

Université ABDERRAHMANE MIRA de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de
Master en psychologie**

Option : développement et handicap

Thème

**Le vécu psychologique des mères des
adolescents trisomiques 21**

Étude de 09 cas au niveau du CPPEHM d'Akbou et le CPP d'Aokas

Réalisé par :

- HADDAD Lahna

- KHELIFA Yassmine

Encadré par :

M^{me} HADERBECHE Lamia

Année universitaire 2014 - 2015

Remerciements

En premier lieu, nous voudrions remercier le bon Dieu, de nous avoir misent sur la voie du savoir et d'avoir préservé le peu qu'on connaît.

Nos remerciements vont à nos deux familles, pour leurs aides, leurs encouragements et leurs soutiens tout au long de nos études. Sans eux, nous n'aurons pas pu mener ce travail à son terme.

Nous remercions, toutes les mères des adolescents trisomiques qui ont acceptée de faire partie de cette étude, de nous partager une partie de leurs histoires, de répondre à nos questions et de permettre la réalisation de cette étude, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoignée, nous espérons en être digne.

Nos remerciements à notre promotrice M^{me} Haderbache Lamia, pour son aide, sa disponibilité, ses orientations et son encouragement.

Nous remercions les membres de juré qui ont acceptés de présider et d'examiner notre modeste travail.

Nos sincères remerciements :

Aux responsables des deux centres d'handicapés mentaux d'Akbou et d'Aokas.

À toute l'équipe des deux CPP d'Akbou et d'Aokas, en particulier les psychologues pour leurs conseils et leurs soutiens, lors de notre pratique.

À M^{me} Doakh, pour sa disponibilité et ses conseils.

À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

*À toute ma famille que j'aime tendrement,
vous m'avez offert votre aide, vos encouragements et votre soutien tout au
long de mes études.*

*À mes parents, vous m'avez transmis la vie et certaines des valeurs qui me
font vivre aujourd'hui. Sans vous, je n'aurais pas pu mener ce travail à son
terme. Que dieu vous bénissent.*

*À mon unique frère Rynas, qui était mon soutien et mon étayage au moment
difficile, que Dieu te garde chère frère.*

*À mes sœurs : Kahina, Lydia, Anissa, vous êtes toutes si différentes, mais
chacune aussi précieuses pour moi.*

*À mes grand parents : Makhlouf et Wardia, que Dieu vous gardent pour
nous.*

À mes deux oncles : Aissa et Abdennour;

À toutes mes copines : Nissa, Ziko, Malika, Ahlam, Katia, et souhila.

Lahna

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

En premier lieu : à celui qui n'a pas cessé de me procurer sans aide tout au long de mon parcours d'étude ; à toi papa. Et à celle qui m'a accordé toute sa patience, sa générosité et son amour ; maman.

En deuxième lieu : à ceux qui m'ont toujours encouragé et orienter avec leurs conseils objectifs ; à vous mes chers frères et sœurs : Lkhodir, Omar, Samra, Fahima, et Karima.

Également, à celui qui m'a offert autant d'amour, de tendresse et de fidélité ; à toi mon futur mari Kamel.

Sans oublier : Mariame, Samia, Yousef, Younes, Siham, Nassima, Wardiya, ainsi ma petite princesse Amira.

Enfin à toute la famille Khelifa, et à mes amies : Rosia, Salwa et Zina.

Yassmine

La liste des tableaux

- Tableau n° 01 : la classification des différentes stratégies de coping de 1984 à 1990.
- Tableau n° 02 : la répartition de la population du CPP d'Akbou selon l'âge.
- Tableau n° 03 : la répartition de la population du CPP d'Akbou selon le type de déficience
- Tableau n° 04 : la répartition de la population du CPP d'Akbou selon le degré de déficience.
- Tableau n° 05 : les caractéristiques du groupe de recherche au niveau des deux centres (Akbou et Aokas).
- Tableau n° 06 : les notes seuils au BDI-II.
- Tableau n° 07 : le guide d'interprétation des notes T au CISS.
- Tableau n° 08 : les données de l'échelle de dépression du cas (W).
- Tableau n° 09 : les résultats du test du coping le CISS du cas (W).
- Tableau n° 10 : les données de l'échelle de dépression du cas (A).
- Tableau n° 11 : les résultats du test du coping le CISS du cas (A).
- Tableau n° 12 : les données de l'échelle de dépression du cas (Y).
- Tableau n° 13 : les résultats du test du coping le CISS du cas (Y).
- Tableau n° 14 : les données de l'échelle de dépression du cas (Z).
- Tableau n° 15 : les résultats du test du coping le CISS du cas (Z).
- Tableau n° 16 : les données de l'échelle de dépression du cas (I).
- Tableau n° 17 : les résultats du test du coping le CISS du cas (I).
- Tableau n° 18 : les données de l'échelle de dépression du cas (X).
- Tableau n° 19 : les résultats du test du coping le CISS du cas (X).
- Tableau n° 20 : les données de l'échelle de dépression du cas (B).
- Tableau n° 21 : les résultats du test du coping le CISS du cas (B).
- Tableau n° 22 : les données de l'échelle de dépression du cas (C).
- Tableau n° 23 : les résultats du test du coping le CISS du cas (C).
- Tableau n° 24 : les données de l'échelle de dépression du cas (D).
- Tableau n° 25 : les résultats du test du coping le CISS du cas (D).

La liste des abréviations

- **CPPEHM** : Centre Psycho-Pédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux.
- **CPP** : Centre Psycho-Pédagogique.
- **ANIT** : Association Nationale pour l'Insertion scolaire et professionnelle des trisomiques.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **DSM IV-R** : Manuel Statistique et Diagnostic des maladies mentales, quatrième version révisée.
- **TIP** : Thérapies interpersonnelles.
- **DASS** : Direction de l'Activité Sociale et de Solidarité.
- **DEFI** : Défense, Éducation, Formation, et Insertion.
- **BDI-II** : Inventaire de Dépression de Beck.
- **CISS** : Inventaire de Coping pour les Situations Stressantes.

Résumé

Cette étude propose de faire une description du vécu psychologique de 9 mères des adolescents trisomiques, à savoir la dépression et les stratégies de coping, déployées par ces mères pour faire face à le handicap de leurs adolescents. Ces derniers, sont âgés entre 13 et 18 ans, placés dans deux centres différents des handicapés mentaux, situés à Bejaia.

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé la méthode clinique et l'étude de cas, ainsi que les outils de recherche qui sont : l'entretien clinique semi-dirigé, l'échelle de dépression de Beck (la BDI-II), et l'inventaire de coping pour situation stressantes d'Endler et Parker (le CISS).

L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif, de la BDI-II, et de la CISS, nous a révélé un vécu psychologique négatif chez les 09 mères, c'est-à-dire que, toutes les mères des adolescent trisomique souffrent d'une dépression a un degré variable, et pour faire face à le handicap de leurs adolescents trisomiques, elles utilisent toutes des stratégies de coping centrées soit sur la tâche, soit sur l'émotion, soit sur l'évitement, soit sur la l'émotion et l'évitement, soit sur la tâche, l'émotion et l'évitement. Ce qui nous amène à déduire qu'il existe une relation entre la dépression et les stratégies de coping. Donc nos trois hypothèses de recherche sont confirmées.

Mots-clés

La trisomie 21, adolescence, adolescent trisomique, le vécu psychologique, les mères, la dépression, les stratégies de coping.

Introduction générale

Introduction générale

Au cours de notre vie, nous sommes toujours confrontés à la rencontre des personnes trisomiques, on s'interrogeait souvent sur le fonctionnement de ces derniers, sur leur vécu et celui de leurs parents, sur leur qualité de vie, ainsi que dans notre cursus en Master qui est intitulé « Développement et Handicap », nous avons aussi été confronté à la question de la trisomie 21, cette confrontation a fait naître dans notre esprit un certain nombre d'interrogations, qui se porte essentiellement sur « le vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques ».

La trisomie 21, ou syndrome de Down, est une anomalie chromosomique, définie par la présence d'un troisième exemplaire du chromosome 21. Ce chromosome supplémentaire est à l'origine d'un excès de matériel génétique responsable d'une surpression génétique. Les personnes porteuses de trisomie 21 présentent de façon quasi-constante une déficience intellectuelle, de degré variable et une hypotonie musculaire, souvent accompagnées de signes morphologiques et de risque de complications nécessitant une prise en charge et un suivi médical adapté. (M. Goffinet, 2008, p.14).

Le développement physique et psychique de la personne trisomique est marqué par un retard. Arrivant à l'adolescence, qui est une « période phare » pour l'adolescent trisomique, ainsi que pour ses parents, ce dernier aura les mêmes désirs, les mêmes besoins que n'importe quel autre adolescent, confronté à des difficultés qui sont comme celles de tout adolescent handicapé, mais porte un handicap particulier, qu'il va ou est entraîné de découvrir dans ses vraies dimensions, et dont les répercussions seront néfastes sur son développement personnel, cognitif, et affectif, ainsi que sur le bien être de ses parents, notamment celui de sa mère.

Être mère d'un adolescent est toujours très difficile, d'autant plus s'il s'agit d'un adolescent trisomique. La mère doit gérer les changements physiques et psychiques, engendrés par l'arrivée de l'adolescence de son enfant, mais surtout l'aider à s'adapter à son tour à ses changements physiologiques, afin d'assurer son rôle de mère. Mais cela ne semble pas évident pour toutes les mères des adolescents trisomiques.

Au cours de nos études et lectures, nous avons été confrontées à la souffrance des mères éprouvées par le handicap de leurs enfants. Ces femmes ont souvent des difficultés

Introduction générale

à exprimer leurs besoins, leurs souffrances, leurs frustrations, mais aussi leurs espoirs et leurs souhaits. C'est dans ce sens, qu'on a décidée d'adopter le thème de recherche suivant : « le vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques », et ce, dans le but de vérifier la présence d'une dépression chez ces mères, et le mode de défense qu'elles adaptent pour en faire face, c'est-à-dire qu'on va essayer de déterminer la nature du vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques, à travers l'investissement de leurs états psychiques actuels, et ce en interrogeant la problématique dépressive, et aussi les types de stratégies de coping déployées par ces mères pour affronter leurs situations se rapportant à le handicap de leurs adolescents.

On a jugé important de signaler que le mot « enfant » dans notre présente recherche ne renvoie pas seulement à « *l'être humaine de la naissance jusqu'à la puberté* », mais qui peut être considéré aussi comme « *fil ou fille d'une mère, quel que soi son âge; personne, par rapport à ses parents* ». (C. Labro, 2010, p.538).

Cette définition peut justifier l'utilisation du mot enfant dans certains paragraphes pour parler de l'adolescent.

Pour réaliser cette recherche, on a choisi d'adopter l'approche cognitivo-comportementale, qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils qu'on a décidé d'utiliser. On peut penser que l'approche psychanalytique permet de mieux appréhender le vécu psychologique des mères des adolescents handicapés, mais on considère, de notre part, que même l'approche cognitivo-comportementale est en adéquation et en harmonie avec notre problématique, et ce en raison des outils de recherche qu'on a adopté et de l'objectif de notre recherche.

Pour pouvoir réaliser cette présente recherche, nous avons choisi, comme terrain d'étude, deux centres différents d'handicapés mentaux : le C.P.P.E.H.M d'Akbou, et le CPP d'Aokas, situés tous les deux à Bejaia. On a pu sélectionner 05 cas au CPPEHM d'Akbou, et 04 cas au CPP, d'Aokas. Nous nous somme tourner vers ces mères, et nous avons cherché à écouter leurs histoires et leur vécu, pour pouvoir répondre à nos questionnement.

Ce présent travail se compose de deux parties : une **partie théorique**, et une **partie pratique**.

Introduction générale

La partie théorique est organisée autour de deux chapitres théoriques : **le premier est consacré à l'étude de l'adolescent trisomique**, il aborde la trisomie, l'adolescence, et l'adolescent trisomique; et **le deuxième chapitre sera consacré à l'étude du vécu psychologique des mères**, en essayant d'aborder tout d'abord la question de le handicap et la famille, ensuite de préciser les variables de notre recherche, a savoir la dépression, et les stratégies de coping.

La partie pratique va être la suite de la partie théorique, on va enchaîner par le troisième chapitre qui va se porter sur **la méthodologie de recherche**, on va parler sur notre prés enquête, puis on va présenter les deux centres de recherche, ainsi que le groupe de recherche, ensuite les outils de recherche et leurs analyses, et enfin on va aborder le déroulement de notre enquête. **Le quatrième et dernier chapitre, va être consacré pour la présentation, analyse et discussion des résultats de notre recherche** (les résultats de l'entretien clinique semi directif, de l'échelle de dépression de Beck (la BDI-II), et l'inventaire de coping pour situations stressantes d'Endler et Parker (le CISS)).

Enfin, on terminera notre recherche par une conclusion générale, dont on va rappeler de façon synthétique les travaux précédant, ensuite dégager les principaux résultats obtenues dans un esprit comparatif, et montrer ce qu'on a apporté de plus ou de différent par apport à ceux qui nous ont précédé dans cette recherche, et enfin envisager d'autres perspectives de recherches; une liste bibliographique et les annexes.

La partie théorique

Chapitre I

L'adolescent trisomique

Préambule

La période de l'adolescence dans la trisomie 21 est une étape de vie spécifique tant pour la personne elle-même, confrontée à des transformations physiologiques et psychiques, que pour ses parents, notamment sur les mères qui doivent s'adapter, voire surmonter les difficultés engendrées par l'évolution de leurs enfants.

Dans ce chapitre, on va essayer de clarifier et de développer les points suivants : la trisomie 21, l'adolescence, et l'adolescent trisomique.

1- La trisomie 21

Le syndrome de Down fait l'objet de multiples recherches dans des secteurs aussi variés que l'immunologie, la génétique, la neurophysiologie, la neuropsychologie et les mécanismes d'apprentissages moteur et linguistique.

On peut concevoir que le syndrome de Down bénéficie d'un tel intérêt en raison de son facteur étiologique bien connu. (N. Noack, 1997, p.59).

1- 1- Aperçu historique sur la trisomie 21

Les premières traces historiques répertoriées d'humains atteints de trisomie, furent retrouvées à Lyon, par les études menées sur des restes osseux humains, découverts dans la nécropole gallo-romaine où furent retrouvés, entre autres, des crânes trépanés. Certains se révèlent être ceux de personnes atteintes de trisomie (travaux du professeur A. Bouchet et du professeur Desserprit). (M. Cuilleret, 2007, P.4).

Seguin, est le premier à avoir décrit le syndrome qui nous intéresse. Il a créé la première école spécialisée recevant des enfants déficients mentaux dans le but de les éduquer. C'est en 1846 qu'il présente ses premiers travaux descriptifs s'appuyant sur l'observation de deux adolescents. Il ne propose pas à ce moment-là d'étiquette particulière à ce syndrome. Ce n'est que vingt ans plus tard, en 1866, qu'il précise son approche et désigne l'affection des enfants observés du nom de « *crétinisme furfuracé* ». (M.Goffinet, 2008, p. 17).

Le terme « trisomie », « trisomique » se sont substitués au terme « mongolisme », « mongolien », avancés par le médecin anglais J-H. Down (1828-1896) qui s'appuyant sur

les caractéristiques « mongoloïdes » du visage d'un groupe particulier d'arriérés mentaux, avait défendu l'idée d'une dégénérescence raciale pour expliquer à la fois les déformations du corps et le déficit mental. (H. Bloch et R. Chemama, 2011, p.968).

En 1959, une équipe de chercheurs français, composée de Jérôme Lejeune, Raymond Turpin et Marthe Gauthier, établit que le syndrome de Down est lié à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21^{ème} paire. Le terme de « *trisomie 21* » est alors proposé pour désigner l'affection. Il sera adopté petit à petit en France, remplaçant le terme de mongolisme, qui n'a, à ce jour, pas totalement disparu. Dans les pays anglophones ainsi que dans la littérature scientifique, le terme de « *syndrome de Down* » est majoritairement utilisé. (M. Goffinet, 2008, pp. 17,18).

1-2- La trisomie 21 en Algérie

Selon le journal « Algérie news », 2 enfants trisomiques naissent chaque jour en Algérie, avec une incidence de 800 enfants trisomiques par an, mais aucune statistique officielle sur un sujet qui reste « tabou » au sein de notre société. Le président de l'Association Nationale pour l'Insertion scolaire et professionnelle des Trisomiques (l'ANIT), N. Chebani, a réclamé aux pouvoirs publics des moyens pour la prise en charge de ces enfants. (Z. Chender, 2012, p.2).

Selon un recensement, établi par l'Association nationale des enfants trisomiques, ils sont, aujourd'hui, 80.000 enfants algériens à être atteints de cette maladie. La même source indique que chaque jour, dans le pays, on enregistre parmi les enfants qui naissent, au moins trois cas de bébés présentant les symptômes de la trisomie 21. (www.santemagdz.com).

Selon le président de l'ANIT, Y. Chibani, environ 80.000 trisomiques sont recensés en Algérie, et uniquement 1% d'entre eux sont insérés dans des structures scolaires, grâce à l'intervention de l'ANIT, en raison du manque de moyens financiers et de subventions. (www.carrefourdalgerie.com).

1-3- Définition de la trisomie 21

La trisomie 21 se définit par le grand dictionnaire de psychologie comme : « *aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologiques, neuro-motrices,*

métaboliques, immunologiques, et une déficience intellectuelle ». (H. Bloch et R. Chemama, 2011, p.968).

Nous avons choisi cette définition du grand dictionnaire de psychologie, car elle est la plus récente. On peut comprendre à partir de cela, que la trisomie 21 est une anomalie génétique qui se caractérise par différentes malformations.

Longtemps, la personne porteuse de trisomie 21 n'eut droit qu'à des noms qui la dévalorisaient, voire la privait de toute dignité. Qui, au cours de sa vie, n'a entendue ces noms : débile, mongol, malade mental, monstre, taré, arriéré, attardé. Mais aujourd'hui beaucoup de chercheurs préfèrent utilisés le terme « anomalie génétique », pour son caractère scientifique et neutre, puisqu'il laisse entendre un dysfonctionnement, une erreur, une défectuosité dans la fabrication de l'homme. (S. Fortin, 2008, p.10).

1-4- L'étiologie de la trisomie 21

La formule chromosomique de la personne atteinte de la trisomie 21, est donc 47,21+, le chromosome 21 surnuméraire vient toujours de la mère, l'origine de cette anomalie génétique se situe lors de la gamétogenèse et plus précisément lors de la répartition des chromosomes homologues au cours de la première métaphase de la Meiose, l'un des gamètes formés, comportera deux chromosomes de la 21^{ème} paire, au lieu d'un seul, ce qui après la fécondation de ce gamète par un autre normal formera une cellule œuf dont la 21^{ème} paire contient 3 chromosomes.

Donc la formule chromosomique de la personne atteinte de trisomie 21 est 45, 46XY47. (C. Tourrette et M. Guidetti, 2004, p.117).

Les facteurs théologiques de la trisomie sont souvent variés et peuvent être en interaction, elles peuvent survenir avant, pendant, ou après la fertilisation de l'ovule, à ce propos il existe :

- **Facteurs intrinsèques :**
 - 1- La mère est trisomique
 - 2- Les cas de translocation
 - 3- L'âge maternel
- **Les facteurs extrinsèques :**
 - 1- Les radiations
 - 2- Les déficiences vitaminiques

3- Les facteurs immunobiologiques

(A. Renault-Dulong, 2007, p.33).

1-5- Les types de la trisomie 21

Il existe trois types de trisomie 21

1-5-1- La trisomie 21 libre et homogène : identifiée dans 95 % des cas. Cette forme correspond à la non-disjonction accidentelle des chromosomes 21 au cours de la méiose. Cette non-disjonction est d'origine maternelle dans 90 à 95 % des cas. (M. Goffinet, 2008, p.19).

1-5-2- Une trisomie 21 par translocation (trisomie non libre) : est retrouvée dans 2 à 3 % des cas. Le caryotype présente 46 chromosomes, le chromosome surnuméraire étant transloqué sur un autre chromosome acrocentrique. (A-L. Le Rousseau, 2011, P.14).

1-5-3- La trisomie 21 est en mosaïque : dans 2 à 3 % des cas, elle se définit par la coexistence, dans des proportions variables selon les tissus, d'au moins deux populations cellulaires, une normale et une porteuse d'une trisomie 21. (M. Goffinet, 2008, p.20).

1-6- Les caractéristiques de la trisomie 21

Plusieurs caractéristiques cliniques caractérisent la trisomie 21, on trouve donc :

1-6-1-L'hypotonie musculaire

L'hypotonie musculaire est un signe constant dans la trisomie 21. Elle est présente dès la naissance et se manifeste par un *bébé mou*, qui bouge peu, souvent très calme. Elle est constante, diffuse, à la fois axiale et segmentaire. (M. Goffinet, 2008, p.21).

1-6-2-La dysmorphie

La dysmorphie associe différents signes qui confèrent aux personnes porteuses de trisomie 21, un faciès particulier : microcéphalie, nuque courte, large et plate, profil plat, visage rond, obliquité des fentes palpébrales en haut et en dehors, épicanthus , élargissement de la racine du nez, oreilles bas implantées et mal ourlées, microtomie, langue plicaturée et protruse, voûte palatine ogivale, dentition anarchique et de survenue retardée, tâches iriennes de Brushfield.

Concernant les membres, ils sont habituellement courts. Les mains sont larges et trapues, un pli palmaire transverse unique est fréquent (80% *versus* 1% de la population générale). Les doigts sont courts, larges et hyperlaxes ; au cinquième doigt existe une clinodactylie avec brachymésophalangie. Il existe une hyperlaxité ligamentaire et articulaire. Les pieds sont larges, petits et plats, avec les deux premiers orteils très espacés (signe de la sandale) ; on peut retrouver une syndactylie des 2 et 3^o orteils, des pieds-bot. (A-L. Le Resseau, 2011, p.16).

1-6-3-Le retard mental

Le retard mental est constant chez les personnes trisomiques 21. Il est évident au delà de l'âge de 4 ans chez tous les enfants trisomiques 21. Le QI moyen des personnes trisomiques 21 est de 50. Il est compris entre 30 et 65 pour 86,5 % des personnes trisomiques 21, ce qui correspond à une déficience intellectuelle moyenne. Il est inférieur à 30 pour 8 % d'entre elles, ce qui correspond à une déficience intellectuelle profonde et 5,5 % des personnes trisomiques 21 auraient un QI entre 65 et 79, dans une fourchette de retard mental léger. Le retard mental est donc d'intensité variable.

Sa profondeur dépend de facteurs génétiques et environnementaux. L'éducation précoce et la qualité de la prise en charge initiale de l'enfant et des parents tend à diminuer ce retard. (M. Goffinet, 2008, p.23).

Le handicap mental est à l'origine des difficultés d'autonomie de la personne atteinte de trisomie 21. Aussi, est-ce la source de la majorité des questions de leurs parents. (C. Passot, 2005, p.16).

1-6-4- Pathologies associées à la trisomie 21

La connaissance des pathologies fréquemment associées à la trisomie 21 est nécessaire, pour le médecin qui assure le suivi régulier des patients trisomiques 21. (M. Goffinet, 2008, p.24).

Il existe de nombreuses pathologies associées à la trisomie 21, on trouve souvent : les cardiopathies, l'épilepsie, maladie de l'appareil urinaire, les malformations digestives, les malformations osseuses, les déficits auditifs et visuels, les apnées du sommeil, et infection et maladies auto-immunes. (M. Cuilleret, 2007, p.39).

1-7-Évolution et complications de la trisomie 21

L'évolution dans la trisomie 21 est fréquente, elle peut avoir des complications qui perturbent la vie de la personne trisomique ainsi que celle des membres de sa famille. Parmi les troubles qu'engendre cette évolution, on trouve : les troubles hormonaux (croissance limitée; la thyroïde; le diabète; surcharge pondérale; puberté retardé, les femmes fertiles et les hommes sont stériles). Les complications sont : la sensibilité aux infections, fragilité aux traumatismes, et la leucémie. (F. Amblard, 2005, p.8).

1-8- La prise en charge de la trisomie 21

On parle de prise en charge orthophonique, kinésithérapeutique, psychologique, éducative. Il s'agit d'un travail régulier constant, précis, qui doit être une mise en œuvre adaptée de contenus préalablement connus. La prise en charge se déroule selon une périodicité particulière définie par l'objectif. (M. Cuilleret, 2007, p.67).

Une prise en charge globale et précoce de l'enfant est primordiale sur les plans médical, paramédical et psychologique.

1-8-1- Prise en charge médicale : Elle permette de dépister et traiter les pathologies associées, d'améliorer le développement de l'enfant trisomique.

1-8-2- Prise en charge paramédicale : une prise en charge précoce, adaptée, continue de l'enfant est primordiale pour son développement. (C. Passot, 2005, p.19).

La prise en charge paramédicale comprend de manière régulière de la kinésithérapie, de l'orthophonie et un travail de psychomotricité.

1-8-2-1-La kinésithérapie : elle aide l'enfant dans sa tonification et dans le développement neuro-moteur. Le travail de tonification se poursuit au-delà de l'âge de la marche et même encore à l'adolescence. Il s'accompagne d'un travail sur l'équilibre. (A-L. Le Rousseau, 2011, p. 23).

1-8-2-2-L'orthophonie : l'orthophoniste peut utiliser différents systèmes et méthodes d'aide à la communication, basés sur les stimulations sensorielles (le toucher, la vue, l'ouïe, etc.), basés aussi sur la gestuelle, les mimiques et l'imitation. (M. Goffinet, 2008, p.28).

1-8-2-3-La psychomotricité : La psychomotricité permet d'accompagner l'enfant dans ses interactions physiques et émotionnelles avec son environnement (développement du schéma corporel, tonification,...). (A-L. Le Rousseau, 2011, p.17).

1-8-3-Prise en charge psychologique

L'accompagnement psychologique et social de la personne trisomique, s'organise premièrement autour de la famille : dès l'annonce du diagnostic, 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. Deuxièmement, autour de 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 trisomique 21, 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. (R. Touraine et al, 2011, p.20).

2- L'adolescence

L'adolescence constitue une phase cruciale de ce processus où se forment alors principalement les normes, les valeurs et les aspirations. Les transformations somatiques, le développement cognitif et intellectuel, ainsi que la maturation sexuelle que subit le jeune adolescent, le conduisent à réajuster ses rapports avec l'entourage et jouer pratiquement un rôle sexué. (M. Guerdouh, 2008, p.9).

2- 1- Historique de l'adolescence

Le terme « *adolescent* » n'est entré dans le langage courant qu'à la fin du 19^{ème} siècle et c'est dans les années 40 qu'il est devenu populaire. Cela dit, l'étymologie du terme remonte à l'Antiquité puisqu'il est composé de la racine latine « *adolescere* » qui, au participe présent s'écrit « *adolescens* » et signifie « en train de grandir », et au participe passé « *adultus* » ou « qui a fini de grandir ». (M-Cl. Audétat et al, 1997, p.2).

2-2-Définition de l'adolescence

L'adolescence « est généralement entendue comme la période de vie qui s'étend de la puberté à l'âge adulte. Les avis sur les limites d'âge de cette période sont très partagés mais on admet généralement qu'elle commence aux alentours de 12 ans et se poursuit jusqu'à environ 18-20 ans, quand les principales transformations biologiques, psychologiques et sociales sont accomplies ». (M-Cl. Audétat et al, 1997, p.3).

On comprend par là que l'adolescence débute lorsque se manifeste les phénomènes pubertaires, mais surtout qu'elle s'achève si seulement l'adolescent arrive à accomplir toutes les transformations, chose qui ne s'effectue pas toujours chez tous les individus à un même âge, c'est-à-dire qu'elle peut aller dans certaines cas au delà de 20 ans.

On a choisi une autre définition qui est plus récente que la précédente: l'adolescence « est la période de la vie qui succède à l'enfance et s'étend jusqu'à l'âge adulte. Son début est marqué par la puberté: ce phénomène est le commencement d'un processus continu et plus général aux plans somatique et psychique ». (M. Goffinet, 2007, p.174).

Cette deuxième définition insiste plus sur le début de l'adolescence est définit la puberté comme étant un processus.

2- 3- Le développement physique chez l'adolescent

Les nombreux changements corporels liés à la puberté sont largement régis par les hormones, qui jouent un rôle central dans la métamorphose physique à l'adolescence. (H. Bee et al, 2003, p.238).

Les changements corporels à l'adolescence sont :

2-3-1- Au niveau du cerveau : le cerveau connaît deux périodes de croissance, la 1^{ère} se produit entre 13 et 15 ans, dont laquelle le cortex cérébral s'épaissit et le réseau neuronal devient plus efficace. La 2^{ème} période se situe autour de l'âge de 17 ans, dont le changement s'effectue dans le lobe frontal du cortex cérébral, région de la logique et la planification. (Ibid, 2003, p.p. 241-242).

2-3-2-La taille : au cours de cette phase se produit une poussé de croissance spectaculaire grâce à l'augmentation des hormones de croissance. L'adolescent peut grandir de 8 à 15 cm par an.

2-3-3-La musculature : les fibres musculaires subissent une poussée de croissance à l'adolescence, et deviennent plus massives et plus denses.

2-3-4-Cœur et poumons : ils augmentent considérablement de volume et la fréquence cardiaque diminue. (H. Bloch, 1999, p.23).

2-3-5-La morphologie : les différentes parties du corps de l'enfant n'atteignent pas leur taille adulte au même rythme : les mains et les pieds arrivent d'abord à leur maturité, ensuite vient le tour des bras et des jambes, le tronc étant la partie qui se transforme le plus tardivement.

2-4- Le développement cognitif chez l'adolescent

Le développement cognitif chez l'adolescent se rattache essentiellement à l'ensemble de transformations quantitatives et qualitatives qui marquent la pensée adolescente et qui focalisent sur la manière d'appréhender le réel et la façon de se représenter les choses. (M. Guerdouh, 2008, p.25).

J. Piaget fut le premier à tenter d'expliquer ce changement dans le mode de pensée des adolescents, il conclu à la suite de ses observations, que la période des opérations formelles émerge rapidement à l'adolescence, soit entre l'âge de 12 et 16 ans. L'adolescent passe du concret à l'abstrait, du réel au possible, et il est capable de prévenir des conséquences à long terme, et la résolution systématique des problèmes. (H. Bee et al, 2003, p.250).

2- 5- Le développement de la personnalité chez l'adolescent

Alors que la pensée devient plus abstraite à l'adolescence, le concept de soi se complexifie par rapport à ce qu'il était durant l'enfance.

Tout au long de l'adolescence, l'individu marque une modification de la représentation de soi et d'autrui, ce phénomène progressif d'élaboration du moi et de construction de l'identité est abordé selon deux conceptions différentes :

- L'une « psychosociologique » étayée exclusivement sur les traits qui caractérisent l'identité de l'adolescent en rapport avec son milieu.

- L'autre psychanalytique qui étudie les relations entre identité, identifications, relations narcissiques et objectales. (M. Guerdouh, 2008, p.28).

L'approche de S. Freud : développement psychosexuel : le stade génital, le dernier stade psychosexuel défini par Freud, apparaît à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les pulsions sexuelles « endormies » pendant la période de latence se réveillent sous l'effet des changements physiologiques, et ces nouvelles pulsions sexuelles sont dirigées vers des pairs du sexe opposé. (H. Bee et al, 2003, p.272).

L'approche d'E-H. Erickson : développement psychosocial : Pour Erik H. Erikson, la personnalité est un produit des interactions sociales et des choix de l'individu dans la vie. C'est pourquoi l'identité du « moi » pourrait se définir comme « le résultat de la fonction de synthèse » de l'environnement en tant que réalité sociale transmise à l'enfant au cours d'une succession de crises et des expériences propres du sujet. (J-F. Luemba, 2007, pp.74-75).

