



RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET ORTHOPHONIE

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Thème

La manifestation de l'anxiété chez les mamans ayant des enfants trisomiques

Etude de 06 cas réalisée au sien du centre psychopédagogique des handicapés mentaux.

Réalisé par :

- Lamriben Fatma Zahra
- Kasraoui Akila

Encadré par :

Mr. MELIANI Mouloud

Soutenu le : .../.../...

Année universitaire 2024-2025

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui nous ont accompagnées et soutenues tout au long de l'élaboration.

Nous remercions tout d'abord notre encadrant monsieur MELIANI MOULOUD pour sa disponibilité, ses conseils avisés, son écoute et son accompagnement bienveillant qui ont été précieux à chaque étape de ce travail.

Nous adressons également notre gratitude au centre psychopédagogique des handicapés mentaux Ihaddaden de Bejaïa pour leur accueil et leur collaboration précieuse, un grand merci aux mères qui ont accepté de partager leur vécu dans le cadre de cette étude. Leur courage et leur confiance nous ont profondément touché et ont donné tout son sens à ce travail.

Un grand merci à nos familles et à nos proches pour leur soutien moral, leur patience et leurs encouragements tout au long de ce parcours parfois exigeant.

Enfin, nous souhaitons remercier chaleureusement l'une l'autre, ce travail en binôme a été une aventure riche en apprentissage, en entraide et en partage, et nous sommes fiers du chemin parcouru ensemble.

Merci à toutes et à tous.

Dédicace

Avant toute chose, je rends grâce à Dieu qui m'a donné la force, la patience et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce travail.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à mon encadreur pour son accompagnement bienveillant, ses conseils précieux et sa disponibilité tout au long de ce mémoire.

Je dédie les mamans qui ont accepté de participer à notre enquête. Je souhaite adresser un remerciement tout particulier à mon mari pour son soutien inconditionnel, sa patience et sa présence rassurante à mes côtés, son appui m'a été indispensable pour concilier vie familiale et engagement universitaires.

Je dédie également du fond du cœur mes chers parents, mes sœurs (Kenza, Siham, Nora, Dalia) et mon frère Abd elhalim pour leur amour, leur prière, leur encouragement sans faille et leur soutien inestimable tout au long de ma vie.

Enfin, je dédie ce mémoire à mon fils AMAYAS, mon trésor récemment venu au monde. Sa simple présence m'a donné la force de continuer et de persévérer. Il est, sans le savoir, ma plus grande source d'amour, de motivation et d'espoir.

Akila

Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans le soutien et l'aide précieuse de nombreuses personnes que je tiens à remercier chaleureusement.

Je dédie tout d'abord mon encadreur pour son accompagnement rigoureux, et ses conseils éclairés.

Je dédie également l'ensemble du corps enseignant qui a su nous transmettre son savoir avec passion tout au long de notre formation.

Un grand dédicace pour les mamans qui ont accepté de partager leur vécu dans le cadre de cette étude.

Enfin, je n'oublie pas ma famille et mes amis pour leur soutien et leur encouragement continu tout au long de ce parcours.

Fatma Zahra

Résumé :

La naissance d'un enfant atteint de trisomie 21 constitue un bouleversement émotionnel, psychologique et social majeur pour les parents, en particulier pour les mères, qui sont le plus souvent en première ligne dans les soins quotidiens. Ces enfants présentent des besoins spécifiques en termes de santé, d'éducation et d'accompagnement, ce qui peut exposer les mères à des niveaux élevés de stress et d'anxiété. Si les recherches antérieures se sont largement concentrées sur les aspects médicaux et éducatifs du syndrome de down, les dimensions émotionnelles du vécu maternel restent peu explorées dans la littérature scientifique, notamment en contexte algérien.

Ce travail vise à étudier les manifestations de l'anxiété chez les mères d'enfants porteurs de trisomie 21 à travers une approche clinique qualitative. L'objectif est d'identifier les facteurs qui influencent l'anxiété maternelle (âge de l'enfant, sévérité du handicap, soutien familial et financiers...), de comprendre ses répercussions sur la relation mère-enfant, et d'examiner les stratégies d'adaptation mises en place. L'étude repose sur six études de cas, menées auprès de mères fréquentant le Centre psychologique des handicaps mentaux d'Iheddaden (Bejaïa), en utilisant des entretiens semi-directifs et l'échelle d'anxiété de Hamilton comme outils d'investigation.

Les résultats mettent en évidence un niveau d'anxiété significativement élevé chez ces mères avec des manifestations psychiques (ruminations, inquiétude constante), comportementales (hypervigilance, évitement), et somatique (troubles du sommeil, tension musculaire).

Plusieurs facteurs aggravants ont été identifiés, notamment le manque de soutien familial et institutionnel, la culpabilité ainsi que la peur liée à l'avenir de l'enfant. En revanche, certaines ressources de résilience ont également été observées comme le soutien du conjoint, la foi religieuse ou l'appartenance à des groupes de parents.

La conclusion souligne la nécessité de développer des dispositifs d'accompagnement psychologique ciblés pour les mères, intégrant à la fois une prise en charge de l'anxiété et un soutien dans l'acceptation du handicap. Cette recherche plaide pour une approche globale du soin, prenant en compte non seulement l'enfant porteur de handicap mais aussi le bien-être psychique de sa mère, acteur central de son développement.

Abstract :

The birth of a child with Down syndrome (trisomy 21) represents a profound emotional, psychological, and social upheaval for parents, especially mothers, who are typically the primary caregivers. These children have specific needs in terms of health, education, and support, which can expose mothers to high levels of stress and anxiety. While previous research has focused largely on the medical and educational aspects of Down syndrome, the emotional and psychological experiences of mothers remain underexplored, particularly in the Algerian context.

This study aims to investigate the manifestations of anxiety in mothers of children with Down syndrome through a qualitative clinical approach. The main objective is to identify factors influencing maternal anxiety (such as the child's age, severity of disability, family and financial support), assess the consequences on the mother-child relationship, and examine coping strategies adopted by these mothers. The research is based on six case studies conducted with mothers attending the Psychopedagogical Center for Mental Disabilities in Iheddaden (Bejaïa), using semi-structured interviews and the Hamilton Anxiety Rating Scale as primary assessment tools.

The findings reveal significantly high levels of anxiety among the participating mothers, expressed through psychological symptoms (ruminations, constant worry), behavioral patterns (hypervigilance, avoidance), and somatic complaints (sleep disturbances, muscle tension). Several aggravating factors were identified, including lack of familial and institutional support, feelings of guilt, and uncertainty about the child's future. Conversely, certain resilience resources emerged, such as spousal support, religious faith, and involvement in parent support groups.

The study highlights the urgent need to implement psychological support systems specifically tailored to these mothers, integrating both anxiety management and support in the acceptance of the child's disability. It calls for a holistic approach to care that considers not only the child with special needs but also the psychological well-being of the mother, who plays a central role in the child's development.

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Représentatif de notre groupe d'étude et leurs caractéristiques.	39
Tableau N°2	Comparatif des scores totaux à l'échelle d'anxiété de Hamilton	61

Liste des Annexes

Annexe	Titre
Annexe 1	Guide d'entretien
Annexe 2	Échelle d'anxiété de Hamilton

Sommaire

Introduction	6
1. Problématique	8
2. Hypothèses	9
3. Raisons du choix du thème	9
4. Objectifs de l'étude	9
5. Opérationnalisation des concepts clés	10

Chapitre I : Anxiété

Préambule	12
1. Définition de l'anxiété	12
2. Distinction entre anxiété et peur	12
3. De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique	13
4. Les modèles théoriques de l'anxiété	13
5. Les modèles cognitifs-comportementaux	14
6. Les facteurs de l'anxiété	15
7. Les types d'anxiété	17
8. Les symptômes de l'anxiété	19
9. Impact psychologique de l'arrivée d'un enfant trisomique sur sa mère	19
10. Prise en charge de l'anxiété	20
Synthèse	23

Chapitre II : La trisomie 21

Préambule	25
1. Origines et premières descriptions	25
2. Définition des concepts	26
3. Caractéristiques cliniques	27
4. Étiologie de la trisomie 21	29
5. Les formes cliniques de la trisomie 21	30
6. Développement cognitif, moteur et affectif	30
7. Diagnostic clinique de la trisomie 21	32
8. La prise en charge	33
Synthèse	36

Chapitre III : Méthodologie de recherche

Préambule	38
1. Lieu de la recherche	38
2. Pré-enquête	38
3. Méthode de recherche	39
4. Groupe d'étude	39
5. Outils de la recherche	40
Synthèse	44

Chapitre IV : Présentation des cas, résultats et discussion

Préambule	46
1. Présentation des cas et résultats	46
2. Discussion des hypothèses	61
Synthèse	62
Conclusion	63

Références bibliographiques

Annexes

- Introduction :

La naissance d'un enfant trisomique peut être un événement profondément marquant pour les parents, en particulier pour les mères. Les défis liés à l'éducation d'un enfant trisomique peuvent être importants et les mères sont souvent aux avant-postes de ces défis. En effet, les enfants trisomiques présentent souvent des besoins spécifiques en matière d'éducation, de santé et de développement qui peuvent nécessiter une attention et des ressources supplémentaires (Guralnick, 2000).

La trisomie 21 n'est pas une maladie, c'est un état, un ensemble d'altérations causées dans le développement physique et mental du sujet par un chromosome en trop (Roizen et Patterson, 2003). Cet état appelé aussi syndrome a pour conséquence de limiter le potentiel de la personne qui le présente (Lacombe et Brun, 2008, p.13).

Quant à l'anxiété elle peut être décrite comme un état émotionnel caractérisé par de l'anticipation, de la nervosité et de l'inquiétude par rapport à l'avenir (Lazarus et Folkman, 1984). L'anxiété est une émotion courante chez les mères d'enfants trisomiques, (Olsson et Hwang, 2001) qui peuvent se sentir submergées par les responsabilités liées à l'éducation de leur enfant ainsi que par les incertitudes liées à son avenir. Les mères peuvent également ressentir de l'anxiété en raison de la stigmatisation et de la discrimination dont leur enfant peut être victime ainsi que de la peur de ne pas être en mesure de fournir les ressources et le soutien nécessaires à leurs enfants (Pelchat, Lefebvre & Perreault, 2003).

Malgré la prévalence importante de l'anxiété chez les mères d'enfants trisomiques, il existe peu de recherches sur cette question. Les études existantes se sont principalement concentrées sur les aspects médicaux et éducatifs de la trisomie laissant de côté les aspects émotionnels et psychologiques de l'expérience des mères.

Cette étude vise à combler cette lacune en explorant les manifestations de l'anxiété chez les mères d'enfants trisomiques. Nous nous proposons d'examiner les facteurs qui influencent l'anxiété chez elles tels que la gravité de la trisomie, l'âge de l'enfant, le niveau d'éducation et de revenu des parents ainsi que les ressources et le soutien disponibles.

Nous nous proposons également d'examiner les conséquences de l'anxiété sur la qualité de vie des mères et sur leur relation avec leur enfant. En effet, l'anxiété peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale et physique des mères ainsi que sur leur capacité à fournir un environnement stable pour leurs enfants. Les résultats de cette étude pourront

contribuer à améliorer notre compréhension des besoins des mères d'enfants trisomiques et à développer des interventions efficaces pour les soutenir, ils pourront également contribuer à sensibiliser les professionnels de la santé et de l'éducation à leurs besoins spécifiques et à promouvoir des pratiques plus inclusives.

Ce travail se présente sous plusieurs chapitres répartis en partie théorique et partie pratique. On a entamé notre étude par une introduction, un cadre général de la problématique qui comporte une problématique, hypothèses, raison et objectifs de la recherche et définition des concepts clés et leur opérationnalisation. La partie théorique comporte deux chapitres, dans le premier chapitre nous avons bien défini le concept de l'anxiété en détaillant ses types et ses symptômes ainsi que les différents facteurs qui l'influencent. Nous avons aussi exploré l'impact psychologique de l'arrivée d'un enfant arriéré sur sa mère avant d'aborder les stratégies de la prise en charge disponibles.

Quant au deuxième chapitre nous avons abordé la trisomie en examinant son évolution historique, sa définition et ses caractéristiques biologiques. Et nous avons aussi exploré son étiologie et ses formes les plus connues, d'une autre part nous avons analysé le développement cognitif, moteur et affectif de l'enfant trisomique ainsi que les méthodes de diagnostic existantes avant d'aborder ensuite la prise en charge.

Concernant La partie pratique, elle contient aussi deux chapitres, le premier présente la méthode utilisée, le choix d'échantillon, les outils de recherche ainsi que le terrain de recherche et le deuxième chapitre aborde la présentation et l'analyse des résultats des six cas étudiés et puis discussion des hypothèses.

I. Problématique

La naissance d'un enfant atteint de trisomie 21 représente un bouleversement profond pour les parents, et plus particulièrement pour les mères, qui assument généralement la majeure partie des soins et de l'éducation. L'annonce du diagnostic constitue souvent une épreuve difficile, marquée par un choc émotionnel et une remise en question des attentes et des projets parentaux (Caplan, & Hall, 2009). À travers les différentes étapes du développement de l'enfant, ces mères sont confrontées à de nombreuses difficultés, qu'elles soient d'ordre médical, éducatif, social ou émotionnel. Comme l'affirme M. Cuilleret : « être parent d'enfant, de personne atteinte de trisomie est d'une extrême difficulté » (2007, p. 80). Cette affirmation met en lumière les nombreux défis auxquels ces parents doivent faire face au quotidien, entre la prise en charge médicale, les ajustements éducatifs et les préoccupations liées à l'insertion sociale de leur enfant.

L'anxiété des mères d'enfants trisomiques s'exprime à travers divers aspects de leur quotidien. Sur le plan émotionnel, elles peuvent ressentir une peur excessive face à l'avenir incertain de leur enfant, s'inquiétant notamment de son autonomie future et de sa prise en charge lorsqu'elles ne seront plus présentes. Cette anxiété peut également être alimentée par le regard de la société, souvent empreint de stigmatisation ou de méconnaissance de la trisomie 21, ce qui peut renforcer un sentiment d'isolement (Pelchat, Lefebvre & Perreault, 2003). De nombreuses mères se sentent ainsi incomprises par leur entourage ou perçoivent un manque de soutien, que ce soit de la part de la famille, des institutions ou du personnel médical. Cette solitude émotionnelle peut alors conduire à un épuisement psychologique caractérisé par une fatigue chronique, une irritabilité accrue et parfois même des épisodes dépressifs.

