas trouvé de soutien de la part de quelques membres de sa famille, et son entourage familial est moyennement défavorable, elle déclare que cela à fait d'elle une autre personne.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle du stress perçu, confirme que Mme Khira souffre d'un stress avec un score élevé égale à « 48 », cela indique qu'elle a vécu beaucoup des événements inattendu dérangeant, elle est nerveuse stressante, irriter lorsque les événements échappaient à son contrôle.

Aussi, on a obtenu que Mme Khira utilise le coping négatif centré sur l'évitement avec un score de « 67 », et sur l'émotion avec un score de « 58 », cela permet à la maman d'avoir le courage de chercher à comprendre et accepter l'handicap de sa fille, ainsi de trouvé les solutions possible pour mettre fin au stress.

## Cas N° 2

### 2.1. Présentation du cas de Hadda

**Mme Hadda**, femme au foyer, âgée de (46 ans), mère de (04) enfants (un seul garçon et trois filles) dont la dernière Vanessa est âgée de 13 ans atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, admise au centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Souk El Tenine.

L'entretien et les deux échelles ont été déroulés dans le bureau du psychologue.

#### 2.1.1. Données de l'entretien clinique semi-directif du cas de Hadda

Après toute une explication, Mme Hadda nous a donné son accord pour faire notre entretien avec elle.

Durant l'entretien clinique Mme Hadda était calme, souriante, elle était coopérante et elle a répondu à toutes les questions avec un grand plaisir.

Mme hadda, a raconté son histoire, et sa souffrance avec l'handicap de sa fille. Notre patiente déclare que sa grossesse était désirée par les deux parents, comme toutes mamans, elle dit qu'elle a voulu avoir un enfant sain et en bonne santé. Durant la période de la grossesse, la maman ne présentait aucun problème organique ou psychique jusqu'à la période de l'accouchement où elle a dégagé le liquide amniotique bien avant, ce qui a causé l'handicap de sa fille, d'ailleurs le bébé n'a pas pu pleurer dès sa naissance. Pour les médecins c'était juste un retard et qu'elle va tout récupérer bientôt, notre patiente a commencé à soigner sa fille chez un pédiatre. Tout au long de 3ans les parents ont remarqué que leur fille a un problème au niveau de son dos. Après plusieurs consultations qui ont été faite chez un pédiatre, ce dernier leur a annoncé et bien expliqué que leur fille présente une infirmité motrice cérébrale. La maman a été convaincu que 'était plus fort d'elle et elle peut rien faire (ijakniynbgh,molch d rabi igbhen aka). Lors de l'annonce la maman était avec son mari qui l'a soutenu.

La maman déclare qu'elle n'a aucun antécédent familial ou médical par rapport à ce trouble.

Mme Hadda envisage l'avenir de sa fille d'une manière positive, elle espère bien qu'un jour sa fille va avoir une vie comme d'autres enfants et de suivre ses études normale.

Par rapports aux moments les plus difficiles pour elle c'est lorsque sa fille n'arrive pas a faire ses besoins toute seul et par rapports a ses inquiétudes, elle dit « tkhamingh fi ghdwa lokn ihlkggh ,lokni yough kra », quand au membre de la famille elle déclare qu'elle est soutenu par eux .

Mme déclare quand elle est stressé la meilleure solution pour elle c'est de pleuré « thtruygh toujours ».

### **2.1.2. Les résultats de l'échelle du stress**

Lors de la passation de l'échelle du stress perçu de Cohen et Williamson, Mme Hadda a pris 05 min pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

#### **L'analyse :**

L'analyse des résultats obtenus lors de la passation de l'échelle on a déduit que Mme Hadda est hyper stressé d'un score (37).

Selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu qui est classé selon le seuil de cette échelle entre (32-50).

Elle a (07) réponses d'un degré (04) dans les items (4, 6, 7, 9, 10, 11,012), comme elle a (03) dans le degré (0p) dans les items (1, 2,3) et (02) réponses d'un degré (02) dans les items (3,11) et une seul réponse dans le degré (01) dans l'item (14) et seul réponse dans le degré (03) dans l'item (05).

**Synthèse :**

D'après l'analyse des résultats du stress perçue de Cohen et Williamson, on a conclu que Mme Hadda est hyper stressée à cause de l'handicap de sa fille Vanessa.

**2.1.3. Les résultats de l'échelle de coping**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copier a la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles, on a enregistré les résultats suivants.

Les stratégies	La note brute	La note totale	Le percentile	Interprétation de la note totale
La Tache	60	52	58%	Moyen
Emotion	35	40	16%	Légèrement en dessous de la moyenne
Evitement	50	56	73%	Légèrement au-dessus de la moyenne
distraction	24	57	76%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	16	50	50%	Moyen

**Tableau N°06 : les résultats de l'échelle de coping N° 2**

A partir de ce tableau, on a constaté que Mme Hadda utilise des stratégies de coping centré sur distraction , elle avait une note T : 57 , la plaçant au 76<sup>ème</sup> percentile en premier lieu, sa note a l'échelle évitement était assez élevé , sa note T : 56 la plaçant au 73<sup>ème</sup> percentile en deuxième lieu, elle utilise la stratégie de coping centré sur la tache , sa note T : 52 la plaçant au 58<sup>ème</sup> percentile, puis la note obtenus sur la sous échelle diversion sociale , sa note T : 50 la plaçant au 50<sup>ème</sup> percentile ; et en dernier lieu elle utilise la stratégie de coping orienté vers l'émotion , sa note T : 45 la plaçant au 16<sup>ème</sup> percentile.

### **Conclusion du cas**

On a conclut à partir de l'entretien que Mme Hadda est une femme hyper stressée car elle a trouvé des difficultés d'adaptation dans son entourage, elle est devenu nerveuse et stressée, mais d'un autre côté il ya ses proches qui la soutiennent, mais ça reste insuffisant pour diminuer son stress.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle du stress perçu, confirment que Mme Hadda est hyper stressée, avec un score de « 37 ».

Dans l'échelle de coping, nous avons soulevé que Mme Hadda utilise le coping positif centré sur la tâche avec un score de « 60 ».

De tout ce qui a précédé, il s'est avéré que notre cas présente un stress élevé, elle fait appel aux stratégies de coping positif centrés sur la tâche pour gérer le stress dû à l'handicap de sa fille.

### Cas N°3

#### 3.1. Présentation du cas de Saloua

Mme Saloua femme au foyer âgée de 45ans, mère de (04) enfants (un garçon et trois filles) dont la dernière chahinez âgée de 16 ans présente une infirmité motrice cérébrale, admise au centre psychopédagogique Pour enfants handicapé mentaux de Souk El Tenine.

L'entretien et les deux échelles ont été déroulés dans le bureau du psychologue.