La mise en jeu du corps (Le breton, 1996) est si massive à l'adolescence (conduites violentes - hétéro et auto-agressive, dont les tentatives de suicide -, conduites à risque, pathologies de l'addiction, mais aussi créativité artistique, recherche active de l'intensité, de l'extrême, de la limite, précisément), qu'on ne saurait en sous-estimer la valeur, que ce soit du côté du refus de la mutation pubertaire (repli et évitement phobique), ou de celui d'une quête de soi particulièrement active, dans la recherche permanente de repères identifiants. (R. Scelles, 2003, p.62).

3- L'adolescent trisomique 21

3-1- La spécificité de l'adolescent trisomique 21

L'adolescent atteint de trisomie est un adolescent handicapé: mêmes difficultés que pour tout adolescent porteur d'un handicap, mais un adolescent porteur d'un handicap particulier, qu'il est en train de découvrir dans ses vraies dimensions et dont les répercussions le gênent dans son évolution globale comme dans ses évolutions affectives et sexuelles. La prépondérance de tel ou tel de ces retentissements est au centre de sa prise de conscience.

Les demandes ou besoins se posent en termes divers: la nécessaire de formation professionnelle avec ses souplesses et ses limites, l'adaptation de son autonomie de

langage à ses besoins nouveaux et différents, et les loisirs et les débuts de sa vie personnelle. (M. Cuilleret, 2007, p.174).

3-2- L'âge de l'adolescence chez le trisomique 21

L'adolescence se manifeste chez la personne atteinte de trisomie sensiblement au même âge que chez l'individu ordinaire. On note cependant chez certains un retard d'apparition des phénomènes pubertaires, particulièrement chez les garçons.

Le début de l'adolescence se manifeste le plus souvent aux alentours de 13 à 14 ans, mais les manifestations comportementales et psychologiques se révèlent à des âges variables. (Ibid, 2007, p.175).

3-3- Évolution de l'adolescent trisomique 21

On peut observer une certaine stagnation des acquisitions scolaires, alors que des gains en autonomie personnelle, dans les compétences sociales et les domaines pratiques préprofessionnels s'effectuent.

Le recours aux structures spécialisées de type médico-professionnelles est plus fréquent, même si certains adolescents trisomiques bénéficient actuellement de classes spécialisées dans l'éducation nationale.

Les différences s'accroissent sur le plan des traits de caractère et des réactions émotionnelles.

Des troubles du comportement peuvent être observés, traduisant une souffrance individuelle ou des difficultés d'adaptation de l'environnement aux changements physiques et de caractère dans cette période.

Sur le plan somatique : puberté retardée ; croissance limitée, conduisant à un hypostaturisme. (C. Aussilloux et al, 2008, p.36).

3-4- Le développement de l'adolescent trisomique 21

D'un point de vue développemental, la vitesse d'acquisition des savoir-faire est souvent normale dans les premières années de la vie. Par la suite, un ralentissement s'amorce dans le développement de telle manière que les savoir-faire intellectuels et langagiers ainsi que les progrès moteurs peuvent être retardés d'un an ou plus. Même si

les personnes trisomiques 21 peuvent effectuer un certain nombre d'apprentissages scolaires tels que la lecture, l'écriture et l'arithmétique, cela reste relativement rare et la maîtrise de ces savoir-faire demeure bien souvent faible. (A. Comblain et al, 2005, p.7).

3-5- La puberté chez l'adolescent trisomique 21

La puberté intervient sensiblement au même âge chez les jeunes porteurs de trisomie 21 que chez toutes les jeunes ordinaires. (R. Tsao, 2010, p.14).

La puberté intervient sensiblement au même âge chez les jeunes filles atteintes de trisomie que chez toutes les jeunes filles; elle est légèrement plus tardive chez les garçons trisomiques que chez les garçons qui ne le sont pas.

Les manifestations physiologiques ne diffèrent pas d'une population à l'autre. Toutefois, les jeunes filles souffrent souvent de règles irrégulières et très longues qui les fatiguent. Elles ont donc besoin d'un suivi gynécologique régulier et ce, d'autant plus que les traitements actuels sont très efficaces. (M. Cuilleret, 2007, p.176).

3-6- La construction identitaire chez l'adolescent trisomique 21

Se construire, pour chacun de nous, n'est pas facile. Un adolescent atteint de trisomie, c'est de fait un adolescent avec les mêmes désirs, les mêmes problèmes, les mêmes besoins, mais un adolescent qui se sait et se découvre différent.

C'est toute la construction identitaire qui est remise en cause. Cette remise en cause va au-delà du seul aspect différence puisque le handicap génétique remet en question son identité et, au-delà, sa filiation passée et à venir. Les répercussions peuvent être somatiques et/ou psychologiques. En remettant en cause ses possibilités de transmission du patrimoine génétiques reçu, c'est son appartenance même et sa place dans sa filiation et la façon dont il peut ou non s'inscrire dans la chaîne générationnelle, qui sont remises en cause. Quelle que soit la réponse que donne chacun d'entre eux, c'est donc l'image qu'ils ont d'eux-mêmes qui est touchée au plan narcissique le plus profond.

De plus, cette construction identitaire s'accomplit à travers l'image sociale que nous renvoie l'autre. Ce que me renvoie de moi le regard de l'autre est déterminant pour ma façon d'être et mon adaptation identitaire, mais quelle image est renvoyée à l'adolescent atteint de trisomie? (Ibid, p.181).

3-7- La sexualité chez l'adolescent trisomique 21

L'expression de la sexualité est liée au développement physiologique, physique, intellectuel et psychique du sujet. De nombreuses personnes trisomiques 21 qui, pour une raison ou une autre, restent à un stade relationnel archaïque, n'auront qu'une sexualité rudimentaire, peu ou pas tournée vers autrui. La masturbation est fréquente chez les enfants et les adolescents trisomiques 21. Elle devient problématique lorsqu'elle est pratiquée ostensiblement. Il revient aux éducateurs (parents et professionnels) d'en interdire la pratique publique. Cet interdit ne peut s'énoncer sans prendre en compte l'identité de la personne ; c'est-à-dire que sa sexualité doit être reconnue et acceptée dans toute son étendue pour lui permettre de l'intégrer à sa personnalité. (M. Goffinet, 2008, p.71).

Conclusion du chapitre

La période de l'adolescence est une période toujours troublée pour tout adolescent. Pour les adolescents atteints de trisomie, il existe un ensemble de données nouvelles qui modifient le devenir de ces personnes et qui exigent de nous la mise en œuvre de propositions nouvelles adaptées aux besoins que nous avons décrits.

Dans le chapitre qui va suivre, on va aborder la question du handicap et famille, à savoir la dépression et les stratégies de coping déployées par les mères pour faire face à l'adolescence de leurs enfants trisomiques 21.

Chapitre II

Le vécu psychologique des mères : dépression et stratégies de coping

Préambule

Être mère d'un adolescent ce n'est pas toujours facile, d'autant plus s'il s'agit d'un adolescent trisomique, cela peut perturber profondément le vécu psychologique de la mère.

Dans ce deuxième chapitre, on va commencer par aborder la famille de l'adolescent trisomique, puis après on va spécifier notre travail, qui va s'effectuer autour de la mère de cet adolescent trisomique et plus spécifiquement, il va se porter sur son vécu psychologique à savoir la dépression et les stratégies de coping déployées pour faire face à le handicap de son adolescent.

1- Handicap et famille

1-1- La famille d'un enfant trisomique 21

L'arrivée d'un enfant dans la cellule familiale implique de coordonner quatre temporalités différentes : celle de l'enfant, accordée à son rythme biologique, celle des services publics habilités à le prendre en charge, celle de l'activité professionnelle des parents et celle de leur vie familiale et sociale.

Les parents réorganisent alors leur quotidien pour y intégrer l'enfant. Cette nouvelle organisation affecte leur entourage proche, grands parents, frères, sœurs et amis. (F. Manuel, 2009, p.36).

La présence d'une personne handicapée dans la famille, impose donc à ses membres des tâches, des ajustements et fait vivre des discriminations supplémentaires auxquels les autres familles ne sont pas confrontées et qui la touchent dans tous les aspects de sa vie. Ces familles vivent un stress non seulement additionnel mais aussi permanent dans le sens qu'elles doivent s'y accommoder quotidiennement, et quelque fois pendant toute une vie, sans jamais pouvoir s'y soustraire complètement.

Ces situations peuvent apporter néanmoins des possibilités de développement ou créer des obstacles à la vie familiale. Cela dépend des capacités d'adaptation de chacun des membres.

Les familles qui s'adaptent se renforcent, les autres s'affaiblissent. Cela repose aussi sur l'accueil que la communauté réserve à la personne handicapée et à sa famille. (J-G. Darveau, 1995, p.8).

1-2- Les parents d'un enfant trisomique 21

Si les fantasmes, l'imaginaire des parents, leurs histoires, posent les bases à partir desquelles l'enfant advient, la réalité de ce qu'il est, son état de santé, ont un rôle dans la façon dont il va être aimé par ses parents et adviendra comme sujet. Être parent d'un enfant handicapé est toujours une blessure narcissique pour ces parents. L'atteinte peut être vécue comme témoin de l'existence d'une faute : inceste, tare génétique... (R. Scelles, 1997, pp.26-27).

Pour les parents, la révélation d'une malformation ou d'une déficience du nouveau-né ou du jeune enfant à l'effet d'une bombe. Une bombe dont les éclats atteignent les parents au milieu de leurs projets de vie et de leurs rêves.

Les nombreuses études menées sur le thème de l'annonce d'un handicap permettent d'affirmer que la révélation provoque de façon générale chez les parents un traumatisme dont les modalités et les intensités varient individuellement. Ce choc peut se manifester par des sensations de vide, de sidération et de tristesse, accompagnées de sentiments d'échec, de culpabilité et de remise en cause de soi, du partenaire, du couple. Le monde et la vie basculent. Rien n'est plus comme avant. L'enfant réel s'avère ne pas être l'enfant rêvé. (M-J. Jacobs, 2000, p.6).

Les parents insistent sur la répétitivité qu'exigent les limitations fonctionnelles de leurs enfants. Ces répétitions apparaissent souvent pesantes et lassantes. Par delà leur caractère chronophage, elles donnent l'impression que l'enfant ne comprend pas et deviennent des moments de « ré-annonce » du handicap. Il s'agit alors de comprendre comment les parents s'organisent pour réduire l'impact de ces limitations fonctionnelles sur leur quotidien. (F. Manuel, 2009, p.37).

Être parent d'un enfant trisomique implique :

- Être confronté à des prises de parole diverses: paroles des professionnels (éducateurs, paramédicaux, médecins, enseignants), paroles parfois de nature « commerciale », paroles de charlatans.

- Être dans une souffrance narcissique qui dépasse le handicap lui-même.

- Être dans la nécessité d'évoluer et aimer suffisamment cet enfant pour lui permettre d'être et d'exister au-delà de l'amour intimiste et convenu que l'on donne au tout-petit afin de lui permettre d'être un adolescent puis un adulte qui puisse être structure et indépendant au-delà du milieu parental.

- Être dans la nécessité de décider et de prévoir. Décider à chaque étape, à chaque moment de l'évolution de l'enfance et de l'adolescence, sans jamais oublier que le rôle parental s'exprime dans la continuité.

- Être dans la projection du devenir, c'est décider outre pour le devenir immédiat, ce que nous venons voir, mais aussi pour l'avenir de la personne et de sa fratrie. (M. Cuilleret, 2007, p.80).

1-3- La mère d'un adolescent trisomique 21

Le vécu des parents, notamment de la mère par rapport à son enfant handicapé (trisomique) peut se définir à partir de :

- Sa découverte du handicap et ses premières réactions avant et au moment de l'« annonce du handicap », qui marquent le point de départ de l'expérience de la mère d'enfant trisomique

- Sa définition du handicap lui-même

- Sa représentation du développement de l'enfant (sa conception de départ et ce qu'il en est aujourd'hui). (T. Mahé, 2005, p.23).

Nous, ce qui nous intéresse dans notre recherche c'est bien le troisième point. Étudier les répercussions de l'annonce du handicap de l'enfant sur le vécu psychologique de la mère, d'autres l'on déjà fait avant nous, mais ce qui est peu ou pas déjà traité, c'est les répercussions du développement de l'enfant trisomique (adolescent), sur le vécu psychologique de la mère.

Quelle que soit la manière dont le diagnostic a été présenté à la mère, l'effet de cette annonce est souvent insupportable et douloureuse: cet enfant, tel qu'il est, n'est pas l'enfant attendu. La réalité est brutale: cet enfant est atteint de la trisomie 21.

Ces conséquences pour l'enfant sont à la fois d'ordre affectif, ce qui est assez bien connu, et d'ordre éducatif, à court terme, comme à moyen ou à long terme (à l'adolescence).

Pour l'enfant comme pour la mère, l'annonce du diagnostic amène des perturbations affectives graves et ce, de façon immédiate et de façon différée (avec le développement de l'enfant). (M. Cuilleret, 2007, p.49).

De façon immédiate, les conséquences sont d'abord affectives et langagières:

- **Au plan affectif et personnel**, la mère se trouve bousculée par cette naissance d'un enfant différent, non rêvé, non fantasmé et irrémédiablement différent (ne serai jamais normal un jour).

Chaque mère a son mode réactionnel, celui-ci doit être compris et respecté. (Ibid, p. 50).

- **Au plan psycho-langagier**, c'est toute la dyade relationnelle mère/enfant qui est remise en question, perturbant ainsi les affects, et la construction affective de l'enfant;

- **Au plan langagier**, les difficultés affectives et psychologiques de la mère modifient les interactions langagières d'échanges interactifs, ce qui modifie les rôles déictiques dans les prises de parole mère-enfant.

- **Au plan éducatif** : L'ensemble des comportements éducatifs parentaux, qui se situent dans la « fourchette des comportements de normalité », relève de quatre types principaux : surprotection, rejet, hyper médicalisation de la l'enfant, et transformation des relations mère/enfant : La mise en place de comportement éducatif chez la mère peut parfois être expliquée par la précocité de l'annonce du diagnostic, annonce qui intervient avant même que ne soit formée la dyade affective mère/enfant. On constate alors une sorte de distanciation de la relation mère/enfant. La maman se comporte progressivement puis de plus en plus (à l'adolescence), comme si elle était, non pas la mère, mais l'éducatrice, la dimension affective est alors totalement perturbée. (M. Cuilleret, 2007, p.51).

- Lorsque l'enfant grandit, la maman ne sait pas toujours jusqu'ou peut aller sa demande. Elle s'interroge sur tous les actes de la vie de l'enfant, se demande si telle ou telle manifestation est imputable ou non à la « trisomie ». En l'absence d'aide et par crainte d'erreur, elle aura tendance à interpréter toutes les manifestations apparemment

négligentes comme conséquences de la « trisomie » de l'enfant, elle limitera ses actions éducatives et le niveau de ses exigences, attitude péjorative tant pour l'enfant que pour la mère. (M. Cuilleret, 2007, p.51).

On aurait tendance à penser que le développement de l'enfant, qu'il soit en bonne santé ou qu'il connaisse une situation de handicap, évolue au fil des ans et requiert de nouveaux besoins (en termes d'accompagnement par exemple). Mais le développement de l'enfant handicapé et notamment trisomique et les techniques qu'il acquiert par exemple (comme le langage, la posture assise, debout, la préhension, la marche,...) se différencient non seulement des enfants considérés comme étant valides mais aussi parfois des autres enfants handicapés. La confrontation à une évolution différente du développement de son enfant, par rapport à un schéma habituel, constitue, pour la mère, une épreuve redoutée si elle est déjà acceptée. (T. Mahé, 2005, p.28).

1-4- La fratrie d'un adolescent trisomique 21

Si certains conflits, questions, problèmes des frères et sœurs de personnes handicapées sont spécifiques à certaines étapes de la vie, en revanche, la culpabilité, la honte et les sentiments agressifs difficilement exprimables sont souvent présents tout au long de leur existence. (R. Scelles, 1997, p. 67).

Avoir un enfant ou adolescent handicapé dans une famille oblige la fratrie à se penser « grand » puisque ses parents lui annoncent un « petit ». M. Rufo, explique que le handicap transforme profondément les relations fraternelles : les rivalités et les jalousies se jouent sur un tout autre registre. Les frères et sœurs se trouvent obligés de reconstruire leur relation avec les parents et d'en établir une nouvelle avec le bébé.

Selon l'enquête précédemment citée, 61% des parents interrogés estiment manquer de disponibilité pour la fratrie car leur enfant handicapé accapare tout leur temps. Aussi, doit-on se demander quelle place les frères et sœurs réussissent à trouver au sein de leur famille, bouleversée par l'irruption du handicap. (F. Manuel, 2009, p.37).

En ce qui concerne la relation de fratrie, les moments, souvent les plus riches, surviennent lorsqu'il y a possibilité d'échange sportif commun, d'où l'importance de mettre en place tôt un sport « familial ». (M. Cuilleret, 2007, p.224).

1-5- Autres membres de la famille d'un adolescent trisomique 21

Parents, grands-parents, oncles, tantes ont tous un rôle à jouer dans l'affectivité et aussi dans la réhabilitation affective personnelle et psychosociale de chacune des personnes concernées. Toutefois, chacun a sa place, sa vraie place, et la position de chacun est importante tant pour la personne concernée que pour les parents. La position et le rôle de chacun sont importants en termes d'immédiateté et de devenir, mais ils ne doivent pas se substituer aux rôles et décisions parentales. Toutefois, ils leur faut être présents et accueillants, dans leurs identités et leurs fonctions.

En fonction de la place prise par chacun, le devenir se jouera en termes très différents pour chacune des personnes concernées. (M. Cuilleret, 2007, p.82).

Notre travail va s'effectuer autour de la mère de cet adolescent trisomique et plus spécifiquement, il va se porter sur son vécu psychologique à savoir la dépression et les stratégies de coping déployées par ces mères pour faire face à le handicap de son enfant.

Avant d'entamé la dépression et les stratégies de coping, on va essayer de construire une définition du vécu psychologique, chose que nous n'avons pas trouvé dans les ouvrages ou les dictionnaires de psychologie, mais à partir des définitions du vécu et de la psychologie, nous allons essayer de cerner ce concept et à quoi il renvoi dans notre travail.

2- Le vécu psychologique des mères

2-1- Définition du vécu

Le vécu se dit de « *ce que s'est passé ou qui aurait pu se passer réellement; qui fait référence à la vie elle-même, à l'expérience que l'on en a; cette expérience* ». (C. Labro. 2010, p.1682).

2-2- Définition de la psychologie

La psychologie se définit selon le grand dictionnaire de psychologie, comme : « *la science de l'âme* », le concept « psychologie » vient du grec (psukhê : âme, et logos : science). (H. Bloch et al, 1992, p.614).

Cette définition n'est pas complète, car la psychologie n'étudie pas seulement l'âme. Donc on propose une autre définition qui est la suivante : « *la psychologie est l'étude systématique et scientifique des comportements et des processus mentaux* ». Chaque élément dans cette définition doit être pris dans un sens très large. Les comportements sont des actions observables ou des réactions humaines ou animales, comme : manger, parler, rire, courir, lire ou dormir. Les processus mentaux ne sont pas directement observables, mais précèdent ou suivent les comportements. La pensée, l'imagination, et le rêve en sont des exemples. (R. Plotnik, 2007, p.2).

- **Le mot « psychologique »**, désigne ce qui a rapport à la psychologie, qui agit sur les sentiments, le comportement de quelqu'un. (C. Labro. 2010, p.1320).

2-3- Définition de la mère

La mère se définit selon le dictionnaire HACHETTE, comme : « *femme qui a donnée naissance à un ou plusieurs enfants* ». (Ibid, p.1028).

2-4- Définition du « vécu psychologique de la mère »

On peut synthétiser à partir des définitions ci-dessus, que le vécu psychologique de la mère, peut être défini comme « *l'expérience comportementale, cognitive, et affective qu'aurait une femme qui a donnée naissance à un ou plusieurs enfants* ».

De ce fait, dans notre recherche, c'est cette expérience psychologique qui nous interpelle.

3- La dépression

Placée par l'OMS au troisième rang des maladies mondiales, la dépression est pressentie pour être la deuxième cause de maladies et de handicaps dans le monde en 2020. (C. Fondacci, 2009, p.3).

3-1- Aperçu historique sur la dépression

Étymologiquement, le mot « *dépression* » dérive du latin *deprimere* qui signifie « *presser de haut en bas* ». Avant d'être attribué à un état psychologique, le terme de « *dépression* » fut d'abord, et est aujourd'hui encore utilisé pour décrire une multitude de phénomènes : météorologique (baisse de la pression atmosphérique), économique (diminution du cours des marchés et krach boursier). (Ibid, p.12).

Entre le Xe et le XIIIe siècle les Pères de l'Église nommaient ce mal *acedia*, du grec « *négligence* » ; celui qui en était atteint était représenté la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, soumis à « *un fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fidèles* » et qui leur masque la voie du salut. (A. Lafaye, 2009, p.42).

Au XVIIe siècle, elle entre dans le champ d'investigation de la médecine scientifique ; la « *mélancolie religieuse* » remplace l'acédie. La mélancolie, qui est une forme sévère de dépression selon nos critères actuels, attire l'attention par les particularités de la pensée dont elle s'accompagne, qualifiée de « *délire partiel* » par les aliénistes Pinel et Esquirol à la fin du XVIIIe siècle. (C. Fondacci, 2009, p.12).

La notion de maladie dépressive n'apparaît que tardivement dans la terminologie psychiatrique. Avant le milieu du XIX siècle, le terme de dépression caractérisait certains traits symptomatologiques, tandis que celui de mélancolie se rapportait à une maladie (Beauchesne, 1993). (A. Lafaye, 2009, p.42).

Au cours du XX siècle, la dépression acquiert le statut d'une entité nosologique. Les modèles comportementaux de la dépression analysent les mécanismes dépressifs dans une perspective behavioriste qui conçoit la dépression comme un comportement inadapté résultant d'un apprentissage et pouvant donc être modifié comme tout autre comportement. (Ibid, p.43).

3-2- Définition de la dépression

Parmi les nombreuses définitions de la dépression, nous avons choisi de retenir celle de Jean Delay (1946), bien qu'ancienne, pour sa simplicité de compréhension mais aussi parce quelle montre bien que la dépression n'est pas statique mais quelle évolue au cours du temps et en fonction de ce que nous sommes.

Selon Delay (1946) « *L'humeur thymie est une disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur* ». (C. Fondacci, 2009, p.13).

On comprend de cette définition, que la dépression se caractérise par l'humeur thymie et quelle résulte de la perturbation de celle-ci.

En psychiatrie, le terme de « *dépression* » comporte au moins trois significations (H. F. Lehmann, 1959). Il peut se rapporter à un symptôme, à un syndrome et aussi à une entité nosologique. On trouvera dans le travail de M. Lorr et coll. (1967) une échelle de symptômes divers qui diversifient, en effet, ce concept jusqu'à le rendre parfois un synonyme euphémique de beaucoup de maladies mentales. (E. Henri et al, 1989, p.167).

3-3- La symptomatologie de la dépression

Selon le DSM VI, les symptômes essentiels de la dépression sont;

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3-Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours

6-Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. (DSM-IV-R, 2003, p.411).

La dépression se caractérise par : l'humeur douloureuse, ralentissement ou inhibition psychomotrice, l'anxiété, modification du caractère, modification de l'appétit, trouble du sommeil, modification de la sexualité. (C. Fondacci, 2009, pp.13-17).

Il existe d'autres signes de la dépression qui sont une tension musculaire, des crampes, des tremblements, une modification du transit intestinal (constipation ou diarrhée), le besoin fréquent d'uriner. Ces signes ne peuvent être attribués à la dépression qu'après l'exclusion d'une cause organique. (Ibid, pp.20-21).

3-4- Les causes de la dépression

Les gens deviennent déprimés pour diverses raisons. La recherche a mis en lumière un certain nombre de facteurs associés au développement et au maintien de l'état dépressif. Les cinq principaux facteurs en cause : situation, pensées, émotions, physiologie et action. Chacun de ces facteurs joue un rôle au niveau du développement de la dépression, et la dépression elle-même peut se répercuter sur chacun d'eux.

3-4-1-La situation : La dépression est souvent déclenchée par des situations de vie très stressantes. Si vos tentatives visant à améliorer ou à accepter ces situations ont été vaines, il se peut que vous commenciez à vous sentir dépassé et désespéré. Alors le risque de vivre un épisode dépressif augmente. (D. Greenberger, 2005, p.13).

3-4-2-La pensée : les pensées de chaque personne déterminent la façon dont elles vivront l'expérience. Des recherches scientifiques ont démontrées que les personnes déprimées ont souvent une vision déformée de la réalité qui peut déclencher la dépression ou en aggraver les symptômes.

3-4-3-L'émotion : La personne déprimée est accablée par un profond désespoir, un sentiment de détresse persistant. La dépression est souvent accompagnée d'un sentiment d'anxiété profonde (tension physique, inquiétude et impression de catastrophe/perte imminente).

3-4-4-La physiologie : une théorie sur la dépression suggère quelle serait causé par des modifications au niveau du fonctionnement du cerveau, un « déséquilibre chimique ». La recherche a démontré que chez certaines personnes déprimées, il y avait des neurotransmetteurs moins actifs dans le cerveau.

3-4-5- L'action : La dépression a souvent des répercussions importantes sur le comportement. (H. Bloch, 1999, p.260).

3-5- La prise en charge de la dépression

La démarche à suivre et les objectifs à atteindre sont les suivants :

- 1- Affirmer le diagnostic de dépression, et apprécier le risque suicidaire;
- 2- Rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou de drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies

neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, qui, s'ils sont présents, sont à prendre en compte dans le choix du traitement (accord professionnel) ;

3- Évaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation;

4- Informer le patient, et s'il en est d'accord son entourage, sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement, et définir avec lui un projet thérapeutique qui doit obtenir son adhésion afin d'éviter les abandons de traitement et être réévalué régulièrement;

5- Informer le patient, après amélioration symptomatique, et s'il en est d'accord son entourage, des signes précoces de rechute. (C. Geffrier-d'Acremont, 2002, p.4).

Les différentes prises en charge qui peuvent être utilisées sont:

3-5-1-Les antidépresseurs : Toutes les classes thérapeutiques ont montrées leurs efficacité dans l'épisode dépressif.

Le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques critères spécifiques :

- L'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (par exemple, recherche de sédation, d'anxiolyse, ou de stimulation) ;
- L'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels ;
- Le respect des contre-indications (comorbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits inscrits dans le Vidal. (C. Geffrier-d'Acrem, 2002, p.6).

3-5-2-Les psychothérapies : les psychothérapies peuvent être précieuses pour les personnes atteintes de dépression. Elles offrent au sujet la possibilité d'identifier les facteurs qui contribuent à sa douleur morale, et de s'occuper efficacement des causes psychologiques, comportementales, interpersonnelles et environnementales de sa pathologie.

3-5-2-1-Les thérapies comportementales et cognitives : les TCC représentent aujourd'hui le mode de prise en charge le plus largement reconnu par l'ensemble des approches scientifiques. Les thérapies agissent comme leur nom l'indique, sur des

comportements non adaptés à la vie courante, mais aussi sur les pensées (cognitions) associées à ces comportements. (J. Palazolo, 2007, p.44).

3-5-2-2-Les thérapies familiales : elles mettent en évidence l'absence d'un dépressif dans une famille au profil d'une relation dépressogène. Tous les membres sont actifs, même quand ils freinent le changement. La thérapie familiale est directive, le thérapeute donnant la solution du changement, elle est aussi un soutien très fort, un étayage voulu par la famille. Le thérapeute joue un « rôle contenant » extrêmement puissant.

3-5-2-3-Les thérapies interpersonnelles : la thérapie interpersonnelle (TIP) représente un autre traitement efficace. Il s'agit d'une psychothérapie qui permet d'acquérir de nouvelles habiletés dans ses relations avec son ou sa partenaire, ses amis et sa famille. (Ibid, p.45).

3-6- La dépression des mères des adolescents trisomiques

Si, comme tous les parents, ceux d'enfants atteints d'un handicap, doivent faire le deuil de l'enfant imaginaire, toutefois l'étrangeté de leur bébé rend ce travail psychique difficile. Ils ne se sentent pas suffisamment « bon » parents. (R. Scelles, 1997, p.27).

Bien que l'on parle souvent de la détresse des mères au moment du diagnostic, ces souffrances ne sont pas toujours prises pour ce qu'elles sont et pour ce qu'elles induiront auprès des enfants concernés avec son développement, notamment à l'adolescence. En effet, il n'est pas rare, 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.

La vigilance doit aller au-delà de simples recommandations pour mettre en œuvre les aides médicales nécessaires pour la mère comme pour l'enfant.

Si les dépressions sont fréquentes, plus graves encore sont les ruptures de comportement qui peuvent être très violentes. (M. Cuilleret, 2007, p.52).

Selon M. Cuilleret, la dépression serait une réaction particulière, immédiate et non constante, induites par le diagnostic, mais ce n'est pas toujours le cas.

Une théorie développée par Olshansky (1962) cité par Seligman (2000), qui a inventé le terme de (chronic sorrow) pour évoquer un long et perpétuel chagrin chez les

parents notamment la mère, provoqué par les changements dans la vie de l'enfant et les événements extérieurs. Les cliniciens et les chercheurs ont insisté sur le bouleversement émotionnel continu de la mère, tout comme sur l'absence d'une limitation dans le temps d'un mouvement séquentiel dans une série d'étapes. (M. Bouchloukh, 2011, p.58).

On comprend à partir de là, que ça se peut que les mères n'arrivent pas toujours à faire le deuil de la normalité de leur enfant, mais elles restent déprimées notamment avec l'arrivée de l'adolescent qui est marquée par de multiples bouleversements et changements.

Pour faire face à le handicap de leurs adolescents trisomiques, certaines mères utilisent des stratégies de coping, pour faire face aux difficultés qu'engendre l'adolescence de leurs enfants trisomiques.

4- Les stratégies de coping

4-1- Historique du coping

Depuis sa naissance jusqu'au terme de son existence, l'homme doit faire face à une succession d'événements, certains sont sans importance, d'autres ont des répercussions majeures sur son équilibre psychoaffectif voire sur sa santé. Ces événements peuvent être perçus comme positifs ou bien négatifs. On parle de coping lorsqu'il s'agit d'illustrer cette action de réponse et d'ajustement à une réalité vécue comme agressive. Le terme renvoie à la conception d'un individu actif ayant identifié la source possible de l'obstacle (réel ou bien « représenté) qui répond par l'emploi de stratégies plus ou moins adaptées. (J-P. Parrocchetti, 2011, p.75).

Le terme « *coping* » est tiré de l'anglais « *to cope* », signifiant affronter, faire face, mais désigne également une longue cape, un vêtement ecclésiastique, ou fait référence à la maçonnerie. (J. Bagur, 2011, p.62).

Le concept de coping est historiquement issu du concept de mécanisme de défense étudié par la psychanalyse au cours du XIX et XX siècle, ainsi que de la théorie de l'adaptation développée à partir de la perspective évolutionniste de Darwin. C'est à partir de années 60-70 qu'apparaissent les premières différenciations entre coping et mécanisme de défense. (A. Lafaye, 2009, p.70).

4-2- Définition du coping

Le terme de coping ne possède pas d'équivalent de langue française, *to cope* signifiant littéralement *faire face* à quelqu'un et/ou quelque chose. Il est généralement traduit par les termes de *stratégie d'ajustement* (Dantchev, 1989 ; Paulhan, 1992) ou *stratégie d'adaptation* (Paulhan, 1994). Il existe actuellement plus d'une trentaine de définitions du concept de coping. (J-P. Parrocchetti, 2011, p.70).