Sur le plan physiologique l'anxiété peut se manifester par des troubles du sommeil, des maux de tête fréquents, des tensions musculaires ou encore des troubles digestifs (American Psychiatric Association, 2022). La charge mentale liée à la gestion des rendez-vous médicaux, aux démarches administratives et à l'organisation quotidienne peut également engendrer un stress chronique affectant la qualité de vie de ces mères (Olsson & Hwang, 2001).

Certaines développent une hypervigilance excessive vis-à-vis de leur enfant anticipant en permanence d'éventuels dangers ou difficultés, ce qui renforce leur niveau d'anxiété et leur empêche parfois de prendre du recul (Hastings & Brown, 2002).

Par ailleurs, l'équilibre entre la vie personnelle et le rôle maternel est souvent mis à rude épreuve. Beaucoup de mères d'enfants atteints de trisomie 21 mettent de côté leurs propres besoins et aspirations, focalisant toute leur énergie sur leur enfant, ce qui peut conduire à une forme de sacrifice personnel et à une perte de repères identitaires R.Scelles (2010). Le manque de temps pour soi, combiné à un sentiment de culpabilité lorsqu'elles envisagent de prendre du repos ou de déléguer certaines responsabilités, contribue à entretenir leur anxiété.

Dans cette perspective il apparaît essentiel de mieux comprendre les manifestations de cette anxiété afin d'apporter un accompagnement adapté à ces mères et de leur offrir des ressources leur permettant de mieux gérer leur stress.

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

Comment l'anxiété se manifeste-t-elle chez les mamans d'enfants atteints de trisomie 21 ?
Et quelle est leur niveau d'anxiété par rapport à la moyenne ?

1- Hypothèses :

Les mères d'enfants trisomiques 21 montrent des niveaux d'anxiété plus élevés que la moyenne.

2- Raisons du choix du thème :

- Manque d'étude réalisé sur le sujet.
- Recueillir des informations sur le thème.
- Comprendre comment l'anxiété se manifeste chez les mamans ayant un enfant trisomique et ce qui l'influence.
- Vous apportez notre expérience avec les mères d'enfants trisomique.

3- Objectifs de la recherche :

- Acquérir des connaissances sur l'anxiété et la trisomie 21 d'une manière générale et pour savoir à quel point la trisomie 21 peut influencer sur la famille et sur la mère en particulier.
- Étudier l'impact de cette anxiété sur leur quotidien et leur relation avec leur enfant.
- Décrire les émotions et les réactions les plus courantes liées à l'anxiété chez ces mamans.

- Observez les différentes façons dont elles essaient de gérer leur stress (anxiété).

4- Opérationnalisation des concepts clés :

1.1 Anxiété :

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

L'anxiété dans notre étude correspond aux scores obtenus dans l'échelle de l'anxiété de Hamilton par les six cas de mères d'enfants trisomiques examinées et à l'ensemble de leurs réponses à l'entretien clinique, susceptibles d'en indiquer la présence.

1.2 Trisomie 21 :

La trisomie 21 est le syndrome génétique autosomique le plus fréquent déterminant un degré important de handicap cognitif, consécutive à une particularité du génome (Adolphe, 2019, p.19).

- ✓ Caractéristiques morphologiques ; un visage rond avec des fentes palpébrales obliques, un pont nasal aplati et des oreilles petites et basses, des mains courtes, souvent la bouche est petite et une langue grosse.
- ✓ Retard mental

La trisomie 21 dans notre étude correspond aux enfants trisomiques qu'on a sélectionnés pour évaluer le niveau d'anxiété de leurs mères lié à leur cas en utilisant des outils de mesures destinés à cet effet.

Chapitre I : Anxiété

Preamble

1-Définition de l'anxiété

2-Distinction entre anxiété et peur

3-De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique

4-Les modèles théoriques de l'anxiété

5-Les modèles cognitive-comportemental de l'anxiété

6- Les Facteurs de l'anxiété

7- Les types d'anxiété

8- Les symptômes de l'anxiété

9- Impact psychologique de l'arrivée d'un enfant trisomique sur sa mère

10- Prise en charge de l'anxiété

Synthèse

- Préambule :

L'anxiété est une réponse naturelle du corps face au stress mais lorsqu'elle devient excessive ou persistante elle peut altérer significativement la qualité de vie.

Elle se manifeste par divers symptômes tant physiques que psychologiques et peut être influencé par de nombreux facteurs, qu'ils soient biologiques, environnementaux ou émotionnels. Comprendre ses mécanismes, ses déclencheurs et ses effets est essentiel pour mieux l'appréhender et la prendre en charge.

Ce chapitre explore donc l'anxiété sous ses différentes formes en détaillant ses manifestations, ses causes potentielles ainsi que les méthodes de prise en charge permettant d'en atténuer les effets et d'améliorer le bien-être des personnes concernées.

1- Définition de l'anxiété :

L'anxiété peut être décrite comme un état émotionnel caractérisé par de l'anticipation, de la nervosité et de l'inquiétude par rapport à l'avenir. (Leonardo, 2023, p.10).

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

L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité à rester en place. (Palazzolo, 2007, p.61).

2- Distinction entre anxiété et peur :

L'anxiété est considérée comme étant distincte des émotions telles que la peur et la panique, lesquelles sont fonctionnellement associées à la confrontation présente et immédiate avec le danger et non simplement à la détection, à l'anticipation. À l'inverse de l'anxiété la peur est conçue comme une activité caractérisée par une augmentation de l'arousal du système autonome et associée à une tendance de fuite, d'évitement actif ou d'agression défensive (Graziani, 2003, p.13).

La peur est une émotion, c'est-à-dire une réponse rapide et potentiellement brève de notre état psychologique et physiologique qui accompagne la prise de conscience d'un danger ou d'une menace objective, perçus par chacun. La peur est une réponse émotionnelle à un

danger imminent, réel ou perçu tandis que l'anxiété est l'anticipation d'un danger potentiel. La peur est plus souvent associée à des manifestations physiques nécessaires pour des réponses de combat ou de fuite, fight or flight, et des pensées centrées sur le danger immédiat, alors que l'anxiété est plus souvent associée à une tension musculaire et à une hyper vigilance en préparation de danger à venir, ainsi que des comportements prudents, voire d'évitement (Lebeau, 2018, p.185-200).

3- De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique :

Nous avons vu que l'anxiété fait partie de la perception d'une situation comme stressante, elle influence même les processus d'attribution de sens et de signification à l'expérience en introduisant des biais perceptifs et de traitement de l'information.

L'anxiété devient génératrice de stress : l'hyper- vigilance et l'anticipation du danger mettent le sujet en constante alerte (éveil physiologique et psychologique) à la recherche de la présence d'hypothétiques stressseurs. Le stress s'accompagne d'anxiété et un sujet anxieux repère plus facilement les stressseurs.

Dans de nombreux articles scientifiques les mots stress et anxiété se superposent, les situations anxiogènes de viennent presque une sous-catégorie des situations stressantes. Si dans le stress le sujet se sent dépassé par la confrontation avec l'environnement alors la présence de l'anxiété signale la mise en danger du sentiment de contrôle du sujet (Graziani, 2003, p.34).

4- Les modèles théoriques de l'anxiété :

✓ Théorie biologique :

L'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines est établie depuis 1977. Leur découverte laisse sous-entendre la possible existence de substances produites par l'organisme et qui viendraient s'y fixer, régulant ainsi l'état d'anxiété de chaque individu. On sait par ailleurs que certaines substances telles que la caféine, la cholécystokinine, le lactate de sodium, sont susceptibles d'induire des phénomènes anxieux, et notamment des attaques de panique (Guy, 2005, p.45).

✓ La théorie psychanalytique :

Freud a élaboré deux théories de l'angoisse ;

La première théorie (1895), est une théorie économique. Dont l'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du surmoi). Soit par insatisfaction (privation, frustration). La deuxième théorie (1926), il définit l'angoisse comme fonction biologique générique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le moi et provoque le refoulement du conflit.

Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, par contre dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement. Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées comme a pu le montrer Laplanche.

Après Freud de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions, J. Bowlby a montré que lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère Il développe successivement trois types de réactions : protestation, désespoir et détachement. Ultérieurement à M. Klein a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de Bowlby, la crise anxieuse correspondant à une protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente (Plazollo, 2007, pp. 64-65).

5- Les modèles cognitive-comportemental de l'anxiété :

✓ La théorie cognitive :

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

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

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

Il y aurait ainsi l'acquisition d'une vulnérabilité psychologique avec, peu à peu, au gré des événements de vie négatifs, des réactions émotionnelles de plus en plus autonomes et de

moins adaptées, de plus en plus intenses, Susceptibles de déclencher une alarme neurobiologique à la moindre stimulation extérieure.

Les stratégies d'ajustement au stress s'épuisent face à ces contraintes. Les patients finissent par perdre le sentiment de contrôle sur les circonstances et sur leurs propres aptitudes à réagir. Cette faible efficacité personnelle perçue et cette attribution externe signent la faillite des capacités d'adaptation, laissant place à des schémas de danger permanent (Plazollo, 2007, pp. 64-).

✓ **La théorie comportementale :**

La théorie comportementale est relativement succincte. Comme les autres émotions, l'anxiété résulte d'un apprentissage par des conditionnements plus ou moins précoces (Guy, 2005, p.46).

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

6- Les Facteurs de l'anxiété :

L'anxiété est un phénomène résultant d'une interaction complexe de facteurs biologiques, génétiques et environnementaux. Comprendre ces influences est essentiel pour développer des stratégies de gestion et de Traitement plus efficaces afin de traiter l'anxiété de manière holistique. Approfondissons notre compréhension de chacun de ces facteurs fondamentaux.

✓ **Facteurs biologiques :**

L'anxiété a une base biologique solide, le cerveau étant l'épicentre du traitement de cette émotion. Les neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline et le GABA jouent des rôles cruciaux. La sérotonine, par exemple, est liée à la régulation de l'humeur et des

émotions. Le déséquilibre de ces neurotransmetteurs peut entraîner une réponse anxieuse disproportionnée, caractéristique des troubles anxieux.

L'hormone cortisol libérée en réponse au stress joue un rôle significatif dans le développement des troubles anxieux. Des niveaux chroniquement élevés de cortisol peuvent affecter la santé mentale, en augmentant la sensibilité au stress et la probabilité de ressentir de l'anxiété.

✓ **Facteurs génétiques :**

L'anxiété, comme de nombreux aspects de notre santé, est étroitement liée à notre génétique. Des études révèlent que l'anxiété a une base génétique significative. La prédisposition aux troubles anxieux peut être héritée génétiquement, portant en elle un héritage qui influence la vulnérabilité individuelle. Certains gènes jouent un rôle crucial dans ce processus, façonnant la façon dont notre cerveau fonctionne et régule nos émotions.

Un antécédent familial de troubles anxieux peut donc augmenter la probabilité que quelqu'un développe de l'anxiété. Des gènes spécifiques impliqués dans la régulation des neurotransmetteurs, la réponse au stress et la régulation émotionnelle peuvent être transmis de génération en génération. Ces gènes façonnent notre réactivité aux situations de stress et aux défis « émotionnels, influençant directement notre susceptibilité à l'anxiété.

✓ **Facteurs environnementaux :**

L'anxiété n'est pas seulement une histoire écrite dans les gènes, c'est un récit complexe et multifacette qui prend également en compte l'environnement qui nous entoure. Nos expériences et nos expositions environnementales jouent un rôle fondamental dans la façon dont nous façonnons l'anxiété que nous ressentons.

Être exposé à des situations de haute pression, à des environnements toxiques ou à des événements traumatiques peut servir de déclencheur pour l'anxiété. L'impact de l'environnement ne peut être sous-estimé, car des expériences telles que des traumatismes, des abus, une instabilité familiale, de violence ou même des catastrophes naturelles peuvent avoir des effets profonds et durables sur notre santé mentale.

Ainsi l'anxiété est une interaction complexe entre notre prédisposition génétique et les expériences que nous vivons. C'est comme une danse délicate entre nos gènes et le monde qui nous entoure, une danse qui façonne l'expérience unique de l'anxiété pour chaque

personne. Comprendre cette Interconnexion nous aide à aborder l'anxiété de manière plus holistique et efficace (Leonardo, 2023, p.26-28).

7- Les types d'anxiété :

Il représente plusieurs troubles, on distingue :

➤ ***Une attaque de panique :***

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

➤ ***L'agoraphobie :***

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

➤ ***Le trouble panique sans agoraphobie :***

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

➤ ***Le trouble panique avec agoraphobie :***

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

➤ ***L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique :***

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

➤ ***La phobie sociale :***

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

➤ ***La phobie spécifique :***

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

➤ ***Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) :***

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

➤ ***L'état des stress post-traumatique :***

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

➤ ***L'état des stress aigu :***

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

➤ ***L'anxiété généralisée :***

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

➤ ***Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale :***

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

➤ ***Le trouble anxieux induit par une substance :***

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

➤ *Le trouble anxieux non spécifique :*

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

(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2005, pp. 462-52)

8- Les symptômes de l'anxiété :

a. Les symptômes psycho- comportement :

- L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise de tension interne.
- Les pensées l'anxieuse sont généralement centrées vers l'avenir.
- Lors de certains états anxieux aigus le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ ou déréalisations (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).
- Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée à un certain seuil d'intensité anxieuse.
- L'inhibition anxieuse est aussi comportementale.

b. Les symptômes somatiques :

- Sur le plan cardiovasculaire : Tachycardie. T. mineur du rythme cardiaque, douleur précordiales modifications labiles de la tension artérielle.
- Sur le plan respiratoire : Les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses et étouffement.
- Sur le plan neuromusculaire : Tension musculaire quelques fois douloureuse, Tremblement, bourdonnement d'oreilles.
- Sur le plan digestif : Sensation de boule dans la gorge, qui peut gêner l'alimentation, diarrhée.
- Sur le plan vasomoteur : hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrices.