##### 3.1.1. Données de l'entretien clinique semi-directif du cas de Saloua

Durant l'entretien, Mme Saloua était à l'aise, elle s'est montrée motivée, le contact est marqué par un climat de confiance, et elle a répondu aux questions posées facilement.

Mme Saloua était à l'âge de 36 ans, sa fille Chahinez était sa troisième grossesse, cette dernière est désirée par les deux parents, et ils étaient plus heureux quand la gynécologue les a informés que c'est une fille et l'essentiel pour eux c'est d'avoir un enfant sain et en bonne santé (ikmel bien), comme tous les autres enfants.

Mme Saloua a déclaré qu'au troisième mois de sa grossesse, et après le contrôle chez la gynécologue, elle lui a donné des injections car elle a risqué d'avorter ; pour son mari 70% était la cause de l'handicap de leur fille, sachant que la maman a fait une fausse couche juste avant chahinez (6mois) à cause d'une malformation.

Les premiers jours de l'accouchement, la fille était normale, mais après 20 jours, la maman a remarqué que sa fille ne présente aucun développement moteur, à ce moment les parents ont commencé les procédures de soins de leur fille chez un spécialiste pédiatre qui a orienté ce couple de faire un bilan général (scanners, EEG, IRM), après les résultats obtenus des outils para-cliniques, le pédiatre leur a annoncé que Chahinez a une atrophie cérébrale, lui expliquant que la couverture de cervelet est retréécie ce qui a engendré cet handicap.

Lors de l'annonce, le père était tout seul, sa réaction était normal, pour lui le plus important c'est de trouver une solution quelconque pour sauver sa fille, mais pour la maman ce n'était pas le cas, elle s'est demandée toute une explication concernant l'handicap de sa fille, « elmouhim ghouri iker, idou, itche, izamer ilaamriss ». Juste après, la maman a parlé de sa réaction « trough tfegh illi garif fassniw, bessah dayen idichiyae rebi ardhigh ». Les deux familles de ce couple ne présentent aucun antécédent médical, c'est pour cela que les parents n'ont aucune information en relation avec cet handicap, et c'est pour cela aussi que les parents garde toujours l'espoir qu'il viendra un jour où leur fille deviendra comme tout autre enfant « igaamer issahi ihawass wahedhess », malheureusement leur rêve va jamais voir le jour. Le bon côté c'est que les parents sont prêt à faire l'impossible pour un bon avenir de leur fille.

Actuellement, les moments les plus difficile quand elle se trouve dans des situations stressantes et surtout quand elle discerne que sa fillette incompetente de satisfaire ses besoins personnel toute seule, malgré que la maman est courageuse et elle a accepté l'handicap de sa fille « dherabi igaveghan aydiq fentaghe chichtanka, redhigh sal maktoub oulache dachou dikhathemegh », la maman à toujours peur, stressée, angoissée et même en colère de ce que sa fille souffre quotidiennement, pour elle et pour tout les membres de sa famille, sa fille est toujours en premier lieu, par ce qu'elle a besoin plus d'un climats chaleureux, quand la maman se trouve dans des situations stressantes « daough rebi sbah laecha bache diji taqlegh f rebi sabehanou », la maman parle toujours du destin et devant ce dernier on peut rien faire.

### **3.1.2. Les résultats de l'échelle du stress**

Lors de la passation de l'échelle de stress perçue de Cohen et Williamson, Mme Saloua a pris 04 min pour remplir l'échelle de Cohen et Williamson.

On se référant aux résultats obtenus lors de la passation de l'échelle on peut déduire que Mm Saloua est un peu stressée est cela est marqué dans ses réponses , elle a (06) réponses dans le degré (02) dans les items (2 ;7,8,10,11,14) et (05) réponse dans le degré (03) dans les items (4,5,6,12,13) et (02) réponses dans le degré (01) et une seul réponse dans la degré (op).

#### **Synthèse :**

Après l'analyse des résultats on a constaté que Mme Saloua est un peu stressé à cause de l'handicap de sa fille Chahinez.

### **3.1.3. Les résultats de l'échelle de coping**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copier à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles, on a enregistré les résultats suivants.

Les stratégies	La note brute	La note totale	Le percentile	Interprétation de la note totale
La Tache	51	43	24%	Légèrement en dessous de la moyenne
Emotion	61	61	86%	Au-dessus de la moyenne
Evitement	50	56	73%	Légèrement au-dessus de la moyenne
distraction	24	57	76%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	15	42	42%	Légèrement en dessous de la moyenne

**Tableau N° 07 : les résultats de l'échelle de coping de cas N° 3**

A partir de ce tableau, on a constaté que Mme Saloua utilise des stratégies de coping centré sur l'émotion, elle avait une note T : 61 la plaçant au 86<sup>ème</sup> percentile en premier lieu, sa note a l'échelle distraction était très élevé, sa note T : 57, la plaçant au 76<sup>ème</sup> en deuxième lieu, elle utilise des stratégies de coping centré sur l'évitement, sa note T : 56 la plaçant eu 73<sup>ème</sup> percentile en troisième lieu , puis la note obtenus sur la sous échelle diversion sociale , sa note T :48 la plaçant au 42<sup>ème</sup> percentile er en dernier lieu elle utilise de stratégies de coping orienté vers la tache , sa note T : 43 la plaçant au 24<sup>ème</sup> percentile .

### **Conclusion de cas**

D'après l'analyse de l'entretien, on a conclut que Mme Saloua est un peu stressé par l'handicap de sa fille, car elle s'est pas adapté avec cette situation ; avec l'aide de sa famille et son mari, elle a pu dépasser cet événement inattendu. Aussi Mme Saloua voit Shahinez comme tout enfant normal surtout qu'elle arrive à satisfaire ses besoins personnels toute seule.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle du stress perçu, confirme que Mme Saloua est un peu stressée, avec un score de « 29 ».

Aussi, dans l'échelle de coping, on peut réduire que Mme Saloua utilise le coping négatif centré sur l'émotion avec un score de « 61 ».

A partir de ce qui précède, on a obtenu les résultats que cette mère est un peu stressée, malgré que son coping soit négatif et centré sur l'émotion, mais elle a trouvé des bonnes solutions pour faire face efficacement.

## Cas N°4

### 4.1. Présentation du cas de Naima

**Mme Naima**, femme au foyer, mère de (04) enfants (deux garçons et deux filles) dont la première Meriem atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, admise au centre psychopédagogique pour enfants handicapé mentaux de Souk El Tenine.

L'entretien et les deux échelles ont été déroulés dans le bureau du psychologue.

#### 4.1.1. Données de l'entretien clinique semi-directif du cas de Naima

Après toute une explication à Mme Naima, elle nous a donné son accord pour faire un entretien avec elle, afin d'avoir des informations sur l'handicap de sa fille.