On a choisi de retenir la définition de Lazarus et Launier malgré qu'elle est ancienne mais elle définit bien le coping par son but qui celui d'arrivé a un bien être physique et psychique, et que Lazarus est un pionnier dans ce domaine, ainsi que c'est la première définition du coping qui a été élaborée.

Le concept de coping est développé en 1978 par Lazarus et Launier, Tous deux l'ont défini comme: «*L'ensemble de processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer, ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien être physique et psychologique* ». (J. Bagur, 2011, p.61).

Donc, le *coping* renvoie à des stratégies flexibles, par essence conscientes, différenciées et adaptées à la situation-problème survenant dans la transaction individu-environnement.

Ces stratégies sont orientées vers une réalité externe ou bien interne. Leur objectif est de permettre à l'individu de moduler voire de maîtriser les conséquences péjoratives d'une confrontation à un événement stressant. (A. Lafaye, 2009, p.77).

4-3- Les dimensions du coping

Les stratégies de coping développées par les individus dans le but de faire face aux agents stressants sont très variées, propres à chacun et peuvent être différenciées selon la fonction qu'elles occupent dans la gestion du stress. Lazarus et ses collaborateurs, ont distingué ces stratégies en fonction de l'objet vers lequel elles sont orientées. (A. Dinca, 2008, p.39).

4-3-1-Le coping centré sur le problème : Les efforts fournis dans le cadre de ce coping, également appelé centré sur la tâche, sont cognitifs et comportementaux. Ils sont mis en place afin de modifier, ou d'agir sur la source de stress, de gérer les demandes

situationnelles et de réduire la différence entre une situation courante et un résultat désiré. (J. Bagur, 2011, p.71).

4-3-2-Le coping centré sur l'émotion : la deuxième dimension concerne les actions déployées pour réguler et diminuer les états émotionnels associés au stress ou générés par celui-ci. D'après cette définition, le coping orienté vers l'émotion pourrait être un style de coping adaptatif et se traduit par l'utilisation du monologue intérieur positif, de la relaxation, la méditation, la recherche de soutien social, l'acceptation, etc. (A. Dinca, 2008, p.40).

Si les stratégies centrées sur le problème agissent directement sur les causes, celles centrées sur les émotions visent à moduler ou bien réduire les manifestations émotionnelles négatives suggérées par la confrontation à l'événement stressant ». (J-P. Parrouchetti, 2011, p.86).

4-3-3-Le coping orienté vers l'évitement : Certains auteurs estiment qu'une troisième dimension peut venir compléter la classification précédente. Il s'agit du coping orienté vers l'évitement. Il a été particulièrement développé par Endler et Parker (1990), ainsi que Grove et Heard (1997). Selon eux, ce type de coping comprendrait deux réponses, une centrée sur la personne, qui correspondrait à la diversion sociale permettant d'oublier l'élément stressant. La seconde est centrée sur la tâche, équivalente à la distraktion, provoquant l'oubli du stressant, en focalisant son attention sur autre chose. (J. Bagur, 2011, p.73).

Classification des différentes stratégies de coping selon les auteurs

Lazarus et Folkman 1984	Billing et Moos 1981	Endler et Parker 1990
Coping centré sur problème Coping centré sur l'émotion	Stratégies d'évitement Stratégies d'affrontement	Coping centré sur la tâche à résoudre Coping centré sur les émotions

		Coping centré sur l'évitement du problème
--	--	--

Tableau n°01 : tableau représentant la classification des différentes stratégies de coping selon les auteurs de 1984 à 1990.

Ce tableau montre les évolutions de la classification des différentes stratégies de coping : selon Lazarus et Folkman (1984), il existe deux dimensions du coping (le coping centré sur problème, et le coping centré sur l'émotion), puis en 1981, Billings et Moos distinguent deux autres dimensions du coping (le coping centré sur l'évitement et le coping centré sur l'affrontement), enfin une dernière classification celle d'Endler et Parker en 1990, selon eux il existe trois dimensions du coping (le coping centré sur la tâche à résoudre, le coping centré sur les émotions, et le coping centré sur l'évitement du problème).

Nous, on a choisi de prendre en considération dans notre recherche, la classification d'Endler et Parker en 1990, car c'est la plus récente, et elle est conforme au test de coping (le CISS), qu'on va utiliser dans notre recherche.

4- 4- Les déterminants du coping

4-4-1- Les aspects dispositionnels du coping

Pour Costa et al (1996), le coping renvoie à des stratégies générales et non spécifiques, inhérentes aux caractéristiques propres et stables de l'individu (les traits de personnalité) et de fait, ne peut être imputable aux variables situationnelles plus instables. Ainsi, il existe des styles de coping (idiosyncrasiques) mobilisés par le sujet au gré des confrontations avec les événements aversifs ou perçus comme tels (Cohen, 1983). Le coping apparaît comme un processus adaptatif englobant un ensemble de phénomènes (émotionnels, cognitifs et comportementaux) issus d'une grande variété de situations. Ainsi l'évaluation (primaire et secondaire) dépend des antécédents psychosociaux à la fois cognitifs et conatifs. (J-P. Parrocchetti, 2011, p.94).

Il a été démontré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques objectives des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les

interprète, qui dépendent des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que de son histoire. (Cohen et al, 1993, p.19).

A)-Les déterminants cognitifs : Trois dimensions sont généralement évoquées, les croyances (sur soi-même, l'environnement, autrui, des capacités de faire face, etc.), l'aspect motivationnel (valeurs, buts, centre d'intérêts...) et le lieu de contrôle. L'impact de cette dernière dimension paraît des plus patents dans ses liens avec le coping. Ainsi les personnes jugées internes percevraient la situation comme contrôlable et disposeraient de ressources pour y répondre. En outre, elles manifesteraient une plus grande propension dans le déploiement de stratégies centrées sur le problème. (J-P. Parrouchetti, 2011, p.95).

B)-Les déterminants conatifs : certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaires et secondaires) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçu) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion (Van Heck, 1997). A contrario, la résilience, le lieu de contrôle, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (agreeableness), le fait d'être consciencieux (consciencieuses) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. (B-S. Marylou, 2002, pp.361-363).

4-4-2-Les déterminants situationnels du coping : beaucoup d'autres pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées.

Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par divers caractéristiques, réelles et perçues, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stressor, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. (D. Ainseri et F. Berkati, 2014, p.43).

4-4-3- Les déterminants transactionnels du coping : Dans le cadre de l'approche transactionnelle, facteurs dispositionnels et situationnels influenceront sur les deux niveaux de l'évaluation, primaire et secondaire, ainsi que sur le coping.

L'évaluation agit au niveau du stresser (nature, imminence, durée, ambiguïté, fréquence, intensité, contrôlabilité) et du soutien social (disponibilité, nature, qualité, etc.).

De manière globale, il semble que la contrôlabilité de l'événement détermine en grande partie le type de stratégie privilégié : coping centré sur les émotions quand les événements sont perçus comme incontrôlables et coping centré sur le problème pour ceux perçus comme contrôlables. (J-P. Parrocchetti, 2011, p.98).

4-5- L'efficacité du coping

D'après Matthews, Zeidner, et Roberts (2002), pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères dont dépendraient les conclusions sur l'efficacité des stratégies de faire face, mais ceux-ci ne font pas l'unanimité chez les auteurs. Ces critères concernent la résolution du problème perçu comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien-être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a déployé a été utile, etc. (A. Dinca, 2008, p.69).

4-6- Défenses des mères face à le handicap de leurs adolescents trisomique

La particularité de la théorie d'adaptation de Lazarus réside dans son caractère dynamique : la perception de l'évènement par l'individu n'est pas figée dans le temps. A mesure que le temps passe, la perception se modifie, les ressources disponibles et les stratégies pour faire face évoluent. Ces stratégies peuvent prendre plusieurs formes, aussi bien cognitives que comportementales (Lazarus 1998). Prenons l'exemple d'une mère d'enfant en situation de handicap (trisomie 21) : si la première réaction à l'annonce de la déficience a pu être une détresse psychologique, une stratégie adoptée peut être la recherche d'un groupe de soutien. Le soutien psychologique devrait permettre à la mère de modifier son jugement de la situation, cette réévaluation pouvant conduire à atténuer la détresse vécue. (A. Guyard, 2013, p.12).

Il faudra progressivement que le couple retrouve un équilibre et, après un travail de réaménagement psychique, les parents pourront accepter l'enfant tel qu'il est et construire des projets avec lui. (M. Goffinet, 2008, p.64).

Conclusion du chapitre

Si l'adolescent atteint de trisomie a les mêmes désirs, les mêmes besoins, et le même type d'évolution globale que tout adolescent, il se heurte sans cesse à sa trisomie. Celle-ci sous-tend ses difficultés d'être dont sa dépendance, très grande, hors normes, vis-à-vis de ses parents, notamment vis-à-vis de sa mère. Cela peut avoir des répercussions négatives sur le vécu psychologique de la mère, et parmi ces conséquences, peut résulter la dépression de la mère, mais il se peut que certaines mères développent certaines stratégies de coping afin de faire face à le handicap de leur adolescents.

Dans le chapitre qui suit, on va entamer la partie pratique de notre étude, et on enchainera avec le troisième chapitre consacré à la méthodologie de recherche, mais avant de l'aborder on va exposer tout d'abord notre problématique et nos hypothèses de recherche.

Problématique

Problématique et hypothèses

Le phénomène du handicap représente, siècle après siècle, un des lieux les plus questionnés, tant il interpelle les consciences individuelles et collectives. La panoplie d'expression pour le désigner révèle cet intérêt : idiots, aliénées, imbéciles, arriérés, dégénérés, débiles, anormaux, inadaptés, infirmes... Des spécialistes de tout bord (sociologues, psychologues, psychanalystes, éducateurs, acteurs sociaux, etc.) s'y sont différemment intéressés selon les approches qui correspondent à leur champ d'investigation et d'action. Il se trouve cependant que quelque soient les modes et les motivations de leurs différentes interventions, le handicap pose le problème fondamental de la définition des auteurs. (J-F. Luemba, 2007, p.11).

Le handicap mental peut se définir comme : « *désavantage, ou infériorité sociale et professionnelle, résultant d'une maladie mentale* ». (H. Bloch et R. Chemama, 2011, p.421).

On note que les termes utilisés pour définir les personnes présentant un retard mental ont beaucoup évolué au cours du temps. Actuellement, la plupart des auteurs nomment cette population de « *déficience mentale* » de manière moins péjorative que par le passé où le terme consacré était « *débile* ». (S. Marouillat, 2011, p.51).

De ce fait, la déficience mentale se définit comme : « *état permanent d'insuffisance intellectuelle, qui ne permet pas de répondre aux exigences du milieu* ». (H. Bloch et R. Chemama, 1999, p.220).

On conclut à partir de ce qui vient d'être énoncé, que la déficience intellectuelle est un handicap qui n'évolue pas, et qui accompagne la personne handicapée mental durant toute sa vie, mais qui a aussi des répercussions néfastes sur la vie de la personne elle-même, et surtout celle de sa famille et son entourage, en résumé du milieu social.

Dans notre présente recherche, on a choisi de travailler sur la trisomie 21, en raison que c'est le type du handicap mental le plus répondu, et que les anomalies chromosomiques dans leurs ensemble seraient responsables d'environ 28% des cas de retard mental dans le monde (Curry et al, 1997) et en raison aussi de la disponibilité de la population d'étude et son accessibilité, notamment dans les centres de prise en charge des personnes handicapées mentales (les CMP, CPP et les associations).

Problématique et hypothèses

La trisomie 21 constitue la forme génétique la non héritée la plus fréquente du retard mental modéré et sévère (QI allant de 35 à 49 et de 25 à 34). Elle touche en moyenne une naissance sur 1500 et 20 % des personnes présentant un retard mental en sont porteuses. (J-P. Thibaut et al, 2006, p.414).

L'enfant atteint de l'anomalie porte un chromosome surnuméraire, 47 au lieu de 46, trois chromosomes 21 au lieu de deux. C'est la plus connue des anomalies chromosomiques. (E. Henri et al, 1989, p.584).

La présence d'un chromosome surnuméraire au niveau de la paire 21 engendre des modifications cérébrales et divers problèmes affectant le développement psychique et physiologique et en général, la santé des personnes porteuses de la trisomie 21. (J-P. Thibaut et al, 2006, p.414).

Ce travail que nous avons réalisé, se veut une recherche sur une tranche d'âge bien précise, à savoir l'adolescence, puisque, dans le monde contemporain, dans toutes les sociétés en général, la catégorie des adolescents, prend depuis trois ou quatre décennies une importance croissante. À côté des théorisations du psychisme adolescent, cette catégorie de jeunes, intéresse tous les registres : psychologique, sociologique et éducatif. (M. Guerdouh, 2008, p. 19).

L'adolescence se définit comme une: « *période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte* ». (H. Bloch et R. Chemama, 2011, p.25).

L'adolescence est aussi une période de grande transformation, sur le plan corporel, sur le plan cognitif, avec l'accès à des raisonnements comme les « adultes », avec des modifications de leurs désirs. (A. Lemaire, 2011, p.1).

On conclut à partir de là, que l'adolescence est une phase intermédiaire entre une période de vie moins développée et une autre période de vie qui est plus au moins développée et un peu plus compliquée, par apport à la période précédente et suivante.

Si le regard est essentiellement porté sur l'adolescence comme étape normale du développement et les conséquences du phénomène pubertaire, la question « adolescence » peut être abordée également et traitée de multiples points de vue, à savoir

Problématique et hypothèses

l'adolescent trisomique dans ses rapports à sa famille, à son groupe de pairs, à l'école, aux adultes ...et dont on a supposé que leur handicap influera de manière significative le vécu psychologique de leurs mères.

Dans le cas d'un enfant handicapé puis d'un adolescent, la recherche d'autonomie, bien légitime, peut s'avérer un parcours semé d'embûches alourdi par les attentes des adultes envers eux. L'adulte parent attend que son enfant devient autonome, grandisse, elle peut devenir plus anxiogène vis-à-vis d'un enfant handicapé, ces questions se posent dans un contexte de désordre affectif sur fond de crise identitaire et en quête d'insertion professionnelle et social. (A. Lemaire, 2011, p.1).

À l'adolescence, on peut observer chez la personne trisomique 21 une certaine stagnation des acquisitions scolaires, alors que des gains en autonomie personnelle, dans des compétences sociales et les domaines pratiques professionnels s'effectuent.

Le recours aux structures spécialisées de type médico-professionnel est plus fréquent, même si certains adolescents trisomiques bénéficient actuellement de classes spécialisées dans l'éducation nationale. Les différences s'accroissent sur le plan des traits de caractère et des réactions émotionnelles. Des troubles du comportement peuvent être observés, traduisant une souffrance individuelle ou des difficultés d'adaptation de l'environnement aux changements physiques et de caractères dans cette période. Sur le plan somatique : puberté retardée, croissance limitée, conduisant à un hypostaturisme. (J-P. Raynaud, 2008, p.36).

L'adolescence est l'âge de tous les enjeux; le moment où tout se construit ou tout s'invalide, pour l'adolescent atteint de trisomie comme pour tout adolescent. C'est le moment où la personne pourra utiliser toutes ses potentialités, préparer ses devenirs personnel, affectif, professionnel, social... C'est au travers de ces diverses expériences et apprentissages qu'elle pourra mettre en place son devenir, un devenir qu'elle doit s'approprier, dont elle doit devenir acteur et qui n'est, par définition, pas celui imaginé ni par la société, ni par l'entourage, ni par la famille. (M. Cuilleret, 2007, p. 175).

En résumé, l'adolescence est une étape normale de développement humain constitue une phase très importante et au même temps très difficile à gérer par les parents, d'autant plus quand il s'agit d'un adolescent trisomique.

Problématique et hypothèses

La présence d'une personne handicapée dans la famille impose à ses membres des tâches, des ajustements et fait vivre des discriminations supplémentaires auxquels les autres familles ne sont pas confrontées et qui la touche dans tous les aspects de la vie. (J-G. Darveau, 1995, p. 8).

Il semble que la présence d'une personne trisomique 21 dans une famille à des répercussions négatives sur le vécu psychologiques des parents, notamment sur les mères.

Des réactions particulières prennent place chez ces mères, il s'agit de réactions de détresse et de panique qui aboutissent aux situations de rejet, d'adoption, de maltraitance voulu ou non, à des réactions dépressives ou comportementales qui nuisent gravement à la santé de ces mères et à celle de leurs enfants. (M. Cuilleret, 2007, pp.51-52).

De telles réactions des mères accompagnent souvent le développement de l'enfant trisomique 21, arrivant à l'adolescence, même si certaines de ces mères finissent par faire le « deuil de la normalité », beaucoup d'entre elles restent traumatisées, déprimées, présentent des stratégies de faire face à ce handicap particulières, mais dont l'intensité va être peut être réduite avec le temps. (C-A. Dessibovrg, 2009, p.16).

A partir de là, la dépression se définit donc selon le grand dictionnaire de la psychologie comme une : « *maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur* ». (J-C. Tamisier, 2011, p.256).

Parmi les causes différentes de la dépression chez les femmes, on cite, le handicap de leurs enfants (la trisomie 21). De nombreuses études révèlent la présence de la dépression chez les mères même avec le développement de leurs enfants (adolescents). (M. Bouchloukh, 2011, p.58).

À côté de la dépression, les parents, et notamment les mères développent des stratégies adaptatives pour se défendre et se protéger face à l'évènement traumatisant. Ces différentes réactions permettent à chaque parent de faire face à la situation. (M. Goffinet, 2008, p. 64).

Selon (Lazarus et Folkman, 1984), les stratégies de coping sont : « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu* ». (M. Lafaye, 2009, p.70).

Problématique et hypothèses

Les mères développent des stratégies adaptatives pour se défendre et se protéger face à l'évènement traumatisant : M. Goffinet (2008), a pu mettre en évidence dans son étude des attitudes d'hyper-investissement de l'enfant, de fuite dans la vie professionnelle ou dans des contraintes matérielles (qui agissent comme des dérivatifs), et de repli sur soi. Ces différentes réactions permettent à chaque parent de faire face à la situation. (M. Goffinet, 2008, p.64).

Tout ça nous amène à nous poser les questions suivantes : quelle est la nature du vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques 21 ? Plus précisément, ces mères souffrent-elles d'une dépression ? Et quelles sont les stratégies de coping que vont déployer ces mères pour faire face à le handicap de leur adolescent ? Est ce qu'il existe une relation entre la dépression et les stratégies de coping ?

L'hypothèse principale

- 1- Les mères des adolescents trisomiques 21 présentent un vécu psychologique négatif.

Les hypothèses partielles

- 1- Les mères des adolescents trisomiques souffrent d'une dépression.
- 2- Les mères des adolescents trisomiques utilisent différentes stratégies de coping pour faire face à le handicap de leurs adolescents, on s'attend à trouver des mères qui utilisent des stratégies de coping centrées sur la tâche, d'autres des stratégies de coping centrées sur l'émotion et enfin celles qui utilisent des stratégies de coping centrées sur l'évitement.
- 3- Il existe une relation entre la dépression et les stratégies de coping.

La partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de recherche

Préambule

Dans ce présent chapitre, on va essayer de décrire premièrement la méthode de recherche utilisée, puis on va décrire les deux centres de recherche, ensuite décrire le déroulement de notre pré-enquête, qui s'est déroulée auprès de deux centres différents : le CPPEHM d'Akbou, et le CPP d'Aokas, afin de pouvoir réunir un nombre significatif de mères d'adolescents trisomiques, qu'on n'a pas pu réunir dans un seul centre, du groupe de recherche, ainsi que les outils de recherche qu'on va utiliser, arrivant à la description du déroulement de notre enquête.

1- La méthode de recherche utilisée

1-1- La méthode clinique

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (L. Fernandez et al, 2006, p. 43).

« La méthode clinique devient donc une méthode d'approche des phénomènes humains; la méthode du cas par cas, ou mieux, la méthode de un par un, dans la mesure

ou cas, en latin renvoie encore au malade « casus », celui qui est tombé. (B. Robinson, 2005, 16).

On comprend à partir de là, que la méthode clinique se base sur l'étude de cas.

1-2- L'étude de cas

L'Étude de cas unique consiste « en la description d'un cas intéressant, soit pour venir « en illustration d'une théorie, soit pour mettre en évidence un fait nouveau ou une observation inattendue (...). Un de ses attraits est d'offrir l'opportunité de descriptions cliniques exhaustives, faisant intervenir autant de variables que souhaitable en fonction de la complexité de la situation clinique ou encore en testant ces variables au cours du temps ». (F. COQUET, et al, 2008, p.97).

On a utilisée cette méthode, pour qu'on puisse étudier chaque cas indépendant de l'autre, comprendre les processus internes qui régissent le fonctionnement psychologique de chaque mère d'adolescent trisomique, et aussi décrire avec plus de détaille leur vécu psychologique.

2- Présentation de lieu de recherche

Notre pratique s'est déroulée au niveau de deux centres différents : le CPPEHM d'Akbou et le CPP d'Aokas.

2-1- Le C.P.P.E.H.M d'AKBOU

Afin d'avoir des informations fiables et récentes sur le notre centre de recherche, on s'est adressé à la responsable pédagogique du centre pour nous fournir ces informations.

2-1-1- Historique de l'établissement

Le C.P.P.E.H.M « MAHFOUD BOUCEBCI » d'AKBOU, a ouvert ses portes en 1992, pour recevoir, au départ, des enfants en régime externe, puis avec sa dotation en moyens humains et matériels, il a été procédé à l'ouverture de l'internat et de la demi-pension en 1993.

Conçu initialement en crèche, il a été réaménagé pour accueillir les enfants inadaptés mentaux. Malgré les transformations, il demeurerait toujours peut fonctionnel pour ce type de prise en charge.

Après les événements de Kabylie en 2001, qui ont provoqués l'incendie de l'établissement, les responsables de l'époque avaient saisi l'occasion pour le réaménager une fois encore, pour mieux l'adapter à sa mission et avaient créé en plus quatre ateliers conformes aux différents apprentissages.

2-1-2- Caractéristique de la population du centre

L'établissement accueille principalement les enfants et adolescents issus des daïras : Akbou- Tazmalt- Ighil Ali- Ouzellagene- Seddouk.

2-1-2-1- Effectif des enfants

Effectif réel pour l'année 2014/2015 est de 125, dont : 78 de sexe masculin; 47 de sexe féminin; 116 demi-pension, 04 internes, et 05 externes.

2-1-2-2- Répartition selon l'âge

Age	Nombre
De 03 ans à 06 ans	12
De 07 ans à 12 ans	56
De 13 ans à 15 ans	29
De 16 ans à 18 ans	28
Plus de 18 ans	00

Tableau n°02 : tableau représentant la répartition de la population selon l'âge

On peut remarquer selon le tableau ci-dessus, que le nombre des adolescents handicapés intégrés dans le centre est moins élevé que celui des enfants, dont le nombre des enfants entre 3 et 12 ans est de 68 enfants, alors que celui des adolescents entre 13 et 18 ans est de 57 adolescents.

2-1-2-3- Répartition selon le type de déficience

Type de déficience	Nombre
Trisomie 21	51
Épileptiques	05
Psychotiques	12
IMC	03
Autres types de déficiences	54

Tableau n°03 : tableau représentant la répartition de la population selon le type de déficience

On peut lire selon le tableau ci-dessus, que le centre contient un nombre significatif de personnes trisomiques, avec un nombre de 51, pendant que les personnes IMC ne sont pas beaucoup, mais le nombre le plus élevé, reste celui des personnes qui sont qualifiées par autre types de déficience, c'est-à-dire non diagnostiquées.

2-1-2-4- Répartition selon le degré de déficience

Degré de déficience	Nombre
Déficience profonde	05
Déficience sévère	15
Déficience moyenne	94
Déficience légère	11

Tableau n°04 : tableau représentant la répartition de la population selon le degré de déficience.

On peut constater d'après le tableau ci-dessus que le nombre des handicapés avec une déficience moyenne est le plus élevé, avec un nombre de 94 personnes, pendant que le nombre des handicapés avec déficience profonde reste le plus bas, avec un nombre de 05 personnes.

2-2- Le CPP d'AOKAS

Afin d'avoir des informations fiables et récentes sur le notre centre de recherche, on s'est adressé à la responsable pédagogique du centre pour nous fournir ces informations.

2-2-1- Identification du centre

Le CPP d'Aokas est un centre psychopédagogique pour les inadaptés mentaux. C'est un établissement à caractère socio-éducatif gère par l'association **DEFI** (défense, éducation, formation et insertion). Il a été crée le 03 décembre 1996, ce dernier intègre des enfants, des adolescents et des adultes qui présentent une déficience mentale des deux sexes et qui a pour mission :

- Apprendre à l'inadapté mental des connaissances sur les plans : pédagogique, et apprentissage manuel;
- Faire acquérir aux inadaptés une autonomie personnelle et sociale.

2-2-2- La structure du centre

Le centre est structuré de :un jardin; une cour ouverte; huit classes; six bureaux; une cuisine; une salle de réfectoire; une salle de psychomotricité équipée, et deux salles d'eau.

2-2-3-La couverture géographique du centre

Littoral est de Bejaia (Tichy, Aokas, Souk el tennine, Melbou). Ce centre travaille sous le régime de demi-pension, sa capacité d'accueille est de 79 place répartie en 7 classe :

- **Pour les enfants** : il y a deux classes : la classe d'éveil et la classe préparatoire.
- **Pour les adolescents et les adultes** : on trouve quatre classes : la classe adolescent niveau moyen, la classe intermédiaire, la classe pré scolaire, et atelier art culture.

En plus de la répartition pédagogique, il ya celle des ateliers (après-midi) on trouve : atelier varie, atelier graine, atelier terre, atelier mosaïque, atelier peinture et l'atelier de couture ainsi que celui de la céramique.

2-2-4- Les pathologies qui sont pris en charge au niveau du centre

- Déficience mentale congénitale (légère, moyenne, profonde)
- Trisomie 21
- Épilepsie
- Infirmité motrice cérébral (I.M.C)
- Hyperactivité.

2-2-5- Encadrement pédagogique

- Le personnel administratif, (Responsable du centre, Secrétaire, Comptable, Assistante sociale).
- Le personnel psychopédagogique (Psychologue clinicienne, Orthophoniste, Éducateurs et éducatrices spécialisés).
- Le personnel du soutien (Cuisinière, Agent polyvalent, Gardiens de nuit, femme de ménage, Chauffeur).

3- Présentation de la pré-enquête

La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche scientifique. Elle est considérée comme une source très importante qui nous permette de recueillir des informations sur notre thème ainsi nous donne la chance de mieux nous renseigner sur le terrain concernant notre groupe de recherche. Elle nous permet aussi de bien clarifier le thème de notre recherche et de vérifier sa faisabilité.

Notre pré-enquête s'est déroulée au niveau de deux centres différents :

3-1- Au niveau du CPPEHM d'Akbou

Durant notre première visite au centre des handicapés mentaux d'Akbou, au mois de décembre 2014, on a discuté avec le directeur sur la possibilité d'avoir accès au centre pour effectuer notre stage pratique en vue de réaliser ce mémoire, le directeur nous a orienté vers la psychologue du centre la plus ancienne, pour en parler avec elle sur l'existence et l'accessibilité du groupe de recherche et qui selon le Directeur, pourra nous aider dans notre pratique. Dans les prochaines séances de notre pré-enquête, qui se

sont déroulées en mois de janvier 2015, après avoir eu la convention de la DASS (Direction de l'Activité Sociale et de Solidarité), on s'est adressé à la psychologue responsable de notre stage, et ont discuté sur la présence des adolescents trisomiques dans le centre et sur la possibilité des mères de ces adolescents trisomiques de coopérer avec nous dans notre recherche.

Afin de constituer notre groupe de recherche, on se pointait tous les mardis et les mercredis au centre (jours de consultation externe du centre), dans le but de rencontrer des mères des adolescents trisomiques et de parler avec elles, sur leur possibilité d'intégrer notre groupe de recherche. On a rencontré deux mamans, dans les semaines qui suivent, dans une fête organisée pour les enfants du centre, et on a pu parler avec elles, on leur a expliqué, notre thème de recherche et l'objectif de notre étude, et aussi on a parlé sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat dans notre recherche, et on a pu avoir leurs accords.

Deux autres mamans sont venus après une convocation faite par la psychologue du centre, et on a pu avoir leurs accords, aussi on leur a expliqué avec un langage qui est simple l'objectif de notre recherche, et là l'une d'elle nous a dit : *«tu sais ma fille!? Si je devais te raconter ce que j'ai dû affronter après la naissance de ma fille trisomique, tu pourrais écrire tout un livre »*, *« thazrid ayalli!? Aloukan amdahkough ayen ak is3addagh agmi idas3igh yilli agui, athzamrad ataroud thakthubth »*. La 5^{ème} maman qu'on a pu convaincre pour participer à notre groupe de recherche, on l'a vu un jeudi, quand elle est venue récupérer son fils, qui est interne dans le centre et on s'est entendu, de se voir tous les dimanches et les jeudis, quand elle amène et quand elle récupère son fils du centre.

Durant tous ces entretiens préliminaires dans le centre des handicapés mentaux d'Akbou, où on a pu faire des rencontres avec les mères des adolescents trisomiques, et aussi de faire deux séances de prise de contact avec leurs adolescents trisomiques, on a confirmé la disponibilité du groupe de recherche et surtout son accessibilité, et on a pu installer une relation de confiance avec les mères des adolescents trisomiques, aussi on s'est bien informé sur l'état des lieux où on a pu nourrir notre réflexion sur des questions soulevées au cours de notre documentation, on a pu constater un certain malaise, un mal être, un chagrin exprimé avec les larmes qui coulent sans cesse chez certaines mères des

qu'on évoque le handicap de leurs fils ou filles; pendant que d'autres s'est montrées courageuses, capables d'affronter le pire et d'en faire face.

3-2- Au niveau du CPP d'Aokas

Dans notre pré-enquête qui s'est déroulée dans le centre psychopédagogique d'Aokas pour les inadaptés mentaux, on a expliqué à la responsable l'objectif de notre recherche, cette dernière nous a orienté vers la psychologue du centre, qui nous a donné son accord pour nous encadrer pendant notre période de stage.

La psychologue, nous a aidés à sélectionner quatre mères des adolescents trisomiques intégrés dans ce centre. Cette dernière, nous a proposé de venir un autre jour pour voir ses mères, lorsqu'elles amènent leurs enfants au centre le matin, et d'en parler avec elles, et essayer d'avoir leur accord. Le 29 janvier, nous sommes présentés au niveau du centre à 8 h du matin, et on a pu rencontrer ses quatre mères, donc on leur avait expliqué l'objectif de notre recherche, et on les a rassuré sur la confidentialité et l'anonymat dans notre recherche, et on a pu avoir leurs consentements.

Après avoir convaincu ses mères de participer à notre recherche, on a consacré trois séances pour une prise de contact avec ces adolescents trisomiques, dans le but de récolter le maximum d'informations, qui vont nous servir durant notre étude, ces séances sont datées le 02, 04 et 12 du mois de février.

La pré-enquête nous a permis de constituer notre groupe de recherche, de mieux raffiner notre guide d'entretien, et de choisir les outils convenables à notre recherche,

4- Présentation du groupe de recherche

Dans notre présente recherche, on a pu effectuer notre stage auprès de 09 cas de deux centres différents : au niveau du centre des handicapés mentaux d'Akbou, on a sélectionné 05 cas des mères d'adolescents trisomiques, et au niveau du centre des handicapés mentaux d'Aokas, on a sélectionné 04 cas.