(Palazzolo, 2007, p.62)

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

Cet enfant est différent, cette réalité s'accompagne de modification profonde pour toute la famille et pour chacun des deux parents surtout la mère. Cet enfant n'est pas l'enfant

imaginé, et cela engendre quelques réactions et quelques troubles chez la mère (Mannoni) tels que :

❖ **Dépression et rupture comportementale :**

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

❖ **La culpabilité de la mère :**

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

❖ **L'abandon :**

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

❖ **Le rejet :**

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

10- Prise en charge de l'anxiété :

a. La prise en charge pharmacologique :

- **Les benzodiazépines :** sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux, elles agissent sélectivement sur les récepteurs GABA (acide gamma-aminobutyrique) et jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibition, ils ne peuvent pas activer eux-mêmes le frein, mais lorsque les cellules nerveuses activent l'inhibition ce freinage est renforcé en présence de benzodiazépines.

Les benzodiazépines agissent relativement vite, ils ont en plus de leur portée anxiolytique un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant.

- **L'hydroxyzine (Atarax)** : Agit sur les récepteurs histaminergiques, mais également sur le récepteur sérotoninergique. Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet déprimeur cortical inhibé l'activité de certaines régions du cortex, ainsi elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patiente

(Palazzolo, 2007, p.71,73)

- **La buspirone (Buspar)** : elle est généralement bien tolérée et principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété générale et ne provoque pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre.
- **L'étifoxine (stresam)** : indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire. Elle n'entraîne pas de dépendance ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative.
- **Les carbamates** : Ont trois propriétés principales, ils sont à la fois anxiolytiques sédatifs et myorelaxants, ils sont des anxiolytiques par diminution de l'excitabilité du système limbique.
- **Les antidépresseurs** : Sont aujourd'hui le traitement de choix de trouble anxieux, car ils sont en général bien tolérés les effets indésirables les plus courants, sont des nausées légères qui ont tendance à s'atténuer en moins d'une semaine. Ils n'entraînent pas de dépendance pas d'accoutumance et ne sont pas sédatifs, il faut les voir comme un traitement de fond de l'anxiété.

(Palazzolo, 2007, p.74)

b. La prise en charge non médicamenteuse :

La gestion individuelle de l'anxiété consiste à apprendre aux patients à identifier non seulement les facteurs anxiogènes auxquels il est confronté, mais aussi les réponses qu'il développe face à ces facteurs. Le but de cette prise en charge est de remplacer les réponses habituelles de l'individu par d'autres réponses physiologiques cognitives et comportementales plus efficaces à réduire l'anxiété. (Bernier et Simiand, 2004, p.205).

Dans cette partie on va essayer de donner et de refaire au traitement d'anxiété selon quelques thérapies tel que : la thérapie cognitive- comportemental et la relaxation.

c. La thérapie cognitive-comportementale (TCC) :

La thérapie cognitive comportementale est le moyen le plus courant pour traiter l'anxiété. Le but de ce genre de thérapie est d'empêcher que le patient évite la source de ces troubles anxieux, et d'aider le patient à développer des techniques spécifiques. Une théorie qui se base sur les théories d'apprentissage, et axée sur le changement de comportement ou le patient apprend à se libérer des mauvais comportements, tel que le comportement d'évitement dans des situations déclenchant l'anxiété, et à les remplacer par un comportement adéquat, son adjectif essentiel est de faire apprendre aux patients comment endiguer les pensées négatives qui entretient, ou aggravent l'anxiété.

La thérapie cognitive- comportemental comprend quatre aspects principaux :

1/ L'information permet, grâce à un modèle explicatif de diminuer les conceptions erronées au sujet de l'anxiété.

2/ Il s'agit lors de restructuration cognitive de contre carrer la peur à l'aide d'exercices mentaux et d'apprendre à juger plus réalistement les situations anxiogènes.

3/ Les exercices d'expositions sont la confrontation progressive du patient avec les situations angoissantes, il apprend à supporter la peur.

4/ Le principe de base du traitement n'est pas seulement de réduire l'anxiété des patients, mais de leur fournir aussi des stratégies pour faire face à l'anxiété, qu'ils peuvent ensuite employer eux même (techniques respiratoires, exercices de détentes musculaires, exercices de perceptions (Httenschwiler et Hock, p.2002).

d. La relaxation :

Les techniques de relaxation comme la relaxation musculaire progressive, les techniques de respiration et l'imagination guidée peuvent réduire le stress et l'anxiété.

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas sous une forme ou une autre. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher

volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminuer.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive (Palazzolo, 2007, p.67).

- Synthèse :

L'anxiété est un phénomène qui peut toucher à différents degrés influençant aussi bien l'esprit que le corps. Si elle est parfois passagère elle peut aussi s'installer durablement et altérer la qualité de vie. Identifier ses signes, comprendre ses origines et adopter des méthodes adaptées sont des étapes essentielles pour mieux la gérer.

Grace aux avancées en psychologie et aux diverses stratégies de prise en charge, il est possible d'apprendre à contrôler son anxiété et à retrouver un équilibre au quotidien.

Chapitre II : La trisomie 21

Préambule

1- Origines et premières descriptions

2- Définition des concepts

3- Caractéristiques cliniques

4- Étiologie de la trisomie 21

5- Les formes cliniques de la trisomie 21

6- Le développement cognitif, moteur et affectif des enfants trisomiques

7- Diagnostic clinique de trisomies 21

8- La prise en charge

Synthèse

- Préambule :

La trisomie 21, également connue sous le nom de syndrome de Down, est une anomalie chromosomique congénitale qui survient de manière aléatoire lors de la conception. Cette condition, qui résulte de la présence d'un chromosome supplémentaire sur la 21^e paire, est responsable d'un retard du développement intellectuel et physique, ainsi que d'un risque accru de certaines pathologies, notamment des troubles cardiaques, digestifs et immunitaires. Contrairement à d'autres maladies évolutives, la trisomie 21 est stable tout au long de la vie de l'individu : elle n'est ni progressive ni réversible. Et pour plus de détails nous avons consacré tout un chapitre pour bien comprendre cette pathologie.

1- Origines et premières descriptions :

L'histoire de la trisomie 21 remonte à plusieurs siècles, bien que son identification scientifique soit relativement récente. Les premières descriptions d'individus présentant les caractéristiques de ce syndrome apparaissent dès l'Antiquité, notamment dans certaines représentations artistiques asiatiques et européennes. Cependant, ce n'est qu'au XIX^e siècle que des médecins commencent à reconnaître cette affection comme une entité clinique distincte.

En 1838, le psychiatre français « **Jean-Étienne Dominique Esquirol** » évoque, dans ses travaux sur les maladies mentales, des cas d'enfants présentant un retard du développement et des traits morphologiques particuliers. Plus tard, en 1866, le médecin britannique **John Langdon Down** mène une étude approfondie sur un groupe d'enfants ayant des similitudes physiques marquées : visage arrondi, yeux en amande, hypotonie musculaire et retard du développement cognitif. Il est le Premier à établir une description détaillée de cette condition et à la classer comme une anomalie congénitale.

Cependant, influencé par les théories anthropologiques de son époque, **Down** associe ces traits à ceux des populations mongoles et introduit le terme « mongolisme » pour désigner ce syndrome. Cette terminologie sera utilisée pendant plusieurs décennies avant d'être progressivement abandonnée au cours du XX^e siècle en raison de son caractère inapproprié et stigmatisant.

Si la trisomie 21 était bien identifiée cliniquement à la fin du XIX^e siècle, sa cause biologique restait inconnue. Ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1958, que le généticien français **Jérôme Lejeune** met en évidence l'anomalie chromosomique à l'origine de cette condition. En étudiant les caryotypes d'enfants atteints de trisomie 21, il découvre que ceux-ci possèdent

un chromosome supplémentaire sur la 21^e paire, portant ainsi le nombre total de chromosomes à 47 au lieu de 46. Cette découverte, officialisée en 1959, marque une avancée majeure en génétique médicale.

Grâce à ces travaux, le terme « trisomie 21 » est adopté pour désigner cette affection. Le mot trisomie fait référence à la présence d'un troisième chromosome, et 21 indique la paire chromosomique concernée. Cette découverte permet non seulement de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à la trisomie 21, mais aussi d'ouvrir la voie à des recherches plus approfondies sur les anomalies chromosomiques.

À la suite de sa découverte, **Jérôme Lejeune** s'investit activement dans l'accompagnement des familles touchées par la trisomie 21. Il met en place les premières consultations spécialisées destinées à informer les parents et à leur apporter un soutien médical et psychologique. Son engagement contribue à faire évoluer la Perception de cette condition et à améliorer la prise en charge des personnes atteintes.

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

2- Définition des concepts :

✓ La trisomie :

Anomalie génétique caractérisée par la présence, au sein des cellules d'un individu, d'un chromosome supplémentaire donnant une formule chromosomique à 47 chromosomes. La trisomie la plus fréquemment observée chez l'Homme est la trisomie 21 ou mongolisme (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2020).

✓ La Trisomie 21 :

C'est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologiques, neuro-motrice, métaboliques immunologique et une déficience intellectuelle (Bloch & al, 2002, p.968).

✓ **Syndrome de Down :**

Le syndrome de Down résulte d'une triplication accidentelle du chromosome 21 (Lejeune, Gautier, & Turpin, 1959). C'est le terme plus couramment utilisé pour décrire l'ensemble des caractéristiques et des conditions associées à la trisomie 21.

✓ **Anomalie chromosomique :**

Une variation de nombre ou de la structure des chromosomes qui peut mener à des troubles de santé comme la trisomie 21.

3- Caractéristiques cliniques :

Les patients porteurs d'une trisomie 21 présentent une symptomatologie variée atteignant tous les systèmes. Cependant, la prévalence et la sévérité de ces manifestations cliniques présentent une grande variation interindividuelle. Certains signes comme le retard mental sont observés de façon systématique, mais la présence du chromosome 21 surnuméraire constitue plutôt un facteur de risque d'apparition d'autres pathologies. Bien que l'établissement du diagnostic clinique ne pose en général pas de difficulté chez l'enfant, il peut être parfois plus délicat chez le nouveau-né.

a. Anomalies crânio-faciales et squelettiques :

Les particularités physiques de la trisomie 21 ont été les premières décrites. Un signe fondamental est l'hypotonie musculaire. Constante, elle s'accompagne souvent d'une hyperlaxité ligamentaire. Il peut également exister une peau rêche et marbrée. Dès la naissance, on note un faciès caractéristique associé à une brachycéphalie : un visage rond et plat, un crâne petit et un occiput aplati. Les fentes palpébrales sont obliques en haut et en dehors, et associées à un épicanthus interne. L'iris peut présenter des tâches de Brushfield. La nuque est courte, plate et large avec un excès de peau et les premières vertèbres cervicales présentent des malformations. La racine nasale est plate du fait de l'hypoplasie des os propres, le nez court et les narines antéversées. La bouche est petite et béante, les lèvres et la langue sont épaisses avec une protrusion fréquente. Les oreilles sont petites et rondes avec une dysplasie du conduit auditif externe (8). Les individus porteurs d'une trisomie 21 se caractérisent également par un corps trapu, un bassin étroit, un abdomen distendu, parfois des scolioses malformatives et des malformations des membres : mains larges avec des doigts courts et présentant un pli palmaire unique ainsi qu'une brachymésophalangie et une clinodactylie du 5^{ème} doigt ; pieds petits, larges et plats avec un écartement important des deux premiers orteils (9, 10).

b. Cognition et comportement :

Le retard psychomoteur n'est pas toujours évident au cours des tout premiers mois de la vie. L'enfant se comporte normalement, et ce n'est qu'au bout du troisième ou quatrième mois que les parents sont alertés par un décalage de développement par rapport aux autres enfants, notamment au sein de la fratrie. La déficience intellectuelle est la caractéristique majeure de la trisomie 21. La plupart des patients ont un faible quotient intellectuel (QI) allant d'un déficit modéré (QI 70) à sévère (QI 30) qui décroît au cours de la vie. Chez l'adulte, cela peut être dû à un vieillissement accéléré et/ou à la forte prévalence de démence sénile de type Alzheimer observée dans cette population. Les anomalies cérébrales sont caractérisées par une réduction de la taille du cerveau, de la complexité et du nombre de neurones. Les patients possèdent des capacités normales dans la réalisation de tâches simples, mais montrent des difficultés dès que la mémoire spatiale et la mémoire à long terme sont sollicitées. Ils ont également des difficultés dans l'acquisition de compétences nouvelles. Cependant, il existe une grande variabilité interindividuelle, aussi bien des performances cognitives que du déclin intellectuel. Le retard dans l'apprentissage de la motricité fait partie des caractéristiques cliniques des enfants atteints et a notamment été attribué à l'hypotonie fréquente chez ces patients. Cependant, certains auteurs suggèrent plutôt l'implication d'une altération des mécanismes de contrôle de la posture. Des troubles du comportement sont possibles, surtout de type adaptatif (anxiété, dépression), ainsi qu'une hyperactivité avec déficit de l'attention ; il s'agit plus rarement de troubles autistiques ou de comportements agressifs. Ce sont également des individus pouvant faire preuve d'une grande sociabilité et d'une grande affectivité. (Hervé & al, 2014, p.32).

c. Malformations viscérales :

- ✓ **Malformations cardiaques :** On observe une cardiopathie dans 40 à 60 % des cas. Les anomalies les plus fréquentes concernent les défauts de cloisonnement tels qu'une communication interauriculaire ou inter-ventriculaire, un défaut du septum atrio-ventriculaire, la persistance du canal artériel, ou encore une tétralogie de Fallot.
- ✓ **Anomalies gastro-intestinales :** La maladie de Hirschsprung est 50 fois plus fréquente que dans la population générale, le risque de sténose duodénale étant lui 300 fois plus élevé. La trisomie 21 est également associée à d'autres malformations telles que l'atrésie de L'œsophage, l'imperforation anale ou encore le pancréas annulaire.

d. Défaillance du système immunitaire :

Il existe une sensibilité accrue aux infections, en particulier de la sphère oto-rhino-laryngologique et de la peau (mycoses), bien qu'aucune étude n'ait rapporté une immunodéficience sévère chez ces individus. Cependant, il existe de nombreuses anomalies du système immunitaire affectant aussi bien la réponse humorale que la réponse à médiation cellulaire : anomalies morphologiques et fonctionnelles du thymus, taux anormalement élevés et activité fonctionnelle réduite des lymphocytes T et NK (« natural killer »), diminution du taux des lymphocytes B circulants et de l'expression de certaines cytokines (IL-2). La fréquence des leucémies est 10 à 20 fois supérieure à celle de la population générale ; il s'agit surtout de leucémies aiguës myéloblastiques et en particulier de la leucémie aiguë mégacaryoblastique, dont le risque est 500 fois supérieur à celui de la population générale.

e. Troubles endocriniens :

Il existe fréquemment un retard de croissance intra-utérine modéré, la croissance se poursuivant ensuite entre -2 et -3 déviations standard pour atteindre une taille finale moyenne d'environ 160 cm chez l'homme et 145 cm chez la femme. Certains individus présentent une hypothyroïdie ou un diabète insulino-dépendant à des fréquences 4 à 100 fois plus élevées que dans la population générale. Une surcharge pondérale est fréquemment observée, le plus souvent modérée. La puberté survient normalement, mais la ménopause tend à être avancée. La fertilité est diminuée, surtout chez l'homme, mais les données objectives sont rares (Hervé & al 2014, p.33).