Durant l'entretien, Mme Naima s'est montrée déconcentrée, elle nous a dit que c'est une grossesse désirée par les deux sexes, c'était à l'âge de 25 ans. Comme toutes les mamans elle a voulu avoir un enfant complet et en bonne santé, d'après ses dires « lomi tmnainern al bibiynes isah » et elle a rencontré aucun problèmes durant la période de grossesse.

Lors de l'accouchement, Mme Naima a trouvé des difficultés, sa fille Meriem n'a pas pleuré selon elle « itha thmothmatti ,imi ithnerna Meriem tnyess l'infirmière ni tmoth » elle pleure ..., après l'accouchement c'était la souffrance pour elle.

d'après Mme Naima, les médecins l'ont informé que sa fille aura un retard, c'est pour cela qu'on lui a donné une lettre d'orientation chez un pédiatre (spécialiste) où ce dernier lui a confirmé que sa fille présente une IMC, sa réaction était dite normale vu qu'elle sait au début que sa fille a un retard, notre patiente nous a dit qu'elle ne connaît pas cette maladie avant.

Par rapport à l'avenir de sa fille, elle nous a dit « tkhamimgh fless tmnigh ikim didhi, itfgh, ihwesimnis ». Pour les moments les plus difficiles pour elle « quand mon mari est au travail, je me retrouve toute seule et des fois c'est là où ma fille est prise gravement par sa maladie et là je suis dans l'obligation de la prendre en

consultation toute seule ». Et concernant l'acceptation de l'handicap de sa fille elle nous a dit « hadi hajat rabi ,merhva », des fois j'arrive a gérer cet handicap mais des fois j'arrive pas a me contrôler « truh dhousen des fois aka des fois ak » .

Quand aux membres de sa famille, elle est soutenus et ils aiment tous sa fille que se soit les cousins, les voisins, les gens de la région ... etc, elle s'inquiète beaucoup plus sur elle parce que c'est une fille « lokn dakchich ma3lich izmeriyannis mais takchichth you3er lhal »

Lorsque elle est stressée, la meilleure solution pour elle c'est de pleurer «ima,adhtwikhnhkgh thtruygh ».

#### **4.1.2. Les résultat de l'échelle de stress**

Lors de la passation de l'échelle de stress perçue de Cohen et Williamson, Mm Naima a pris 04 min pour remplir l'échelle de Cohen et Williamson.

L'analyse des résultats montrent que Mme Naima est un peu stressée d'un score 31 selon le dépouillement de l'échelle de stress qui classé selon le seuil de cette échelle entre (24-31).

Elle a une seule réponse dans le degré (04) dans l'item (03) comme elle a (04) réponses d'un degré (03) dans les items (3,10,11,012) ,et dans le degré (02) elle a (06) réponses dans les items (3,4,5,9,13,14) et vers la fin elle a (03) réponses dans le degré (01) dans les items (1,2,3).

**Synthèse :**

Après l'analyse des résultats de l'échelle du stress perçue de Cohen et Williamson on peut déduire que Mme Naima est un peu stressée a cause de l'handicap da sa fille Meriem.

**4.1.3. Les résultats de l'échelle de coping**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copier a la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles, on a enregistré les résultats suivants.

Les stratégies	La note brute	La note totale	Le percentile	Interprétation de la note totale
La Tache	49	41	18%	Légèrement en dessous de la moyenne
Emotion	61	61	86%	Au-dessus de la
Evitement	28	37	10%	En dessous de la
distraction	13	41	18%	Légèrement en dessous de la moyenne
Diversions sociale	08	35	07%	En dessous de la

**Tableau N° 08 : les résultats de l'échelle de coping de cas N° 4**

A partir de ce tableau, on a constaté que Mme Naima utilise des stratégies de coping centrées sur l'émotion, elle avait une note T : 61, la plaçant au 86<sup>ème</sup> percentile en premier lieu, sa note a l'échelle tache était moyenne, sa note T : 41 la plaçant au 18<sup>ème</sup>.

Percentile en deuxième lieu, elle utilise la stratégie de coping centré sur la sous échelle distraction, sa note T : 41 la plaçant au 18<sup>ème</sup> percentile, puis la note obtenus sur l'échelle évitement, sa note T : 37 la plaçant au 10<sup>ème</sup> percentile ; et en dernier lieu elle utilise la stratégie orientée vers la sous échelle diversion sociale, sa note T : 35 la plaçant au 7<sup>ème</sup> percentile.

### **Conclusion du cas**

On constate à partir de l'entretien que Mme Naima est une femme qui est un peu stressée, car elle n'a pas trouvé beaucoup de difficultés pour contrôler l'handicap de sa fille et de s'adapter à son environnement, de plus, elle a un bon soutien de la part de ses proches, qui l'ont aidée à dépasser ses problèmes, événements ou situations, qui peuvent provoquer chez elle un stress important.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle du stress perçu, confirme que Mme Naima est un peu stressée, avec un score de « 31 ».

Aussi, dans l'échelle de coping, nous avons relevé que Naima utilise le coping négatif centré sur l'émotion avec un score de « 61 ».

De ce qui précède, il démontre que notre patiente est un peu stressée, malgré qu'elle fait appelle aux stratégies de coping négatif centré sur l'émotion pour faire face à son stress suite à l'handicap de sa fille.

## Cas N° 5

### 5.1. Présentation du cas de Malika

Mm Malika, âgée de 51 ans, femme au foyer, diabétique, mère de (05) enfants (03 garçons et 02 fille), dont la dernière Oumaima âgée de 09 ans atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, admise au centre psychopédagogique de souk-el tennine.

L'entretien et les deux échelles on été dérouler dans le bureau du psychologue

#### 5.1.1. Données de l'entretien clinique semi-directif du cas de Malika

Au cours de l'entretien, Mme Malika s'est présentée d'un air triste-stressant, chargé d'envie de parlè de sa souffrance. Le contact avec elle a été possible, elle s'est montrée motivée. Mme Malika été à l'âge de 41 ans quand elle à entendu la nouvelle de sa grossesse. Oumaima est un enfant désirée, malgré que la maman avait peur à l'égard de son âge, car son dernier accouchement était avant 06 ans, mais elle a signalé « men aand rebi ».elle veut expliquer qu'elle n'a pas pris des médicaments pour arrêter l'enfantement.

La maman n'a jamais pensée que sa fille va présenter un handicap, elle était sûr que son bébé va être sain, trop beau avec une agréable santé, et surtout car leur statut économique était élevée par rapport aux années précédentes. Elle avait des plans dans sa tête comment son bébé va être ? Comment elle va l'éduquer ? (pour qu'il soit charitable, généreux... beaucoup de choses) quand elle était enceinte, Mme Malika ne présentait aucun problème organique ou psychique, sa grossesse s'est bien déroulée, elle a suivi chez un gynécologue, et ce dernier n'a rien signaler comme difficultés.