4-1- Les critères de sélection

On a demandé à la psychologue responsable de notre stage, de nous aider à choisir des mères qui peuvent venir si on les convoque, c’est à dire qui n’habitent pas loin du centre, et que la sélection sera selon les critères suivants :

- **Age des mères:** adultes;
- **Situation familiale des mères:** mariées;
- **Nombre d’enfants handicapés :** un seul;
- **Sexe d’adolescents trisomiques :** varier;
- **Agés des enfants trisomiques :** adolescents;
- **Degré de déficience des adolescents trisomiques :** varier.
- **Types de pension d’adolescent trisomique :** demi-pension et internat.

Dans le tableau suivant on va essayer de faire une récapitulation des différentes caractéristiques de nos sujets de recherche;

4-2- Les caractéristiques des sujets du groupe de recherche des deux centres

les mères / les critères	M ^{me} Z	M ^{me} A	M ^{me} Y	M ^{me} W	M ^{me} I	M ^{me} X	M ^{me} B	M ^{me} C	M ^{me} D
L’âge de la mère	50 ans	37 ans	38 ans	53 ans	59 ans	58 ans	52 ans	40 ans	55 ans
Le niveau d’instruction de la mère	2 ^{eme} année CEM	Aucun	Aucun	4 ^{eme} année primaire	aucun	1 ^{ere} année primaire	2 ^{eme} année primaire	6 ^{eme} année primaire	Licence
La fonction de la mère	femme au foyer	femme au foyer	femme au foyer	femme au foyer	femme au foyer	femme au foyer	femme au foyer	femme au foyer	Enseignante retraitée
La	mariée	Marié	Marié	marié	marié	marié	marié	Marié	Mariée

situation familiale de la mère		e	e	e	e	e	e	e	
L'âge de la mère à la naissance de l'enfant trisomique	34 ans	20 ans	23 ans	42 ans	42 ans	40 ans	39 ans	23 ans	39 ans
L'âge de l'adolescent trisomique	17 ans	17 ans	17 ans	15 ans	17 ans	18 ans	13 ans	17 ans	16 ans
Le sexe de l'adolescent trisomique	féminin	féminin	masculin	féminin	masculin	masculin	masculin	féminin	Féminin
La classe de l'adolescent trisomique dans la fratrie	La 4 ^{ème} et la cadette	L'ainé	Le 2 ^{ème}	La 9 ^{ème}	Le 3 ^{ème} et le cadet	Le cadet	Le cadet	La cadette	La cadette
Le niveau de déficience de l'adolescent trisomique	déficience moyenne	déficience moyenne	déficience moyenne	déficience sévère	déficience sévère	Déficience profonde	Déficience moyenne	Déficience profonde	Déficience moyenne
La classe de l'adolescent	Couture	Expression filles	Atelier préfor	Expression fille	Atelier préfor	Niveau moyen	Niveau préscolaire	Niveau moyen	Niveau préscolaire

t			matio		matio	n	laire	n	
trisomique			n		n				
au niveau			II : Jar		II : Jar				
du CPP			dinag		dinag				
			e		e				

Tableau n°05 : tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche des deux centres (Akbou et Aokas).

Afin de préserver l'anonymat de nos sujets de recherche, on a décidé de changer les noms de ces mères.

D'après les deux tableaux ci-dessus, on peut remarquer, que notre groupe de recherche est constitué de mères adultes, âgées entre 37 et 59 ans. La majorité d'entre elles, sont des mères peu ou pas instruite, et elles sont toutes des femmes au foyer, et des mères mariées. Ces mères ont toutes des adolescents trisomiques, qui sont intégrés dans deux centres psychopédagogiques pour inadaptés mentaux, l'âge de leurs adolescents est varié, entre 13 et 18 ans, ainsi que leur sexe (5 filles et 4 garçons), et leur niveau de déficience (2 avec déficience sévère, 2 avec déficience profonde, et 5 avec déficience moyenne).

5- Les outils de recherche

Pour réaliser notre recherche, on a opté pour les outils de recherche suivant :

5-1- L'entretien clinique

Notre travail a pour objectif, l'évaluation de la possibilité de la présence d'une dépression chez ces mères, et la nature des défenses psychiques quelles utilisent, face à le handicap de leurs adolescents trisomiques.

Notre choix s'est porté sur une méthode de recherche par entretien en raison du thème abordé qui se prêtait insuffisamment à une exploration par échelle de mesure. Et aussi en vu de récolter le maximum d'informations sur nos sujets, et en raison des critères personnelles de ces mères qui acceptent de parler sans aucune inhibition ou résistance, pour la plupart d'entre elles.

Enfin l'entretien convient à l'étude d'échantillons restreints, contrairement à la méthode par questionnaire qui nécessite une taille d'échantillon importante pour avoir une validité statistique. Les entretiens constituent donc le support principal de notre étude.

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

L'entretien clinique se définit comme « *une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989), la position du clinicien est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non-directivité (Rogers, 1942), la neutralité bienveillante et l'empathie* ». (L. Fernandez et al, 2006, pp.48-49).

L'entretien clinique a trois visées : thérapeutique, diagnostic, et recherche, ce dernier qui nous intéresse. Il existe trois types d'entretien clinique : entretien directif, entretien non directif et entretien semi directif. On a choisi d'utiliser l'entretien de recherche semi directif dans notre recherche : l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique. (Ibid, p.49).

5-1-1- L'entretien de recherche

C'est un dispositif de base dans un certain nombre d'études. Ce dispositif visant une objectivation et une fiabilité des données, il importe d'homogénéiser les conditions de recueil et de traitement de l'information. (G. Poussin, 2005, p.20).

5-1-2- L'entretien clinique semi-directif

Notre travail a pour objectif la description du vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques, à savoir la dépression et les stratégies de coping déployées par

ces mères pour faire face à le handicap de leurs adolescents. Il se fonde sur une étude qualitative descriptive dont le support est la réalisation et l'analyse d'entretiens cliniques semi-dirigés réalisés auprès de femmes confrontés à la trisomie 21 de leurs adolescents.

L'entretien clinique semi-dirigé se définit donc comme « *un entretien qui favorise l'expression libre et un guide de questions préparées par le chercheur à l'avance (mais non formulées à l'avance), et qui contient deux sortes de types : des questions ouvertes ou fermées dans l'objectif d'orienter ponctuellement la personne sur des questions précises pour laquelle l'examineur souhaite une réponse* ». (K. Chahraoui et H. Bénony, 1999, p.65).

Nous reconnaissons dans l'entretien de recherche semi-directif l'outil ou la technique la mieux adaptée pour notre travail de recherche. Selon M. Angers : « *Cette technique est toute indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir, à travers la singularité de chaque rencontre, des causes communes à leurs comportements* ». (M. Angers, 1994, p.17).

Elle a aussi ceci de particulier, qu'elle s'adapte mieux avec notre objectif de description d'un domaine encore largement méconnu par nous, celui du vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques, ce qui va nous permettre non seulement d'établir des faits, mais de saisir les significations données par les personnes aux situations qu'elles vivent.

5-1-3- Le guide d'entretien

Pour ce faire, le chercheur se présente avec un schéma de questions à aborder avec chaque personne. On donne à la personne la liberté d'élaborer ses réponses à sa guise, mais les sujets de discussion sont préétablis. La grille de l'entretien n'est pas un instrument rigide, du point de vue de la présentation des questions, mais bien au contraire, un instrument souple qui entrevoit la possibilité d'introduire d'autres questions, notamment des relances très expressives, centrées sur les préoccupations affectives émotionnellement chargées. (F. Mebarek Bouchaala, 2011, p.71).

Le guide d'entretien permet de structurer l'activité d'écoute et les interventions de l'enquêteur. Dans le cadre de l'entretien semi-dirigé dont il est question dans notre

travail, il y a formulation d'une consigne et constitution d'un guide thématique formalisé. Ce guide permet de structurer l'entretien mais sans diriger le discours. Le guide d'entretien est donc organisé autour de thèmes qui sont les domaines à explorer. Ce guide a pour but d'aider l'enquêteur à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de la personne interrogée, au moment même où ils sont abordés : ainsi, l'ordre des thèmes abordés peut varier. Ainsi, l'enquêteur veille à ne pas se laisser enfermer dans son guide. Il peut alors être amené à y introduire des thèmes supplémentaires au fur et à mesure qu'il se familiarise avec le sujet. (M. Goffinet, 2008, p.39).

En ce qui concerne le côté quantitatif de notre recherche, on a choisi d'utiliser l'échelle de mesure de dépression de Beck, et le test de coping d'Endler et Parker.

5-2- L'échelle de dépression la BDI de BECK

On a choisi d'utiliser cette échelle, parce qu'elle est facile à administrer et à coter, prend pas beaucoup de temps dans sa passation, et elle est disponible. Les 21 items de cette échelle, nous semble plus au moins facile à traduire en langue kabyle, que les items d'autres échelles. La BDI-II va-nous permettre de répondre à l'objectif de notre recherche, qui est celui de décrire le vécu psychologique des mères des adolescents trisomiques, à savoir « la dépression ».

5-2-1- Aperçu historique sur l'échelle de dépression BDI-II de Beck

L'échelle de dépression BDI-II a été créée en 1961 par A-T. Beck, il est connu depuis 35 ans, dans le but d'évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués. En 1971, Beck et ses collaborateurs ont modifiés la BDI en BDI-II puis elle a été publiée 1979 aux États-Unis.

Au cours des années, des améliorations ont été apportées à la définition de la dépression, Moran et Lambert (1983), ont montré que la BDI ne répond pas aux critères du DSM-III, ils ont noté qu'aucun item de la BDI ne permettait l'évaluation de l'activité psychomotrice et de l'agitation, qui constitue pourtant un critère pour le diagnostic des troubles dépressifs majeurs, dans le DSM-III. (A-T. Beck et al, 1998, pp.1-3).

Deux autres chercheurs, V. Krames et Flett (1985), ont pu étudier le lien entre la BDI et le DSM-III, ils ont conclu qu'il n'y avait pas d'items pour l'augmentation de l'appétit et du sommeil. Les nouvelles éditions du DSM ont montrées la nécessité d'élaborer une nouvelle mesure de la dépression, évaluant des symptômes congruents avec les critères du DSM-III-R (1987) et du DSM-IV (1994).

Après Beck, ses collaborateurs ont créé une nouvelle échelle en 1994, car il existe des items qui n'apparaissent pas dans les critères du DSM-IV : l'agitation, la dévalorisation, la difficulté à se concentrer et la perte d'énergie.

La BDI-II constitue une importante révision de l'inventaire de dépression de Beck. Des items ont été réécrits, quatre items ont été supprimés et remplacés par quatre autres, deux items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. La BDI-II est destinée à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. Elle peut être administrée à partir de l'âge de 16 ans. (M. Bouvard et J. Cottreaux, 2002, pp.185-186).

5-2-2-L'utilisation clinique de l'échelle

La BDI-II a été élaborée comme indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV, et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique.

L'échelle de BDI-II est facile à administrer et à coter, seuls les professionnels possédant une bonne expérience clinique qui pourraient l'interpréter. Le psychologue devra alors respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation du test. (A-T. Beck, 1998, p.6).

Bien que la dépression pouvant être accompagnée de risques suicidaires chez les patients psychotiques, le clinicien doit être très attentif aux résultats de la BDI-II, afin de proposer des interventions thérapeutiques appropriées si cela, s'avère nécessaire.

Les items 2 (pessimisme), et 9 (pensées au désir de suicide) se sont les deux indicateurs de risque de suicide qui doivent être bien vérifiés. (P. Boyer et al, 1983, p.27).

5-2-3-Le temps de passation

La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer.

En général, 5 à 15 minutes suffisent pour compléter le protocole. Les patients souffrant d'une dépression sévère ou de trouble obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

Avant la passation, il est préférable d'évaluer si un patient est capable de lire et de comprendre les items en général. (M. Bouvard et J. Cottreaux, 2002, p.188).

5-2-4- L'administration de l'échelle

Les consignes qui figurent sur l'échelle sont les suivantes :

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes, puis dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil), et le groupe n° 18 (modification de l'appétit). (A-T. Beck, 1998, pp.7-8).

Les sujets de notre recherche sont des mères peu ou non instruite, donc qui ne peuvent pas répondre aux items toutes seules, c'est pour cette raison qu'on a essayé d'adapter l'échelle à notre population d'étude, en traduisant les items de l'échelle en Kabyle, afin de faciliter la compréhension des items, que nous même, on les a énoncés un par un.

Donc on a utilisé la consigne suivante qui est simple et facile à comprendre : « *voici un questionnaire qui contient des groupes d'énoncés, je vais vous les lire et les expliquer un par un, et vous choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui* ».

A la fin de la passation, quelque soit le mode de passation, on doit vérifier le protocole pour s'assurer qu'il ne manque aucune réponse, et si on manque un, on doit demander au patient de compléter son questionnaire. (A-T. Beck, 1998, p.8).

5-2-5- La cotation de l'échelle

La note totale est obtenu en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque items étant coté de 0 a 3 points, si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisissez l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63. (M. Bouvard et J. Cottreaux, 2002, p.182).

Notes seuils au BDI-II

Note totale	Niveau
[0-11]	Minimum
[12-19]	Légère
[20-27]	Modérée
[28-63]	sévère

(A.T.BECK, et al, 1996, pp.1-9).

Tableau n°06 : tableau représentatif des notes seuils au BDI-II

5-3- Le test de coping : le CISS d'Endler et Parker (1990)

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

L'Inventaire de Coping pour Situations Stressantes (CISS) est une échelle permettant de mesurer les aspects multidimensionnels du Coping. La passation du test est très simple. Le CISS présente plusieurs avantages :

- Les échelles du CISS ont été créées sur des bases théoriques et empiriques.
- Le CISS, est une mesure multidimensionnelle des styles de coping, ce qui permet de préciser : la prédiction des styles préférentiels de coping, la compréhension des patterns individuels de réaction de coping, et la compréhension de relations différentielles entre les styles de coping et d'autres variables de personnalité.

Le CISS a été élaboré et étalonné avec des adultes, des étudiants de collège et des personnes soignées pour des troubles psychiatriques. (J-P. Rolland, 1998, p.1).

Pour toutes ces raisons, et pour d'autres raisons qui sont les suivantes : le CISS est un test facile à administrer, prend pas beaucoup du temps dans la passation, (10 mn environ), qui se trouve en deux langues : français et arabe, et c'est un outil dont nous disposant, il va nous permettre aussi, de répondre à nos questions de départ, d'infirmier ou de confirmer les données des entretiens, et bien sur de vérifier nos hypothèses de départ, on a choisi donc d'utiliser ce test dans notre étude.

5-3-1- Description de la CISS

La CISS est une épreuve papier-crayon auto administrée comprenant 48 items qui mesurent les styles de coping. Il existe aux Etats-Unis une forme pour adultes et une forme pour adolescents. Chaque forme contient 16 items mesurant le coping orienté vers la tâche, 16 items mesurant le coping orienté vers l'émotion, et 16 items mesurant le coping orienté vers l'évitement. Il y a deux sous-échelles pour la dimension Évitement : Distraction (8 items) et Diversion sociale (5 items), les trois items restant pour la dimension Évitement, ne sont pas notés dans ces sous-échelles. Pour contrôler les effets du a l'ordre, les items relatifs aux trois échelles principales ont été distribués au hasard au sein du questionnaire. On demande aux praticiens passant le test de noter chaque item sur échelle de fréquence en 5 points allant de 1 « pas du tout » a 5 « beaucoup ». La CISS peut généralement être complétée en 10 minutes, bien qu'il existe des différences individuelles de temps de passation. (J-P. Rolland, 1998, p.2).

5-3-2-Administration de l'échelle

5-3-2-1- Administration

Le CISS évalue la façon dont les sujets gèrent le stress. C'est un inventaire de papier-crayon de passation facile. Il peut être administré individuellement ou collectivement. En cas d'administration collective, toutes les garanties de confidentialité doivent être fournies pour encourager les sujets à répondre avec sincérité. La simplicité de l'administration facilite l'évaluation du coping multidimensionnel en situation appliquée et de recherche. (V. Langevin, 2012, p.97).

5-3-2-2-Matériel du test

La CISS est une mesure multidimensionnelle du coping qui comporte 48 items. Il évalue les dimensions du coping orienté vers la Tâche, l'Émotion et l'Évitement. Le coping orienté vers l'Évitement est évalué comme ayant une composante de Distraction et Diversion Sociale.

Le matériel est constitué des éléments suivants :

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

On demande au sujet, « d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans ce type d'activités quand il rencontre une difficulté, une situation stressante ou déstabilisante ».

Le sujet entoure un chiffre de 1 a 5 afin d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans l'activité indiquée quand il est soumis au stress. (V. Langevin, 2012, p.97).

5-3-2-3- Temps de passation

Elle peut être passée en 10 minutes. (J-P. Rolland, 1998, p.2).

5-3-2-4- Procédure d'administration

La première étape de l'administration du test consiste à s'assurer que le sujet a à sa disposition une réserve de crayon à papier ou un stylo à bille. Installez le sujet confortablement et expliquez que l'objectif du questionnaire est de se faire une idée de ce qu'il fait lorsqu'il est confronté à un événement stressant. S'assurer que le sujet comprend bien et lit attentivement les instructions. Si nécessaire, lire les instructions et les items au sujet. Si un sujet décide de changer une réponse, la réponse initiale ne doit pas être effacée. Le psychologue doit être présent tout au long de la passation, il est utile qu'il note les conditions objectives dans lesquelles le questionnaire a été rempli. (V. Langevin, 2012, p.98).

5-3-3- La cotation de l'échelle

Cinq notes sont calculées : 3 notes pour les échelles : Tâche (T), Émotion (E), et Évitement (A), et deux notes pour les deux composantes de l'Évitement : Distraction (D) et Diversion Sociale (SD).

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

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

L'étendu possible pour chacune des notes aux trois échelles (Tâche, Émotion et Évitement), est de 16 à 80. L'étendu pour la note à l'échelle D (Distraction) de 8 items est de 8 à 40, et pour la note à l'échelle DS (Diversion Sociale) de 5 items est de 5 à 25. (N-S. Endler, 1998, p.14).

5-3-4- Conversion des notes brutes en notes T et en percentiles

La cotation du CISS fournit 3 notes brutes, pour les 3 échelles principales de coping, plus deux notes brutes pour les sous-échelles. Ses notes brutes peuvent être converties en notes standard T et en percentiles à partir de la feuille de profil. (J-P. Rolland, 1998, p.2).

5-3-5- Profil des notes au CISS

Le profil du sujet ayant passé le CISS peut être présenté visuellement grâce à la feuille de profil. Elle comporte 5 colonnes correspondant aux trois échelles principales de coping, et aux deux sous-échelles d'évitement. Choisir tout d'abord le profil correspondant à la consigne passé par le sujet. Puis, en fonction du sexe du sujet, entourer la note brute obtenue dans chacune des colonnes correspondant aux échelles. Les notes T et les percentiles correspondants sont notés dans les colonnes de chaque côté du profil. (N-S. Endler, 1998, p.15).

5-3-6- Interprétation des notes aux échelles du CISS

Plus la note au test sur l'une des cinq échelles (tache, émotion, évitement, distraction et diversion sociale) est élevée, plus le degré d'activité de coping de la personne sur la dimension de coping correspondant est élevé. Les notes brutes au test sont converties en notes T dans la construction des profils.

Les notes T sont des notes étalonnées dont l'utilité est que chaque échelle aura la même moyenne et le même écart type. Une telle particularité permet à la personne qui interprète, de comparer directement les notes à une échelle aux notes d'une autre échelle.

Les notes T ont une moyenne de 50 et un écart type de 10. Il faut préciser que les notes T utilisées avec la CISS, sont des notes T linéaires qui ne transforment en aucune manière la distribution réelle des variables.

En règle générale, les notes T peuvent être interprétées en utilisant le tableau n°7. Cependant, il faut noter que les indications proposées ne sont que des lignes directrices approximatives et qu'il n'y a aucune raison de croire qu'il y'a une différence sensible, par exemple, entre une note T de 55 et une note T de 56. Il ne faut pas utiliser ce guide comme une règle absolue. (J-P. Rolland, 1998, p.20).

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

Tableau n°07 : tableau représentant le guide d'interprétation des notes T au CISS.

6- Le déroulement de l'enquête

6-1-Au niveau du C.P.P.E.H.M d'AKBOU

Notre pratique s'est déroulée au niveau de deux centres différents, premièrement, au niveau du centre des handicapés mentaux d'Akbou, on a choisi 5 cas, et on a commencé à partir du 19 Mars au 19 Avril 2014, durant cette période on a pu effectuer notre recherche à l'aide des outils choisis auparavant (l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de dépression de Beck, et le test de coping d'Endler et Parker, les mamans ont pu venir à chaque fois qu'on les convoque, c'est-à-dire, une fois par semaine avec chacune d'elle, ce qui fait 4 séances avec chacune, où on a consacré deux séances pour le guide d'entretien, une séance pour faire passer l'échelle de dépression de Beck, et une dernière séance consacrée pour faire passer le test de coping. On n'a rencontré aucune difficulté avec elles, elles parlaient sans hésitation, et elles répondaient parfois à des questions avant même de les poser, mais des fois, il arrive avec certaines mères qu'elles pleurent et qu'elles prennent du temps à se ressaisir. Bien qu'elles avaient beaucoup à dire mais la psychologue qui était avec nous, nous disait à chaque moment qu'il faut faire vite avec elles, et qu'il ne faut pas qu'on dépasse les 45 minutes de l'entretien clinique, et cela nous a mis dans une situation gênante, on a demandé à la psychologue de bien vouloir nous laisser seule avec elles si c'est possible, mais elle a refusé.

On a trouvé quelques difficultés en ce qui concerne la traduction des deux échelles en langue kabyle, mais on a pu les dépasser après le premier cas.

Comme tout psychologue, qui doit avoir l'attitude bienveillante, l'écoute, l'observation du manifeste et du latent, et l'empathie, on a essayé au maximum d'adopter et d'avoir ces critères, afin de donner un aspect scientifique et rigoureux aux résultats qu'on obtiendrait.

Une phrase d'une mère qui nous reste toujours à l'esprit, en nous demandant si elle peut venir au centre lorsqu'elle se sent mal et qu'elle a besoin de quelqu'un qui soit disponible pour l'écouter. Cela reflète la relation de confiance, qu'on a pu installer avec nos sujets de recherche durant la période de stage, mais aussi la situation psychologique difficile, dans laquelle se trouvent ces mères, et de leur souffrance, leur désarroi, ainsi qu'un vécu extrêmement affecté par le handicap de leurs enfants.

6-2-Au niveau du CPP d'AOKAS

Notre pratique qui a duré quatre mois, au sein du centre psychopédagogique d'Aokas est passée dans des conditions favorables, les quatre mamans se sont présentées selon les rendez-vous qu'on a fixés. Elles ont répondu à toutes les questions : (le guide d'entretien et les deux échelles), sans hésitation de leurs parts. Ces séances se sont passées au bureau de la psychologue.

Avec M^{me} (X), M^{me} (B) et M^{me} (C) en vue de leurs niveaux d'instruction qui est très bas, on a traduit toutes les questions à la langue kabyle avec des mots simples et compréhensibles, et pour M^{me} (D), enseignante retraitée on s'est pas retrouvé devant l'obligation de la traduction donc on a gardé les questions en langue française.

L'entretien avec M^{me} (X) a duré trois séances, la première le 12.03 qui a duré 45 minutes, la deuxième le 30.03 avec une heure de durée, et la dernière séance le 06.04 pour la passation des deux échelles avec une durée de 40 minutes.

Ainsi que pour M^{me} (B), la passation a duré trois séances. Le 23.03 avec une durée de 50 minutes, le 26.03 pour une durée de 40 minutes et la dernière séance le 29.03 avec une durée de 30 minutes.

Le 02.04 on a rencontré M^{me} (C), pour la première séance qui a duré une heure, la deuxième rencontre pour compléter le guide d'entretien à date le 09.04 pour 45 minutes, et la dernière séance a duré 20 minutes le 12.04.

Par contre M^{me} (D), on a pu terminer l'entretien avec elle en une seule séance, pendant une heure le 15.04, et une autre séance qui a duré 20 minutes pour la passation des deux échelles.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, on a pu décrire de façon détaillée comment notre recherche a été réalisée. Cette description va permettre au lecteur de juger du bien fondé de la méthode qu'on a adoptée, ainsi que de la validité et de la fidélité des résultats rapportés. Elle va permettre aussi à d'autres chercheurs de répliquer l'expérience s'ils le souhaitent.

Dans ce qui va suivre, on va aborder le quatrième chapitre qui est consacré à la présentation, analyse et discussion des résultats de notre recherche.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule

Dans ce présent chapitre, on va commencer par présenter et analyser les résultats de notre recherche, obtenues avec les trois outils qu'on a choisi d'utiliser (l'entretien clinique semi-dirigé, l'échelle de dépression, ainsi que le test de coping), puis on va essayer de discuter les résultats d'analyse des données à la lumière de nos hypothèses de départ, afin de les confirmer ou de les infirmer.

1- Présentation et analyse des cas

1-1- Présentation et analyse du cas de M^{me} (W)

1-1-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (W)

M^{me} (W) est âgée de 53 ans, elle a un niveau d'instruction faible, avec un niveau d'étude de 4^{ème} année primaire, femme au foyer. C'est une femme mariée avec une situation financière difficile. C'est une mère de 10 enfants (05 filles et 05 garçons), elle avait 42 ans quand elle a accouché de sa fille Assia qui est trisomique, cette dernière est aujourd'hui devenue adolescente, elle a 15 ans, elle est classée la 9^{ème} dans sa fratrie.

M^{me} (W) est l'épouse d'un homme qui a 60 ans, n'est pas instruit et qui exerce la fonction d'un laboureur.

AXE 01 : Histoire de la grossesse à la naissance

La grossesse d'Assia a été une grossesse non désirée, M^{me} (W) a essayé d'avorter avec des comprimés à 4 mois, cela selon elle, à cause de la pauvreté et du nombre important d'enfants qu'elle a déjà. En apprenant sa grossesse, elle avait peur et avait de la tristesse profonde, « *haznaghe mlih wa ougadaghe* » « *j'étais vraiment triste, et j'avait peur* ». Sa grossesse s'est déroulée sans aucune difficulté, l'accouchement a été à terme et par voie naturelle, avec aucune difficulté ou complications durant l'accouchement.

M^{me} (W) a su le handicap de sa fille, quand elle ne parlait pas, raison pour laquelle elle a consulté un orthophoniste, qui lui a annoncé le handicap de sa fille et la nature de cet handicap, devant cette annonce, elle était, effrayée, bouleversée, choquée, « *khol3agh mlih, wa achokigh imi iyidyanna tbib yalim attamongolte* » « *j'étais effrayée et choquée, quand le médecin m'a*

informée que ma fille est trisomique ». Elle était accompagnée par son grand fils, et c'était elle qui s'est occupée d'informer son époux, ce dernier avait une réaction normale, selon elle, « *othidoki3ara imi isanigh dacho iyidyanna tbib* » « *il était indifférent quand je l'ai informé du diagnostic du médecin* ». M^{me} (W) s'est occupée aussi d'informer ses autres filles et fils qui ont pleuré devant cette annonce, ainsi que le reste de sa famille. La fratrie se comportait bien avec Assia, et aide leurs mère à s'occuper d'elle, par contre M^{me} (W) n'a reçue aucune aide de la part de ses proches. Elle n'a pas cherché à s'informer de quoi souffre sa fille, malgré qu'elle n'ait jamais entendue parler de la trisomie 21 auparavant, et qu'elle n'a personne dans sa famille qui porte cette anomalie.

On a constaté par là, que la grossesse était mal vécue, c'est une grossesse non désirée, et elle a essayé de faire un avortement, cela a aggravé la lourdeur de la découverte du handicap de sa fille, qui est devenue insupportable à l'annonce, et qui a augmentée le niveau de sentiment de culpabilité chez elle « *hossagh ad nakki idassabba imi idaffagh attamongolt* » « *je ressens que c'est moi la cause, du handicap de ma fille* ». L'annonce du diagnostic a provoqué un choc quasi constant chez M^{me} (W). L'inscription indélébile des paroles prononcées à ce moment-là dans sa mémoire témoigne du traumatisme vécu, « *..., a3ni ihi ousroughara? Ighadiyi mlih lhal, akan imdanigh oydfahmadara* » « *comment ne pas pleurer? J'étais profondément touchée, tel que je vous l'explique vous n'allez pas me comprendre* ». Des sentiments mêlés s'ajoutent ensuite plus ou moins intensément, la révolte, le rejet de l'enfant (désir de mort ou d'abandon), la tristesse, la dépression, le sentiment de solitude, la peur face à l'inconnu sont des réactions relevées dans les entretiens, « *ouzirighara dachou arakhammaghe, ougadaghe attackim agthasga ou sattizmiraghara* » « *je ne savais plus quoi faire, j'avais peur qu'elle ne puisse jamais devenir autonome, et moi je ne serais pas capable de m'occuper d'elle* ». Ainsi que des sentiments ambivalents, entre la souffrance d'avoir essayé de l'avorter, et son regret face à l'échec de l'avortement, que si elle l'avait réussi elle n'aurait pas cette fille trisomique. « *ighadiyi lhal maradamaktigh, balli sayagh atidassaghlighe, utsamihghara ak iyimaniw, ma3na tikwal akkarghas aloukan kan taghlid, loukane udloulara akhiras inattath ak ad nakni* » « *je me sens pas bien, quand je me rappelle que j'ai essayé de l'avorter, je me pardonnerais jamais, mais des fois je me dit, que je serais mieux ainsi qu'elle, si j'avais réussie cet avortement* ».

Le fait qu'elle n'a pas reçue de l'aide de la part de son époux qui était totalement méfiant à son égard, ainsi que la déception et le chagrin de ses autres enfants, ont augmentés chez elle le

sentiment de dévalorisation et de culpabilité, ainsi que sa souffrance à l'annonce et du handicap de sa fille.

AXE 02 : L'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant trisomique

La santé psychosomatique de M^{me} (W), s'est dégradée après la naissance de Assia, elle avait le diabète, le colon, et l'hypertension. Elle effectue les tâches quotidiennes avec moins d'énergie, elle n'arrive pas à dormir la nuit, à cause des idées négatives qui l'occupe, elle a remarqué un changement dans les habitudes alimentaires, elle ne partage ses souffrances avec personne et elle préfère rester toute seule, car selon elle, il n'y a personne qui peut la comprendre. Elle arrive malgré tout à gérer toutes ses difficultés quotidiennes seule.

La manifestation de ces maladies chez M^{me} (W), témoigne de l'intensité et la gravité de sa souffrance face à le handicap de sa fille « *agmi idas3igh Assia, halkagh mlih, ughalagh uzmirghara ichghal bazzaf, 3agogh, attafka3agh mlih, thattrough toujours* » « *après la naissance de Assia, j'étais très malade, je ne peux plus faire les tâches ménagères comme avant, je me fatigue rapidement, et je m'énerve pour la moindre des choses, je pleure souvent* ». L'éducation d'un enfant trisomique 21 demande un investissement en temps et en énergie plus important que celle d'un enfant *ordinaire*, ce qui est le cas pour M^{me} (W), qui n'arrive plus à effectuer ses tâches quotidiennes avec autant d'énergie qu'avant la naissance de Assia, mais cela aussi ne signifie pas seulement un surcroit d'énergie fournie par la mère, mais aussi une éventuelle présence d'une dépression chez elle, et ce à partir des signes rapportés par notre sujets : fatigue, perte d'intérêt, pleurs, et changement de l'humeur.