4- Étiologie de la trisomie 21 :

❖ Les facteurs intrinsèques :

3 à 5% des cas de trisomie sont d'origine héréditaire, cela concerne d'abord les enfants trisomiques nés de mères trisomiques (la probabilité est de 50 %) ; il existe ensuite les familles où l'on trouve plusieurs enfants trisomiques, ces cas sont heureusement peu fréquents et le deviendront de moins en moins avec le développement des méthodes de diagnostic prénatal et de conseil génétique. Les cas de translocation chez le père ou la mère concernent 5% des cas de trisomie. D'autres cas peu nombreux également concernant la transmission des parents à l'enfant ou l'un des parents, phénotypiquement normale présente une structure chromosomique en mosaïque.

❖ Les facteurs liés à l'âge maternel :

On sait en effet, sans d'ailleurs pouvoir expliquer, que la survenue d'un enfant trisomique est plus fréquente après les 35 ans de la mère. la probabilité de donner naissance à un enfant trisomique passe de 1 pour 1500 avant 30ans, à 1 pour 900 entre 30 et 35ans, entre 35 et 38 ans le risque est de 1 sur 300, à 38-39 ans, il est de 1 sur 150 enfin de 1 sur 60 après 40ans.

❖ Les facteurs extrinsèques :

Sont beaucoup moins fréquente et peuvent se combiner aux facteurs intrinsèques, il concerne les radiations, l'effet génétique des virus, des agents chimiques. Mutagènes, devers facteurs immunobiologiques, certaines déficiences en vitamines. (Guidetti & Tourette, 1999, p.118-119).

5- Les formes cliniques de la trisomie 21 :

Il existe trois types de trisomie 21 (Perce-Neige, 2017) :

➤ Les trisomies 21 ou libres :

Il s'agit du cas où il y a une erreur de distribution des chromosomes lors de la 1^{ère} division cellulaire (95% des cas). C'est sur ce type là que nous allons nous concentrer étant donné qu'il s'agit de la trisomie la plus courante.

➤ La trisomie 21 M (mosaïque) :

C'est lorsqu'il y a une erreur de distributions des chromosomes lors de la 2^{ème} division cellulaire (2%).

➤ La trisomie T (translocation) :

Dans ce cas, une partie du chromosome 21 se retrouve sur un autre chromosome (3%).

6- Le développement cognitif, moteur et affectif des enfants trisomiques :

a. Le développement cognitif :

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

importantes mais resteront réduite : accession aux rudiments de la lecture, ébauche d'opération méthodologique simple (addition). Ce niveau est rarement dépassé, le stade des opérations logiques n'était généralement pas atteint. Ces éléments sont importants car ils situent le cadre évolutif de l'enfant mongolien : apprentissages certes possibles mais qui restera limité. Or ce sont des enfants particulièrement sensibles au conditionnement, surtout lorsqu'il est renforcé par une gratification (affective, alimentaire...etc.).

Un tel conditionnement peu consentir d'obtenir d'étonnantes performances pédagogiques, mais qui ne sont pour l'enfant aucune signification ni utilité qui nécessite un perpétuel retardement, souvent au prix de l'équilibre affectif. (Guidetti & Tourette, 2002, pp.119, 121).

b. Le développement psychomoteur de l'enfant trisomique :

- **De 0 à 6 ans** : le jeune trisomique est lent et passif, malgré quelques traits normaux, il saisit des objets, se tient assis, et debout, marche, mais plus tard que l'enfant normal. Alors on constate rapidement que son développement psychomoteur est ralenti surtout le retard de croissance physique qui se remarque après 4 ans, les mots se forment péniblement et mauvaise, le vocabulaire est très pauvre.
- **De 6 à 8 ans** : l'enfant trisomique est sociable joue avec les personnes qu'il connaît, il devient volontiers égocentrique se refermer sur soi-même, il exige qu'on lui prête attention en compagnie d'autres enfants, aime grimacer et rire, lenteur dans l'évolution motrice et démarche saccadée par petit pas.
- **De 8 à 10 ans** : l'enfant trisomique il devient plus désobéissant, opposé et parfois plus agressif, le niveau d'autonomie sociale est variable non seulement en fonction de possibilités de chacun, mais aussi en fonction de comportement familial. (Jean-Charles, 2007, pp 131-133). (Voir la figure 7)

Donc le développement psychomoteur d'un enfant trisomique s'est caractérisé par un retard est lent où il se varie d'un enfant à l'autre et chaque cas est un cas.

c. Le développement affectif :

A partir de 6-7ans, après la petite enfance, le comportement change comme nous l'avons vu. Cependant l'enfance mongolienne reste le plus souvent un enfant gai un peu clown, imitant les autres, ayant besoin de contacts physiques, sociables, aimant les jeux dont saisissent souvent très vite les règles. Il est classique de signaler qu'il aime la musique, mais

il semble s'agir plutôt de la mélodie, et de contact maternel régressif qui l'accompagne. Il est gourmand, l'obésité est fréquente. Il est très sensible au rejet, et devient alors volontiers opposant, entête, boudeur et coléreux. Avec l'âge, à partir de 12-13 ans il semble que ce versant caractériel puisse devenir prévalent. La frustration reste difficilement acceptée et suscite soit un mouvement régressif vers une demande affective ou la recherche d'une compensation orale, soit une réaction coléreuse. (Ajuriaguerra et Marcelli, 1984, pp. 237, 238).

7- Diagnostic clinique de trisomies 21 :

a. Diagnostic génétique :

Qui se fait à partir de 11 semaines jusqu'à 14 semaines, il est issu de l'étude de caryotype (la carte de chromosomes de l'enfant), il s'agit d'une analyse des cellules contenues à mettre dans le liquide amniotique et qui permet d'établir ce caryotype. Ce diagnostic donne des indications sur la nature de trouble grâce à ce diagnostic, on peut situer où se trouvent les difficultés particulières qui vont être rencontrées, et nous permet aussi d'évaluer de façon précise in suivi adapté, adéquat au patrimoine génétique de l'enfant à naître, il est actuellement très important pour les parents et pour la fratrie de l'enfant afin de limiter l'éventuelle récides d'accidents génétique (Tourette, 2002, p.119).

b. Diagnostique psycho-éducatif :

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

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

8- La prise en charge :

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

a) L'accompagnement kinésithérapeute :

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

b) L'accompagnement psychomoteur :

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

- Estimant ses possibilités, et les indices d'hétérogénéité dans son développement
- Valorisant son potentiel, ses compétences et son désir d'expérience
- Accompagnant les domaines les plus en retrait afin d'augmenter ses chances d'adaptation
- Veillant à l'expression des difficultés dans le temps et à leurs implications affectives
- Identifiant, et prévenant les périodes sensibles lorsqu'il est confronté à des situations sociales ou d'apprentissage qui le mettent en difficulté. Une attention particulière est portée sur l'adaptation de l'enfant au sein de la collectivité, sa compréhension des situations sociales, de jeux et sa capacité à construire sa place. Un travail peut être maintenu chez l'adolescente fonction de ses choix et des demandes particulières qu'il peut formuler. Soit à partir d'objectifs d'autonomie que l'adolescent peut formuler, soit sous la forme d'un accompagnement plus global à cette période qui nécessite une

réappropriation de l'image du corps qui subit des transformations importantes et qui correspond souvent à une nouvelle confrontation à la perception de la différence (Noack, 1999, p.275).

c) L'accompagnement orthophonique :

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

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

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

d) L'accompagnement psychologique :

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

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

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

- La construction de la personne Pendant l'enfance et l'adolescence, puis à l'âge adulte, des évaluations objectives et répétées des compétences, des difficultés et des habiletés sociales peuvent aider la personne T21 ainsi que sa famille et ses éducateurs, à mieux connaître ses points forts et ses points faibles dans le but de construire son projet de vie, en milieu ordinaire ou adapté, en repérant les personnes et les structures sur lesquelles il peut s'appuyer.

Les accompagnements éducatif et psychologique sont importants pour aider les personnes dans cette construction, et les familles dans la prise de risque que cela implique. (Noak, 1999, p. 275). La trisomie ne préserve pas des aléas de l'existence, il existe pour les personnes trisomiques comme pour nous tous des moments où l'individu seul a du mal à faire face, et où l'écoute et le soutien d'un professionnel devient particulièrement nécessaire. Moins aptes que d'autres à exprimer leur malaise, ou le faisant de façon détournée voire maladroite, le mal être des personnes trisomiques est trop souvent ignoré. Famille et professionnels doivent présenter une vigilance particulière sur ce plan.

e) L'accompagnement éducatif :

Affirmer d'emblée la nécessité d'un accompagnement éducatif d'un enfant porteur de trisomie 21 revient à prendre le risque de laisser croire que la survenue d'un enfant handicapé dans une famille rend celle-ci incompétente pour l'éduquer. A l'inverse, il serait tout aussi vain de penser que ces personnes ne peuvent bénéficier utilement d'un accompagnement éducatif. L'accès à la crèche, à l'école, au centre social et de loisir, au club sportif ou à la piscine ne va pas toujours de soi. L'accès à la formation professionnelle et au travail en milieu ordinaire reste encore marginal. L'accompagnement éducatif doit alors se centrer sur les milieux de vie de la personne en l'accompagnant, en donnant de l'information (et de la formation) aux professionnels de ces lieux comme aux autres usagers, il s'agira :

- De rassurer les professionnels du milieu ordinaire sur leur compétence et leur savoir-faire vis à vis des personnes trisomiques pour lesquelles les cadres théoriques habituels gardent toute leur valeur, et d'aider ces professionnels à adapter le milieu ordinaire et leurs

pratiques aux caractéristiques développementales particulières des personnes porteuses de trisomie 21, en rappelant les droits des personnes si nécessaire.

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

Un point particulier sur la scolarisation : l'accès à l'école ordinaire est de plein droit dans les mêmes conditions pour tous les enfants, quelle que soit sa situation. Ceci a bien été rappelé par la Loi du 11 Février 2005. Il existe désormais sur le territoire national des dispositifs de scolarisation et d'accompagnement qui permettent des parcours diversifiés en milieu ordinaire. Le but n'est pas simplement la présence de l'enfant dans une école ordinaire, c'est forcément avec un projet éducatif et un accompagnement adapté éducatif, social et psychologique. Non seulement il faut la conviction que cet enfant peut progresser, mais aussi une exigence adaptée aux difficultés qu'il rencontre.

Il faut pouvoir adapter le programme et adapter la pédagogie. N'oublions pas que les apprentissages ne se limitent pas à l'âge scolaire, il est encore possible d'apprendre à lire après 18 ans. Au moins la moitié des personnes porteuses de trisomie 21 devrait avoir les capacités de lecture et d'écriture "courantes" (Noack, 1999, p.276).

- Synthèse :

Ce chapitre met en évidence les défis posés par la trisomie 21 et l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée pour favoriser le développement et l'insertion sociale des personnes atteintes de trisomie 21.

Chapitre III : Méthodologie de Recherche

Préambule

1- Lieu de la recherche

2- Pré-enquête

3- Méthode de recherche

4- Groupe d'étude

5- Outils de la recherche

Synthèse

- Préambule :

Toute recherche scientifique repose sur une méthodologie rigoureuse, incluant un terrain d'étude, une population cible et des outils d'investigation adaptés. Avant d'aborder le terrain de recherche, il est essentiel de mener une pré-enquête afin de recueillir un maximum d'informations sur le thème étudié. Cette étape préliminaire permet d'affiner les hypothèses et de s'assurer de la pertinence des outils méthodologiques choisis.

Dans ce chapitre, nous présenterons la démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette étude. Nous décrirons le terrain d'enquête ainsi que la population étudiée, avant d'exposer les outils de recherche utilisés pour collecter et analyser les données.

1- Lieu de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée au sein du Centre psychopédagogique pour les Enfants Handicapés Mentaux (C.P.P.E.H.M) situé à " Iheddaden " - Bejaia. Ce centre a ouvert ses portes et a démarré ses activités le 05 janvier 2010. Les enfants étaient pris en charge en s'appuyant sur le système semi-interne, les capacités d'accueil pendant cette période étaient 60 enfants. L'étude s'est étalée sur une durée de 45 jours, du 16 Janvier au 18 mars, à raison d'une visite une fois par semaine.

2- Pré-enquête :

Elle constitue une source précieuse d'informations sur le thème étudié et permet d'obtenir des renseignements essentiels sur la population ciblée. De plus, elle contribue à clarifier le sujet de recherche et à en évaluer la faisabilité, garantissant ainsi la pertinence et la viabilité de l'étude. La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche scientifique, elle a pour but de terminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs (Mucchielli, 1958, p.12).

Étant donné que notre sujet d'étude porte sur « La manifestation de l'anxiété chez les mamans ayant des enfants trisomiques » nous avons mené, dans un premier temps, une pré-enquête afin de valider notre question de départ et de préciser notre problématique de recherche. Cette pré-enquête a été réalisée au sein du centre psychopédagogique d'Iheddaden - Bejaia où nous avons pu rencontrer des mères venant pour des consultations et le suivi de leurs enfants. Dans ce cadre nous avons cherché à établir un contact plus étroit avec ces mères afin de recueillir des informations sur leur état psychologique. Plus

précisément, nous avons tenté d'évaluer l'intensité de leur souffrance et de leurs craintes en nous intéressant au degré d'anxiété qu'elles éprouvent face au handicap de leurs enfants.