Jusqu'à l'accouchement, la maman était en bonne santé, un accouchement normal, plaisir et satisfaction, un moment qu'on ne peut pas décrire avec de simples mots. Elle était suivit de la part de gynécologue et pédiatre.

Le développement moteur de ce nouveau née était parfait, des surveillances médicales, des bilans générales ont étaient fait régulièrement pour sécuriser l'être angélique de tout risque. Le jour inattendu était au 18ème mois, après un vaccin, le bébé présentait une fièvre, la maman à réagit par des suppos, elle a pensé

que ça va aller comme les vaccins précédents, mais malheureusement c'était pas le cas, Oumaima à fait une convulsion dû à cette fièvre et c'était le choc, les parents se sont déplacés à l'hôpital, une équipe à fait tout ce qu'il faut pour que le bébé dépasse cet état, après un moment donné ; la température s'est stabilisé... peu à peu au cours du temps la maman à remarqué que sa fille n'est pas normal « Bedit nechouf beli marachich normal, déjà même lehadra dart retard-remarquite aussi beli ses mains meawjine ». Ils ont pris un rendez-vous chez un spécialiste pédiatre, qui les a orientés vers un neurologue, et ce dernier leur annonce que leur fille présente une IMC. Il à expliqué un petit peu ce que veut dire une IMC. Mais la réaction n'était pas exagérante, car ils n'ont aucune idée sur ce double handicap à la fois moteur et mental.

La maman avoue qu'aucun antécédent familial n'a déjà existé. Les parents ont cherché à comprendre ce que leur fille présente exactement, quels sont les solutions ? Et qu'est ce qu'ils peuvent faire pour elle ? Et plus exactement face à l'handicap de leur petite amourette. Au fil du temps la maman à accepter l'handicap de sa fille et c'était vraiment difficile pour elle, mais l'essentiel c'est de pouvoir dépasser la situation dite stressante, d'ailleurs elle traite sa fille comme ses autres enfants « mandirche la différence binathoum-hassebtha kihya ki loukhine ». Maintenant la maman voit sa fille normal comme si elle ne présente rien, et surtout car son comportement est tout à fait régulier, comme tout les autres enfants normaux « talaab – takoul- dire koulach wahadeha », mais concernant l'avenir de sa fille, la maman déclare « madameni hiya – benti felaaaz wdalel, kiyadi rebi lamana je ne sais pas ».

Ce qui fait plaisir c'est de voir des parents et plus exactement des mamans qui font le maximum et plus que l'impossible pour leurs enfants qui ont besoin d'un entourage affectueux, cordial et enthousiaste, malgré les moments difficiles, les moments durs, stressants, des instants plein d'anxiété, d'angoisse et d'inquiétude, dans les moments où la maman se sent faible quand elle voit sa fille incapable de réaliser ses rêves, de devenir une adolescente et même adulte comme tout les autres.

La maman s'est présentée avec un degré élevée de courage. Quotidiennement la maman gère l'handicap de sa fille ordinairement, elle montre aucune différence

entre sa fille et ses autres enfants, par exemple : quand elle fait des bêtises elle a sanctionné, d'ailleurs elle a été puni plusieurs fois, comme elle a été récompensé aussi quand elle mérité, pour la mère c'est ce qu'il faut faire pour contrôler sa fille « déjà même liyameliha-hakda khir –bache tewalefa ala le même comportement, aala la même éducation, manatbadalche aaliha, kamel la famille iaamlou hakima ana ». Oumaima est bien entourer d'affection, de tendresse et d'amour ainsi que sa maman, mais quand la maman se trouve dans des situations particulièrement énervantes et irritantes la meilleure solution pour elle est d'ignorer la circonstance.

### **5.1.2. Les résultats de l'échelle du stress**

Lors de la passation de l'échelle du stress perçu de Cohen et Williamson, Mme Malika a pris 05 mn pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle du stress.

Après l'analyse des résultats de cette maman, on a constaté qu'elle est un peu stressée d'un score de « 31 » selon le dépouillement de l'échelle du stress qui est classé selon le seuil de cette échelle entre « 24 et 31 ».

L'analyse des résultats du stress a montré que Mme Malika a « 02 » réponses de degré (04) dans mes items (6,5,12) et « 05 » réponses de degré (03) dans les items (2,4,7,11,13) , comme elle a aussi « 03 » réponses de degré « 02 » dans les items (1,5,8) et seulement « 02 » réponses de degré « 01 » dans les items (3,14,) et enfin elle avait « 02 » réponses de degré « 00 » dans les items (9,10).

### **Synthèse**

D'après l'analyse obtenue dans l'échelle du stress, on a constaté que Mm Malika est un peu stressé, malgré l'handicap de sa fille, elle a pu dépasser la situation stressante.

### 5.1.3. Les résultats de l'échelle de coping

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copier de la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles, on a enregistré les résultats suivants.

Les stratégies	La note brute	La note totale	Le percentile	Interprétation de la note
La Tache	60	52	58%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Emotion	59	59	82%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Evitement	61	65	93%	Au-dessus de la moyenne
distraktion	27	62	89%	De loin en dessous de la moyenne
Diversions sociale	20	57	76%	De loin en dessous de la moyenne

**Tableau N° 09 : les résultats de l'échelle de coping de cas N° 5**

A partir de ce tableau , on a constaté que Mme Malika utilise des stratégies de coping centré sur l'évitement , elle avait une note T65, la plaçant au 93ème percentile en premier lieu, sa note au sous échelle distraction était aussi élevé , sa note T 62 la plaçant au 89ème percentile en deuxième lieu , elle utilise la stratégie de coping centré sur l'émotion sa note T 59 la plaçant au 82ème percentile en troisième lieu , puis la note obtenus sur la sous échelle diversion sociale , sa note T 57 l plaçant au 76ème percentile ; et en dernier lieu elle utilise la stratégie de coping orienté vers la tâche sa note T 52 la plaçant au 52ème percentile.

### **Conclusion du cas**

En se référant à l'analyse de l'entretien, on déduit que Mme Malika manifeste un stress moyen par rapport à l'handicap de sa fille, et s'est dû au soutien de sa famille et la perception de l'entourage qui l'ont influencé positivement.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle du stress perçu, confirme que Mm Malika est un peu stressée, avec un score de « 31 ».

Aussi, après l'analyse de l'échelle de coping, nous avons obtenu les résultats que cette maman utilise le coping négatif centré sur l'évitement avec un score de « 61 ».

D'après les informations précédentes, on confirme que cette dame a un degré de stress moyen, car elle ignore toute situation stressante, pour son bien-être.

### **Discussion des hypothèses**

A partir des résultats obtenus grâce à l'analyse de l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress, et l'échelle de coping (CISS), on vise à procéder à une discussion des hypothèses relative à deux variables de notre étude portant sur « les stratégies de coping chez les mères d'enfant IMC ayant un stress » .