AXE 03 : Le rôle de la famille et la perception de l'entourage face à la naissance de l'enfant trisomique

L'époux de M^{me} (W), n'a joué aucun rôle dans l'éducation de sa fille Assia, mais cela était pareille avec tous ses autres enfants, ainsi que sa famille, elle n'a joué aucun rôle qui doit être rappelé, selon elle. M^{me} (W), sort rarement avec sa fille Assia, et ne la laisse pas surtout sortir toute seule de la maison, elle dit : « *j'ai peur pour elle* ». Les enfants de l'entourage acceptent de jouer avec Assia. M^{me} (W) disait qu'elle ne perçoit aucun regard négatif de la part de son entourage « *tallayanttid l3ivad normal kan* » « *les regards des personnes envers Assia sont normaux* ». En ce qui concerne l'influence du regard des personnes de son entourage sur le vécu du handicap, M^{me} (W) répondait : « *je ne sait pas* ».

Les parents sont particulièrement sensibles au regard porté par la société sur leurs enfants. La majorité des parents reconnaît avoir souffert et souffrir encore de la façon dont certaines personnes regardent leurs enfants trisomique. Ils ne disent pas ce qu'ils perçoivent dans ces regards, mais celui-ci les blesse souvent profondément. C'est le cas de M^me (W), qui semble ne sentir rien, devant les regards de l'entourage mais au même temps, dit qu'elle sort rarement avec sa fille Assia, « *dacho ara takhdame di bara, attakim gakhham ayakhiras* » « *qu'est ce qu'elle va faire dehors, elle reste à la maison, c'est mieux pour elle* », cela nous dévoile une ambivalence dans ses sentiments face la perception des personnes de son entourage, ce qui nous amène à dire qu'elle essaye d'éviter peut être les regards de l'entourage qui peuvent la blesser profondément, et que sa perception des regards de son entourage est négative et mal vécu, même si elle essaye de cacher ça.

AXE 04 : Le développement de l'adolescent trisomique et la perception de la mère

Le développement physique d'Assia, selon M^me (W), est retardé, il est lent. Elle perçoit les difficultés dans le développement physique d'Assia, comme un fardeau qui rend difficile l'acceptation du handicap, de sa fille et qui l'épuise encore plus, « *azzayath mlih ilafhama, anachthagui yarnayid la3thab, ak ad lahzan* » « *elle est lente à comprendre, cela à augmenter ma fatigue, et ma tristesse* ».

Assia a acquis l'autonomie, mais sa mère la perçoit comme petite et pas encore adolescente, ses autres filles ont un rôle très important dans l'éducation d'Assia et pour suivre son adolescence. Assia a été inscrite au centre à l'âge de 9 ans, le suivi de Assia est amélioré, elle a eu des difficultés au départ mais aujourd'hui, elle est stable est obéissante. Malgré les améliorations de Assia, sa mère ne perçoit pas qu'elle peut un jour intégrer le milieu du travail, et elle pense toujours au jour dont elle va sortir du centre, elle est contre l'idée qu'un trisomique à l'âge de 18 ans sort du centre, mais elle ne pense pas à un autre centre d'accueil, vu leurs situation financière difficile.

M^me (W) a souffert pour suivre le développement retardé de sa fille Assia, « *at3atbiyi mlih travgas, machi amayatmas anidane, notni makrith zik, nakini thura makragh uzmirghara* » « *j'ai souffert pour l'éduquer, ce n'est pas comme ses autres frères, eux ils ont grandi rapidement, et moi maintenant j'ai grandi et j'ai plus de forces* », cela révèle le degré élevé de la souffrance de M^me (W) face au développement de sa fille. M^me (W) ne perçoit pas sa fille Assia comme adolescente, pour elle, elle est encore petite, « *Assia mazalit attamachtoth, u tatwalighara*

ttilamzithe» « *Assia est encore petite, je l'a perçois pas comme adolescente* », cela nous indique que des attitudes de résistance face au développement de sa fille, et garder Assia dans le statut de la petite enfant qu'elle peut maîtriser. Elle a niée toutes les transformations chez Assia, pour vu qu'elle ne soit pas encore une fois de plus face à la réalité douloureuse, celle que sa fille resteras trisomique toute sa vie.

AXE 05 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La symptomatologie dépressive

M^{me} (W) dis rien concernant l'adolescence de sa fille Assia, elle reste silencieuse, maintenant que sa fille est adolescente, elle l'amène plus avec elle à des fêtes. Ses habitudes ont changées, « *ughalagh uydoki3ara aglahwayaj am zik, adkhammagh chitoh kan ad hossagh a3yigh, wa attahlakagh toujours* » « *j'ai perdue d'intérêt pour les choses qui m'intéressaient avant, je me fatigue rapidement, et souvent je tombe malade* », cela indique une présence d'une symptomatologie dépressive chez M^{me} (W), cela par les signes cliniques qu'elle présente : fatigue, perte d'intérêt pour les choses et les gents, perte de plaisir, tristesse, pleurs, et changement dans les habitudes alimentaires qui sont des signes de la dépression selon le DSM-IV.

Le vécu psychologique de M^{me} (W) est très difficile, on n'a pas insistée sur des questions sur lesquelles elle ne voulait pas répondre, car elle avait de l'hypertension et le diabète.

AXE 06 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La défense psychique (stratégies de coping)

Dans des situations stressantes, M^{me} (W) s'en sort mal, « *amara adatkalkagh halkagh, ottizmirghara ad khadmagh achghal, ragguigh ak, atkhmmiagh kan f les problèmes iw, ma3na ozandattafghara l hal* » « *dans des situations stressantes, je tombe malade, je travaille peu, je deviens plus émotive, je réfléchie qu'a mes problèmes, mais je n'essaye pas de leurs trouver des solutions* », cela nous indique qu'elle se réfère à des défenses centrées sur l'émotion, pour faire face à des difficultés de la vie quotidienne.

Les défenses de la mère face à la trisomie de sa fille, sont centrées beaucoup plus sur l'évitement mais aussi sur l'émotion, ce qui explique son hypertension, comme elle le confirme « *a loukane u tkalikghara u sa3oghara la tension d skar, atkhamimagh bazzaf u za3fagh atas* » « *si je ne stressais pas, je ne serais pas sujet a l'hypertension* », mais elle s'éloigne des défenses centrées sur la tâche vu son état de santé qui le permet pas.

AXE 07 : Le vécu du père et de la fratrie face à l'adolescent trisomique

M^{me} (W) n'a pas de bonnes relations avec son époux, qui se montre méfiant de la situation d'Assia et celle de sa femme, il ne l'aide pas à s'occuper de sa fille trisomique. Assia a de bonnes relations avec sa fratrie, qui s'adaptent bien à ses changements physiques et psychiques, et ils l'aident à acquérir une autonomie. Ils perçoivent positivement l'adolescence de leur sœur, mais ne parle jamais de son avenir.

Les difficultés relationnelles que M^{me} (W) entretenait avec son mari, aggrave sa souffrance face à le handicap de sa fille, « *odamazgaghara ad wargaziw, natta ozdoki3ara ak agyillis ngh zgui* » « *j'ai pas de bonnes relations avec mon mari, lui il s'en fiche de sa fille et de moi* », elle se trouve toute seule à supporter la douleur et la blessure narcissique engendrées par le handicap de sa fille, et de se culpabiliser d'avoir donnée naissance à une fille trisomique, c'est une partie d'elle qui est sortie mal formée, « *ad nakki itidyas3ane, adnak a sidabrane, babas usdouki3ara* » « *c'est moi qui l'a mise au monde, et c'est moi qui va se débrouiller pour l'élever, son père s'en fiche d'elle* », c'est comme si c'est sa faute à elle d'avoir mit au monde une fille trisomique.

AXE 08 : Le regard vers l'avenir

M^{me} (W) envisage mal l'avenir de sa fille Assia, elle est pessimiste face à ce qui l'attende, elle est très inquiète pour elle, « *tkalkagh mlih amak ara dagri wahdas, onas3ara iwakkan asnakhdam attawil* » « *je suis très inquiète, quand elle restera seule, notre situation financière ne permet pas, de lui garantir son avenir* », elle dit qu'elle va rester avec ses frères qui se montrent aimant avec elle, mais à part ça, elle envisage aucun projet d'avenir pour elle, cela à cause de leur situation économique qui est très difficile. M^{me} (W) espère qu'Assia va se marier une fois grande et qu'elle puisse redevenir normale.

M^{me} (W) est pessimiste en ce qui concerne l'avenir de sa fille, toutes ses idées sont noires, la pauvreté de sa famille a aggravé sa souffrance. Ce qu'elle souhaite pour sa fille c'est de pouvoir se marier et de redevenir normale, « *attmanighe atajwaj akam thakchichine ak anidane, waattughale normal* » « *je souhaite qu'elle se mari comme toute les autres filles, et redevenir normale* », cela signifie qu'elle n'arrive pas encore à faire le deuil de la normalité de sa fille.

Conclusion des données de l'entretien

Après l'analyse des entretiens, on a constaté que M^{me} (W) n'arrive pas à accepter le handicap de sa fille, et qu'elle vie mal l'adolescence de sa fille trisomique.

Elle représente une symptomatologie dépressive marquée essentiellement par des changements dans ses habitudes du sommeil, dans l'appétit, et surtout un changement dans sa santé somatique après avoir donnée naissance à sa fille trisomique.

Face aux difficultés de la vie quotidienne, M^{me} (W), devienne très émotive, s'énerve trop, et pour essayer de fuir ces sentiments elle s'acharne sur le travail.

1-1-2- Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (W).

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
45	[28 - 63]	Dépression sévère

Tableau n°8 : tableau représentatif des données de la BDI-II du cas de M^{me} (W)

La majorité des réponses aux items de l'échelle ont obtenues la note de 3 : pessimisme, perte de plaisir, sentiment négatif envers soi-même, attitude critique envers soi, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, perte d'énergie, difficulté à se concentrer, fatigue. En ce qui concerne les items : modification dans les habitudes du sommeil, et modification de l'appétit, M^{me} (W) a attribuée la note maximale qui est 3b, qui signifie le grand changement dans ses habitudes du sommeil et celle de l'appétit, et ce qui nous renseigne encore plus sur le degré élevé de sa souffrance psychique et physique.

La note 2 est donnée aux items : sentiments de culpabilité, sentiments d'être punie, agitation, et irritabilité. Elle a choisie la note moyenne à ces items, à cause de l'ambivalence de ses sentiments, ce qui explique pourquoi elle n'a pas attribuée la note 3 aux items : sentiments de culpabilité, et sentiment d'être punie, comme on l'a déjà expliqué dans l'analyse de l'entretien.

La note 1 est attribuée seulement à l'item tristesse (je me sens très souvent triste), pendant que la note 0 est attribuée aux items échec dans le passé, pensées ou désirs de suicide, pleurs, perte d'intérêt pour le sexe, bien que l'analyse de l'entretien nous a révélé des sentiments d'échec et des pleurs, mais elle leurs a pas attribué une note élevé, cela signifie qu'elle veut se montrer forte, ou bien le faite que les repenses aux items doivent être present en considération seulement les 15 dernier jours. (ANNEXE n°4).

Conclusion de l'analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (W)

D'après l'analyse des données de la BDI-II du cas M^{me} (W), on a obtenu la note 45, qui se situe entre 28 et 63, ce qui indique la présence d'une **dépression sévère** chez M^{me} (W).

1-1-3- Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de M^{me} (W)

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	56	48	42	Moyenne
L'émotion	61	61	86	Au dessus de la moyenne
L'évitement	34	42	21	Légèrement au dessous de la moyenne
Distraction	16	45	31	Moyenne
Diversión Sociale	13	44	27	Légèrement au dessous de la moyenne

Tableau n°9: tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de M^{me} (W)

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus, montrent que M^{me} (W) utilise les stratégies de coping centrés en premier lieux sur l'Émotion, dont la note T obtenue est 61, qui la place au 86^{eme} percentile. Les stratégies centrées sur la Tâche viennent en deuxième place, dont la note T obtenue est 48, la plaçant au 42^{eme} percentile, pendant qu'elle utilise moins les stratégies de coping centrées sur l'Évitement, dont la note T obtenue est la plus basse est de 42, la plaçant au 21^{eme} percentile. Ses notes aux sous-échelles : Distraction, sa note T est 45, la plaçant au 31^{eme} percentile, et Diversión Sociale dont sa note T est 44, la plaçant au 27^{eme} percentile.

Conclusion de l'analyse des résultats du test de coping du cas M^{me} (W)

L'analyse des résultats du test de coping de M^{me} (W), montrent que M^{me} (W) utilise un mauvais coping en premier lieu, celui **centré sur l'Émotion** qui est au-dessus de la moyenne, afin de se défendre et de faire face aux problèmes de la vie quotidienne.

La synthèse de l'analyse du cas de M^{me} (W)

L'analyse des résultats des entretiens de M^{me} (W), montre qu'elle souffre profondément face à la trisomie de sa fille, elle est pessimiste car elle n'a ni de ressources personnelles et familiales, ni de ressources financières qui l'aide à dépasser le handicap de sa fille, ce qui l'a rendue fragile et développer une **dépression sévère** (elle a obtenue la note **45** selon la BDI-II). Elle gère mal ses inquiétudes et adopte de mauvaises stratégies pour faire face à ses difficultés, celles-ci sont celles **centrées sur l'Émotion** (elle a obtenue la note T **61** selon la CISS), ce qui rend sa dépression encore plus grave et constante.

1-2- Présentation et analyse du cas de M^{me} (A)**1-2-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (A)**

M^{me}(A) est âgée de 37 ans, elle n'est pas instruite, elle n'a jamais fréquenté l'école, femme au foyer. Elle est mariée avec un homme qui travaille comme ingénieur, mais vu son alcoolisme, les dépenses familiales sont augmentées et elles ne parviennent qu'aux nécessités de la vie. M^{me} (A) a trois enfants, elle a eu 20 ans quand elle a eu Nawel, qui est trisomique, âgée maintenant de 17 ans, elle est l'aînée dans sa fratrie.

AXE 01 : Histoire de la grossesse à la naissance

Nawel est née d'une grossesse désirée. Avant de savoir qu'elle était enceinte, M^{me} (A) a perdue conscience une fois dans une boutique et elle était hospitalisée sur place, et après une consultation chez le médecin pour des douleurs à l'estomac, elle a su qu'elle était enceinte, et avait une réaction normale. Comme toute mère qui était enceinte comme elle l'a dit, elle a eu une image idéalisée de son fœtus. Son accouchement a été à terme, par voie naturelle et sans aucune difficulté. Elle a appris le handicap de sa fille, après l'accouchement, par son beau frère, qui a remarqué que son bébé n'était pas comme les autres. Elle dit qu'elle n'était pas choquée devant

cette annonce « *ochokighara imiydinna olawsiw yallim machi normalit* » « *j'été pas choquée, quand mon beau frère m'a fait remarquer, que ma fille n'est pas normale* ». Son mari a été informé par le médecin de l'hôpital, mais il ne l'a pas mise au courant. Personne n'a informée le reste de la famille, ils l'on reconnu tous seuls, sa belle sœur quand elle a su, lui a dit pourquoi tu l'avais pas avortée avant qu'elle naisse. Elle n'a reçue aucune aide de la part de sa famille après la naissance de Nawel, et elle n'a pas cherchée à s'informer de quoi souffre sa fille. Elle n'a jamais entendue parler auparavant de la trisomie 21, mais elle dit qu'elle voit des personnes comme sa fille dans son entourage, mais qui n'ont aucun lien sanguin avec sa famille.

M^{me} (A) nous semble d'après l'analyse de cet axe, forte, n'a présentée aucun choc à la découverte de la trisomie de sa fille, elle dit « *l'essentiel pour moi, c'est qu'elle puisse marcher et se déplacer toute seule, et qu'elle ne va pas rester dans un coin* » « *..., oythoki3ara normal, almouhim atizmir atakarfallas, attizmir iyimanis, oythatghimara kan ag tasga*», ce qui signifie qu'elle avait un déni de la réalité qu'elle percevait comme non menaçante. Elle n'est non plus traumatisée et affirme qu'elle n'a pas pleurée non plus, et cela signifie qu'elle n'a pas eu encore conscience du handicap de sa fille. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce qui paraît être une meilleure acceptation de la différence. Il peut s'agir d'une défense : nier sa souffrance pour ne pas se laisser envahir par elle et pouvoir faire face à l'évènement traumatisant. Il faut prendre sur soi, tenir le coup à tout prix. Cette façon de réagir a été analysée par S. SAUSSE:« *Sur le moment, toutes les énergies sont mobilisées pour faire face aux évènements, au jour le jour. Il faut agir.* ».

AXE 02 : L'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant trisomique

Après la naissance de Nawel, affirme M^{me} (A), elle n'a aucune maladie somatique, à part les douleurs à l'estomac, elle n'a pas de fatigue après les tâches quotidiennes qu'elle faisait, mais elle trouve des fois des difficultés à se repose la nuit. Elle dit qu'elle n'aime pas et ne trouve pas de plaisir dans les repas qu'elle prépare, comme avant l'accouchement. Si elle éprouve une souffrance, elle n'aime pas rester toute seule, mais elle partage sa souffrance avec sa sœur, et la façon dont elle gère ses difficultés dépend de la nature du problème lui même.

La santé psychique et physique de M^{me} (A) n'a pas connue un changement après la naissance de Nawel, « *us3igh umadlhlak, khadmaghe achghliw amzik, u thussoghara fachlagh,*

agganaghe normal kan, oy th3atbara Nawel di ttrabgas, lhamdo li allah», « je n'ai pas de maladies, j'effectue mes tâches comme avant, je me sens pas fatiguée, je dors normal, j'ai pas eu des difficultés dans son éducation, dieu merci », et cela signifie que son choc, sa déception et son chagrin à la naissance de sa fille n'ont pas été intense.

AXE 03 : Le rôle de la famille et la perception de l'entourage face à la naissance de l'enfant trisomique

Selon M^{me} (A), son conjoint, et sa famille n'ont joué aucun rôle après la naissance de Nawel. Elle sort, si il ya occasion avec sa fille, mais ne la laisse pas sortir toute seule, même si elle dit que, les enfants de l'entourage acceptent de jouer avec elle, et les voisins l'aiment, mais elle a peur pour elle, car ils la traite toujours comme étant différente d'eux, et cela la touche profondément et se sent mal vis-à-vis des regards de son entourage sur sa fille trisomique.

M^{me} (A) commence à parler sur sa souffrance ressentie, avec les regards des personnes de son entourage qui ont influés profondément le vécu du handicap de sa fille, c'est comme si elle a pris conscience de l'anormalité de sa fille quand elle a remarqués les attitudes des voisins envers sa fille qu'elle a considérée à la naissance comme étant normale, «*itghidiyi lhal mlih ima athnazraghe khazrantt as yar akhazzur...,ma3na 3almaghe iwachou, akhattar machi amyallitsane* », « ça me touche profondément quand je les vois la regarder à travers..., mais je savais pourquoi, parce quelle n'est pas comme leurs filles ».

AXE 04 : Le développement de l'adolescent trisomique et la perception de la mère

Selon M^{me} (A), Nawel a connue un développement physique normal ou plutôt rapide pour arriver à l'adolescence, par contre elle avait un développement psychique lent, mais M^{me} (A) affirme, qu'elle n'a pas souffert dans son éducation quand elle était petite, et maintenant elle a acquit l'autonomie. M^{me} (A) perçoit mal l'adolescence de sa fille, elle l'a voit comme difficile, et marquée par une régression dans l'autonomie et la compréhension, et cela l'énerve et la fait souffrir. Face à des difficultés rencontrées avec Nawel, elle la frappe et cris sur elle.

Les difficultés et les régressions que Nawel a connue à l'adolescence, ont influencés le regard de sa mère vers son handicap, elle la perçoit pas comme avant, de plus en plus elle prend conscience du handicap de sa fille, et cela la touche profondément, elle est devenue agressive, en

colère, en révolte, et irritable surtout avec Nawel, « *amara athakhdam lhaja ndiri at3agidaghe fallas, w tikwal akkathaght, mais umba3d karhagh imaniw* » « *quand elle fait quelque chose de mal, je cris sur elle, et des fois je la frappe, mais je me déteste après de l'avoir fait* », cette réalité qui est devenue aujourd'hui claire pour elle malgré qu'elle veut pas l'admettre, a émarginée en elle un sentiment de dévalorisation et de critique envers soi-même.

AXE 05 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La symptomatologie dépressive

Face à l'adolescence de sa fille, M^{me} (A) se sent trop stressée, elle perçoit l'adolescence de sa fille négativement. Elle amène Nawel à des fêtes maintenant qu'elle est adolescente, mais parce que Nawel aime trop les fêtes. M^{me} (A) ressent en elle un changement par rapport à des choses qu'elle aime déjà, elle les aime plus, elle dit car aujourd'hui elle a trop d'enfants, et elle s'occupe pas d'elle comme avant, mais elle aime toujours sortir soit seule ou en famille, et aime faire la cuisine. Elle n'arrive pas très souvent à gérer les difficultés de sa fille trisomique, et pour faire face à des difficultés de la vie quotidienne, elle s'en sort mal et difficilement, mais elle ne demande pas de l'aide à son mari. Si elle n'arrive pas à répondre à des exigences de sa fille trisomique, M^{me} (A) se sente mal et pleure.

Le vécu de M^{me} (A) face à l'avènement de l'adolescence de sa fille est bouleversée, « *machi akka ithalla Nawel, thora thassoufriyi mlih* » « *Nawel n'était pas comme ça, maintenant elle me souffre* », elle n'arrive pas à gérer et à répondre aux exigences qu'implique les changements physiologiques et psychiques de sa fille trisomique, elle supporte mal les régressions psychomotrices de Nawel, elle pleure souvent et elle éprouve moins de plaisir qu'avant aux choses qu'elle a déjà aimées, elle pleure en cachette quand elle voit les autres filles de l'âge de sa fille dans des fêtes, « *amara adakar atachdah gatmaghra, wa adwaligh tikchichin annidane ak chathant, nakini adfragh udmiw wa adatrough* » « *quand elle danse dans des fêtes, et je vois les autres filles dansent, je cache mon visage et je pleure* », cela signifie probablement qu'elle est profondément blessée et brisée au fond d'elle, mais aussi qu'elle a honte de sa fille, cette prise de conscience l'a amené à présenter une symptomatologie dépressive, tel que perte de plaisir, tristesse, pleurs, et perte d'intérêt.

AXE 06 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La défense psychique (stratégies de coping)

Maintenant que Nawel est adolescente, M^{me} (A) trouve des difficultés à s'en sortir des situations stressantes qu'engendre les changements physiologiques de sa fille trisomique, elle préfère travailler pour oublier ses problèmes, et face à des situations difficiles, elle devient très émotive, triste, s'énerve, et pleure; elle évite moins d'affronter ses problèmes, car elle ne peut pas s'empêcher de y est pensée, et qu'elle ne cherche pas à trouver des activités qui lui permette d'être un peu distraite.

Les défenses ou les stratégies utilisées par M^{me} (A) pour faire face à le handicap de sa fille trisomique sont beaucoup plus centrées sur l'émotion, « *amaras3ough aproblem tatrough bazzaf, za3fagh mlih, w tkhamimagh mlih f waproblamani, ikarhiyi wuliw* » « *lorsque j'ai un problème, je pleurs beaucoup, je m'énerve, je pense qu'a ce problème et j'ai mal au cœur* » et cela explique sa souffrance permanente, ses pleurs interminable, et ses symptômes dépressifs.

AXE 07 : Le vécu du père et de la fratrie face à l'adolescent trisomique

M^{me} (A) n'a pas de bonnes relations avec son époux, à cause de son alcoolisme. Face à l'adolescence de sa fille Mr (A) se montre négligent, il n'aide jamais sa femme à affronter les difficultés rencontrés avec Nawel, celle-ci a de bonnes relations avec sa fratrie, qui s'adaptent avec les changements physiques et psychiques qu'engendre l'adolescence de Nawel, et l'aide à son tour à comprendre et à s'adapter à ses changements physiologiques, ils perçoivent mal l'adolescence de leur sœur et ils sont pessimistes face à son avenir.

Le vécu du père face à le handicap de sa fille adolescente n'est pas traumatisant, ni stressant car il est alcoolique, et cela alourdi encore plus la souffrance de sa femme qui assure toute seule l'éducation de sa fille, « *wlach manho ayi3iwnan, urs3ighara argaz irabhane, nagh yilli tamakrant ayirafdane, wahdi kan itsouffrigh* » « *il n'y a pas qui va m'aider, je n'ai pas un mari responsable, ou une grande fille qui va m'aider, je souffre toute seule* ». En ce qui concerne la fratrie, ils sont aimants, et compréhensifs, mais encore petits pour qu'ils puissent aider leurs mère.

AXE 08 : Le regard vers l'avenir

Face à l'avenir de sa fille, M^{me} (A) est très inquiète, elle perçoit l'avenir de Nawel négativement, et en ce qui concerne les projets d'avenir réservés pour sa fille, elle n'a pensée à aucun, car elle croit que sa fille ne sera pas capable de faire quoi que se soit à l'avenir. M^{me} (A) souhaite que sa fille arrive à l'avenir à comprendre au moins un petit peu.

Le regard de M^{me} (A) vers l'avenir de sa fille trisomique est marqué par un pessimisme, elle y est pense toujours, et elle a peur que sa fille régressera encore plus à l'avenir, elle souhaite que sa fille arrive un jour à comprendre ce qu'on lui dit, au moins un petit peu, «*attmanigh kan arazzath atfahham au moins chwiya kan wuthattughalara ardaffir*» «*je souhaite qu'a l'avenir, arrive a comprendre au moins un peu, et qu'elle régressera pas*», cela signifie qu'elle a fait le deuil de la normalité de sa fille, qu'elle est consciente de son état, et qu'il est possible qu'elle demeure dans son état.

Conclusion des données de l'entretien

L'analyse des entretiens avec M^{me} (A), nous révèle sa souffrance, sa déception et son mal être, à l'adolescence de sa fille. Cette adolescence l'avait mise dans un état de prise de conscience et a créer en elle une colère, agressivité envers sa fille, et révolte vis-à-vis d'autres personnes, enfin une dépression, qui peut s'aggraver avec le mode de défense inadéquat qu'elle adopte.

1-2-2- Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (A).

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
23	[20 - 27]	Dépression modéré

Tableau n°10 : tableau représentatif des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (A)

Pour la majorité des items (3, 8, 9, 11, 13, 15, 20), M^{me} (A) a attribuée la note 1 : «*j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû*», «*je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais*», «*il m'arrive de penser a me suicider*», «*mais je ne le ferais pas*», «*je me sens plus agitée que d'habitude*», «*il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions*», «*j'ai moins*

d'énergie qu'avant», «je me fatigue plus facilement que d'habitude»; dont l'item 16 : «je dors un peu moins que d'habitude», pour lequel elle a attribué la note 1b.

La note 2, elle l'a attribuée aux items n° (1, 4, 7, 10, 12) : *«je suis tout le temps triste», «j'éprouve très peu de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisaient habituellement», «je suis déçue par moi-même», «je pleure pour la moindre petite chose», «je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses»; dont l'item 18 : «j'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude», pour lequel elle a donné la note 2b.*

La note la plus élevée 3, l'a attribuée seulement pour l'item n°2, *«j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer»*. Malgré qu'elle l'a attribuée pour un seul item mais vu que c'est l'item pessimisme, il a influencé profondément son vécu.

En ce qui concerne les items n° (5, 6, 14, 17, 19, 21), elle n'a marqué aucun changement (augmentation et/ou diminution), donc elle leurs a attribué la note 0. (ANNEXE n°4).

Conclusion de l'analyse de l'échelle de Beck du cas M^{me} (A)

L'analyse de la BDI-II, a donné la note totale **23**, située entre (20 et 27), qui indique la présence d'une **dépression modérée** chez M^{me} (A).

1-2-3-Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de M^{me} (A)

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats suivants :

Les notes				
Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	63	54	66 %	Moyenne
L'émotion	53	54	66 %	Moyenne

L'évitement	53	59	82 %	Légèrement au dessus de la moyenne
Distraction	31	68	96 %	Très au dessus de la moyenne
Diversión Sociale	16	50	50 %	Moyenne

Tableau n°11 : tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de M^{me} (A)

D'après les résultats du tableau ci-dessus, on remarque que M^{me} (A) utilise fréquemment les stratégies de coping centrés sur l'Évitement, cela place ce mode de défense chez elle en première place, dont la note T obtenue est de 59, la plaçant au 82^{ème} percentile, pendant que les stratégies de coping centrés sur la Tâche et l'Émotion, sont moyennement utilisées, dont leur note T est 54, les plaçant au 66^{ème} percentile.

Les notes T obtenues dans les sous-échelles : Distraction sa note est 68, la plaçant au 96^{ème} percentile, et Diversion sociale sa note est 50, la plaçant au 50^{ème} percentile.

Conclusion de l'analyse des résultats de la CISS du cas de M^{me} (A)

L'analyse des résultats du test de coping, d'après le tableau ci-dessus, nous indique que M^{me} (A) utilise **les stratégies de coping centrées sur l'évitement**, dont elle préfère se distraire pour faire face à ses difficultés de la vie quotidienne.

Synthèse de l'analyse du cas M^{me} (A)

D'après l'analyse de l'entretien, de la BDI-II, et du CISS du cas M^{me} (A), on a pu constater que le sujet présente un malaise profond, et une souffrance intense face à l'adolescence de sa fille trisomique, ce qui a engendré en elle une **dépression modérée** (note totale **23**), et pour faire face à cette souffrance, elle a choisie d'adopter le mode de défense **basé sur l'Évitement** (la note T **59**), précisément sur la Distraction.

1-3- Présentation et analyse du cas de M^{me} (Y)

1-3-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (Y)

M^{me} (Y) est âgée de 38 ans, orpheline et fille innée d'une famille pauvre, elle n'a jamais fréquentée l'école, femme au foyer, mariée d'un homme qui travail comme ouvrier dans un

chantier, elle a trois enfants, dont Smail qui est trisomique avec déficience moyenne, âgé aujourd'hui de 17 ans, il est placé 2^{ème} dans sa fratrie. M^{me} (Y) avait 23 ans quand elle avait Smail.

AXE 01 : Histoire de la grossesse à la naissance

La grossesse de Smail a été non voulue au début, vu la situation économique de sa famille, mais elle l'a acceptée avec le temps. Elle me disait que selon sa gynécologue, il faut qu'elle fasse une piqure préventive pour chaque grossesse qu'elle aura, mais pour la grossesse de Smail, elle dit qu'elle ne l'avait pas faite. Le déroulement de la grossesse a été sans difficultés, l'accouchement a été à terme, par voie naturelle à la maison et sans complications. Mais elle dit que, l'après midi du jour de son accouchement, Smail est devenu tout bleu, et avait une fièvre, mais cette dernière a disparue le lendemain.

L'annonce du diagnostic a été tardive. Durant les premiers mois de la vie de Smail, M^{me} (Y) a remarquée qu'il n'était pas tout à fait comme les autres bébés, mais elle ne voulait pas l'admettre. À trois mois, sa belle mère lui a fait remarquée que son petit fils, n'est pas normal, qu'il est raide, qu'il ne bouge pas comme les autres et qu'il ne répond pas quand on joue avec lui. Quand Smail a eu 5 mois, sa famille a déménagé à Oron, en arrivant, M^{me} (Y) et son mari ont consulté avec leur fils Smail un pédiatre, ce dernier, les a informé du diagnostic. Devant cette annonce, M^{me} (Y), a pleurée, choquée, et désespérée, mais avec la présence de son mari, qui s'est montré courageux, et qui lui a conseillé de garder la foi en Dieu, et de ne pas perdre espoir dans cette vie, elle dit qu'elle a pu surmonter ce choc initial. Son mari s'est occupé d'informer le reste de la famille.