3- Méthode de recherche :

Notre étude vise à décrire l'anxiété chez les mères ayant un enfant atteint de trisomie 21 et Pour ce faire, nous avons adopté une approche descriptive qui permet une analyse approfondie de l'individu en tenant compte de sa situation et de son évolution. Dans ce cadre notre recherche s'intéresse spécifiquement à la manière dont les mères vivent et expriment leur anxiété en lien avec la prise en charge de leur enfant trisomique.

Parmi les méthodes descriptives, nous avons opté pour l'étude de cas comme technique d'investigation qui constitue un outil privilégié pour explorer un phénomène complexe en profondeur. Selon Quentin Sabelle l'étude de cas est « une méthodologie qualitative employée comme un outil servant à étudier quelque chose de spécifique dans un phénomène complexe ». Cette approche nous permet ainsi d'analyser en détail l'expérience vécue des mères et d'appréhender les manifestations de leur anxiété dans un contexte particulier.

4- Groupe d'étude :

Tableau 1: Tableau représentatif de notre groupe d'études et leurs caractéristiques

Cas	Age	Niveau scolaire	Profession	Nombre d'enfant	Sexe de l'enfant trisomique
Mme Saida	51 ans	6 ^{ème} année primaire	Femme au foyer	04	Masculin
Mme Betitra	50 ans	1 ^{ère} année primaire	Femme au foyer	05	Masculin
Mme Hayet	49 ans	Universitaire	Enseignante	03	Masculin
Mme Samira	51 ans	5 ^{ème} année primaire	Femme au foyer	03	Féminin
Mme Naima	48 ans	4 ^{ème} année CEM	Femme au foyer	04	Masculin
Mme Rachida	40 ans	Licence	Femme au foyer	03	Masculin

Notre population d'étude comprend six (06) mères dont les enfants sont admis au centre psychopédagogique pour les handicapés mentaux de la wilaya de Bejaïa. Afin d'évaluer leur niveau d'anxiété et de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche, nous avons mené des entretiens avec elles et administré l'échelle d'anxiété de Hamilton.

Afin de sélectionner un échantillon pertinent nous avons défini pour cette étude des critères d'inclusion et d'exclusion ;

• **Critères d'inclusion :**

1. Être mère d'un enfant atteint de trisomie 21.
2. Avoir un enfant admis au centre psychopédagogique pour inadaptés mentaux d'Ihedaden dans la wilaya de Bejaïa.

• **Critères d'exclusion :**

1. L'âge de la mère et son niveau d'instruction ne sont pas pris en compte.
2. Le sexe de l'enfant n'a pas été considéré comme un facteur influent dans cette étude.

5. Outils de la recherche :

Pour élaborer notre démarche méthodologique, nous nous sommes appuyés sur les travaux de R. Samacher et B. Alexander (2005) dans leur ouvrage : *Psychologie clinique et psychopathologie*. Selon ces auteurs : « L'observation et l'entretien clinique sont les bases de la méthode clinique, le clinicien recueille un certain nombre de données à partir du discours du patient (entretien non directif ou associations libres), d'entretiens semi-directifs, de protocoles et tests ou encore à travers la seule observation notamment pour les nourrissons et jeunes enfants. Ce matériel est fixé par des notes prises au cours de la consultation par une réduction de l'observation après coup en faisant appel à la mémoire ou encore par l'enregistrement audio ou vidéo, ce qui permet une analyse approfondie du contenu ». Ces principes méthodologiques ont guidé notre choix des outils de collecte de données et pour ce faire nous avons procédé à l'administration d'un guide d'entretien semi-directif qui favorise un accès direct au vécu subjectif des mères et de l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) qui permet une évaluation quantitative du niveau d'anxiété.

a. Le guide d'entretien :

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré « il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateur qui structure l'activité d'écoute d'intervention de l'interviewer » (Charaoui & Benony, 2003, p.68). Selon Blanchet, Gotman et Colin (2007) « c'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulations des questions de recherche pour soi en question d'enquête pour les interviewés. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire ».

L'entretien est mené de manière semi-directive offrant aux participantes la possibilité de s'exprimer librement tout en suivant une orientation définie. Les questions sont formulées de manière adaptée au niveau intellectuel et linguistique des mères interrogées afin de garantir une communication fluide et compréhensible.

Notre guide d'entretien est structuré autour de huit axes thématiques, chacun contient plusieurs questions permettant d'explorer en profondeur les dimensions pertinentes à notre problématique de recherche ;

✓ Axe 1 : Renseignements personnels

Objectif : recueillir des informations générales sur les mères (âge, situation familiale, niveau socio-économique, etc.).

✓ Axe 2 : Renseignements sur l'enfant

Objectif : obtenir des données sur l'enfant atteint de trisomie 21 (âge, état de santé, suivi médical, prise en charge éducative).

✓ Axe 3 : Le vécu de la grossesse

Objectif : explorer les attentes et les émotions de la mère durant la grossesse, ainsi que son vécu pendant cette période.

✓ Axe 4 : L'annonce du diagnostic

Objectif : comprendre la réaction de la mère à l'annonce du diagnostic de trisomie 21 et les répercussions émotionnelles de cette révélation.

✓ Axe 5 : Les interactions mère-enfant

Objectif : analyser la nature et la qualité des relations entre la mère et son enfant, en mettant en évidence les éventuelles difficultés ou stratégies d'adaptation mises en place.

✓ Axe 6 : Les perceptions de l'entourage

Objectif : comprendre l'influence du regard familial et social sur la mère, ainsi que l'impact du soutien ou du jugement extérieur sur son vécu émotionnel.

✓ Axe 7 : État mental et physique de la mère

Objectif : identifier les manifestations de l'anxiété chez les mères, en explorant à la fois leur état psychologique (stress, inquiétudes, pensées récurrentes) et leur état physique (fatigue, troubles du sommeil, somatisations).

✓ Axe 8 : L'avenir de l'enfant

Objectif : explorer les attentes, les préoccupations et les aspirations des mères quant à l'avenir de leur enfant, notamment en termes d'autonomie, d'intégration sociale et de prise en charge future.

b. Echelle de l'anxiété d'Hamilton :

b.1 Historique et définition :

L'échelle d'Hamilton a été l'une des premières échelles de notation développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété. Elle a été présentée par HAMILTON en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par le NIMH dans le "ECDEU Assessment Manual ». Elle a été traduite en français par P. Pichot.

b.2 Présentation de l'échelle :

L'échelle d'anxiété d'Hamilton comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence de :

- **Humeur** : anxieuse Inquiétude, Attente de pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité, consommation de tranquillisants.
- **Tension** : Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, pleurs faciles, tremblements, sensation d'être incapable de rester en place, Fatigabilité.
- **Peurs** : De mourir brutalement, d'être abandonné, du noir, des gens, des animaux, de la foule, des grands espaces, des ascenseurs, des avions, des transports, etc.

- **Insomnie** : Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, rêves pénibles, cauchemars, Angoisse ou malaise nocturnes.
- **Fonctions intellectuelles (cognition)** : Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, fait des erreurs.
- **Humeur dépressive** : Perte des intérêts, ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, Insomnie du matin.
- **Symptômes somatiques généraux (musculaire)** : Douleurs et courbatures, raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Grincements des dents, contraction de la mâchoire, voix mal assurée.
- **Symptômes somatiques généraux (sensorielle)** : Sifflement d'oreilles, Vision brouillée, bouffées de Chaleurs ou de froids, Sensations de faiblesse, sensation de fourmis, de picotements.
- **Symptômes cardiovasculaires** : Tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.
- **Symptômes respiratoires** : Oppression, douleur dans la poitrine, sensation de blocage, d'étouffement, soupirs, respiration rapide au repos.
- **Symptômes gastro-intestinaux** : Difficultés pour avaler, douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, Coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, constipation.
- **Symptômes génito-urinaires** : Règles douloureuses ou anormales, Troubles sexuels (impuissance, frigidité), Miction : fréquentes, urgentes, ou douloureuses. Respiratoire, Réflexe tendineux vifs, dilatation pupillaire, Battements des paupières.
- **Symptômes neuro-végétatifs** : Sècheresse de la bouche, bouffée de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle
- **Comportement au cours de l'entrevue** : Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis.

b.3 Mode de passation et de cotation :

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. D'après Pichot, P la note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes, la note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère, la note 2 correspond à des manifestations d'intensité moyenne, 3 à des manifestations d'intensité forte et 4 à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidante La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires. La cotation est déterminée par la

symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

- La note 1 correspond à une présence très légère.
- La note 2 est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.
- La note 3 correspond est à une forte présence du symptôme.
- La note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient.

(Bouvard & Couttraux, 2002)

b.4 Les normes :

- ≥ 17 = anxiété légère
- De 18 à 24 = anxiété légère à modérée
- De 25 à 30 = anxiété modérée à grave ou sévère.
- ≥ 30 = anxiété majeure

- **Consigne :** Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.

- Synthèse :

Ce chapitre méthodologique a servi de fil conducteur à notre recherche en nous fournissant un cadre structuré pour l'analyse de notre problématique. L'articulation entre l'entretien clinique, l'échelle d'anxiété de Hamilton et le guide d'entretien nous a permis de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives garantissant une meilleure compréhension du vécu des mères interrogées. Cette approche méthodologique nous a offert une organisation rigoureuse du travail et une analyse précise des résultats obtenus, renforçant ainsi la fiabilité de notre étude.

Chapitre IV : Présentation des cas, des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

1- Présentation des cas et résultats

2- Discussion des hypothèses

Synthèse

-Préambule :

Ce chapitre donne la parole à des mères d'enfants atteints de trisomie 21, en retraçant leur vécu face à l'anxiété. À travers leurs histoires, nous analysons les émotions exprimées et confrontons nos hypothèses à la réalité du terrain.

1- Présentation des cas et résultats :

1.1 Présentation et résultats du 1^{er} cas :

Mme Saida âgée de 51 ans, femme au foyer avec un niveau d'étude de 6^{ème} année primaire. Elle est mère de quatre enfants, deux filles et deux garçons dont le dernier est atteint de syndrome de down (trisomie 21), nommé Abderrahim, âgé de 7ans et admis depuis un an au centre psychopédagogique des handicaps mentaux d'Iheddaden - Bejaïa.

– Résultats :

a. Entretien :

L'entretien s'est déroulé au niveau du bureau de la psychologue du centre après avoir expliquée le but de notre recherche à Mme Saida, elle nous a donné son consentement et elle était très coopérative.

L'entretien nous a révélé que Mme. Saida attendait impatiemment son bébé, cependant le déroulement de sa grossesse était un peu perturbé en raison de son âge car elle avait 43 ans.

Après avoir mis au monde deux filles puis un troisième enfant présentant des malformations, Mme Saida a ressentie une profonde tristesse après l'annonce de l'handicap de son dernier fils trois jours après sa naissance. Cela apparaît dans ses paroles : « après avoir su que mon enfant est atteint de trisomie 21 j'ai pleuré pendant une semaine sans cesse, mais ce qui m'a bouleversée le plus c'était les paroles du médecin qui m'a dit que mon fils ne pourra peut-être jamais marcher sur ses pieds » et elle a ajouté ces paroles : « j'avais du mal à croire qu'un si beau bébé puisse être nommé mongole ».

Au début cette mère a vécu l'arrivée de son enfant comme un traumatisme, ce qui l'a poussé à consulter un psychiatre. Malgré le choc qu'a ressentie Mme Saida son mari ne l'a pas perçu

de la même manière, au contraire d'après elle, il était heureux par la naissance de son fils malgré son handicap, c'est ce qui a donné du courage à la maman pour ne pas se laisser submergé par la tristesse.

Même si Mme Saida a quelque part peur pour l'avenir de son enfant, elle peut compter sur le soutien impeccable de sa famille, son mari qui est toujours à ses côtés ou ses filles, l'une étudiant en France et l'autre travaillant comme infirmière, elle ne cesse de répéter qu'elle remercie dieu de lui avoir donné des personnes sur qui elle peut s'appuyer.

Cependant, si elle craint qu'après sa mort leur filles ne puissent pas s'occuper de leur frère trisomique comme elle l'aurait souhaité notamment à cause des responsabilités et éventuelles contraintes imposées par leurs futurs maris.

b. Echelle d'anxiété de Hamilton :

Mme Saida a obtenu le score total de 24/56 à l'échelle d'anxiété de Hamilton, ce qui correspond à un niveau d'anxiété léger à modéré. Ce résultat reflète un état de préoccupation réel sans toutefois basculer dans une détresse psychologique sévère. Voici une lecture plus détaillée de ses réponses :

- ***Humeur anxieuse (score 3/4)*** ; Mme Saida exprime une inquiétude remarquable, souvent envahissante, en lien avec la situation de son fils Abderrahime. Son discours lors de l'entretien montre qu'elle ressent une angoisse constante bien que modérée face à l'avenir.
- ***Tension (score 2/4)*** ; elle reconnaît des moments d'agitation intérieure de nervosité mais ceux-ci restent gérables. Elle semble parfois tendue sans que cela compromette son fonctionnement quotidien.
- ***Peurs (Score 2/4)*** ; Mme Saida admet certaines peurs, peut-être en rapport avec les incertitudes entourant l'évolution de la santé ou l'autonomie de son fils mais elles ne semblent pas excessives ni handicapantes.
- ***Insomnie (score 3/4)*** ; elle rapporte des troubles de sommeil, probablement liés aux préoccupations constantes qu'elle entretient. Son sommeil semble perturbé sans pour autant être complètement désorganiser.
- ***Fonction intellectuelle (score 2/4)*** ; des difficultés légères de concentration sont présentes, probablement dues à la fatigue mentale et au stress mais elle garde une bonne capacité à gérer les tâches de la vie quotidienne.