L'hypothèse qu'on avait supposée « il y a une relation étroite entre le stress et les stratégies de coping chez les mères d'enfants IMC », a été infirmée, car nous avons remarqué à travers notre étude que notre groupe de recherche de quatre cas présente un stress moyen, et un seul cas avec un stress élevé.

Ce handicap peut engendrer chez les mères des réactions intenses telles que le stress.

Le stress est considéré comme une rupture d'équilibre entre le sujet et son milieu, il aboutit à une désadaptation.

Selon Selye 1976, « le stress est toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme », (Henriette, B. Et al., 2000, P 898).

Graziani et Swendsen ont stimulés qu'en psychologie le stress renvoie « aux multiples difficultés auxquelles l'individu, a dû mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ses problèmes ».

Le stress est donc une réponse psychologique et physiologique aux événements qui remettent en cause d'une façon ou d'une autre notre équilibre personnel, et pour faire face, elles développent des différentes stratégies de coping.

L'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et les deux échelles (stress et coping) administrées sur cinq cas infirment notre première hypothèse qui consiste « existe une relation étroite entre les stratégies de coping et le stress chez les

mamans ayant un enfant présente une IMC. Certes on ne peut pas généraliser par ce que notre population n'est pas grande.

Pour les cas (Malika, Saloua, Naima et Khira), utilisent un coping négatif qui est centrées sur l'émotion et l'évitement pour s'adapter à leurs situations, alors qu'elles sont classées dans la case d'un stress moyen (Peu stressé).

Ce que Poulhan et Bourjois 1995, définit le coping passif (négatif), qui consiste à ne rien ouvertement (simplement), cette inactivité face à un stress est souvent liée à un état émotionnelle négatif.

Selon les études qui ont été faite par Pearlin et Schooler 1978, les femmes sont décrites comme utilisant plus des réponses émotionnelles dans la confrontation aux situations en difficultés, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, la tâche, et ayant peu de ressources de coping.

Pour le cinquième cas de Hadda, elle utilise un coping positif qui centrée sur la le tâche pour s'adapter a sa situation or qu'elle a développé un stress élevé (hyper stressé), donc elle gère son stress et sa stratégie de coping est efficace.

Paulhan et Bourgois (1995), définissent le coping actif (positif) « comme une action qui consiste à modifier directement mise en place d'efforts comportementaux actifs, consistent affronter le problème pour le résoudre ».

### **La deuxième hypothèse**

Après la discussion de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle de coping (CISS), qui ont était réalisé sur cinq cas, nous avons aboutit a la confirmation de notre deuxième hypothèse qui est « les mamans d'enfants IMC n'utilisent pas des stratégies de coping spécifiques » qui veut dire qu'elle ne basent pas sur une seul stratégie mais sur différentes types. Pour tous nos cas Malika, Saloua, Naima, Hadda et Khira, font face a leurs stress en employant des différents types de stratégies de coping à savoir la tâche l'émotion et l'évitement.

Ce processus actif qui est le coping utilisé par l'individu, et par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussite à la maîtriser.

Après avoir confirmé la deuxième hypothèse, il s'avère que les mamans ayant un enfant qui présente une IMC, utilisant une variété des stratégies de coping : le plus employé sont celles centrées sur l'émotion et le soutien social, et la moins utilisée celle centrée sur le problème par rapport à notre groupe de recherche.

En ce qui concerne l'efficacité de ces différents types de stratégies de coping centrées sur la tâche, sur l'émotion ou sur le soutien social, nous avons trouvé en référence notre groupe de recherche que ces stratégies ne sont pas efficaces (dysfonctionnelles) pour la majorité de nos cas (Malika, Saloua, Naima, et Khira) car elles ne leur permettent pas de maîtriser leurs situations stressantes, et diminuer son effet sur son bien-être psychique et physique.

Contrairement pour le cas de Hadda, ces stratégies de coping sont efficaces (fonctionnelles) malgré qu'elle est stressée. Donc on peut dire que les stratégies de coping sont relatives.

Une stratégie de coping est efficace si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique, vis-à-vis d'une situation maîtrisable, les études indiquent que les stratégies centrées sur le problème sont fonctionnelles et associées à des indicateurs de santé mentale positifs (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Cependant, lorsque la situation affrontée échappe au contrôle de la personne, des efforts répétés sont inutiles, épuisants et éventuellement nocifs pour la santé (Lazarus et Folkman, 1984). Dans ces cas, les stratégies centrées sur les émotions s'avèrent relativement efficaces à court terme, mais induisent à long terme des états dépressifs (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Néanmoins, tous les auteurs s'accordent pour dire que le coping est un facteur stabilisateur permettant à l'individu de maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes du stress.

Comme arrière plan nous avons aboutit à l'utilisation de deux approches différentes : l'approche cognitivo-comportemental et la psychanalyse.

# *Conclusion*

## Conclusion

---

---

Ce travail de recherche est pour nous l'occasion d'enrichir nos connaissances que nous avons apprécïées durant le cursus universitaire, et vérifier la confirmation ou l'infirimation de nos hypothèses. Nous pouvons dire que malgré certaines lacunes qui se rapportent notamment aux difficultés rencontrées, nous sommes arrivées à finir ce travail avec réussite. Notre enquête sur l'un des troubles infantiles tel que l'IMC, nous a permis de souligner à quel point cet handicap influence sur l'état psychique et somatique des parents en général, et de la mère plus spécifiquement.

Dans cette étude, nous avons tenté d'aborder la question de stress chez les mamans d'enfants IMC, et la façon dont elles font face. Nous avons réalisé une étude clinique de 05 cas, avec des mères exposées au stress à cause de la déficience de leurs enfants. Pour mener à bien notre recherche, nous nous sommes référées à un entretien semi-directif et aux deux échelles ; celle du stress perçu de Cohen et Williamson et celle de coping d'Andler et Parker.

D'après les résultats de ces deux échelles, nous avons relevé qu'il n'est pas une relation étroite entre le stress et les stratégies de coping chez les mamans ayant un enfant IMC, ce qui infirme notre premier objectif de recherche.

Nous avons effectué notre stage au sein de centre psycho-pédagogique pour enfant handicapés mentaux de Souk El-Tenine pour être près de ces mamans afin de comprendre leurs souffrance.

Après l'analyse de contenus des entretiens, nous avons constaté que les mères d'enfants IMC souffrent quotidiennement avec leurs enfants. Ces dernières ont besoin d'être dans un entourage favorable et nécessitant une prise en charge précoce et spécifique.

Sur le terrain de recherche, nous nous sommes aperçus comment cet handicap provoque des troubles psychologiques chez ces mamans, souvent généré par un stress majeur qui influence d'une manière ou d'une autre sur elles, et qui peut avoir un effet nocif sur leur état somatique et psychique.

## Conclusion

---

---

Et pour faire face à cette situation, les sujets développent des stratégies de coping, qui sont considérées comme un moyen pour ajuster et dépasser cette situation.