Les réactions de ses proches ont été agressives, et sans aucune preuve d'empathie. Le fils aîné de M^{me} (Y) a été trop petit pour pouvoir comprendre le handicap de Smail. M^{me} (Y) est retournée encore une autre fois chez le même pédiatre qui lui a fait l'annonce du diagnostic de Smail, quand il a avait 2 ans, dans l'espoir de trouver un traitement qui pourra guérir son fils, mais elle est rentrée déçue. Elle a aussi consulté un autre pédiatre à l'Bourj Bouririj, au même âge, pour l'hypotonie des membres inférieurs de son fils. M^{me} (Y) affirme qu'elle n'a jamais entendue parler avant la naissance de son fils de la trisomie 21, et n'a jamais vu quelqu'un qui est trisomique auparavant.

M^{me} (Y) se culpabilise d'avoir donnée naissance à un enfant trisomique, parce qu'elle n'a pas pu faire la piqure préventive pendant sa grossesse de Smail, « *alloukan wthagh tissighnithani, loukane othidas3ighara damongol* » « *si j'avais fait cette piqure, je n'aurais pas un trisomique* ». Après la naissance de Smail, elle ne voulait pas reconnaître sa différence, et admettre son handicap, malgré qu'elle avait remarquée qu'il n'était pas comme les autres, et sa belle mère lui avait fait remarquée aussi, « *ih, arromarquighth balli machi amiyadnin, ma3na annighas ahath ad yimghor wa asyakkas* » « *oui, j'ai remarquée qu'il n'était pas come les autres, mais je me suis dis, qu'il va redevenir normal quand il grandira* », cela signifie qu'elle a un déni, et veut pas accepter le handicap de son fils. Face à l'annonce du diagnostic du pédiatre, elle était choquée, malheureuse, et encore plus en voyant les réactions de ses proches. Avec le développement de son fils, elle prend au fur et à mesure conscience de l'infirmité de son fils, cela l'avait mise dans un état de colère et de révolte, chose qui l'a poussée de revoir encore une autre fois le pédiatre, et un autre médecin, pour chercher un traitement, ou pour infirmer le diagnostic primaire, cela signifie qu'elle n'a pas encore accepter le handicap de son fils.

AXE 02 : L'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant trisomique

Après la naissance de Smail, M^{me}(Y) avait des maux de tête, et une fatigue, elle dit que vu sa fatigue, elle dort facilement. Elle a perdue du poids, car elle ne mangeait pas, elle n'a plus d'appétit. Elle partage occasionnellement sa souffrance avec sa sœur, mais la plupart du temps aime s'isoler et rester toute seule, elle s'acharne sur le travail pour essayer d'oublier sa souffrance, c'est mieux selon elle, que de raconter à quelqu'un, car elle n'a confiance a personne. Elle dit qu'elle gère bien ses difficultés de la vie. Elle a remarquée un changement dans ses loisirs, ses activités et ses relations, car elle a moins du temps avec l'éducation de Smail, qui prend beaucoup de son temps, et lui demande de fournir beaucoup d'énergie.

L'état physique et psychique de la mère après la naissance de son fils trisomique est dégradée, elle a remarquée beaucoup de changements dans sa vie, « *oughalagh hamlagh adakkimagh imaniw, 3aggoghe, agganagh atas, ma3na athrohiyi l'appétit, wa yattakrahiyi ukarouyiw* » « *maintenant, j'aime s'isoler, je me fatigue, je dors beaucoup, j'ai perdu l'appétit et j'ai des maux de tête* », et cela nous indique qu'elle présente une symptomatologie dépressive,

par les signes cliniques qu'elle présente : isolement, fatigue, changement dans les habitudes du sommeil, changement dans l'appétit, maux de tête.

AXE 03 : Le rôle de la famille et la perception de l'entourage face à la naissance de l'enfant trisomique

M^{me} (Y) amène son fils Smail avec elle n'importe où elle va, car selon elle n'a pas de confiance en personne, même à son père à elle, qui le frappait. Elle a l'habitude de partir en vacances avec sa famille, et elle le fait toujours, mais elle ne laisse jamais Smail sortir tout seul, car elle a peur pour lui. Après la naissance de ce dernier, elle a reçue un réconfort important de la part de son mari, qui l'a aidé physiquement et psychiquement pour dépasser le handicap de son fils.

M^{me} (Y) a été bien entourée par sa famille, cela l'a rendue encore plus forte pour pouvoir dépasser les difficultés et les souffrances qu'elle a subies après la naissance et l'affirmation du diagnostic de son fils, « *iy3awniyi mlih wargaziw ad wayathma, di lawkathe yu3rane* » « *mon mari et mes frères m'ont beaucoup aidés, dans des situations difficiles* ».

AXE 04 : Le développement de l'adolescent trisomique et la perception de la mère

D'après sa mère, Smail présentait un retard dans son développement physique et psychique, il était lent, elle a constaté une différence par rapport à son grand frère. Elle était très inquiète sur ce retard de développement. Maintenant Smail a une autonomie, sa mère dit qu'elle perçoit son adolescence positivement, et qu'elle n'a pas remarqué une différence dans son adolescence par rapport aux autres adolescents normaux. Elle consacre moins de temps aujourd'hui pour l'éduquer, car il est autonome. Smail est inscrit au centre à l'âge de dix ans, depuis, il s'est amélioré, malgré ça, sa mère ne voit pas qu'il a acquis quelque chose du centre qui lui permettra dans le futur d'intégrer le milieu du travail. Smail aime aller au centre, il a de bonnes relations avec les autres adolescents trisomiques, et avec ses éducateurs. Sa mère est très inquiète sur le fait qu'il ne va pas tarder à sortir du centre, elle est contre l'idée qui interdit l'intégration de l'adolescent trisomique au centre une fois adulte, elle cherche dès maintenant un autre centre d'accueil, car elle ne peut pas envisager l'avenir de son fils en dehors du centre.

Le développement physique et psychique de Smail, est comme celui de tout adolescent trisomique retardé, mais M^{me}(Y) dit qu'elle n'a pas constatée une différence dans son développement par rapport aux autres adolescents normaux, « *wlach al farq garas dalmorahikin anidanine* » « *y a pas de différence entre lui et les autres adolescents* », cela signifie qu'elle veut pas encore accepter que son enfant est handicapé, et qu'elle a un déni, cela en refusant de voir et d'accepter la réalité de son fils telle qu'elle se présente. Elle dit qu'il n'a pas acquit un métier qui lui permettra d'exercer une fonction quand il quittera le centre, et elle lui cherche dès maintenant un autre centre d'accueil, elle refuse de comprendre que son fils est limité par ses capacités et d'admettre sa déficience.

AXE 05 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La symptomatologie dépressive

Face à l'adolescence de son fils, M^{me} (Y) est beaucoup plus inquiète. Mais elle aime toujours sortir avec lui, faire des balades en famille, et elle n'a pas remarquée qu'elle s'est changée par rapport aux choses qu'elle aimait déjà, elle aime toujours faire la cuisine, et prene du temps à se faire belle avant de sortir. Face à des difficultés avec Smail, elle réfléchit aux solutions, mais des fois le frappe, et si elle se sent dépasser, elle demande de l'aide à son mari, qui va lui dire qu'est ce qu'il faut faire, mais si elle n'arrive pas à répondre aux exigences de son fils trisomique, elle se sent énervé, brisée, triste, et malheureuse.

M^{me} (Y) semble très inquiète face à l'adolescence de son fils, mais vu qu'elle est bien entourée par sa famille, notamment par son mari elle arrive à gérer les difficultés qu'implique l'éducation de Smail, elle n'est pas angoissée, ni anxieuse par rapport aux problèmes rencontrés avec Smail, cela parce qu'elle a déjà affirmée qu'elle le voit comme tous les autres adolescents, « *imarayakhdam lhaja n diri assafhamaghtid, w natta ifahham normal, yahrache* » « *quand il fait une chose qui n'est pas bien, je lui fait comprendre, et il comprend, il est intelligent* », cela signifie qu'elle cache ses sentiments négatifs et stressants face à l'adolescence de son fils, et qu'elle veux pas les exprimer afin de ne pas dévoiler sur sa souffrance et par là, nier qu'elle ressent une tristesse profonde.

AXE 06 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La défense psychique (stratégies de coping)

Dans des situations stressantes qu'engendre l'adolescence de son fils M^{me} (Y) s'en sort bien, elle préfère travailler, et s'acharner sur le ménage et la cuisine, pour éviter une situation difficile, qui peut la rendre très émotive. « *imaras3oughe a probleme da Smail, attaraghtkan ichghoul, bachi akkanni adattugh les problamanni* » « *quand j'aurais des difficultés avec Smail, je m'acharne sur le travail, dans le but de les oublier* » .

AXE 07 : Le vécu du père et de la fratrie face à l'adolescent trisomique

M^{me} (Y) a une bonne relation avec son mari, qui semble compréhensif et aime Smail, il n'est pas inquiet ou bien stressé par rapport à l'adolescence de son fils, il aime aider sa femme à affronter les difficultés quotidiennes surtout avec Smail, celui-là a de bonnes relations avec sa fratrie, qui s'adaptent avec les changements physiques et psychiques qu'implique son adolescence, et lui fait comprendre aussi à son tour pour s'adapter à ses changements physiologiques, ils perçoivent positivement son adolescence, mais ils n'envisagent pas son avenir.

Smail est bien entouré par sa famille, cela l'aide beaucoup à dépasser les difficultés rencontrées au cours de son adolescence, et aide beaucoup plus sa mère, dans son vécu de l'adolescence de son fils, cela apaise sa souffrance, au point qu'elle le laisse souvent pour son père pour s'occuper de lui, « *tikwal amara3yough nagh ma ozrighara dachou iglak askhammagh, attajaghth iwargaziw* » « *des fois quand je ne sais plus quoi faire avec Smail, je le laisse pour mon mari* », cela signifie qu'elle le rejette des fois, et qu'elle est ambivalente vis-à-vis des changements qui résultent à l'adolescence de son fils.

AXE 08 : Le regard vers l'avenir

M^{me} (Y) envisage positivement l'adolescence de son fils trisomique, elle lui a ouvert un compte bancaire, dont il va se bénéficier une fois adulte, et elle pense de lui trouver une fille avec laquelle il va se marier à l'avenir, et compte aussi lui faire une formation quand il sortira du centre actuelle. Mais en pensant à son avenir, elle a toujours des inquiétudes, en ce qui concerne

sa vie, elle a peur qu'il restera seul. Ce qu'elle souhaite pour lui, c'est qu'il sera heureux à l'avenir.

On constate, que M^{me} (Y) a un regard optimiste en ce qui concerne l'avenir de Smail, elle n'est pas angoissée sur ce qui peut l'attendre et attendre son fils, et le plus important qu'elle a pu faire le deuil de la normalité de son fils.

Conclusion de l'analyse des données de l'entretien

L'analyse de l'entretien avec M^{me} (Y), nous a montré qu'elle avait à la naissance de son fils, un déni et un refus du handicap de son fils, et qu'elle n'a pas pu admettre que tardivement, cela à l'adolescence de son fils, ce qui a créé en elle un rejet indirect de ce dernier.

L'état physique et psychique de la mère après la naissance de son fils trisomique est dégradée, elle est marquée par beaucoup de changements dans ses relations surtout avec les autres, elle aime s'isoler, elle a perdue l'appétit, elle se fatigue et dort plus qu'avant, elle a des maux de tête, tout ça nous indique qu'elle présente une symptomatologie dépressive.

Face aux difficultés rencontrées dans sa vie, elle se fuit dans le travail acharné, pour essayer d'éviter d'être triste, en détresse, et en état de souffrance.

1-3-2- Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (Y).

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
10	[0 - 11]	Dépression minimum

Tableau n°12 : tableau représentatif des résultats de la BDI-II de M^{me} (Y)

Les réponses aux 21 items, ont obtenues des notes entre 0 et 2. La majorité des items ont obtenus la note 0. La note la plus élevée qui est 2 est donnée pour les items n° (8 et 10) : *«je me reproche tous mes défauts»*, *«je pleure pour la moindre petite chose»*.

La note 1 est attribuée aux items n° (7, 11, 13, 14, 20) : *«j'ai perdu confiance en moi»*, *«je me sens plus agitée que d'habitude»*, *«il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions»*, *«je ne crois pas d'avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant»*, *«je me fatigue*

plus facilement que d'habitude»; et la note 1b est attribuée à l'item n° 18 : «j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude».

La note 0 qui est la note la plus fréquente, est attribuée aux items n° (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 15, 16, 17, 19, 21) : *«je ne me sens pas triste», «je ne suis pas découragée face à mon avenir», «je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée», «j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent», «je ne me sens pas particulièrement coupable», «je n'ai pas le sentiment d'être punie», «je ne pense pas du tout à me suicider», «je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités», «j'ai toujours autant d'énergie qu'avant», «mes habitudes de sommeil n'ont pas changé», «je ne suis pas plus irritable que d'habitude», «je parvient à me concentrer toujours aussi bien qu'avant», «je n'est pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe».* (ANNEXE n°4).

Conclusion de l'analyse de l'échelle de Beck du cas M^{me} (Y)

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck du cas M^{me} (Y), nous indique qu'elle souffre d'une **dépression minimum**, avec une note obtenue 10 qui se situe entre 0 et 11.

1-3-3-Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de M^{me} (Y)

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes	La note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
Les stratégies				
La tâche	62	54	66 %	Moyenne
L'émotion	45	48	42 %	Moyenne
L'évitement	65	69	97 %	Très au-dessus de la moyenne
Distraction	29	65	93 %	Au-dessus de la moyenne

Diversion Sociale	21	58	79 %	Légèrement au-dessus de la moyenne
--------------------------	----	----	------	------------------------------------

Tableau n°13 : tableau représentatif des résultats de la CISS du cas M^{me} (Y)

D'après les résultats du tableau ci-dessus, on remarque que M^{me} (Y), utilise les stratégies de coping centrées sur l'Évitement, sa note T est de 69, la plaçant au 97^{ème} percentile, pendant que les stratégies de coping centrés sur la Tâche et l'Émotion, sont moyennement utilisées, dont la note T obtenu pour les stratégies centrées sur la Tâche est 54, la plaçant au 66^{ème} percentile, et la note T obtenue pour les stratégies centrées sur l'Émotion est 48, la plaçant au 42^{ème} percentile. Pendant que les notes T aux sous-échelles : Distraction sa note T est 65, la plaçant au 93^{ème} percentile, et Diversion sociale sa note T est de 58, la plaçant au 79^{ème} percentile.

Conclusion de l'analyse des données du test de coping du cas M^{me} (Y)

L'analyse des résultats du test de coping du cas (Y), d'après le tableau ci-dessus, nous indique que M^{me} (A) utilise **les stratégies de coping centrées sur l'évitement**, dont la sous échelle, Distraction est la plus utilisée, pour affrontée les difficultés de la vie courante.

Synthèse du cas (Y)

D'après l'analyse de l'entretien, de l'échelle de dépression, et du test de coping, on a pu constater que M^{me} (Y), avait à la naissance de son fils un déni et un refus du handicap de son fils, et qu'elle n'a pas pu admettre que tardivement, à l'adolescence de son fils, et cela a crée en elle un rejet indirecte de son fils, et pour faire face à sa souffrance et la **dépression minimum** qu'elle commence à développer (la note total est **10**), elle fait recours aux **stratégies de coping centrées sur l'évitement** (la note T est **69**).

1-4- Présentation et analyse du cas de M^{me} (Z)

1-4-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (Z)

M^{me} (Z) est âgée de 50 ans, elle est peu instruite avec un niveau d'étude de 2^{ème} année CEM. C'est une femme mariée à un homme instruit, et qui travail comme inspecteur de physique, avec lui, elle a donnée naissance à 4 enfants, dont Wnissa qui est trisomique, âgée maintenant de 17 ans, elle avait 34 ans quand elle l'a eu. Wnissa est la dernière dans sa fratrie.

AXE 01 : Histoire de la grossesse à la naissance

La grossesse de Wnissa était non désirée au début. Quand elle a su sa grossesse, elle avait une réaction normale. Le déroulement de la grossesse a été normal jusqu'à 5 mois, où elle était traumatisée de voir son fils aîné se faire heurté par une voiture devant la maison, ce choc a provoqué en elle un vert de pois du liquide amniotique. Comme toute mère qui est enceinte elle avait une image idéale de son fœtus. Son accouchement a été à terme, par voie naturelle, sans aucune difficulté rencontrée pendant l'accouchement. M^{me} (Z) n'a pas reconnue le handicap de sa fille à la naissance, mais lors du contrôle d'une semaine, où le pédiatre lui a annoncé le diagnostic de la trisomie, mais en lui disant qu'il n'est pas sûr, et qu'il le saura avec le temps. Face à cette annonce, M^{me} (Z) a pleurée, était choquée et désespérée, mais son mari qui était avec elle, a essayé de la soulager. C'est elle qui s'est occupée d'informer sa famille, ceux-ci avaient une réaction négative et choquante, et la fratrie ont refusés de croire à cette nouvelle douloureuse, ils ont dit que c'est un mensonge et qu'elle n'a rien, surtout son fils aîné qui était très heureux à la naissance de Wnissa, et c'est lui qui lui a donné un prénom. M^{me} (Z) n'a reçue aucune aide de la part de sa famille, à part sa fille aînée qui l'aide à s'occuper de Wnissa. Elle n'a pas cherchée à s'informer de quoi souffre Wnissa, malgré que le diagnostic annoncé ne fût pas confirmé. Elle n'a jamais entendue parler auparavant de la trisomie 21, et elle n'a personne dans sa famille qui présente cette anomalie.

En plus d'une grossesse non désirée, une annonce d'un handicap de sa fille à la naissance, a alourdie la souffrance, la douleur, et le choc de M^{me} (Z) face à l'annonce, malgré que le pédiatre n'ait pas confirmé la déficience. En ce qui concerne la fratrie de Wnissa, ils ont réagit à l'annonce de leurs mère par un choc et un refus. M^{me} (z) dit que c'est vrais que Wnissa semble de n'avoir rien qui soit anormal, « *annighas adlakthab ortyogh kra, ola dayathmas akkaydannan* » « *je me suis dis que c'est faux et quelle n'a rien, même ses frères disaient la même chose* », cela signifie qu'elle veut pas acceptée la différence de sa fille et son anormalité, et ça reflète le déni qu'elle a, pour se défendre contre cette nouvelle qui semble très mauvaise et très traumatisante pour l'accepter aussi facilement, et ça explique pourquoi elle n'a pas cherchée ailleurs à s'informé de quoi souffre sa fille, et de confirmer peut être le diagnostic initial.

AXE 02 : L'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant trisomique

Après la naissance de Wnissa, M^{me} (Z) n'avait aucune maladie psychosomatique, elle arrive à effectuer les tâches de ménagères avec autant d'énergie qu'avant la naissance de sa fille, qui était propre déjà à l'âge de 2 ans. Dans la nuit M^{me} (Z) n'arrive pas toujours à se reposer. Elle aime toujours les repas qu'elle prépare. Elle ne partage sa souffrance avec personne, mais elle aime s'isoler, pour éviter le contact avec le monde extérieur afin de ne pas affronter des gens qui peuvent lui poser des questions qui sont blessantes sur Wnissa. M^{me} (Z) dit qu'elle ne veut pas accepter le handicap de sa fille, et si elle avait l'habitude de parler de Wnissa à ses sœurs à elle, c'est seulement pour infirmer le handicap de sa fille. Quand aux difficultés de la vie quotidienne, M^{me} (Z) dit qu'elle s'en sort très bien toute seule.

L'état physique de M^{me} (Z) après la naissance de sa fille trisomique n'a pas connu un changement, mais par contre, son état psychique a connu des perturbations, « *os3ighara ak aprobeleme, or s3igh omadlahlak, ma3na obghighara adakablagh balli yalli ttamongholt, akhatar othatbanara yak* » « *j'ai aucun problème ni maladies, mais je veux pas accepter la trisomie de ma fille, car elle me semble normale* », cela signifie qu'elle utilise une stratégie de défense pour gérer le stress que provoque le handicap de sa fille, qui est l'Évitement, et qu'elle peut présenter un début d'une manifestation symptomatologique dépressive, cela par les signes cliques qu'elle présentait : tel que des difficultés à trouver le sommeil, et des attitudes d'isolements.

AXE 03 : Le rôle de la famille et la perception de l'entourage face à la naissance de l'enfant trisomique

M^{me} (Z) n'a pas l'habitude de sortir seule avec sa fille Wnissa, mais elle sort à des fêtes avec elle et elle part en vacance en famille. Elle laisse Wnissa sortir toute seule de chez elle, pour qu'elle ait l'habitude. Face à des regards des personnes de son entourage vis-à-vis du handicap de sa fille, M^{me} (Z) ressent un chagrin profond et souffre énormément, elle dit à Wnissa de ne plus rester avec eux. La famille de M^{me} (Z) n'a jouée aucun rôle après la naissance de Wnissa. Cette dernière joue normalement avec les enfants de son entourage. Mais y a des personnes de son entourage qui percevaient mal son handicap.

Malgré que sa famille n'a pas jouée un rôle après la naissance de sa fille, M^{me} (Z) ne ressent pas que Wnissa présentait un fardeau pour elle, cela car ils avaient des ressources financières qui leurs permettaient de répondre aux besoins de Wnissa, et ils partent en vacance à l'étranger, et cela leurs permettaient de changer d'air et d'échapper aux regards des gens de son entourage qui sont très négatifs, et qui les influencent profondément, « *nattaffagh en vacance en famille, dal3alith i Wnissa d nakini, attughalaghd astha3faghe akwaya reposer el mokhiw* ».

AXE 04 : Le développement de l'adolescent trisomique et la perception de la mère

Selon M^{me} (Z), sa fille Wnissa présentait un développement physique et psychique lent, elle a constatée une différence par rapport à sa fratrie, elle percevait négativement ce retard dans le développement. Wnissa a acquis une autonomie, sa mère l'a traite comme adulte, elle la voit comme mature physiquement mais pas mentalement. Pour suivre sa fille trisomique au quotidien, M^{me} (Z) fait appel à sa fille ainée pour l'aider. Wnissa a été inscrite au centre à l'âge de 6 ans, mais avant, elle a intégrée l'école ordinaire durant une année à l'âge de 5 ans. Ce qui signifie que sa mère n'a pas trop souffert dans son éducation. Dans son suivis Wnissa a connue des améliorations, elle est disciplinée et autonome, mais sa mère ne voit pas qu'elle a acquis ce qui lui permettra dans le futur d'intégrer le milieu du travail; Wnissa aime aller au centre, elle a de bonnes relations avec les autres adolescents trisomiques, et avec ses éducatrices, pour cela sa mère est angoissée et très inquiète lorsqu'elle pense au jour quand elle va sortir du centre, elle pense qu'ils doivent la garder encore plus, pour qu'elle puisse apprendre d'autres choses. Elle dit que lorsque sa fille sortira du centre elle va lui consacrer plus du temps.

Le développement de Wnissa a été lent et a connu un retard, et face à ce retard et surtout le retard psychique, M^{me} (Z) se sent très angoissée et perturbée, elle est très inquiète face à l'avenir de sa fille en dehors du centre, elle ne veut pas que sa fille arrête d'aller au centre, et elle veut qu'elle reste encore plus, « *aloukan kan attarnou kra isaggasanes gal centre bacho adahfad lahwayaj annidan* » « *si seulement, elle peut rester encore plus au centre, pour qu'elle apprenne d'autres choses* », cela signifie un rejet de M^{me} (Z) de sa fille, et une négligence, et ignorance, le fait de dire qu'elle lui consacra plus du temps quand elle sort du centre, signifie qu'elle lui a consacré peu de temps avant, et qu'elle veut pas se trouver dans l'obligation de fournir plus d'efforts pour l'éduquer.

AXE 05 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La symptomatologie dépressive

Face à l'adolescence de sa fille, M^{me} (Z) se sent comme avant, elle perçoit son adolescence négativement. Elle aime aller avec sa fille à des fêtes comme elle avait l'habitude de le faire, elle éprouve autant de plaisir qu'avant quand aux choses qu'elle aimait déjà, elle ne ressent pas un changement, elle ne prend pas de temps à se faire belle car son mari est très jaloux, et sa jalousie selon elle est le seul problème qu'elle a dans cette vie. Elle ne sort pas toute seule mais elle aime partir en vacance en famille, elle fait la cuisine seulement parce que selon elle, c'est son devoir. Wnissa n'est pas très exigeante selon sa mère, donc elle ne trouve pas des difficultés pour répondre à ses exigences et ses besoins.

Le vécu psychologique de M^{me}(Z) semble être sans aucune difficultés, malgré qu'elle dit qu'elle perçoit négativement l'adolescence de sa fille, mais elle dit qu'elle se sent comme avant et qu'elle n'a aucune difficulté avec elle, cela peut être expliquer par le rejet qu'elle a de sa fille trisomique, mais que toute son attention s'est focalisée sur la jalousie de son mari qu'elle perçoit négativement et qu'elle vit mal. « *ors3ighara ak aproblem, hacha tismin aggargaziw, yattasam falli bazzaf, w toujours natnagh affanchtha* » « *j'ai aucun problème à l'exception de la jalousie de mon mari, qui est au centre de mes problèmes* ».

AXE 06 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : la défense psychique (stratégies de coping)

Maintenant que sa fille trisomique est adolescente, M^{me} (Z) s'en sort très bien dans des situations stressantes qu'engendre l'adolescence de Wnissa, mais dans des situations difficiles elle aime travailler, et face à des difficultés avec sa fille trisomique, elle sera moins émotive. Pour gérer ses problèmes quotidiens, elle préfère les éviter, et pour échapper à ses problèmes, elle fait le crochet.

M^{me} (Z) n'adopte pas des défenses face aux difficultés qu'engendre l'adolescence de sa fille trisomique, car elle dit qu'elle n'a aucune difficulté ou un problème avec sa fille ou avec son handicap, mais ses défenses employées sont pour faire face aux difficultés et aux problèmes qu'elle a avec son mari, qui est très jaloux, donc elle préfère utiliser beaucoup plus l'évitement pour en faire face.

AXE 07 : Le vécu du père et de la fratrie face à l'adolescent trisomique

M^{me} (Z) a une bonne relation avec son époux, mais elle a un seul problème avec lui c'est qu'il est jaloux, ce dernier vit bien l'adolescence de sa fille, mais il n'aide pas sa femme à affronter les difficultés quotidiennes, et il considère Wnissa toujours comme une petite fille. Wnissa a de bonnes relations avec sa fratrie, qui s'adaptent bien avec ses changements physiques et psychiques, et l'aident pour s'adapter à son tour avec ses changements physiologiques. Ils perçoivent positivement l'adolescence de leurs sœur trisomique, et ainsi que son avenir.

Le vécu du père et de la fratrie face à l'adolescence de Wnissa n'est pas douloureux ou bien angoissant, ils acceptent bien et s'adaptent aux changements engendrés par son adolescence, malgré que sa fratrie ait eu du mal à admettre à la naissance, l'anormalité de leur sœur, mais aujourd'hui, ils ont acceptés sa différence et ils se comportent avec elle selon les besoins qu'engendre sa déficience et son adolescence.

AXE 08 : Le regard vers l'avenir

M^{me} (Z) envisage bien l'avenir de sa fille Wnissa, elle et son mari, pensent ouvrir à Wnissa une boutique quand elle sera grande. Mais elle a des inquiétudes par rapport à son avenir, quand ils ne seront pas là pour elle, qui va s'occuper d'elle. En ce qui concerne les souhaits d'avenir, M^{me} (Z) souhaite toujours que sa fille puisse devenir normale un jour.

M^{me} (Z) a un regard optimiste en ce qui concerne l'avenir de sa fille trisomique, mais elle présente toujours des inquiétudes sur le jour où ils ne seront pas là pour elle. Elle souhaite que sa fille acquière un jour le statut de la normalité, « *attmanigh yiggas attughal normale* » « *je souhaite qu'elle devient normale un jour* », ce qui signifie qu'elle n'a pas encore fait le deuil de la normalité de sa fille.

Conclusion de l'analyse de l'entretien

M^{me}(Z) avait après la naissance de sa fille Wnissa, un refus de son handicap, à l'adolescence elle a un rejet de sa fille trisomique, qui a connue des changements psychiques et physique, et qui ont confirmés l'infirmité de sa fille. À la fin de l'entretien, M^{me} (Z) souhaite que sa fille devienne normale un jour, et cela nous renseigne sur son espoir durable que sa fille pourra un jour être normale, et qu'elle n'a pas pu faire encore le deuil de la normalité de sa fille. Elle

refuse d'admettre qu'elle souffre et qu'elle a des difficultés avec sa fille Wnissa car elle refusait toujours d'admettre sa déficience.

1-4-2- Présentation et analyse de l'échelle de la BDI-II du cas M^{me} (Z).

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
17	[22 - 19]	Dépression légère

Tableau n°14 : tableau représentatif des résultats de la BDI-II Du cas M^{me} (Z)

La plupart des items ont eu une note de 0 : *«je ne suis pas découragée face à mon avenir», «je ne me sens pas particulièrement coupable», «mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé», «je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude», «je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités», «je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant», «je pense être quelqu'un de valable», «j'ai toujours autant d'énergie qu'avant», «mon appétit n'a pas changé», «je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant», «je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude», «je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe».*

La note 1 est attribuée aux items n° (3, 4, 9) : *«j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû», «je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant», «il m'arrive de penser à me suicider», «mais je ne le ferais pas»;* et la note 1b est attribuée à l'item n° 16 : *«je dors un peu moins que d'habitude».*

La note 2 est attribuée aux items n° 1 et 10 : *«je suis tout le temps triste», «je pleure pour la moindre petite chose».*

La note la plus élevée 3 est attribuée aux items n° (6, 11, 17) : *«j'ai le sentiment d'être punie», «je suis si agitée que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose», «je suis constamment irritable».* (ANNEXE n°4)

Conclusion de l'analyse de l'échelle de Beck du cas M^{me} (Z)

D'après l'analyse des données de la BDI-II, du cas M^{me} (Z), on a obtenu la note 17 qui se situe entre 12 et 19 et qui indique la présence d'une **dépression légère** chez M^{me} (Z).

1-4-3-Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de M^{me} (Z)

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes Les Stratégies	La note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	41	33	5 %	Très au-dessous de la moyenne
L'émotion	52	54	66 %	Moyenne
L'évitement	44	51	54 %	Moyenne
Distraction	20	51	54 %	Moyenne
Diversión Sociale	21	58	79 %	Légèrement au-dessus de la moyenne

Tableau n°15 : tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de M^{me} (Z)

À partir des résultats mentionnés sur le tableau ci-dessus, on constate que M^{me} (Z) utilise moyennement les stratégies de coping orientées vers l'Émotion dont la note T est 54 la plaçant au 66^{ème} percentile, qui est une mauvaise stratégie, et les stratégies de coping orientées vers l'Évitement dont la note T est 51 la plaçant au 54^{ème} percentile. Elle utilise rarement les stratégies de coping orientées vers la Tâche, sa note T est 33 la plaçant au 5^{ème} percentile. Les notes T obtenues aux sous échelle d'Évitement : Distraction sa note T est 51 la plaçant au 54^{ème} percentile, et Diversión Sociale sa note T est 58 la plaçant au 79^{ème} percentile.

Conclusion de l'analyse des données du test de coping du cas M^{me} (Z)

L'analyse des résultats du test de coping du cas (Z), d'après le tableau ci-dessus, nous indique que M^{me} (Z) utilise à un niveau moyen **les stratégies de coping centrées sur l'Émotion** qui est un mauvais coping, et **l'Évitement, qui est un bon coping.**

Synthèse du cas M^{me} (Z)

M^{me} (Z) n'a pas pu faire encore le deuil de la normalité de sa fille, et elle refuse d'admettre qu'elle souffre et qu'elle a des difficultés avec sa fille Wnissa, car elle refusait toujours d'admettre la déficience de sa fille. Elle présente une **dépression légère** (la note totale à la BDI-II est **17**), et elle utilise **les stratégies de coping centrées sur l'émotion** (la note T au CISS est **54**), qui est une mauvaise défense, et celles **centrées sur l'évitement** (la note T **51**), pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

1-5- Présentation et analyse du cas de M^{me} (I)

1-5-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (I)

M^{me}(I) est âgée de 59 ans, n'a aucun niveau d'étude, n'exerce aucune fonction. C'est une femme d'un homme en retraite, elle a trois enfants, deux garçons et une fille, Mouloud est le dernier dans sa fratrie, sa mère avait 42 ans quand elle l'a eu, il a maintenant 17 ans.