- **Humeur dépressive (score 1/4)** ; quelques signes de tristesse apparaissent mais sans atteinte majeure de l'humeur. Elle semble maintenir un état émotionnel relativement stable.
- **Symptômes somatiques généraux (Musculaire) (score 1/4)** ; peu de plaintes au niveau musculaire, elle ne signale pas de douleurs diffuses ni de tensions musculaires inhabituelles.
- **Symptômes somatiques généraux (Sensoriels) (score 2/4)** ; elle mentionne quelques sensations désagréables (fatigue, vision trouble ou sensations corporelles légères) qui peuvent témoigner d'un état d'alerte anxieuse.
- **Symptômes cardiovasculaires (score 2/4)** ; des palpitations ou une sensation d'oppression peuvent être ressenties dans certains moments d'angoisse mais elles ne sont pas constantes.
- **Symptômes respiratoires (score 2/4)** ; elle note parfois une respiration difficile, peut-être en lien avec des épisodes d'émotion intense ou de stress sans pour autant présenter des troubles respiratoires majeurs.
- **Symptômes gastro-intestinaux (score 1/4)** ; elle signale peu ou pas de troubles digestifs, l'anxiété semble peu somatisée sur ce plan.
- **Symptômes génito-urinaires (score 0/4)** ; aucun symptôme n'a été rapporté sur ce plan.
- **Système nerveux autonome (score 2/4)** ; quelques signes modérés d'hyperactivité du système nerveux autonome sont présents (par exemple : sueur et vertige) mais ils restent discrets.
- **Comportement lors de l'entretien (score 1/4)** ; durant l'entretien Mme Saida a montré une certaine retenue mais aucun signe marqué d'agitation ou de mal-être immédiat n'a été observé.

Mme Saida semble avoir traversé un choc émotionnel important à la naissance de son enfant atteint de trisomie 21 mais son récit met aussi en lumière une remarquable capacité d'adaptation au fil du temps. Bien que son score à l'échelle d'anxiété de Hamilton (24/56) indique un niveau d'anxiété léger à modéré, cette anxiété paraît continue et intégrée à son quotidien. L'entretien a montré une mère touchée mais soutenue effectivement par son entourage notamment par son mari et ses filles, ce qui semble constituer un facteur protecteur essentiel. Ses inquiétudes sont surtout tournées vers l'avenir de son fils après sa propre mort, ce qui reflète une préoccupation profonde mais humaine. Malgré tout elle parvient à maintenir une certaine sérénité et une attitude lucide face à la situation.

1.2 Présentation et résultats du 2^{ème} cas :

Notre second entretien a eu lieu avec Mme Betitra, Femme au foyer âgée de 50 ans. Elle dispose d'un niveau d'instruction primaire et mère de cinq enfants dont le cadet Arezki âgé de 14 ans est atteint de trisomie 21.

– Résultats :

a. Entretien :

Mme Betitra s'est montrée très coopérative durant l'entretien, ce qui nous a permis de recueillir plus d'informations précieuses en lien avec notre objet de recherche.

Au sixième mois de grossesse Mme Betitra a été informé par son médecin qu'une anomalie avait été détectée au niveau de la tête de son bébé. Cette croissance anormale identifiée plus tard comme une macrocéphalie présentait des risques importants pour sa santé ainsi que celle de l'enfant. Le médecin pessimiste aux chances de survie du bébé lui a proposé une interruption médicale de grossesse. Cependant, Mme Betitra a refusé en exprimant le souhait de mener la grossesse à terme. Selon ses propres mots elle voulait « Laisser la vie suivre son cours » et ne pas avoir des regrets plus tard. Elle a préféré attendre la naissance acceptant à la fois la possibilité de survie de son enfant et le risque de le perdre.

Après la césarienne l'enfant a survécu mais son état de santé nécessitait une hospitalisation prolongée. En raison de sa macrocéphalie il a dû rester plusieurs jours à l'hôpital et même après son retour à la maison Mme Betitra devait le ramener régulièrement en consultation. A chaque visite les médecins procédaient à l'évacuation du liquide accumulé dans sa tête, ce qui impliquait à nouveau des séjours à l'hôpital.

Ce n'est qu'après plusieurs mois aux files des consultations médicales et du suivi de son développement que le diagnostic de trisomie 21 a été évoqué puis confirmé. Ce nouvel élément a représenté un second choc pour Mme Betitra qui avait déjà traversée une grossesse difficile et plusieurs inquiétudes liées à la santé physique de son enfant.

D'après le récit de Mme Betitra la famille ne bénéficie d'aucun soutien financier et le père, sans emploi stable, peine à subvenir aux besoins du foyer. L'éducation d'Arezki et le suivi de ses traitements médicaux représentent donc un véritable défi au quotidien. Sa mère décrit un enfant débordant d'énergie, difficile à canaliser : « parfois Arezki devient ingérable, il ne tient pas en place, fait des bêtises, parle sans arrêt, il passe d'un sujet à un autre et j'ai du mal à suivre ». Ces comportements bien qu'exprimant sa vivacité suscitent chez Mme Betitra de l'inquiétude, du stress et des craintes permanentes, notamment en ce qui concerne l'avenir de son enfant, son éducation et ses soins. Elle confie non pas sans culpabilité qu'il lui arrive de le frapper lorsqu'elle se sent dépassée mais qu'elle regrette immédiatement son geste et en souffre émotionnellement : « ce n'est pas de sa faute s'il est comme ça » dit-elle avec tristesse. Malgré ces difficultés Arezki est décrit comme un enfant joyeux, taquin, sociable et très aimé par son entourage.

Malgré tout Mme Betitra garde un attachement profond à son fils et continue de faire face avec les moyens dont elle dispose.

b. Echelle d'anxiété de Hamilton :

Mme Betitra a obtenu un score total de 35 sur 56 à l'échelle d'anxiété de Hamilton ce qui indique un niveau d'anxiété majeur. Cette anxiété se manifeste d'une manière globale à la fois sur le plan psychologique, comportemental et somatique. Voici une analyse item par item :

- ***Humeur anxieuse (score 4/4)*** ; Mme Betitra présente une inquiétude constante pour son enfant, son avenir et son état de santé. Elle exprime un état d'alerte permanent révélateur d'une anxiété intense.
- ***Tension (score 3/4)*** ; elle montre des signes visibles de nervosité, d'irritabilité et de tension interne, souvent accompagnés de réactions impulsives face aux comportements difficiles de son fils.
- ***Peurs (score 3/4)*** ; elle manifeste des craintes persistantes concernant les traitements médicaux et les défis éducatifs d'Arezki.
- ***Insomnie (score 3/4)*** ; elle a des troubles du sommeil fréquents liés à des pensées envahissantes et à des préoccupations nocturnes concernant l'état de son enfant.
- ***Fonction intellectuelle (score 3/4)*** ; une difficulté à se concentrer et une saturation cognitive apparaissent dans son discours, probablement dues à l'épuisement mental et émotionnel.

- **Humeur dépressive (score 3/4)** ; elle semble affectée par une tristesse latente, parfois accompagnée de culpabilité (notamment lorsqu'elle perd patience avec son fils).
- **Symptômes somatique généraux (Musculaires) (score 2/4)** ; elle décrit des douleurs ou tensions corporelles, signes d'une somatisation de son stress.
- **Symptômes somatiques sensoriels (score 2/4)** ; elle fait part de perceptions physiques perturbantes qui peuvent refléter une surcharge émotionnelle.
- **Symptômes cardiovasculaires (score 2/4)** ; présence possible de palpitations ou de sensations d'oppression liées à l'anxiété.
- **Symptômes respiratoires (score 2/4)** ; de légères gênes respiratoires ou sensations d'étouffement ont été évoquées, souvent lors de moments d'angoisse.
- **Symptômes gastro-intestinaux (score 1/4)** ; des troubles digestifs ponctuels ont été rapportés.
- **Symptômes génito-urinaires (score 1/4)** ; faibles manifestations dans cette sphère.
- **Symptômes du système nerveux autonome (score 3/4)** ; Elle présente des signes comme des sueurs, des bouffées de chaleur ou des tremblements en lien avec le stress chronique.
- **Comportement pendant l'entretien (score 3/4)** ; Mme Betitra a montré une attitude à la fois ouverte et nerveuse. Son discours était chargé d'émotion avec une tendance à s'emballer en parlant de son enfant traduisant son état intérieur agité.

Mme Betitra présente une anxiété majeure liée à la prise en charge de son fils trisomique et macrocéphale, elle est marquée par des inquiétudes constantes et un sentiment de culpabilité. Son vécu est aggravé par un manque de soutien financier et social renforçant ainsi son stress. Ce cas illustre la complexité émotionnelle des mères confrontées à un handicap chez leurs enfants.

1.3 Présentation du et résultats 3^{ème} cas :

Mme Hayet âgée de 49 ans est notre troisième cas de l'étude, elle est enseignante en mathématique et mère de 3 enfants dont le dernier Racime est atteint de trisomie 21.

– Résultats :

a. Entretien :

Après avoir eu deux filles et vécu deux fausses couches Mme Hayat attendait avec espoir et émotion l'arrivée d'un garçon, malheureusement l'enfant est né avec des particularités qui le distinguent des autres. Durant sa grossesse Mme Hayat a souffert de complications dues

à un kyste ovarien nécessitant des consultations médicales fréquentes toutes les trois semaines. Elle nous a confié avoir manqué une de ses visites de contrôle, ce qui a alerté le médecin sur une possible faiblesse du fœtus. Bien que le professionnel ait également suspecté la présence d'un chromosome supplémentaire, il s'est abstenu de donner un diagnostic définitif à ce moment-là, évoquant uniquement une fragilité du bébé. Pour Mme Hayat sa principale angoisse était la survie de l'enfant : « j'avais peur de faire une troisième fausse couche, on avait tellement attendu ce bébé surtout que c'était un garçon, son père avait déjà choisi son prénom ».

Après l'accouchement le diagnostic est tombé : le médecin a confirmé que le petit Racime était atteint de trisomie 21. Mme Hayat nous a confié qu'elle avait ressenti une certaine déception au début, submergé par l'émotion elle s'est mise à pleurer en pensant aux épreuves auxquelles ils devraient faire face, elle et son enfant. Mais très vite elle a repris courage portée par sa foi : « Tant que c'est une épreuve envoyée par dieu, je l'accepte et j'ai confiance en lui. » nous a-t-elle dit avec détermination. Soutenue par sa famille qui aime profondément Racime et veille sur lui, elle a néanmoins conscience que son fils a besoin de plus d'interaction sociales et de relations avec des enfants de son âge, c'est pourquoi elle a choisi de l'inscrire au centre psychopédagogique des handicaps mentaux d'Iheddaden. Malgré ses efforts Racime à 8 ans n'a pas acquis d'autonomie, ce qui alimente chez Mme Hayat un sentiment d'inquiétude quant à son avenir, elle craint de ne pas toujours pouvoir répondre à ses besoins éducatifs et affectifs à long terme.

Malgré les difficultés Mme Hayat fait preuve d'une grande résilience face à la situation, son amour profond pour Racime et son désir de lui offrir une vie digne l'aident à surmonter ses peurs, elle garde l'espoir de le voir progresser même lentement.

b. Echelle d'anxiété de Hamilton :

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété de Hamilton, Mme Hayat a obtenu le score total de 28 sur 56, ce qui indique un niveau d'anxiété modéré à sévère. Voici un aperçu détaillé de ses réponses :

➤ ***Humeur anxieuse (score 3/4) ;*** Mme Hayat montre une anxiété notable, perceptible dans ses inquiétudes concernant l'avenir de son enfant et dans sa vigilance constante à son égard.

- **Tension (score 3/4)** ; elle semble souvent tendue, sur la défensive comme si elle était toujours en état d'alerte. Cela pourrait être lié à la charge mentale qu'elle porte.
- **Peurs (score 2/4)** ; elle manifeste certaines peurs, notamment des appréhensions sur la prise en charge à long terme de Racime mais elle essaie de les relativiser grâce à sa foi.
- **Insomnie (score 2/4)** ; Mme Hayet évoque quelques troubles du sommeil probablement liés à ses préoccupations nocturnes sur l'autonomie de son fils.
- **Fonction intellectuelle (score 2/4)** ; une légère difficulté de concentration peut être notée possiblement due au stress chronique ou à la fatigue émotionnelle.
- **Humeur dépressive (score 2/4)** ; bien qu'elle essaie de rester positive une certaine mélancolie est parfois présente dans ses discours, notamment lorsqu'elle imagine l'avenir.
- **Symptômes somatiques musculaires (score 1/4)** ; très peu de plaintes musculaires sont rapportées.
- **Symptômes somatiques sensoriels (score 2/4)** ; elle signale des sensations désagréables diffuses (maux de tête, lourdeurs), signes physiques souvent liés à l'anxiété.
- **Symptômes cardiovasculaires (score 2/4)** ; des palpitations ou une accélération du rythme cardiaque sont parfois ressenties en période de tension.
- **Symptômes respiratoires (score 2/4)** ; Mme Hayet décrit quelques gênes respiratoires surtout lors de pics d'émotion.
- **Symptômes gastro-intestinaux (score 1/4)** ; Peu de troubles digestifs sont signalés.
- **Symptômes génito-urinaires (score 0/4)** ; Aucuns symptômes rapportés dans ce domaine.
- **Système nerveux autonome (score 3/4)** ; Elle présente plusieurs manifestations du stress comme les sueurs, des bouffées de chaleur ou des mains moites.
- **Comportement lors de l'entretien (score 3/4)** ; Elle s'est montrée coopérative mais son attitude laissait transparaître de la nervosité et des émotions sous-jacentes.

A travers l'entretien clinique et les résultats de l'échelle de Hamilton, il ressort que Mme Hayet porte en elle un fardeau émotionnel discret mais réel, lié à son rôle de mère d'un enfant atteint de trisomie 21. Bien qu'elle dispose d'un certain capital psychologique ; sa foi, sa formation intellectuelle et le soutien familial ses propos traduisent une vulnérabilité silencieuse.

1.4 Présentation et résultats du 4^{ème} cas :

Notre quatrième cas concerne Mme Samira, âgée de 51ans, femme au foyer avec un niveau d'étude de cinquième année primaire. Elle est mère de trois enfants : deux filles et un garçon. Sa cadette prénommée Malek âgée de 14 ans est atteinte de trisomie 21 et admise au centre psychopédagogique des handicaps mentaux d'Iheddaden depuis deux ans.