Justement, notre objectif principale est de montrer que devant cette situations, ces personnes utilisent un certains nombres de comportement, afin de surmonter et de s'adapter a leurs situations, probablement dû a leurs profils et leurs personnalité et cela mérite une étude c'est pour cela qu'elles n'utilisent pas des stratégies spécifiques mais plutôt différentes, tel que la tâche, l'émotion et l'évitement qui se caractérisent par deux autres stratégies qui sont diversion sociale et distraction.

Pour terminer on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation de recherche, nous espérons que par le biais de cette recherche, que ce petit travail vous apporterons quelques informations concernant la souffrance de ces mamans envers l'handicap de leurs enfants et la façon dont elles font face pour s'adapter à cette situation. Nous espérons aussi que notre travail a éclairer et apporter la lumière au thème d'étude.

Aussi, particulièrement d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles par d'autres recherches ultérieurs, nous formolons la proposition suivante :

□ Prendre les mères d'enfant IMC en prise en charge psychologique, afin de les aider à diminuer leurs souffrances et à améliorer la qualité de leur vie.

## *La liste bibliographique*

## La liste bibliographique

---

---

### Ouvrages

1. Alfer Jemmes, « *déficiences motrice et handicap, caractéristique générale et prise en charge* », France, 2003
2. Angers Maurisse, « *initiation pratique à la méthodologie des sciences sociales* », Casbah, 1994
3. Bernard Chemouny « *soigner le stress par l'homéopathie et psychothérapie* » Odle Jacob. Paris 2012
4. Benony Hervé, Chahraoui Khadija, « *l'entretien clinique* », Edition Dunod, Paris, 1999
5. Catherine Tourette, « *évaluer des enfants avec déficience ou trouble du développement* » 3<sup>ème</sup> ed, Dunod, Paris 2014
6. Catherine Tourette, Michelle Guidetti, « *Handicaps et développement psychologique de l'enfant* », Armand Colin, Paris, 2002
7. Chabrol, H. Collahan, S., « *mécanisme de défense et de coping* » Paris, Dunod
8. Chahraoui Khadija, Bénony Hervé, « *méthode, évaluation de recherche en psychologie clinique* », Dunod, Paris, 2003
9. Delounois, M, « *classification des méthodes d'évaluation de stress en entreprise* » L'avain, 2001
10. Fichier.G.N « *traité de psychologie de la santé* » paris, Dunod 2002
11. Gaëtan Macaluso « *le stress chez les personnes âgées* » Lhar matton, paris 2008
12. Genevieve choussy- Desloger « *la psychosomatique pour les nulles* », 1<sup>ère</sup> ed Paris, 2016
13. Graziani Pierluigi, Joel Swendsen, « *le stress émotion et stratégies d'adaptation* », Armand Colin, 2005

## La liste bibliographique

---

---

13. IMC, « *le guide pratique* » France 2011
14. Isabelle Paulhan, « *le concept de coping* », Bordeaux, 1992
15. Isabelle Roskam, Moira Mikolajczak « *le stress et défis de la parentalité* », 1<sup>ère</sup> ed, 2015
16. Jalenques, I et Caudert A J « *stress et fratrie de l'handicapé* » psychologie médicale, 2<sup>ème</sup> ed, 1992
17. Korf Sausse, S., « *l'impacte de l'handicapé sur le processus de parentalité* » Reliance, 2007
18. Lazarus R S et Folkman.S « *stress, apparaid, and coping* » New york. Edition sprinquer 1984
- 19 Marcelli D « *étude clinique de la fratrie de l'enfant handicapé* », Paris, 1983
20. Marilou Bruchon-Schweitzer, Enilie Boujut, « *la psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles* » 2<sup>ème</sup> ed, Paris, 2014
21. Maurice Ringler « *comprendre l'enfant handicapé et sa famille* » Dunod, Paris, 2004
22. Maurice Ringler « *l'enfant déficient* », dunod, paris, 2000
23. Michel le Metayer, « *rééducation célèbre, motrice de jeune enfant ; education thérapeutique* » Masson, Paris, 1999
24. Michèle Guidetti, « *les étapes du développement psychologique* » Armand Colin, vuef, Paris 2002
25. Michèle Guidetti, Catherine Tourrette, « *handicapé et développement psychologique de l'enfant* », 3<sup>ème</sup> ed, Armand colin, Dunod, Paris, 2014.
26. Michelle Dumont, Bernard Plancherel « *le stress et adaptation chez les enfants* » Québec 2001

## La liste bibliographique

---

---

27. Patricq Bouvard « *le stress ; cet ami caché* » édition d'organisation 2003
28. Pier Luiqi Grazian, Joel Swendisen « *le stress, l'émotion et stratégies d'adaptation* » Armand Colin. Paris 2005
29. Richard Gerrig, Phillip Zimbardo, traduit par Serqe Nicolas « *la psychologie* », 18<sup>ème</sup> ed, Paris

### Liste des Dictionnaires

1. André Domart, « *petit Larousse da la médecine* », Paris, 1989
2. Henriette Bloch, Chemama R et AL, « *Le grand dictionnaire de la psychologie* », Larousse, Paris, 1999
3. *Le dictionnaire Robert*, Nouvelle édition, Paris 2001
4. Sillmay. N « *dictionnaire de la psychologie* » Larousse. Pari

### Thèse de doctorat :

1. Dinca. A, « *stratégie de coping, mécanismes de défense et niveau pratiquant des sports d'opposition* », université de Reims Champagne

# **Annexes**

## **Annexe 1 : Le guide d'entretien :**

### **Informations personnels :**

Nom :

Prénom :

Age :

Situation :

Depuis quand votre enfant il est au centre :

### **Axe 1 : l'enfant imaginaire et l'annonce de l'handicape**

1-S'agit-il d'un enfant désiré ?

2-Comment imaginez-vous votre enfant ?

3-Avez-vous rencontré des problèmes durant la période de grossesse ?

4-A qu'elle période de grossesse vous avez été informé que votre enfant a une déficience ?

5-Qui vous la annoncé et comment avez-vous vécu l'annonce ?

6-Avec qui vous étiez l'or de l'annonce ?

### **Axe 2 : la réaction de la mère face a cet handicap**

7-Qu'elle était votre réaction l'lorsque vous étiez informé qu'il s'agit d'un enfant handicapé ?

8-Avez-vous des antécédents familiaux ?

9-Connaissez-vous cette maladie avant ?

10-Comment pensez vous faire face a l'handicape de votre enfant ?

11-Comment envisagez-vous l'avenir de votre enfant ?

**Axe 3 : la défense au stress et l'IMC :**

12-Comment avez-vous vécu les premiers temps après l'accouchement ?

13-Qu'elles sont les moments les plus stressants pour vous ?

14-Avez-vous accepté la maladie de votre enfant ?