M^{me} (I) était très heureuse et très émotive quand elle a su sa grossesse, elle rêve toujours d'avoir beaucoup d'enfants, vu que sa santé ne le permettait pas et que son mari était à l'étrange avant la grossesse de Mouloud. L'annonce de sa déficience a été tardive, elle dit qu'elle n'a pas reconnue le handicap, et elle n'a pas remarqué aucune particularité qui soit étrangère en lui, cela signifie qu'elle a nier sa différence, et quand le médecin leur avait annoncé le diagnostic elle dit qu'elle avait une réaction normale, elle n'a pas pleurée ni devenue, ni triste, ni énervé, mais elle était trop calme ainsi que son mari, « *nokni nalla dimachthakan naddarya, ayarno othnahsibara dalam3awak, ma3na nahsabith amnatta ammayathmass* » « *ont été assoiffé des enfants, et en plus en l'a pas considéré, comme étant handicapé* », cela signifie qu'elle voulait pas admettre sa différence et accepter son handicap, mais elle a un déni cela pour échapper à l'angoisse et à l'anxiété que peut engendrer l'acceptation de la différence de son enfant, et fuir le sentiment d'échec qu'elle avait à chaque fois qu'elle faisait une fausse couche.

Le vécu de la mère face à l'adolescence de son fils trisomique, n'est pas marqué par une souffrance, une détresse, ou par un changement dans son humeur. Elle est bien entourée à la maison, et elle dispose de ressources humaines et financières, qui lui avait permis d'affronter les difficultés rencontrés avec l'arrivé de l'adolescence de son fils, mais aussi parce qu'elle n'a pas

passée beaucoup de temps avec lui, le fait qu'il est inscrit au centre depuis l'âge de 11 ans et qu'il est interne au centre.

Maintenant que son fils trisomique est adolescent, M^{me} (I) s'en sort très bien face à des situations stressantes qu'engendre l'adolescence de son fils trisomique, et face à des situations difficiles, elle préfère travailler pour éviter de les affronter, mais si elle n'arrive pas à résoudre ses difficultés, elle ne sera pas plus émotive. M^{me} (I) ne pratique aucune activité dans le but d'être un peu distraite par rapport à ses problèmes. La défense de la mère face à la trisomie de son adolescent, est centrée sur des stratégies orientées vers des actions, ainsi que sur l'évitement.

M^{me} (I) a un regard pessimiste face à l'avenir de son fils trisomique, elle est stressée et angoissée quand elle pense à son avenir. « *abghighe as zawjaghe, azdafagh thakchichth arathyaghane, wa ad khamman akham akkani* » « *je veux lui marier, et lui trouver une fille, avec laquelle il va fonder une famille* », et cela signifie que le déni qu'elle avait face à le handicap de son fils trisomique, elle le maintient jusqu'à présent, et qu'elle n'arrive plus à accepter le handicap de son fils, et comprendre qu'il pourra pas fonder une famille comme une personne normale.

Conclusion de l'analyse des résultats de l'entretien du cas (I)

D'après l'analyse des résultats de l'entretien du cas (I), M^{me} (I) n'arrive toujours pas à accepter le handicap de son fils trisomique, et elle est très inquiète face à son avenir en dehors du centre.

1-5-2-Présentation et analyse de la BDI-II du cas M^{me} (I).

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
9	[0-11]	Dépression minimum

Tableau n°16 : tableau représentatif des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (I)

Conclusion de l'analyse des résultats de la BDI-II du cas (I)

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck du cas (I), on a constaté que M^{me} (I) souffre d'une **dépression minimum** avec une note 9 obtenue à l'échelle qui se situe entre 0 et 11.

1-5-3-Présentation et analyse des résultats du test du coping le CISS du cas de M^{me} (I)

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	66	57	76	Légèrement au-dessus de la moyenne
L'émotion	60	60	84	Légèrement au-dessus de la moyenne
L'évitement	52	58	79	Légèrement au-dessus de la moyenne
Distraction	24	57	76	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions Sociales	17	51	54	Moyenne

Tableau n°17 : tableau représentatif des résultats du test de coping du cas de M^{me} (I)

Conclusion de l'analyse des résultats du test de coping du cas (I)

L'analyse des données du test de coping du cas (I), montre que M^{me} (I) utilise **les stratégies de coping centrées sur : la Tâche, l'Émotion, et sur l'Évitement**, afin de faire face aux difficultés quotidiennes de sa vie.

Synthèse du cas M^{me} (I)

D'après l'analyse des résultats de l'entretien, de l'échelle de Beck, et du test de coping du cas (I), on peut synthétiser que M^{me} (I) n'arrive toujours pas à accepter le handicap de son fils trisomique, et elle est très inquiète face à son avenir en dehors du centre. Elle souffre d'une

dépression minimum (sa note totale à la BDI-II est **9**), et afin de faire face aux difficultés quotidiennes de la vie, et se défendre contre sa dépression, elle utilise **les stratégies de coping centrées sur : la Tâche (57), l'Émotion (60), et sur l'Évitement (58).**

1-6- Présentation et analyse du cas de M^{me} (X)

1-6-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (X)

M^{me} (X) est âgée de 58 ans, elle a un niveau d'instruction faible, femme au foyer, mariée, et vit une situation financière difficile. Elle est mère de 5 enfants, dont le cadet est un garçon qui s'appelle Mustapha âgée de 18 ans atteint de trisomie 21. M^{me} (X) avait 40 ans quand elle a accouché de ce dernier.

La découverte du handicap de son fils a été à l'âge de 3 ans, et devant cette annonce M^{me}(X), a subi un choc : « *achokigh mi idyena tebib beli amim damongole* ». « *J'étais choquée quand le médecin ma dit que ton enfant est un mongole* », accompagné par le sentiment de culpabilité et de punition « *acho ikhadmegh midyifka amongol ,helaghe mi outebeghigoula di eldebu* » « *qu'est-ce que j'ai fait pour avoir un enfant trisomique, peut être si moi la cause, parce que j'ai pas voulue de cette grossesse dès le début* », ainsi que des sentiments de tristesse ,d'angoisse et de peur devant l'inconnu, et malgré le soutien de son époux qui prend la position d'un contenant et l'amour qu'il éprouve à son fils, ainsi que ses frères qui se montraient accepter facilement l'état de leur frère, la maman n'a pas pu faire le deuil :«*Je veux avoir un enfant normal* » dit-elle.

Le handicap de Mustapha a provoqué chez M^{me} (X), le sentiment de honte : « *atnahchamagh adefghegh yidesse* ». « *J'ai honte de sortir avec lui*», ce qui a développé chez elle le mécanisme d'évitement et d'isolement :«*tekimagh toujours degakham bach otemplaghula did el 3ibad*» «*je reste toujours à la maison pour ne pas fréquenter les gens* », et comme il a influencé sur sa santé somatique, ce qui a laissé M^{me}(X) souffre de plusieurs maladies d'une part, et une détérioration de sa santé psychique, d'une autre part, cela par la présence de la symptomatologie dépressif : manque de sommeil et d'appétit, tristesse, sentiment de culpabilité et de punition, la fatigue et le changement d'humeur.

M^{me} (X) percevait l'adolescence de son fils négativement, et devant les difficultés et les exigences de Mustapha à cet âge, elle réagit et répond par des pleurs, des agitations accompagnées d'une tristesse profonde, et laisse ainsi son mari s'occuper tout seul de son fils trisomique, «*Vraiment lehalà Mustapha toura tou3ar itegirit, sérieusement tesse3yawì donc tadjaghasseth iwargaziw* » «*vraiment l'état actuelle de Mustapha est devenue difficile à gérer, sérieusement il me fatigue, donc je laisse la responsabilité à mon mari* ». Cette maman pour faire face à le handicap de son fils utilise beaucoup plus les stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement ; «*mala adilighe azath la situation amtina tepreferigh adekimegh wehdi, adetroughe* ». «*Quand je suis en face d'une situation semblable, je préfère rester toute seule et pleurer* ».

Concernant le regard de la maman vers l'avenir de son fils Mustapha, il est marqué par un pessimisme. Donc d'après elle n'a qu'a le souhaité une guérison «*tmenayegh adihlou* » «*je souhaite qu'il guérisse* ».

Conclusion des données de l'entretien de M^{me} (X)

Après l'analyse des entretiens, on a constaté que M^{me} (X), n'a pas arrivé à faire le deuil d'un enfant normal pour accepter le handicap de son fils, ce qui a provoqué chez elle la présence de la dépression, et pour se défendre contre cette situation elle préfère recourir vers l'émotion et l'isolement ce qui a renforcé sa souffrance.

1-6-2 Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me}(X)

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
33	[28 - 63]	Dépression sévère

Tableau n°18: tableau représentatif des données de la BDI-II du cas M^{me}(X)

D'après l'analyse des données de l'échelle de Beck du cas M^{me} (X), on a obtenue la note 33 qui se situe entre 28 et 63, ce qui indique la présence **d'une dépression sévère** chez elle.

1-6-3 : Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas M^{me} (X)

Après l'addition des notes de chaque échelle, par la grille de correction du CISS, et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats suivants :

Les notes Les stratégies	Note brut	Note T	Percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	56	48	42	Moyenne
L'émotion	59	59	82	Légèrement au dessus de la moyenne
L'évitement	41	48	42	Moyenne
Distraction	20	51	55	Moyenne
Diversion sociale	10	39	14	Au dessous de la moyenne

Tableau n°19 : tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de M^{me}(X)

Conclusion de l'analyse des résultats du teste de coping du cas M^{me} (X)

En conclue d'après les résultats obtenues, que M^{me} (X) pour faire face à le handicap de son fils, utilise en premier lieu les coping centrées sur l'émotion avec une note T 59, la plaçant au 82^{eme} percentile, qui est légèrement au dessus de la moyenne.

Synthèse du cas

L'analyse des résultats de l'entretien ainsi les deux échelles de M^{me} (X), montrent qu'elle souffre énormément face à le handicap de son fils, cela l'inscrit dans un état dépressif dont elle présente **une dépression sévère** selon la BDI-II elle a obtenu la note **33**. Elle gère mal sa souffrance, et adopte de mauvaises stratégies celles **centrées sur l'Émotion**, selon la CISS, elle a obtenue la note T **59**, ce qui rend sa dépression encore plus sévère.

1-7- Présentation et analyse du cas de M^{me} (B)

1-7-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me} (B)

D'après les résultats de l'entretien clinique semi-dirigé avec M^{me} B, nous avons constaté ce qui suit : elle est âgée de 52 ans, femme au foyer, mariée, avec une bonne situation financière,

elle est mère de 6 enfants. À l'âge de 40 ans elle a accouché de son fils cadet qui s'appelle Yanis atteint de la trisomie 21. La grossesse de Yanis a été une grossesse non désirée. Sa grossesse et son accouchement se sont déroulés dans de bonnes conditions.

La maman face à l'annonce du handicap de son fils à l'âge de 1 an, a été choquée et traumatisée «*mi idyena oupediatre beli mitewen damongole, chokigh, kimagh degamkaniw bela idehedregh oula dekra*». «*Quand le pédiatre nous a informé que votre fils est un mongole, j'étais choquée, je suis restée à ma place sans rien dire*», par la suite elle avait le sentiment de culpabilité d'avoir donné naissance à un enfant trisomique, cette culpabilité ressentie est accompagnée par le sentiment de punition «*edrebi iyitkhelissen akhatar assemi 3almagh beli setadisth anighas iwachou itidernit, outehwajghoula*» «*Si le bon dieu qui m'a punie, parce que le jour où j'ai su ma grossesse, je lui dis pour quoi vous me l'avait rajouté, je n'en ai pas besoin*».

Avec le temps et le soutien de sa famille, et surtout celui de son époux M^{me} (B) a pu progressivement accepter le handicap de son fils, et faire le deuil de l'enfant attendu. Après la naissance de Yanis, M^{me} (B) n'a aucune maladie somatique, en revanche son état psychique est détérioré, cela a provoqué chez elle la manifestation de certains changements telle que : des modifications du sommeil, de l'appétit, la fatigue, perte d'énergie ainsi que l'irritabilité, qui nous amène à supposer la présence d'une dépression chez elle.

À propos de son vécu face à l'adolescence de son fils, M^{me} (B) se trouve des fois inapte de le suivre, et cette période est perçue négativement de sa part, malgré que Yanis ait pu avoir son autonomie. Face aux difficultés de son fils ainsi celles de la vie quotidienne, et face à ses inquiétudes, elle préfère les gérer toute seule sans demander de l'aide, cette maman la plus part du temps s'en sort mal de ses difficultés, et cela la pousse à s'acharner sur le travail.

Cette mère pour faire face à des situations angoissantes utilise beaucoup les stratégies de défense centrées sur la tâche et l'isolement.

La maman a un regard optimiste sur l'avenir de son fils et le plus important qu'elle a pu accepter le handicap de son fils.

Conclusion des données de l'entretien

Après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que cette mère a pu accepter le handicap de son fils, et cela grâce au soutien de sa famille ainsi que celui de son époux, mais malgré ça cette mère présente toujours des inquiétudes concernant l'avenir de son adolescent trisomique.

1-7-2- Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (B)

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
18	[12 - 19]	Dépression légère

Tableau n°20: tableau représentatif des données de la BDI-II du cas M^{me} (B)

Conclusion de l'analyse des résultats du cas M^{me} (B)

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de Beck du cas M^{me} (B), on a obtenue le score de 18 points qui se situe entre 12 et 19, ce qui indique la présence **d'une dépression légère** chez M^{me} (B).

1-7-3- Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas M^{me} (B)

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS, et l'avoir recopiés sur le profil, pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats suivants :

Les notes Les stratégies	La note brute	La note T	Percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	56	48	42	Moyenne
L'émotion	39	43	24	Légèrement au dessous de la moyenne
L'évitement	31	40	10	Légèrement au dessous de la moyenne
Distraction	11	38	12	Au dessous de la moyenne
				Légèrement au

Diversions sociale	13	44	27	dessous de la moyenne
---------------------------	----	----	----	-----------------------

Tableau n°21: tableau représentatif des résultats de la CISS de M^{me} (B)

Conclusion de l'analyse des données de la CISS du cas M^{me} (B)

L'analyse des résultats du test de coping du cas M^{me} (B), d'après le tableau ci-dessus, nous indique que M^{me} (B) utilise beaucoup plus les **stratégies de coping centrées sur la tâche** pour résoudre les problèmes auxquelles elle est confrontée, sa note T est de 48, la plaçant au 42^{ème} percentile.

Synthèse du cas M^{me} (B)

D'après l'analyse de l'entretien, de l'échelle de dépression de Beck, et du test de coping, on a pu constater que M^{me} (B), a accepté le handicap de son fils après un choc et un déni au début de la découverte du handicap, mais ses inquiétudes concernant le futur, ont criées chez elle une **dépression légère**, sa note totale à la BDI-II est **18**, et pour en faire face cette mère fait recours aux **stratégies de coping centrées sur la tâche**, selon le CISS, sa note T est **48**.

1-8- Présentation et analyse du cas de M^{me} (C)

1-8-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me}(C)

M^{me} (C) est âgée de 40 ans, femme au foyer. Elle a un niveau d'instruction de 6^{ème} année primaire, mariée, mère de deux garçons et deux filles. La cadette est trisomique, elle s'appelle Wedade âgée de 17ans. Cette maman a accouchée de Wedade à l'âge de 23 ans.

La grossesse de Wedade est une grossesse non désirée, et malgré cela, cette période est passée dans de bonnes conditions, ainsi que l'accouchement.

L'annonce du diagnostic été très choquant et traumatisant pour la maman qui a réagit par un déni « *ilizergate normal, kheraotiwghen* ». « *Mafille est normale, elle n'a rien* », et la chose qui a renforcée sa souffrance, c'est son anxiété qui est engendrée par la projection des regards de son entourage « *l3ibad karnas imongolen hat3ichen bezaf* ». « *Les gents disent que les mongoles ne vivent pas longtemps* ». Ainsi que le sentiment de regret « *iwachou ottidessaghlighula mi3elmeg beli begagirough* ». « *Pourquoi j'ai pas fait un avortement, lors de la découverte de ma grossesse* ».

La non présence de sa famille ainsi que la négligence de son époux, ont renforcés chez cette maman sa souffrance et son traumatisme, cela en se culpabilisant «*pour quoi j'ai accouché d'une fille trisomique*», «*iwach iderough takchichth ttamongolt* », donc cette dernière s'isole pour éviter les paroles blaisant des gens et leurs regards qui reflètent le handicap de sa fille, une réalité qu'elle ne veut pas accepter.

La mère percevait l'adolescence de sa fille négativement, et à cause des difficultés et des exigences de cette période, la vie de la maman a changée, cela en détestant ce qu'elle a aimé avant, et en présentant des changements tel que : perte d'intérêt, perte de plaisir, modification de l'appétit, sentiment de culpabilité, perte d'énergie et la fatigue, qui nous indique la présence d'une symptomatologie dépressive chez cette mère.

Cette mère, dans des situations stressantes, se trouve très émotive et triste, et pour faire face à des difficultés engendrées par l'adolescence de son fils trisomique, elle adopte des stratégies de coping centrées sur l'émotion. Le regard de M^{me} (C) vers l'avenir de sa fille trisomique est marqué par un pessimisme.

Conclusion de l'entretien

On conclut, que M^{me}, n'arrive pas encore à faire le deuil de l'enfant imaginé et fantasmé, malgré que Wedade est aujourd'hui adolescente. Au contraire, les difficultés et les changements qui ont accompagnés l'adolescence de sa fille ont renforcés sa souffrance et son déni.

1-8-2- Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (C)

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
33	[28-63]	Dépression sévère

Tableau n°22 : tableau représentatif des données de la BDI-II du cas M^{me} (C)

Conclusion de l'analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (C)

D'après l'analyse des données de l'échelle de Beck, du cas M^{me} (C), on a obtenue la note 33 qui se situe entre 28 et 63, ce qui indique la présence d'une **dépression sévère** chez elle.

1-8-3- Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas M^{me} (C)

Après l'addition des notes de chaque échelle, par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil, pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats suivants :

Les notes Les stratégies	La note brute	La note T	Percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	54	46	35	Moyenne
L'émotion	54	55	69	Légèrement au dessus de la moyenne
L'évitement	30	39	14	Au dessous de la moyenne
Distraction	14	42	21	Légèrement au dessous de la moyenne
Diversions sociale	5	30	2	Très au dessous de la moyenne

Tableau n°23 : tableau représentatif des résultats de la CISS du cas M^{me} (C)

Conclusion de l'analyse des résultats de la CISS du cas M^{me} (C)

L'analyse des résultats du test de coping de M^{me} (C), montrent que cette dernière utilise un mauvais coping en premier lieu, celui **centré sur l'émotion** qui est au-dessus de la moyenne, afin de se défendre et de confronter les problèmes de la vie quotidienne.

Synthèse du cas M^{me} (C)

D'après l'analyse de l'entretien, l'échelle de dépression de Beck, et du test de coping, on a pu constater que M^{me} (C), n'a pas accepté le handicap de sa fille, cela est renforcé par la négligence de son époux ainsi que la non présence de sa famille à ses cotés , et surtout ses inquiétudes concernant l'avenir de sa fille, qui ont engendrés chez elle une **dépression sévère**, sa note a la BDI-II est **33**, et pour faire face à ses souffrances, cette mère utilise de mauvais coping, celui **centré sur l'émotion**, sa note au CISS **55**.

1-9- Présentation et analyse du cas de M^{me} (D)**1-9-1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien du cas M^{me}(D)**

M^{me} (D) est âgée de 55 ans, enseignante retraitée, mariée, avec une situation financière très élevée, mère de 4 enfants, sa fille cadette Kawthar est trisomique âgée de 16 ans. M^{me} (D) a accouché de cette dernière à l'âge de 39 ans.

Kawthar est née d'une grossesse désirée, la période de sa grossesse est passée dans de bonnes conditions, l'accouchement a été à terme et par voie naturel. La maman est traumatisée devant l'annonce du handicap de sa fille qui est inattendu, cela à l'âge de 4 ans « *sérieusement je n'ai pas pensée à la trisomie, ma fille été très normale* », on remarque ici un déni de la part de la maman.

Au départ, la maman avait honte du handicap de sa fille, se qui a provoqué chez elle l'isolement « *à la naissance de Kawthar, j'ai décidée de laisser tombé mon travaille, parce que je n'étais pas prête à accepter le regard des gents* », mais avec l'aide de son époux, la mère a pu dépasser cet état, et elle a acceptée le handicap de sa fille.

Ses inquiétudes et son anxiété ont provoqués en elle un certain changement dans son humeur accompagné d'une fatigue intense, qui peut être un signe de la présence d'une dépression.

Face aux situations inquiétantes et stressantes, les défenses ou les stratégies utilisées par M^{me} (D) sont beaucoup plus centrées sur la tâche.

Le regard de M^{me} (D) vers l'avenir de sa fille trisomique est marqué par un optimisme.

Conclusion de l'analyse de l'entretien

L'analyse des données de l'entretien du cas M^{me} (D), nous a montré qu'elle avait à la naissance de sa fille un déni et un refus d'accepter l'état réelle de sa fille, et elle n'a pu admettre son handicap que tardivement à l'aide de son entourage. L'adolescence de sa fille a créée en elle des inquiétudes et des angoisses.

1-9-2- Présentation et analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (D)

La note totale	La note seuil	Interprétation de la note totale
15	[12 - 19]	Dépression légère

Tableau n°24: tableau représentatif des données de la BDI-II du cas M^{me} (D)**Conclusion de l'analyse des résultats de la BDI-II du cas M^{me} (D)**

D'après l'analyse des données de l'échelle de Beck du cas M^{me} (D), on a obtenu la note 15 qui se situe entre 12 et 19, ce qui indique **la présence d'une dépression légère** chez elle.

1-9-3- Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas M^{me} (D)

Après l'addition des notes de chaque échelle, par la grille de correction du CISS, et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats suivants :

Les notes Les stratégies	Note brute	Note T	Percentile %	Interprétation de la note T
La tâche	76	67	69%	Très au dessus de la moyenne
L'émotion	30	36	8%	Au-dessous de la moyenne
L'évitement	38	46	35%	Moyenne
Distraction	13	41	18%	Légèrement au dessous de la moyenne
Diversión sociale	17	51	54%	Moyenne

Tableau n°25 : tableau représentatif des résultats de la CISS du cas M^{me} (D).**Conclusion de l'analyse des données du test de coping du cas M^{me} (D)**

L'analyse des résultats du test de coping du cas (D), d'après le tableau ci-dessus, nous indique que M^{me} (D) utilise beaucoup plus **les stratégies de coping centrées sur la tâche** pour résoudre les problèmes auxquelles elle est confrontée.

Synthèse du cas M^{me} (D)

D'après l'analyse de l'entretien, l'échelle de dépression, et du CISS, on a pu constater que M^{me} (D), a accepté le handicap de sa fille. Après un long complexe et honte de sa fille handicapée, elle a pu les dépasser avec le soutien et l'aide de son mari. Mais ses inquiétudes ont criées en elle selon la BDI-II une **dépression légère**, sa note T est **15**, et pour en faire face, cette mère fait recours aux **stratégies de coping centrées sur la tâche**, selon le CISS elle a eu **67**.

Discussion des hypothèses

Après avoir présenté, évaluer, et interpréter les résultats de l'entretien clinique semi-directif, ceux de l'échelle de dépression, et du test du coping, des 09 cas, nous sommes en mesure de discuter leurs significations à la lumière de nos hypothèses de départ, qui sont :

1- Les mères des adolescents trisomiques souffrent d'une dépression.

2- Les mères des adolescents trisomiques utilisent différentes stratégies de coping pour faire face à le handicap de leurs adolescents, on s'attend à trouver des mères qui utilisent des stratégies de coping centrées sur la tâche, d'autres des stratégies de coping centrées sur l'émotion et enfin des stratégies de coping centrées sur le l'évitement.

3- Il existe une relation entre la dépression et les stratégies de coping.

D'après l'analyse des données de l'entretien du cas de M^{me} (W), on a pu constater qu'elle souffre profondément face à la trisomie de sa fille adolescente, elle éprouve un chagrin énorme, qui est à l'origine de ses maladies chroniques (diabète et hypertension), qui ont aggravés l'état de sa souffrance psychologique.

L'état de souffrance que vit la mère, explique sa dépression sévère, mesurée par l'échelle de dépression de Beck (sa note 45). Donc on constate que **la première hypothèse est confirmée, cette mère souffre d'une dépression.**

Pour faire face à la trisomie de sa fille adolescente, M^{me} (W), fait recours à des modes de défenses qui lui permettront de gérer ses difficultés et de les dépasser, mais elle choisit de mauvaises stratégies, elle utilise des stratégies de coping centrées sur l'émotion (sa note T est 61), et cela peut aggraver son état émotionnel. On a jugé donc, que **notre deuxième hypothèse est confirmée, M^{me} (W) adopte des stratégies de coping centrées sur l'émotion pour faire face à le handicap de son adolescente.**

L'analyse des résultats de l'entretien du cas de M^{me} (A), montrent qu'elle avait un déni du handicap de sa fille trisomique après sa naissance, elle semble donc accepter la situation de sa fille, et ne présente aucune difficulté ou souffrance vis-à-vis de cet handicap, mais l'arrivée de l'adolescence de sa fille trisomique et la perte de ses acquisitions, a créé en elle une prise de conscience du handicap de sa fille. Cette prise de conscience, a mis M^{me} (A) dans un état de colère, d'agressivité envers sa fille voir une dépression modérée (sa note totale est 23), cela **confirme notre première hypothèse pour le cas M^{me} (A).**

M^{me} (A) préfère dans des situations stressantes, faire du shopping, essayer de dormir, sortir au restaurant ou manger ou s'acheter quelque chose, passer un moment avec une personne intime,

Discussion des hypothèses

aller se promener, et regarder la télévision. Elle utilise donc des stratégies de coping centrées sur l'évitement (sa note T est 59) pour faire face à l'adolescence de sa fille trisomique, et cela **confirme notre deuxième hypothèse pour le cas (A)**.

Pour le cas de M^{me} (Y), elle souffre face à le handicap de son fils, elle manifeste un refus de la déficience de son fils trisomique après la naissance, mais avec sa prise de conscience de son handicap, elle a réagi par un rejet vis-à-vis de son adolescent trisomique.

M^{me} (Y) a manifesté une dépression qu'elle veut dépasser en acceptant le handicap de son fils, cela en lui attribuant un autre sens « sacré », ce qui explique la présence d'une dépression mais à un degré minimum (sa note totale est 10), face à l'adolescence de son fils trisomique, ce qui **confirme notre première hypothèse pour le cas (Y)**.

M^{me} (Y), préfère faire face à des difficultés de la vie quotidienne ou bien à des situations stressantes qu'engendrent l'adolescence de son fils trisomique, par la fuite vers des activités qui lui permettent d'oublier ou bien d'éviter de faire faces à ses problèmes. On peut déduire alors qu'elle utilise des stratégies de coping centrées sur l'évitement (sa note T est 69) pour faire face à le handicap de son adolescent trisomique, ce qui rend **notre deuxième hypothèse confirmée**.

L'analyse des résultats de l'entretien avec M^{me} (Z), révèle qu'elle n'arrive pas encore à faire le deuil de la normalité de sa fille trisomique, elle souffre et refuse d'admettre sa souffrance, cela car elle a un déni du handicap de son fille. Le deuil qu'elle n'a pas pu faire encore reflète son désagréable et difficile vécu psychologique du handicap de sa fille qu'elle a ressentie.

On peut constater par les données de l'entretien et la BDI-II, que M^{me} (Z) présente une dépression légère (avec la note totale 17), ce qui **corrobore notre première hypothèse pour M^{me} (Z)**.

M^{me} (Z) est beaucoup plus émotive face à des situations difficiles ou stressantes qu'engendre le handicap de sa fille adolescente trisomique, elle préfère fuir ses problèmes que d'essayer de les régler, en repensant par exemple à de bons moments qu'elle a connue, mais elle se tracasse à propos de ses problèmes, se reproche d'être dans des situations semblables, et se sent anxieuse de ne pas pouvoir surmonter la situation. Donc on peut constater, que M^{me} (Z) utilise des stratégies de coping centrées sur l'émotion (note T 54) et sur l'évitement (note T 51) pour faire face à le handicap de sa fille trisomique adolescente, ce qui **confirme notre deuxième hypothèse pour le cas (Z)**.

Discussion des hypothèses

On a pu constater d'après l'analyse des résultats du cas **M^{me} (I)**, qu'elle semble accepter le handicap de son fils trisomique, après sa naissance, car elle n'avait pas beaucoup d'enfant et qu'elle a longtemps rêvée de cet enfant-là, cela a fait qu'elle a trop investie psychiquement et affectivement cet enfant malgré qu'il n'était pas comme elle l'avait imaginé, mais cela n'a pas changé son regard envers lui, et cela peut être expliquer par un déni du handicap et de l'anormalité de son fils, ce déni on le retrouve souvent chez une personne qui refuse d'admettre une réalité qui est perçue comme dangereuse pour elle, et c'est le cas de **M^{me} (I)**.

Elle a un regard pessimiste sur l'avenir, et elle est très inquiète sur le fait que son fils ne va pas tarder à sortir du centre. On a pu déduire à partir des données de l'entretien, et de la BDI-II, la présence d'une dépression minimum (note totale 9) chez **M^{me} (I)**, et cela rend **notre première hypothèse confirmée pour le cas (I)**.

M^{me} (I), utilise a un niveau moyen les stratégies de coping centrées sur : la tâche (note T 57), l'émotion (note T 60), et sur l'évitement (note T 58) pour faire face à des difficultés de la vie quotidienne, ou face à des situations stressantes qu'engendre l'adolescence de son fils trisomique. **Cela confirme notre deuxième hypothèse pour le cas (I)**.

Selon les résultats de l'analyse de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck de **M^{me}(X)**, nous avons constaté chez cette mère la présence d'une dépression sévère (note totale est 33), causée par le handicap de son fils et renforcé par son adolescence qui se caractérise par des changements et des dégradations sur tous les plans d'une part, et sa situation économique qui ne lui permette pas de réserver à son adolescent trisomique un future sécurisé d'une autre part. Donc cette maman a présentée des symptômes de dépression telle que : les modifications du sommeil, d'appétit, perte d'énergie, la tristesse, les pleurs, la fatigue et perte de plaisir. **Cela confirme notre première hypothèse, les mères des adolescents trisomiques présentent donc une dépression.**

Pour se défendre et se protéger face à cet événement douloureux, **M^{me} (X)** adopte des stratégies de coping centrées sur l'émotion (la note T est 59), ce que l'analyse du teste CISS ainsi l'entretien nous a montré, et par là, **notre deuxième hypothèse est confirmé avec le cas M^{me}(X)**.

Avec **M^{me}(B)**, nos hypothèses sont confirmées, cette mère a présentée une dépression légère (note totale 18) selon l'analyse de l'entretien et l'échelle de Beck. Cette dernière a pu

Discussion des hypothèses

s'adapter et accepter la situation de son adolescent rapidement, et avec le soutien de son entourage elle arrive au fur et à mesure, à faire le deuil de l'enfant attendu, mais ses inquiétudes sur le lendemain, « *qui va prendre soin de mon fils après moi* » dit-elle, a criée chez elle, la manifestation de certains symptômes de la dépression comme : le sentiment d'être puni, la fatigue, l'irritabilité et des modifications de l'appétit.