– Résultats :

a. Entretien :

Mme Samira a donnée naissance prématurément à sa fille Malek après sept mois de grossesse. Malgré les risques inhérents de cette naissance Malek a survécu sans présenter aucuns signes d'immaturité vitale au cours des trois premiers mois postnataux.

À partir du quatrième mois Mme Samira a commencé à observer régulièrement des anomalies au niveau des jambes de sa fille, ce qui l'a conduit à consulter un spécialiste à Alger. Ce fut un véritable choc pour elle lorsqu'un diagnostic de trisomie a été posé, elle a mal géré la situation au début, elle s'est fondue en larmes et demandait à dieu ce qu'elle a fait du mal pour mériter ça. Cependant, la petite Malek a bien gagné sa place au sein de sa famille et devenue la source de leur bonheur ce qui apparait dans son discours : « au début c'était dur pour moi d'accepter le handicap de Malek mais comme par miracle elle est devenue ce qui m'est le plus chère au monde, elle est devenue ma raison de vivre, elle nous apporte tellement de joie et nous ne nous pourrions jamais s'en lasser d'elle. »

Mme Samira a une maladie chronique ; le goitre, et avec la trisomie 21 de sa fille et les frais de scolarité de ses deux autres enfants son mari a du mal à gérer toutes ces dépenses avec ses revenus modestes. Pour intégrer Malek dans un centre spécialisé dans les handicaps ils étaient obligés de louer un appartement à " Iheddaden" près du centre psychopédagogique des handicaps mentaux, ce qui a rajouté des frais supplémentaires à la famille. Tout ça à provoque chez Mme Samira une grande inquiétude et craintes concernant l'avenir et l'éducation de sa fille : « j'ai peur qu'un jour nous serions plus en mesure de répondre à tous les besoins de Malek et de devenir un fardeau et une source de stress pour mon mari ».

Elle nous a confiée qu'ils ne reçoivent aucun soutien financier de la part de sa famille ni de celle de son mari. Au moment où elle nous à raconter son expérience elle a versé des larmes en répétant ces mots : « je dois être courageuses, Dieu est avec moi et je sais qu'il nous ne laissera pas tomber ».

b. Echelle d'anxiété de Hamilton :

Mme Samira a obtenu le score de 36 sur 56, ce qui met en évidence un niveau d'anxiété majeur traduisant une symptomatologie anxieuse envahissante sur le plan psychologique, comportemental et somatique à la fois.

- ***L'humeur anxieuse (score : 3/4)*** ; est nettement présente. Mme Samira exprime un état de tension psychique constante mêlé d'inquiétudes et d'appréhension face aux événements futurs, elle rapporte une irritabilité difficile à contrôler et des pensées centrées sur le danger et la perte de contrôle.
- ***La tension nerveuse (3/4)*** ; est également marquée. Elle se manifeste chez la maman par une incapacité à se détendre, un sentiment d'agitation interne quasi permanent et une hypovigilance qui interfère avec ses préoccupations quotidiennes.
- ***Les peurs (3/4)*** ; sont diffuses, non toujours conscientes ou définies mais contribuent à l'état d'insécurité générale.
- ***L'insomnie (4/4)*** ; notée au plus haut degré, se traduit chez Mme Samira par des troubles du sommeil majeur, à la fois à l'endormissement et lors des réveils nocturnes fréquents. Ces difficultés entraînent une fatigue constante et altèrent son fonctionnement quotidien.
- ***Les fonctions intellectuelles (3/4)*** ; en particulier la concentration et la prise de décision sont également perturbées. Elle témoigne la difficulté à se concentrer ou à gérer des tâches qui auparavant étaient maîtrisées sans effort.
- ***Concernant l'humeur dépressive (3/4)*** ; Mme Samira présente un tableau de tristesse généralisée, d'abattement psychique et de manque d'élan vital bien que les signes de désespoir ou de dévalorisation ne soient pas dominants.

Au niveau somatique, plusieurs dimensions sont concernées :

- ***Les symptômes musculaires (2/4)*** ; comprennent des sensations de raideur et de fatigue localisée
- ***Les symptômes sensoriels (2/4)*** ; se traduisent par des perceptions perturbées telles que des fourmillements ou une hypersensibilité cutanée.
- ***Le système cardiovasculaire (3/4)*** ; est impliqué avec la présence de palpitations, d'oppression thoracique et une sensation de malaise.
- ***Les troubles respiratoires (2/4)*** ; se manifestent de manière occasionnelle notamment lors de période de stress aigu avec des sensations de souffle court.

- **Les troubles gastro-intestinaux (2/4)** ; sont modérés avec des gênes digestives non spécifiques.
- **Les symptômes génito-urinaires (0/4)** ; sont absents, ce qui indique une préservation de cette sphère. En revanche,
- **Les manifestations du système nerveux autonome (3/4)** ; telles que la transpiration excessive, vertiges, rougeurs ou bouffées de chaleur, sont nettement présentes bien qu'elles n'affectent pas gravement le fonctionnement global.
- **Le comportement observé (3/4)** ; reflète une forte activation émotionnelle, Mme Samira apparaît tendue, préoccupée avec des signes visibles d'inconfort physique (la posture contractée, un tremblement léger).

Mme Samira semble traverser une période de grande détresse psychologique. Le score élevé obtenu à l'échelle de Hamilton (36/56) indique un niveau d'anxiété majeur, ce que l'entretien clinique est venu confirmer. Elle apparaît tendue, préoccupé et son discours reflète une charge émotionnelle importante. Sa propre maladie cardiaque ajoutée à la situation de sa fille semblent l'épuiser et alimenter un état d'inquiétude constant face auquel elle se sent dépassée et sans ressources.

1.5 Présentation et résultats du 5^{ème} cas :

Notre cinquième cas concerne Mme Naima, femme au foyer âgée de 48 ans et mère de 4 enfants avec un niveau d'étude de quatrième année CEM.

– Résultats :

a. Entretien :

Ce cas est le plus singulier que nous avons étudié durant notre période de stage. Mme Naima n'était pas très coopérative avec nous pas parce qu'elle a acceptée l'entretien à contrecœur et elle avait du mal à exprimer ses émotions et ce qu'elle ressent vis-à-vis de son enfant Rayane. Elle voulait tellement partagée son pain avec nous et nous raconter son expérience un peu compliquée mais elle était incapable d'extériorisé. Elle verse des larmes à chaque fois qu'on lui pose une question sensible comme « Comment avez-vous réagi après avoir eu l'annonce du diagnostic de trisomie 21 de votre enfant ? » ou « Comment votre mari a réagi face à l'annonce de l'handicap de son enfant ? », et la réponse à ces deux questions était simplement : « normal... normal ».

D'ailleurs même pour les autres questions elle ne nous a pas révélé grandes choses. Cependant, d'après nos observations Mme Naima ne reçoit aucun soutien émotionnel ni financier ni de la part de son mari : « il est totalement absent et il ne s'implique jamais dans l'éducation de son enfant, il a tout simplement honte d'avoir un enfant comme Rayane ».

Rayane avant ses deux ans était un enfant normal qui ne présentait aucune anomalie, il arrivait à prononcer quelque mots et phrases correctement, il avait même fait ses premiers pas. Hélas, après ses deux ans il a eu une forte fièvre qui a bouleversé sa vie et celle de sa famille. Depuis, son langage s'est détérioré, il n'arrivait plus à marcher jusqu'à l'âge de quatre ans, ses dents ne sont pas toutes apparues, ce qui le rend incapable de manger autre que les soupes et la purée. Et bien qu'il ait 17 ans il ne fait pas son âge à cause de sa croissance incomplète. Un diagnostic de trisomie 21 a été posé après la réalisation d'un caryotype révélant la présence d'un chromosome 21 supplémentaire.

Mme Naima avait les larmes aux yeux durant tout l'entretien et vers la fin elle a succombé et prononcé ces mots : « j'en peut plus... ». Et franchement, nous avons eu l'impression que de simples mots ne suffiraient pas pour la reconforter.

Malheureusement Mme Naima a subi un traumatisme qui l'a rendue vulnérable et elle porte bien un fardeau que ses seules épaules ne peuvent supporter.

b. Echelle d'anxiété de Hamilton :

Le score total de Mme Naima est de 41 sur 56, ce qui suggère un niveau d'anxiété majeur. Ce score indique que l'anxiété chez elle est présente d'une manière envahissante dans sa vie affectant à la fois son bien-être émotionnel, physique et ses comportements quotidiens.

- ***Humeur anxieuse (score 4/4)*** ; Mme Naima semble constamment inquiète notamment concernant la situation de son fils Rayane, ce qui lui cause une grande incertitude face à l'avenir. Elle rapporte que cette anxiété est difficile à contrôler, ce qui crée un état général de nervosité.
- ***Tension (score 4/4)*** ; elle se sent souvent tendue avec une sensation de nervosité permanente. Cela la rend incapable de se détendre, ce qui a un impact sur sa capacité à se concentrer et à gérer ses activités quotidiennes.
- ***Peurs (score 4/4)*** ; Mme Naima évoque des craintes générales à l'égard de son fils, à son avenir et à sa situation actuelle, mais elle ne peut pas identifier de peurs spécifiques.

Ces peurs sont plutôt diffuses mais elles sont suffisamment présentes pour nuire à son bien-être.

- **Insomnie (score 4/4)** ; les problèmes de sommeil sont également un aspect important de son anxiété. Elle a du mal à s'endormir et se réveille fréquemment pendant la nuit, ce qui aggrave son stress et la fatigue au quotidien.
- **Fonction intellectuelle (score 3/4)** ; Mme Naima a des difficultés modérées à se concentrer. Elle se sent parfois submergée par ses pensées anxieuses, ce qui la rend moins capable de prendre des décisions claires, affectant ainsi sa vie de tous les jours.
- **Humeur dépressive (score 4/4)** ; son humeur est souvent basse. Elle se sent triste et préoccupée et lui arrive de douter de son avenir. Bien qu'elle ne se sente pas totalement désespérée, elle est clairement affectée par une perte d'espoir.
- **Symptômes somatiques généraux (musculaires) (score 2/4)** ; elle présente des douleurs musculaires modérées, particulièrement au niveau du cou et des épaules. Ces tensions physiques sont probablement liées à son niveau de stress élevé.
- **Symptômes somatique généraux (sensoriels) (score 2/2)** ; des tensions de fourmillements et des douleurs diffuses apparaissent parfois, notamment au niveau des mains. Cela renforce l'idée que son anxiété impacte aussi son corps en plus de ses pensées.
- **Symptômes cardiovasculaires (score 2/2)** ; elle mentionne quelques palpitations occasionnelles mais ces symptômes ne sont pas très fréquents, ceux-ci semblent modérés et n'ont pas l'air de causer de problèmes majeurs.
- **Symptômes respiratoires (score 3/3)** ; Mme Naima a des difficultés respiratoires légères avec une sensation d'oppression dans la poitrine, ce symptôme est en partie lié à son anxiété bien qu'il n'atteigne pas un niveau invalidant.
- **Symptômes gastro-intestinaux (score 2/2)** ; elle ressent de légères gênes digestives comme les nausées ou une sensation de lourdeur dans l'estomac, ces symptômes sont souvent exacerbés par son stress.
- **Symptômes génito-urinaires (score 0/4)** ; il n'y a aucun symptôme lié à cette catégorie, cela indique que son anxiété n'affecte pas cette fonction corporelle.
- **Symptômes du système nerveux autonome (score 3/4)** ; elle éprouve des symptômes comme des bouffées de chaleur et des vertiges, ce qui reflète encore une fois l'impact de son anxiété sur son corps. Ces symptômes viennent s'ajouter au stress qu'elle ressent au quotidien.

➤ **Comportement lors de l'entretien (score 4/4) ;** lors de l'entretien Mme Naima semble tendue, nerveuse et préoccupée. Elle a du mal à se détendre et son anxiété est évidente dans sa posture et ses réactions, elle montre à quel point son état l'affecte profondément.

Globalement, Mme Naima manifeste plusieurs signes de souffrance psychologique dont une anxiété marquée. Le score de 41 obtenu à l'échelle de Hamilton indique un niveau d'anxiété majeur. L'analyse de son discours ainsi de son attitude observée durant l'entretien confirment cet état de tension permanente, il apparaît que la situation de son fils Rayane représente pour elle une source constante d'inquiétude et de pression émotionnelle. Elle semble submergée, ne sachant plus comment faire pour tenir à cette situation d'une manière durable.

1.6 Présentation du 6^{ème} cas :

Notre dernier cas concerne Mme Rachida, âgée de 40 ans, femme au foyer ayant un niveau d'instruction universitaire. Elle est mère de trois enfants ; deux garçons et une fille dont son fils aîné prénommé Yani, âgé de dix ans, est atteint de trisomie 21 associée à un trouble du spectre de l'autisme, une comorbidité relativement peu fréquente.

– Résultats :

a. Entretien :

Mme Rachida rapporte avoir remarqué les premiers signes caractéristiques de la trisomie chez son enfant dès l'âge de trois mois, notamment par l'aspect particuliers de ses yeux, ce qui a été confirmé par le médecin.

Vers l'âge de 10 mois elle a observé un retard dans l'acquisition du langage, un retard dans l'apparition des dents ainsi que des comportements de retrait social tels que le rejet des autres enfants et une grande timidité. Ces manifestations comportementales ont renforcé les soupçons de la présence d'un trouble autistiques en plus de la trisomie.

Après avoir appris que son fils est atteint à la fois de trisomie 21 et d'un trouble du spectre de l'autisme, Mme Rachida a commencé à ressentir un fort niveau d'anxiété. Elle s'inquiète beaucoup pour l'avenir de son enfant surtout en ce qui concerne son autonomie et son intégration sociale, cela apparaît dans ses paroles : « j'ai peur de mourir et le laisser seul sans protection, j'ai peur que mon mari meure aussi or il est devenu diabétique depuis l'annonce de cet handicap, rien d'y penser a tout ça m'effraie ». Elle pense souvent à tout ce qu'elle

devra affronter, ce qui provoque chez elle des troubles du sommeil, de la fatigue et un état de tension presque permanent. Elle nous a également expliqué qu'elle ne reçoit aucun soutien de la famille de son mari et même de la part de sa famille. Bien que Yani soit très attaché à son grand père ils prennent rarement de ses nouvelles ce qui la rend triste, elle nous a confiée : « je ressens encore une grande déception à l'égard de mes parents ».