15-Qu'elles sont les majeures difficultés que vous rencontrés avec l'handicape de votre enfant ?

16-Comment vous gérez la maladie de votre enfant quotidiennement ?

17-Comment vous réagissez face à des comportements de votre enfant ?

18-Est-ce qu'il y avait un changement par rapport à votre comportement ? vis-à-vis de votre enfant ?

19-Pouvez-vous nous parler de vos rapports et relations avec les membres de votre famille, entourage ?

20-Qu'elles sont vos inquiétudes et comment les contrôlez-vous ?

21-Lorsque vous vous trouvez dans des situations stressantes, qu'elles sont vos solutions et qui vous soutient ?

22-Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

## Annexe 2 : L'échelle de stress perçu

au cours de dernier mois, combien de fois .....	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	ASSEZ SOUVENT	TRES SOUVENT
1-... avez-vous été dérangé par un événement inattendu					
2 -Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3- ....vous êtes vous senti nerveux et stressé ?					
4-Avez-vous affrontez avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5-... aves vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6-vous été vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7- ... vous été vous senti que les choses allaient comme vous le voulez ?					
8- ....avez –vous pensé que vous ne Pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9- avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10- ...vous êtes vous senti que vous dominez la situation ?					
11- vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient a votre contrôle ?					
12- ... vous êtes vous été senti préoccupé par des choses que vous deviez mener a bien ?					
13-... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					

نرجوا منكم الإجابة بكل صراحة لأن نجاح الدراسة متوقف على صدقكم و صراحتكم و نعدكم بأن إجاباتكم ستحظى بسرية تامة.

Nous vous prions de bien vouloir répondre en tout objectivité à nos questions qui sont à votre portée, et nous vous promettons que vous

مقياس إستراتيجيات المواجهة للوضعية الضاغطة

Coping Inventory of stressful situations  
N.S Endler & J.D.A Parker  
«CISS» 1998

#### التعليمة العامة:

قد يحصل لك على الأرجح أن تقع في تجارب لوضعية تكون شخصيا فيها جد محرجا، حيث المخرج منها يعتبر مهما بالنسبة لك، هي وضعية ترو بأنها ضاغطة (حادث أو وضعية تضعك في صعوبات و ترتبك و تتطلب منك جهدا كبيرا من أجل تجوزها).

يوجد عدد كبير من الأساليب لمواجهة هذه الوضعية الضاغطة، المطلوب منك أن تشير إلى ما تفعله و/أو تشعر به عادة عندما تكون لديك صعوبات و تعيش أحداثا أو وضعية صعبة و فترات ضغط حاد.

أجب على كل واحد من الأساليب التالية بوضع دائرة حول الإجابة التي تتناسب مع أسلوب استجابتك الاعتيادي.  
طريقة الجواب عبارة عن سلك متدرج من الدرجة 1= أبدا إلى 5= كثيرا مرورا بإجابة وسيطة (2، 3، 4) التي تسمح لك بتدقيق إجابتك.

#### La consigne générale :

Il vous arrive probablement de faire l'expérience de situation dans lesquelles vous être personnellement très impliqué(e) , dont l'issue est importante pour vous, **et que vous estimez stressantes** (événement ou situation qui vous met en difficulté, qui vous déstabilise, qui vous demande un effort important pour le/la surmonter).

Il existe un grand nombre de manières d'affronter ces situations stressantes ou de s'y ajuster : il vous est demandé d'indiquer **ce que vous faites et/ ou ressentez habituellement** quand vous avez des soucis, que vous vivez des événements ou des situations difficiles, des périodes de stress important.

Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à **votre mode de réaction habituel**.

Le mode de réponse est une échelle qui va de **1= pas du tout** à **5=beaucoup**, en passant par les réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:				
كثيراً	أبداً			
Beaucoup	Pas de tout			
5 4 3	2	1		
Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :				
5	4	3	2	1
1 أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.				
5	4	3	2	1
2 أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.				
5	4	3	2	1
3 أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتتها. Repenser à de bons moments que j'ai connus.				
5	4	3	2	1
4 أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.				
5	4	3	2	1
5 ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.				
5	4	3	2	1
6 أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.				
5	4	3	2	1
7 أرتبك (أنزعج) بشأن مشاكلي. Me tracasser à propos de mes problèmes.				
5	4	3	2	1
8 ألوم (اعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.				
5	4	3	2	1
9 أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».				
5	4	3	2	1
10 أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.				
5	4	3	2	1
11 أحاول النوم. Essayer de dormir.				
5	4	3	2	1
12 أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.				
5	4	3	2	1
13 أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.				
5	4	3	2	1
14 أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).				
5	4	3	2	1
15 أفكر في الطريقة التي حللت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.				
5	4	3	2	1
16 أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.				

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:						
كثيراً	Beaucoup		أبداً			
5	4	3	2	1		
Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :						
5	4	3	2	1	17	ألوم نفسي على أنني جد حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الوضعية. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.
5	4	3	2	1	18	أذهب إلى مطعم أو أكل شيئاً. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.
5	4	3	2	1	19	أصبح أكثر إستياءً (إغتياضاً) Etre de plus en plus contrarié(e).
5	4	3	2	1	20	أشتري لي شيئاً. M'acheter quelque chose.
5	4	3	2	1	21	أحدد خطة عمل و أتبعها. Déterminer une ligne d'action et la suivre.
5	4	3	2	1	22	ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.
5	4	3	2	1	23	أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.
5	4	3	2	1	24	أبذل جهداً لتحليل الوضعية. M'efforcer d'analyser la situation.
5	4	3	2	1	25	أعجز عن التفكير و لا أعرف ما ذا أفعل. Me bloquer et ne plus savoir faire.
5	4	3	2	1	26	أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.
5	4	3	2	1	27	أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.
5	4	3	2	1	28	أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.
5	4	3	2	1	29	أقوم بزيارة لصديق (ة). Rendre visite à un(e) amis(e).
5	4	3	2	1	30	أرتبك (أترعج) بشأن ما سأفعل. Me tracasser à propos de ce que je vais faire
5	4	3	2	1	31	أقضي وقتاً مع شخص حميم. Passer un moment avec une personne (intime).
5	4	3	2	1	32	أذهب للتنزه. Aller me promener

					في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:	
كثيراً		أبداً				
Beaucoup		Pas de tout				
5	4	3	2	1		
					<b>Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :</b>	
5	4	3	2	1	33	أقول لي نفسي أنّ هذا لن يتكرر أبداً. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.
5	4	3	2	1	34	أسترجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.
5	4	3	2	1	35	أتحدث لشخص أقدر نصائح. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.
5	4	3	2	1	36	أحلل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.
5	4	3	2	1	37	أهاتف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).
5	4	3	2	1	38	أغضب. Me m'être en colère.
5	4	3	2	1	39	أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.
5	4	3	2	1	40	أشاهد فيلماً. Voir un film.
5	4	3	2	1	41	أخذ بزمام أمور الوضعية. Prendre le contrôle de la situation.
5	4	3	2	1	42	أبذل جهداً إضافياً حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».
5	4	3	2	1	43	أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.
5	4	3	2	1	44	أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الوضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.
5	4	3	2	1	45	ألوم أشخاصاً آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.
5	4	3	2	1	46	أستغل الوضعية لإثبات ما أنا قادرٌ على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.
5	4	3	2	1	47	أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الوضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.
5	4	3	2	1	48	أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.

## Fiche de dépouillement

### **Tache :**

N°Question	1	2	6	10	15	21	24	26	27	36	39	41	42	43	46	47	Total
NT																	

### **Emotion :**

N°Question	5	7	8	13	14	16	17	19	22	25	28	30	33	34	38	45	Total
NT																	

### **Evitement :**

N°Question	3	4	9	11	12	18	20	23	29	31	32	35	37	40	44	48	Total
NT																	

### **Distraction :**

N° Question	9	11	12	18	20	40	44	48	Total
NT									

### **Diversion sociale :**

N° Question	4	29	31	35	37	Total
NT						

الملاحق

Norman S. Endler, ph. D, F.R.S.C et James D.A parker. M.A						ورقة تصحيح CISS				
..... التاريخ:.....						..... الجنس:.....		..... العمر:.....		..... الاسم:.....
1						5	4	3	2	1
2						5	4	3	2	1
3						5	4	3	2	1
4						5	4	3	2	1
5						5	4	3	2	1
6						5	4	3	2	1
7						5	4	3	2	1
8						5	4	3	2	1
9						5	4	3	2	1
10						5	4	3	2	1
11						5	4	3	2	1
12						5	4	3	2	1
13						5	4	3	2	1
14						5	4	3	2	1
15						5	4	3	2	1
16						5	4	3	2	1
17						5	4	3	2	1
18						5	4	3	2	1
19						5	4	3	2	1
20						5	4	3	2	1
21						5	4	3	2	1
22						5	4	3	2	1
23						5	4	3	2	1
24						5	4	3	2	1
25						5	4	3	2	1
26						5	4	3	2	1
27						5	4	3	2	1
28						5	4	3	2	1
29						5	4	3	2	1
30						5	4	3	2	1
31						5	4	3	2	1
32						5	4	3	2	1
33						5	4	3	2	1
34						5	4	3	2	1
35						5	4	3	2	1
36						5	4	3	2	1
37						5	4	3	2	1
38						5	4	3	2	1
39						5	4	3	2	1
40						5	4	3	2	1
41						5	4	3	2	1
42						5	4	3	2	1
43						5	4	3	2	1
44						5	4	3	2	1
45						5	4	3	2	1
46						5	4	3	2	1
47						5	4	3	2	1
48						5	4	3	2	1
	المجموع	المهمة	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي				

FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNE GÉNÉRALE »

Norman S. Endler, Ph.D., F.R.S.C. et James D.A. Parker, M.A.

Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

%tile	Note T	Tâche		Emotion		Evitement		Distraction		Diversion Sociale		Note T	%tile
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
99	89											89	99
99	88											88	99
99	87											87	99
99	86											86	99
99	85											85	99
99	84											84	99
99	83											83	99
99	82											82	99
99	81											81	99
99	80											80	99
99	79											79	99
99	78											78	99
99	77											77	99
99	76											76	99
99	75											75	99
99	74											74	99
99	73											73	99
99	72											72	99
99	71											71	99
98	70											70	98
97	69											69	97
96	68											68	96
96	67											67	96
95	66											66	95
93	65											65	93
92	64											64	92
90	63											63	90
89	62											62	89
86	61											61	86
84	60											60	84
82	59											59	82
79	58											58	79
76	57											57	76
73	56											56	73
69	55											55	69
66	54											54	66
62	53											53	62
58	52											52	58
54	51											51	54
50	50											50	50
46	49											49	46
42	48											48	42
39	47											47	39
35	46											46	35
31	45											45	31
27	44											44	27
24	43											43	24
21	42											42	21
18	41											41	18
16	40											40	16
14	39											39	14
12	38											38	12
10	37											37	10
8	36											36	8
7	35											35	7
6	34											34	6
5	33											33	5
4	32											32	4
3	31											31	3
2	30											30	2
2	29											29	2
2	28											28	2
2	27											27	2
2	26											26	2
2	25											25	2
2	24											24	2
2	23											23	2
2	22											22	2
2	21											21	2
2	20											20	2
2	19											19	2
2	18											18	2
2	17											17	2
2	16											16	2
2	15											15	2
2	14											14	2
2	13											13	2
2	12											12	2
2	11											11	2
2	10											10	2
2	9											9	2
2	8											8	2
2	7											7	2
2	6											6	2
2	5											5	2
2	4											4	2



Copyright © 1990 by Multi-Health Systems, Inc. International copyright in all countries under the Berne Union, Bilateral, and Universal Copyright Conventions. Not to be translated or reproduced in whole or in part, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, photocopying, mechanical, electronic, recording or otherwise, without prior permission in writing from Multi-Health Systems, Inc. All property rights reserved by Multi-Health Systems Inc., 65 Overlea Blvd., Suite 210, Toronto, Ontario, Canada, M4H

## *Les stratégies de coping chez les mères d'enfants IMC ayant un stress*

### RESUME

Notre recherche aborde la question du «les stratégies de coping chez les mamans d'enfant IMC ayant un stress ».

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

Afin de réaliser cette recherche, nous avons choisis comme terrain d'étude le centre psychopédagogique pour inadaptes mentales, de souk el-Tenine, dans le quel nous avons opté pour l'étude de cas, nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles : celle de stress de Cohen et Williamson, et celle de coping d'Endler et Parker.

L'analyse des résultats indique qu'il n'y a pas une relation étroite entre le stress et les stratégies de coping, et ces dernières ne sont pas spécifiques chez notre groupe de recherche.

**Mots clés :** Infirmité motrice cérébrale, le stress, les stratégies de coping, l'échelle de stress perçu, l'échelle de coping CISS.

## *The relationship between stress and coping strategies in moms with a BMI child*

### ABSTRACT

Our research addresses the issue of "the relationship between stress and coping strategies in moms with a BMI child."

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

In order to carry out this research, we have chosen as a field of study the psychoeducational center for the mentally unsuited, of souk el-Tenine, in which we have opted for the case study, we have used the semi clinical interview -directive and the two scales: that of stress of Cohen and Williamson, and that of coping of Endler and Parker.

The analysis of the results indicates that there is not a close relationship between stress and coping strategies, and these are not specific to our research group.

**Key words:** cerebral palsy, stress, coping strategies, perceived stress scale, CISS coping scale.