Heureusement qu'elle peut compter sur son mari qui est très présent et qui l'aide moralement en s'impliquant dans l'éducation de leur enfant et essaie toujours de l'encourager, ce qui l'aide à garder espoir.

b. Echelle d'anxiété de Hamilton :

Mme Rachida a obtenu le score de 27 sur 5, ce qui correspond à un niveau d'anxiété modéré à grave. Voici comment Mme Rachida a exprimé son ressenti à travers chaque point de l'échelle vu de plus près :

- ***Humeur anxieuse (score 3/4)*** ; Mme Rachida se sent souvent inquiète, agitée intérieurement et envahie par un sentiment d'insécurité, en particulier lorsqu'elle pense à l'avenir de son fils.
- ***Tension (score 3/4)*** ; elle décrit une tension nerveuse importante avec une difficulté à se détendre, une irritabilité marquée et des sensations physiques de crispation.
- ***Peurs (score 2/4)*** ; Certaines peurs sont présentes mais elles ne sont pas très marquées. Il s'agit plutôt d'appréhension face à des situations sociales ou incertaines sans manifestations phobiques sévères.
- ***Insomnie (score 1/4)*** ; son sommeil est relativement préservé avec seulement de légères difficultés d'endormissement ou de réveils nocturnes occasionnels.
- ***Fonction intellectuelle (score 2/4)*** ; elle a parfois du mal à se concentrer ou à rester attentive surtout lorsqu'elle est préoccupée, ces difficultés sont modérées mais réelles.
- ***Humeur dépressive (score 2/4)*** ; elle montre par moments des signes de découragement ou de tristesse mais sans pour autant se sentir dépassée.
- ***Symptômes somatiques généraux (Musculaires) (score 2/4)*** ; elle ressent des tensions musculaires notamment au niveau du dos, signes fréquents de stress physique.
- ***Symptômes somatique généraux (Sensoriels) (score 2/4)*** ; elle signale des sensations de picotements ou de fatigue sensorielle, ce qui traduit une forme de surcharge nerveuse.
- ***Symptômes cardiovasculaires (score 2/4)*** ; elle décrit des épisodes de palpitations ou de sensation de pression thoracique bien que ces manifestations restent modérées.

- **Symptômes respiratoires (score 2/4)** ; il lui arrive d'avoir une sensation d'oppression ou de souffle court surtout en période de stress émotionnel.
- **Symptômes gastro-intestinaux (score 1/4)** ; peu de plaintes à ce niveau. Elle mentionne une digestion parfois perturbée, mais cela ne constitue pas un symptôme majeur.
- **Symptômes génito-urinaires (score 2/4)** ; elle note quelques troubles de ce type sans que cela ne soit excessivement gênant ou invalidant.
- **Symptômes du système nerveux autonome (score 3/4)** ; elle présente plusieurs signes comme des bouffées de chaleur, une transpiration excessive ou des vertiges.
- **Comportement lors de l'entretien (score 2/4)** ; pendant l'échange elle semblait tendue, sur la défensive mais elle restait communicative et ouverte.

L'évaluation met en évidence une anxiété modérée à grave avec des manifestations émotionnelles et physiques bien présentes mais relativement continues. Mme Rachida semble sensible à la situation de son fils Yani, ce qui nourrit chez elle un fond d'inquiétude constant. Malgré cela, elle parvient à conserver une certaine stabilité dans son vécu.

Tableau 2 : Tableau comparatif des scores totaux à l'échelle d'anxiété de Hamilton.

Cas Clinique	Score total HAM-A	Niveau d'anxiété estimé
Mme Saida	24	Anxiété modéré
Mme Betitra	35	Anxiété majeur
Mme Hayet	28	Anxiété modérée à sévère
Mme Samira	36	Anxiété majeur
Mme Naima	41	Anxiété
Mme Rachida	27	Anxiété modérée à sévère

2- Discussion des hypothèses :

À travers l'analyse des données recueillies par les entretiens cliniques et l'échelle d'anxiété de Hamilton nous avons pu constater que la majorité des mères d'enfants atteint de trisomie 21 présentent un niveau d'anxiété significativement élevé. Les scores obtenus sur cette échelle varient selon les caractéristiques personnelles, sociales et familiales de

chaque participante mais restent globalement supérieurs à la moyenne attendue chez des sujets non exposés à une situation de stress chronique.

L'échantillon étudié composé de six mères d'enfants trisomiques 21 montre une tendance marquée vers une anxiété sévère chez la plupart des participantes. Sur les six cas examinés, trois mères présentent des scores élevés indiquant un niveau d'anxiété majeur nécessitant une attention psychologique particulière (Mme Betitra, Mme Samira et Mme Naima), deux mères présentent un niveau d'anxiété qui tend vers la sévérité (Mme Hayet Mme Rachida) tandis qu'une seule mère présente un score relativement bas (Mme Saida) mais qui n'exclut pas pour autant la présence du sentiment anxieux au regard du vécu raconté par cette dame.

Ces résultats confirment globalement notre hypothèse selon laquelle ***les mères d'enfants porteurs de trisomie 21 manifestent des niveaux d'anxiété au-dessus de la norme.***

À la lumière des entretiens il apparaît que plusieurs facteurs contribuent à cet état anxieux ; le manque de ressources financière et sociales, les inquiétudes constantes liées à l'avenir de l'enfant, la charge émotionnelle de l'annonce du diagnostic ainsi que les difficultés d'adaptation aux comportements spécifiques de l'enfant. Ces dimensions se manifestent à travers des symptômes psychiques et somatiques comme l'insomnie, les tensions musculaires, la fatigue chronique et parfois un sentiment de culpabilité ou d'impuissance.

Il est également important de souligner que les réponses à cette situation ne se sont pas uniformes : l'histoire personnelle, le niveau d'instruction, le soutien familial, la croyance religieuse et la perception du handicap jouent un rôle central dans la manière dont chaque mère réagit à son annonce et à sa prise en charge du handicap. Ainsi, même si l'hypothèse est confirmée dans l'ensemble, il convient de nuancer cette affirmation en tenant compte de l'hétérogénéité des trajectoires individuelles.

- Synthèse :

L'analyse qualitative et quantitative de notre recherche valide notre hypothèse de départ, à savoir que l'épreuve que constitue la maternité d'un enfant trisomique génère un niveau d'anxiété significatif chez la majorité des mères interrogées avec des intensités différentes selon leur vécu et leurs ressources personnelles.

- Conclusion :

L'anxiété est une expérience humaine universelle, souvent déclenchée par des événements de vie stressants ou des responsabilités lourdes. Dans notre société actuelle, où les défis sociaux, économiques et familiaux sont nombreux, cette réalité devient d'autant plus marquante pour les mères d'enfants porteurs de handicaps, comme la trisomie 21.

À travers cette étude, nous avons tenté d'explorer la dimension anxieuse vécue par ces mères, en nous appuyant à la fois sur des entretiens cliniques et sur l'échelle d'anxiété de Hamilton. Notre démarche nous a permis de mieux comprendre la manière dont ces femmes vivent, supportent et affrontent au quotidien le diagnostic et les implications de la trisomie chez leurs enfants.

Les résultats que nous avons obtenus confirment notre hypothèse selon laquelle les mères d'enfants trisomiques présentent des niveaux d'anxiété supérieurs à la moyenne. En effet, la majorité des participantes à notre étude ont montré des signes cliniques d'anxiété, allant de modérée à sévère. Derrière ces chiffres, nous avons surtout entendu des histoires de fatigue psychique, d'épuisement émotionnel, de culpabilité, de solitude, mais aussi de courage et de persévérance.

Nous avons mené notre investigation au sein du centre psychopédagogique des handicaps mentaux d'Iheddaden, un espace d'écoute et de rééducation, mais qui reste, comme tant d'autres en Algérie, limité dans ses moyens. Il en ressort que plusieurs facteurs contribuent à l'anxiété maternelle : le manque de ressources financières, l'absence de soutien psychologique structuré, les regards stigmatisant de l'entourage, et surtout l'inquiétude persistante liée à l'avenir de l'enfant.

Face à cette réalité, nous constatons une nécessité urgente de créer des espaces d'accompagnement spéciaux pour ces familles, où l'écoute, la guidance éducative et la thérapie de soutien pourraient être proposées de manière régulière. Il est temps de prendre en compte le vécu psychologique de ces mères, afin de prévenir le retentissement que cette anxiété peut avoir non seulement sur elles, mais aussi sur l'équilibre et le développement de leurs enfants.

Pour conclure, ce travail, bien que modeste, a permis de soulever des problématiques profondes. Il ouvre la voie à d'autres recherches que nous estimons nécessaires telles que :

- ✓ Comment l'anxiété maternelle évolue-t-elle au fil des étapes du développement de l'enfant trisomique 21 ?
- ✓ Quel rôle joue le soutien social et familial dans la réduction de l'anxiété chez ces mères ?
- ✓ Quelles est l'influence de la qualité de la relation conjugale sur l'état psychologique des mères d'enfants porteurs de trisomie 21 ?
- ✓ Quels effets une prise en charge psychothérapeutique peut-elle avoir sur le bien-être des mères d'enfants atteints de trisomie 21 ?

Nous espérons que cette étude apportera une petite contribution à une cause grande par sa portée humaine.

- Références bibliographiques :

1. Bernier, J. P., Simand, I.(2004). *Psychopathologie clinique : Théories et pratiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
2. Cuilleret, M.(2007). *Parents d'enfants différents : Accueillir la différence, accompagner la vie*. Paris : Dunod.
3. Graziani, P.(2003). *Les troubles anxieux : Comprendre, diagnostiquer, traiter*. Paris : Masson.
4. Guy, B.(2005). *Psychologie biologique : Les bases neuronales du comportement*. Paris : Armand Colin.
5. Hervé, B., Molina-Gomes, D., Picone, O & Vialard, F.(2014). Trisomie 21 : caractéristiques cliniques et prise en charge. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(1), 30–38.
6. Hervé, B., Molina-Gomes, D., Picone, O & Vialard F.(2014). La trisomie 21 : une découverte française aux enjeux diagnostiques majeurs.
7. Httenschwiler, J., Hock, R.(2002). *Anxiété et traitements psychothérapeutiques*. Genève : Médecine & Hygiène.
8. Jean-Adolphe, R.(2019). *Génétique médicale et pathologies humaines*. Lyon : Éditions Scientifiques.
9. Lacombe, D., Brun, V.(2008). *Trisomie 21 : Comprendre pour mieux accompagner*. Toulouse : Éditions Erès.
10. Lebeau, G.(2018). *Psychologie des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France.
11. Leonardo, T.(2023). *Les troubles anxieux à l'ère contemporaine*. Paris : Odile Jacob.
12. Mebarek-Bouchaalal, F. (2011). La révélation de la trisomie de l'enfant aux parents : entre le choc psychologique et la blessure narcissique. Mémoire de magister. Université Mentouri Constantine.
13. Mucchielli, A.(1958). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
14. Noack, N.(1999). *Accompagnement éducatif et thérapeutique de l'enfant porteur de handicap*. Paris : Dunod.
15. Palazzolo, J.(2007). *Comprendre et traiter l'anxiété : Approche intégrative*. Paris : Masson.
16. Pichot, P. (Trad.).(s.d.). Traduction de l'échelle d'anxiété de Hamilton [Échelle psychométrique].
17. Samacher, R., Alexander, B.(2005). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Dunod.

– **Dictionnaires :**

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

– **Sites Internet :**

<https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/enfant-vulnerable-genetique/trisomie-21>

https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/anomalies-chromosomiques-et-g%C3%A9n%C3%A9tiques/syndrome-de-down-trisomie-21#%C3%89tiologie_v1098913_fr

https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89chelle_d%27anxi%C3%A9t%C3%A9_de_Hamilton

Annexes

Annexe 1 : Le Guide d'entretien

Données personnelles :

- Quel est votre nom ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- AXE 1 : Parcours du diagnostic
- Comment avez-vous découvert la trisomie de votre enfant ?
- Quelles ont été vos premières réactions ?
- Avez-vous reçu un accompagnement psychologique à ce moment-là ?

AXE 2 : Expérience quotidienne

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ?
- Comment gérer vous les imprévus ou les situations stressantes liées à votre enfant ?
- AXE 3 : Impact émotionnel et psychologique
- Ressentez-vous de l'anxiété ? Si oui, à quels moments ?
- Qu'est-ce qui vous cause le plus d'inquiétude dans votre situation actuelle ?
- Avez-vous noté des changements dans votre sommeil, votre humeur ou votre
- Comportement ?

AXE 4 : Soutien social et familiale

- Êtes- vous entourée ou soutenue par votre famille, vos amis ?
- Participez-vous à des groupes de parole ou des associations de parents ?

AXE 5 : Stratégies d'adaptation et de gestion de l'anxiété

- Quelles méthodes utilisez-vous pour gérer votre stress ou votre anxiété ?
- Avez-vous développé des routines ou pratiques pour vous apaiser ?
- Avez-vous consulté un professionnel (psychologue...)

AXE 6 : Projections et espoirs pour l'avenir

- Comment voyez-vous l'avenir de votre enfant ?
- Quelles sont vos principales inquiétudes ou attentes ?
- Que' est-ce qui vous aiderait à mieux envisager l'avenir ?

Annexe 2 : Echelle d'anxiété de Hamilton.

Humeur anxieuse : Inquiétude -Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension : Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports...	0 1 2 3 4
Insomnie : Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars –angoisses ou malaises nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives) : Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Cherche ses mots – Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive : Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires) : Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels) : Sifflements d'oreilles -Vision brouillée -Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires : Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales – Extrasystoles	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires : Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupis – Respiration rapide au repos	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux : Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée – Constipation	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires : Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome : Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur -Sueur - Vertiges -Maux de tête	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien : Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL : Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

(Ref : Hamilton MC. (1959), «Hamilton anxiety rating scale -HAM A-»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4 :

0 : Absent 1 : Léger 2 : Moyen 3 : Fort 4 : Maximal.

< 17 : Légère 18 - 24 : légère à modérée 25 - 30 : modérée à grave