Pour faire face à cette situation, M^{me} (B) s'acharne sur le travail. Et selon les résultats obtenus du teste de CISS, M^{me}(B) fait recours aux stratégies de coping orientées vers la tâche (la note T est 48). **Ce qui confirme notre 2^{ème} hypothèse pour M^{me} (B).**

M^{me}(C) présente une dépression sévère (la note totale 33) mesurée avec la BDI-II, et selon les données de l'entretien cette dépression résulte par la non acceptation du handicap de sa fille. Cette maman n'a pas arrivé à faire le deuil, elle a toujours mal face à l'adolescence de sa fille trisomique, qu'elle percevait négativement, et la non présence de sa famille à ses côtés, ainsi que les mauvaises perceptions de l'entourage à consolider sa souffrance. Cette maman éprouve toujours des sentiments de tristesse accompagnés par des crises de pleurs, perte d'intérêt et de plaisir pour les gens et les choses, la fatigue et des modifications de l'appétit.

Pour se défendre contre cette état, elle fait recoure aux coping centrées sur l'émotion (la note T est 55). Donc l'analyse des résultats de l'entretien, et du CISS avec M^{me}(C), **nous révèle la confirmation de notre deuxième hypothèse.**

Suite aux résultats obtenus dans l'analyse de nous outils de recherche remplis par M^{me}(D), **nos hypothèse sont confirmées.** Cette maman présente une dépression légère (la note totale est de 15). Malgré que sa fille tel qu'elle est, n'est pas la fille attendue ni souhaitée, mais cette maman a pu admettre le handicap de sa fille et elle arrive progressivement à faire le deuil.

L'adolescence de sa fille a criée chez cette mère, des angoisses et des inquiétudes concernant la dégradation du développement de sa fille, ainsi que la perte de ses acquisitions, et cela a entraîné chez elle certains symptômes de la dépression tel que : la tristesse, irritabilité, la fatigue, modification de l'appétit, manque de concentration et le sentiment de culpabilité, **ce qui confirme notre premier hypothèse pour M^{me} (D).**

Discussion des hypothèses

Selon le test de coping le CISS, face à cette situation stressante, **M^{me} (D)** fait recourir aux stratégies de coping centrées sur la tâche (sa note T est 67), ce qui **confirme notre deuxième hypothèse pour le cas M^{me} (D)**.

Conclusion de la discussion des hypothèses

Pour conclure cette discussion, on peut dire que nos hypothèses de recherche ont été confirmées toutes les trois pour les 09 cas, c'est-à-dire que toutes les mères d'adolescents trisomiques de notre groupe de recherche, présentent une dépression à un degré variable, et pour faire face à le handicap de leurs adolescents trisomiques, elles utilisent toutes des stratégies de coping centrées soit sur la tâche, soit sur l'émotion, soit sur l'évitement, soit sur l'émotion et l'évitement, soit sur la tâche et l'émotion et l'évitement, ce qui nous amène à déduire qu'il existe une relation entre la dépression et stratégies de coping.

Conclusion générale

À travers cette recherche, on a essayé d'aborder la question de l'adolescent trisomique et les répercussions du handicap de cet adolescent sur le vécu psychologique de sa mère, en se basant sur nos lectures, nos études, et nos observations faites sur le terrain durant notre pré-enquête, ainsi que notre pratique.

En Algérie, la trisomie 21, touche officiellement 2340 personnes selon le ministère de l'emploi, et de la solidarité nationale. Ils sont pris en charge au niveau de 82 établissements spécialisés gérés par le ministère à travers 47 Wilayas du pays, jusqu'à leur majorité, au-delà, récemment, le ministre a prévu d'ouvrir de nouvelles structures appelées « oasis de la solidarité », qu'il s'agit de centres aménagés en formes, pour initier les personnes trisomiques aux métiers de l'agriculture, de l'élevage, et du jardinage.

De nombreux parents notamment les mères, doivent donc apprendre à vivre avec leurs enfants trisomiques 21 et trouver un équilibre qui permette à chacun, parents et enfant, de s'épanouir dans la société mais, malheureusement, cela n'est pas souvent le cas chez les mères de ces adolescents trisomiques.

L'objectif principal de notre recherche intitulée « *le vécu psychologique des mères d'adolescents trisomiques* », est donc de déterminer la nature du vécu psychologique de ces mères, de connaître la présence ou non d'une dépression et de l'évaluer, ainsi que connaître les stratégies de coping adopter par ces mères pour faire face à le handicap de leurs adolescents, et l'évaluer.

Nous avons alors effectué une recherche auprès de 09 cas, et pour réaliser cette étude, on a choisi la méthode clinique à base de l'étude de cas, des entretiens cliniques semi-dirigés, l'échelle de dépression de Beck, et l'inventaire de coping pour situations stressantes d'Endler et Parker.

Nous avons repéré dans nos deux centres de recherche, les difficultés fréquemment rencontrées par ces mères. La souffrance vécue par les mères est parfois verbalisée, mais le plus souvent elle n'est pas au premier plan dans leurs discours. L'arrivée d'un enfant trisomique constitue un traumatisme. Les mères sont brutalement et durablement confrontées à la différence de leurs enfants, qui grandiront et deviendront adolescents. Blessées dans leur statut de mères, elles se sentent démunies devant cet adolescent et expriment le besoin d'être soutenus.

Conclusion générale

L'éducation de leurs adolescents trisomiques 21 leur demande un investissement plus important que pour un adolescent dit ordinaire. Elles doivent également supporter le regard que la société porte sur leurs adolescents et sur elles-mêmes et faire face à l'incompréhension de l'entourage devant leurs situations. Le repli sur soi qui résulte de cette confrontation douloureuse avec le monde extérieur peut être responsable d'isolement social, voire d'une dépression. Enfin, les parents sont confrontés à l'incertitude concernant l'autonomie et l'intégration socioprofessionnelle de leurs adolescents lorsqu'ils quitteront le CPP, autant de questions qui sont des sources d'inquiétude pour l'avenir.

L'analyse des résultats de recherche, nous a révélé un vécu psychologique négatif, caractérisé par une dépression à un degré variable chez les mères d'adolescents trisomiques, (minimum pour les cas (Y) et (I); légère pour les cas (Z), (B) et (D); modérée pour le cas (A); et sévère pour les cas (W), (X), et (C). Pour faire face à le handicap de leurs adolescents, ces mères utilisent des stratégies de coping centrées soit sur la tâche (les cas (B) et (D)); soit sur l'émotion (les cas (W), (X) et (C)); soit sur l'évitement (les cas (A) et (Y)); soit sur l'émotion et l'évitement (le cas (Z)); soit sur la tâche, l'émotion et l'évitement (le cas (I)).

Par ailleurs, nous avons constaté que le degré de la dépression diffère d'une mère à une autre cela en raison de : l'histoire de la grossesse de chaque mère; ses représentations du handicap; la situation économique familiale; le niveau de déficience de l'adolescent trisomique; l'âge d'intégration du centre psychopédagogique de l'enfant trisomique; la nature des stratégies de coping adoptées pour faire face à le handicap de leur adolescents trisomique.

Malgré les limites et lacune que peut présenter notre recherche, on doit signaler que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche scientifique, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives à d'autres recherches. Nous souhaitons entant que futurs psychologues, d'avoir contribué à travers cette recherche à faire sortir la souffrance de ces mères de son abri et son silence, comprendre leur vécu douloureux, leurs accorder une écoute et leur favoriser la mise en place d'un accompagnement de qualité.

Conclusion générale

Enfin on espère avoir contribué à éclairer la question du vécu psychologique des mères d'adolescents trisomiques 21, et élargir le champ des connaissances sur cette question, il reste d'autres perspectives de recherche que nous proposons à nos successeurs :

- Le vécu psychologique des pères des adolescents trisomiques;
- La qualité de vie chez les pères d'adolescents trisomique.

Bibliographie

La liste bibliographique

1- Les ouvrages

- 1- Ajuriaguerra. J, (1974), « **Manuel de la psychologie** ». Paris : Ed Masson.
- 2- Anatrella. T, (1988), « **Interminable adolescence** ». Paris : Ed Cerf.
- 3- Angers. M, (1994), « **L'initiation pratique à la méthode des sciences sociales** », Alger : Ed Casbah.
- 4- Beck. A-T et al, (1998), « **Manuel de l'inventaire de la dépression** », Paris : 2^{ème} édition, centre de psychologie appliquée.
- 5- Bee. H et Boyed. D, (2003), « **Psychologie de développement : les âges de la vie** », Canada : Ed De Boeck.
- 6- Bilsker. D, et Paterson. R, (2006), « **Développer des stratégies pour surmonter la dépression** », Canada : Ed Vancouver.
- 7- Boyer. P et al, (2005), « **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux** », Texte révisé, Paris : Ed Masson.
- 8- Chahraoui. K et Benony. H, (1999), « **L'entretien clinique** », Paris : Ed Dunod.
- 9- Chiland. C, (1983), « **L'entretien clinique** », Paris : Ed PUF.
- 10- Cowell-Poitras. J, (2008), « **Avis sur le soutien aux familles avec enfants handicapés** », Canada : Ed Québec.
- 11- Cuilleret. M, (2007), « **Trisomie et handicaps génétiques associés** », Paris : Ed Masson.
- 12- Darveau. J-G, (1995), « **Les familles des personnes handicapées** », Canada : Ed les Québec.
- 13- Dessibourg. C-A, (2009), « **Handicap mental : approche transdisciplinaire** », Paris : Ed Masson.

- 14- Douville. O et Jacoubi. B, (2009), « **10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte** », Paris : Ed Dunod.
- 15- Ecochard. A-M, (2012), « **Endocrinologie de l'adolescent** », Paris: Ed Springer.
- 16- Endler. S et al, (1998), « **Inventaire de Coping pour Situation Stressante** », Paris : Ed CPA.
- 17- Fernandez. L et Catteuw. M, (2001), « **La recherche en psychologie clinique. Actualités et nouvelles perspectives pour la recherche en psychologie clinique** », Paris : Ed Nathan.
- 18- Fernet. M, (2005), « **Amour, violence et adolescence** », Canada : Ed PUQ.
- 19- Fondacci. C, (2009), « **Les dépressions** », Paris : Ed Springer.
- 20- Lacombe. D et Brun. V, (2008), « **Trisomie 21, communication et insertion** », Paris : Ed Masson.
- 21- Lavigne. C, (2003), « **Handicap et parentalité, la surdité, le handicap mental et le pangolin** », Paris : Ed CTNERHI.
- 22- Mahé. T, (2005), « **Le vécu des parents d'enfants handicapés** », Paris : Ed CTNERHI.
- 23- Martin. P, Papier, C. Meyer. J, (1993), « **Le handicap en question : des familles face à la découverte du handicap et l'accompagnement du jeune enfant à domicile** », Paris : Ed PUF.
- 24- Palazzolo. J, (2007), « **Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge** », Paris : Ed Masson.
- 25- Patte-Malson. L, (1985), « **Le mongolisme : au delà de la légende** », Paris: Ed PUF.
- 26- Plotnik. R, (2007), « **Introduction à la psychologie** », Canada : Ed Luc Tousignant.

- 27- Poussin. G, (2005), « **La pratique de l'entretien clinique** », Paris : Dunod.
- 28- Scelles. R, (1997), « **Fratricie et handicap, l'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs** », Paris : Ed L'Harmattan.
- 29- Scelles. R, (2003), « **Limites, liens et transformations** », Paris : Ed Dunod.
- 30- Vizier et Roy. M-J, (1983), « **Des parents d'enfants handicapés en quête d'une pratique associative** », Paris : Ed PUF.
- 31- Zukman. E, (1980), « **Famille et handicap dans le monde** », Paris : Ed CTNERHI.
- 32- Petot. D, (1999), « *Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement* », In « **Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative** », Petot. D, Montréal : Gaetan Morin, pp. 111-137.

2- Les revues

- 33- Audétat. M-Cl et Voirol. Ch., « **L'adolescent** », in « **vous avez dit... pédagogie** », n°44, Neuchâtel, 1997.
- 34- Coquet. F et Dei Cas. P, « **Réflexions pour une méthodologie de rédaction d'une présentation de cas clinique** », in « **Rééducation Orthophonique** », n° 235 - octobre 2008.
- 35- Fernandez. L et Pedinielli. J-L, « **la recherche en psychologie clinique** », in « **Recherche en soins infirmiers** », n° 84 - MARS 2006.
- 36- Langevin. V et al, « **Risques psychosociaux : outils d'évaluation** », in « **références en santé au travail** », n°132, 2012.
- 37- Vial. M, « **Choix d'une méthode clinique et étude de l'activité dans l'accompagnement professionnel** », in « **Chemins de formation** », n° 10/11, pp. 44-56.
- 38- Yelnik. C, « **L'entretien clinique de recherche en sciences de l'éducation** », in « **Recherche et formation** », n° 50 – 2005.

3- Les dictionnaires

39- Bloch. H et al, (1999), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Paris : Ed Larousse.

40- Bloch. H et al, (2011), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Paris : Ed Larousse.

41- Labro. C, (2010), « **Dictionnaire de Français** », Paris : Ed HACHETTE.

4- Les thèses de Doctorat

42- Bagur. J, (2011), « **Le jugement en gymnastique artistique féminine : stress, coping et biais de notation** », Université Bordeaux Segalen.

43- Dinca. A, (2008), « **Stratégies de coping, mécanismes de défense et leur influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** », Université de REIMS CHAMPAGNE ARDENNE.

44- Fortin. S, (2008), « **La trisomie 21, ou le préjudice de naître** », Université de Sherbrooke.

45- Goffinet. M, (2008), « **Vécu des parents des personnes trisomique 21 et attentes vis-à-vis du médecin traitant** », Université Claude Bernard - Lyon 1.

46- Guyard. A, (2012), « **Retentissement du handicap de l'enfant sur la vie familiale** », Université de Grenoble.

47- Le rousseau. A-L, (2011), « **Dépistage prénatal de la trisomie 21 : état des lieux chez un échantillon de médecins généralistes du loir -et-cher en 2010** », Université François-Rabelais.

48- Luemba. J-F, (2007), « **Projet de vie et construction identitaire, chez des adolescents en situation d'handicap intellectuel scolarisés en institut médico-technique** », Université NANCY 2.

- 49- Marouillat. S, (2011), « **Études des variations structurales chromosomiques dans l'autisme et la déficience mentale** », Université François –Rabelais.
- 50- Parrocchetti. J-P, (2005), « **Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers** », Université DE PROVENCE.
- 51- Zakari. S, (2013), « **Syndrome d'épuisement scolaire et dépression à l'adolescent** », Université Strasbourg.

5- Les cours

- 52- AMBLARD. F, « **La trisomie 21** », Corpus Médical - Faculté de Médecine de Grenoble, novembre 2005.
- 53- Aussillou. C et Baghdadli. A, « **Problèmes posés par les maladies génétiques. Maladie chromosomique : la trisomie 21** », Module 2 : De la conception à la naissance, 2008.
- 54- Boland. L, « **Annonce de déficience et de handicap** », Fondation Lou / Plateforme Annonce Handica, au Centre de Recherche et d'Études Appliquées de la Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (HELB), avril 2009.
- 55- FLORI. E, DORAY. B, et CARELLE. N, « **La trisomie 21** », Module 02 de la conception à la naissance – item 31, Faculté de médecine de Strasbourg, février 2007.
- 56- Gahbiche. S, « **La dépression** », thalassothérapie, école supérieure des sciences et techniques de la sante de Sousse, 2010.
- 57- Lesieur. PH, « **L'étude de cas : son intérêt et sa formalisation dans une démarche clinique de recherche** », Colloque Interface INSERM/FFP, Paris, Mars 1996.
- 58- Lemaire. A, « **Repères sur le développement psychologique, affectif et cognitif de l'adolescent** », Formation AVS, Mercredi 14/01/2011.
- 59- Manuel. F, « **Enfant handicapé, famille, travail, parentalité : une conciliation impossible** », Institut d'études politiques de Grenoble, Université Pierre Mendes France, 2009.

60- Peyrebrune. C, « **Adolescent** », département de médecine générale, université PARIS NORD, 2005.

61- Touraine. R, de Fréminville. B, de Fréminville. D, « **La trisomie 21** », Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011.

62- Varache-Lembège. M, « **La dépression au XXIe siècle** », Laboratoire de Chimie thérapeutique, EA 3677, UFR des Sciences pharmaceutiques, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2007, pp.131-148.

6- Les sites internet

63- <http://www.algerienews.info>, consulté le 25-05-2015 à 10h 23mn.

64- <http://www.carrfourdalgerie.com>, consulté le 25-05-2015 à 10h 30mn.

65- <http://www.santemag-dz.com>, consulté le 14-04-2015 à 09h 10mn.

Table de matières

Introduction générale	p 01
------------------------------------	------

Partie théorique

Chapitre I : L'adolescent trisomique 21

Préambule.....	p 06
1. La trisomie 21	p 06
1.1. Aperçu historique sur la trisomie 21	p 06
1.2. La trisomie 21 en Algérie 21.....	p 07
1.3. Définition de la trisomie 21.....	p 07
1.4. L'étiologie de la trisomie 21.....	p 08
1.5. Les types de la trisomie 21.....	p 09
1.6. Les caractéristiques de la trisomie 21.....	p 09
1.7. Évolution et complication de la trisomie 21.....	p 11
1.8. La prise en charge de la trisomie 21.....	p 11
2. L'adolescence	p 12
2.1. Historique de l'adolescence.....	p 12
2.2. Définition de l'adolescence.....	p 13
2.3. Le développement physique chez l'adolescent.....	p 13
2.4. Le développement cognitif chez l'adolescent.....	p 14
2.5. Le développement de la personnalité chez l'adolescent.....	p 14
3. L'adolescent trisomique 21	p 15
3. 1. La spécificité de l'adolescent trisomique 21.....	p 15
3. 2. L'âge de l'adolescence chez le trisomique 21.....	p 16
3.3. Évolution de l'adolescent trisomique 21.....	p 16

3. 4. Le développement de l'adolescent trisomique 21.....	p 16
3. 5. La puberté chez l'adolescent trisomique 21.....	p 17
3. 6. La construction identitaire chez l'adolescent trisomique 21.....	p 17
3. 7. La sexualité chez l'adolescent trisomique 21.....	p 18
Conclusion du chapitre.....	p 18

Chapitre II : Le vécu psychologique des mères

Préambule.....	p 20
1. Handicap et famille.....	p 20
1. 1. La famille d'un enfant trisomique 21.....	p 20
1. 2. Les parents d'un enfant trisomique 21.....	p 21
1. 3. La mère d'un adolescent trisomique 21.....	p 22
1. 4. La fratrie d'un adolescent trisomique 21.....	p 24
1. 5. Autres membres de la famille d'un adolescent trisomique 21.....	p 25
2. Le vécu psychologique des mères.....	p 25
2. 1. Définition du « vécu ».....	p 25
2. 2. Définition de « la psychologie ».....	p 25
2. 3. Définition de « la mère ».....	p 26
2-4- Définition du « vécu psychologique de la mère ».....	p 26
3. La dépression.....	p 26
3. 1. Aperçu historique sur la dépression.....	p 26
3. 2. Définition de la dépression.....	p 27
3. 3. La symptomatologie de la dépression.....	p 28
3. 4. Les causes de la dépression.....	p 29
3. 5. La prise en charge de la dépression.....	p 29
3. 6. La dépression des mères des adolescents trisomiques 21.....	p 31

4. Les stratégies de coping.....	p 32
4. 1. L’histoire du coping.....	p 32
4. 2. Définition du coping.....	p 33
4. 3. Les dimensions du coping.....	p 33
4. 4. Les déterminants du coping	p 35
4.5. L’efficacité du coping.....	p 37
4. 6. Défenses des mères face à le handicap de leur adolescent trisomique... ..	p 37
Conclusion du chapitre.....	p 38
Problématique et hypothèses.....	p 40

Partie pratique

Chapitre III : La démarche de recherche

Préambule.....	p 47
1. La méthode de recherche utilisée.....	p 47
1. 1. La méthode clinique	p 47
1. 2. L’étude de cas.....	p 48
2. Présentation de lieu de recherche.....	p 48
2. 1. Le C.P.P.E.H.M d’ Akbou.....	p 48
2. 2. Le CPP d’ Aokas.....	p 51
3. Présentation de la pré-enquête.....	p 52
3. 1. Au niveau du CPPEHM d’ Akbou.....	p 52
3. 2. Au niveau du CPP d’ Aokas.....	p 54
4. Présentation du groupe de recherche.....	p 54
4. 1. Les critères de sélection du groupe de recherche.....	p 55
4. 2. Les caractéristiques des sujets de recherche des deux centres.....	p 55
5. Les outils de recherche utilisés.....	p 57

5. 1. L'entretien clinique.....	p 57
5. 1. 1. L'entretien de recherche.....	p 58
5. 1. 2. L'entretien semi-directif.....	p 58
5. 1. 3. Le guide d'entretien.....	p 59
5. 2. L'échelle de dépression de BECK (la BDI-II).....	p 60
5. 3. Le test de coping : la CISS d'Endler et Parker (1990).....	p 63
6. Le déroulement de l'enquête.....	p 68
6. 1. Au niveau du CPPEHM d'Akbou.....	p 68
6. 1. Au niveau du CPP d'Aokas.....	p 69
Conclusion du chapitre.....	p 69
Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des résultats	
Préambule.....	p 71
1. Présentation et analyse des 09 cas.....	p 71
1. 1. Présentation et analyse du cas (W).....	p 71
1. 2. Présentation et analyse du cas (A).....	p 79
1. 3. Présentation et analyse du cas (Y).....	p 86
1. 4. Présentation et analyse du cas (Z).....	p 94
1. 5. Présentation et analyse du cas (I).....	p 102
1. 6. Présentation et analyse du cas (X).....	p 105
1. 7. Présentation et analyse du cas (B).....	p 107
1. 8. Présentation et analyse du cas (C).....	p 110
1. 9. Présentation et analyse du cas (D).....	p 113
2. Discussion des hypothèses.....	p 116
Conclusion générale.....	p 121

La liste bibliographique.....p 125

Annexes

Annexe n°1 : le guide d'entretien

Annexe n°2 : l'échelle de dépression de Beck (la BDI-II)

Annexe n°3 : l'inventaire de coping pour situations stressantes d'Éndler et Parker (le CISS)

Annexe n°4 : les tableaux des réponses à la BDI-II des 09 cas

Annexes

Annexe n° 01 : guide d'entretien

Données personnelle

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Quelle est votre situation familiale ?
- 4- Exercez-vous une fonction ? Si oui laquelle ?
- 5- Quel âge a votre époux ?
- 6- Quel est son niveau d'instruction ?
- 7- Exerce-t-il une fonction ? Si oui, laquelle ?
- 8- Combien d'enfants avez-vous ?
- 9- Quel était votre âge au moment de la naissance de votre enfant trisomique ?
- 10- Quel âge a votre enfant trisomique ?
- 11- Quel est son sexe ?
- 12- Quelle est la position de cet enfant dans la fratrie ?

AXE 01 : Histoire de la grossesse à la naissance

- 13- S'agit-il d'une grossesse désirée ? Si non, pourquoi ?
- 14- Quelle été votre réaction quand vous avez appris votre grossesse ? Pourquoi avez-vous eu cette réaction ?
- 15- Comment s'est déroulée votre grossesse ?
- 16- Comment avez-vous imaginé votre enfant ?

- 17- S'agit-il d'un accouchement à terme ? S'il est prématuré, pourquoi ?
- 18- L'accouchement a été par voie naturelle, ou par césarienne ? Si par césarienne, pourquoi ?
- 19- Pendant l'accouchement, avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?
- 20- Quand est ce que vous avez appris l'handicap de votre enfant ? Vous avez reconnu l'handicap de votre enfant toute seule ? Si non, qui vous a informée de ce handicap ? Et comment ?
- 21- Comment vous avez réagi devant cette annonce ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ?
- 22- Avez-vous appris l'handicap de votre enfant toute seule ou avec votre époux ?
- 23- Si vous étiez toute seule, qui a informé votre époux ?
- 24- Quelle était sa réaction à lui ?
- 25- Avez-vous cherché à vous informer de quoi souffre votre enfant ?
- 26- Est-ce que vous avez déjà entendue du terme " trisomie 21" avant ?
- 27- Y a-t-il quelqu'un dans la famille qui porte cette anomalie ? Si oui, quel est votre lien de parenté avec lui ?
- 28- Comment vos autres enfants ont appris l'handicap de leur frère ? Qui les a informés ? Quelle était leur réaction ?
- 29- Qui a informé le reste de la famille du handicap de votre enfant ? Quelle était la réaction de vos proches ?
- 30- Avez-vous reçu de l'aide de la part de vos proches ? Si oui, comment et quelle sorte d'aide ?

AXE 02 : L'état psychique et physique de la mère après la naissance de l'enfant trisomique

31- Comment était votre santé somatique avant et après avoir donné naissance à votre enfant ? Y a-t-il eu des changements, si oui, lesquels ?

32- Est-ce que vous arrivez à effectuer vos tâches quotidiennes avec la même énergie qu'avant la naissance de votre enfant trisomique, ou bien avec moins d'énergie ?

33- Est-ce que vous vous sentez que vous vous reposez la nuit ? Si non, pourquoi ?

34- Aimez-vous les repas que vous préparez ? Si non, pourquoi ?

35- Partagez vous votre souffrance avec quelqu'un ? Si non, pourquoi ?

36- Parlez-vous de votre enfant à vos ami(e)s ? Et pourquoi ?

37- Est-ce que vous arrivez à gérer les difficultés de la vie quotidienne toute seule ? Si non, pourquoi ?

38- Est-ce que vous avez remarqué un changement dans votre humeur, vos loisirs, vos activités, et dans vos relations ? Si oui, pourquoi ?

AXE 03 : le rôle de la famille et la perception de l'entourage face à la naissance de l'enfant trisomique

39- Est-ce que vous sortez avec votre enfant trisomique ? Si non, pourquoi ?

40- Allez-vous en vacance ou à la fête tous ensemble ? Si non, pourquoi ?

41- Est-ce que vous le laissez sortir de la maison tout seul ? Si non, pourquoi ?

42- Quel était le rôle de votre conjoint après la naissance de votre enfant trisomique ?

43- Joue-il avec votre enfant trisomique ? Si non, pourquoi ?

44- Est-ce que il le fait sortir avec lui ? Si non, pourquoi ?

45- Se comporte-il de la même manière, selon vous, qu'avec vos autres enfants qu'avec votre enfant trisomique ?

46- Quelle est la qualité de la relation de votre enfant avec ses frères et sœurs ?

47- Est-ce que ses frères jouent avec lui (elle) ? Si non, pourquoi ?

48- Est ce qu'ils acceptent de le (la) faire sortir avec eux ? Si non, pourquoi ?

49- Est-ce qu'ils parlent de lui (elle) à leurs ami(e)s ?

50- Comment les personnes de votre entourage percevaient la situation de votre enfant ?

51- Est-ce que le regard des personnes de votre entourage a influencé votre vécu du handicap de votre enfant ?

52- Quels ont été vos sentiments par rapport au regard de votre entourage sur votre enfant trisomique ?

53- Est-ce que les enfants de votre entourage acceptent de jouer avec lui ? Si non, pourquoi ?

AXE 04 : Le développement de l'adolescent trisomique et la perception de la mère

54- Décrivez nous le développement physique de votre enfant de l'enfance jusqu'à l'adolescence ?

55- Parlez nous du développement psychologique de votre enfant ? Est ce vous avez constaté une différence dans son développement par rapport à sa fratrie ?

56- Comment percevez-vous les difficultés dans le développement physique de votre enfant ?

57- Arrive-il (elle) à avoir une autonomie ?

58- Comment percevez-vous l'adolescence de votre enfant ?

- 59- Comment vous vous organisez pour suivre votre adolescent au quotidien ?
- 60- A quel âge a-t-il été inscrit dans ce centre ?
- 61- Comment se passe le suivi de votre fils (fille) ?
- 62- Dans son suivi y a-t-il eu des améliorations ? Si oui, les quelles ?
- 63- Avez-vous bénéficié des aides et des orientations par des professionnels ? Si oui par qui et quel type de bénéfices ?
- 64- Est-ce que vous voyez que votre fils (fille) a appris quelque chose qui lui permettra de s'intégrer dans le milieu de travail au futur proche ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?
- 65- Est-ce que votre fils (fille) se sent bien au centre et aime y aller ? Si non, pourquoi ?
- 66- Quelle est sa relation avec les autres adolescents (e) trisomiques ?
- 67- Qu'est ce que disent de lui (elle) ses éducateurs ? ont-ils de bonnes relations avec lui (elle) ? Si non, pourquoi ?
- 68- Et lui (elle) qu'est ce qu'il (elle) dit de ses éducateurs ?
- 69- Pensez-vous au jour où il (elle) va sortir du centre ?
- 70- Est-ce que vous êtes pour l'idée qui interdit l'intégration de l'adolescent trisomique au centre une fois adulte ?
- 71- Est ce que vous avez pensé à un autre centre d'accueil pour adultes trisomiques pour votre enfant quand il quittera ce centre ? Si non, pourquoi ?
- 72- Avez-vous envisagé son avenir en dehors du centre ?

AXE 05 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La symptomatologie dépressive

- 73- Comment vous vous sentez face à l'adolescence de votre enfant ?

74- Percevez-vous son adolescence positivement ou négativement ?

75- Avez-vous constaté des changements dans votre appétit, dans votre poids ? Si oui, depuis quand ?

76- Est-ce que vous aimez y aller aux fêtes maintenant que votre enfant est adolescent ? Si non, pourquoi ? Si oui, l'amenez-le avec vous ?

77- Aimez-vous les choses que vous aimez déjà avant ou bien vous ressentez un changement ? Pourquoi ?

78- Prenez-vous du temps à vous faire belle ? Si non pourquoi ?

79- Aimez-vous faire des balades en familles (en incluant votre fils (fillette) trisomique) ? Pourquoi ?

80- Aimez-vous faire la cuisine ? Et pourquoi ?

81- Si vous n'arrivez pas à répondre aux exigences de votre fils (fillette) trisomique, vous ressentez et pensez quoi ? Pourquoi ?

AXE 06 : Le vécu psychologique de la mère face à l'adolescent trisomique : La défense psychique (stratégies de coping)

82- Maintenant que votre enfant trisomique est adolescent comment vous vous en sortez dans des situations stressantes qu'engendre l'adolescence de votre fils (fillette) trisomique ?

83- Est-ce que vous préférez travailler quand vous vous retrouvez dans des situations difficiles ?

84- Comment arrivez-vous à faire face aux difficultés de votre fils (fillette) adolescent (e) trisomique ?

85- Face à une difficulté de la vie quotidienne, vous en sortez comment ?

86- Demandez-vous de l'aide à votre mari ? Si non, pourquoi ?

87- Face à des difficultés ou à des problèmes rencontrés avec votre adolescent trisomique, êtes-vous beaucoup plus émotive ? Si non, pourquoi ?

88- Comment gérez-vous vos problèmes quotidiens ? Préférez-vous les affronter ou bien les éviter ? Et pourquoi ?

89- Cherchez-vous à trouver des activités qui vous permettent d'être un peu distraite par rapport à vos problèmes ?

90- Quand vous serez dans une situation difficile, vous vous prenez comme responsable de la situation que vous vivez ou non ?

91- Donnez-vous beaucoup de souci à vos difficultés afin de les résoudre ou non ?

AXE 07 : Le vécu du père et de la fratrie face à l'adolescent trisomique

92- Comment est-elle votre relation avec votre époux ?

93- Comment votre époux vit l'adolescence de votre fils (fille) trisomique ?

94- Vous aide-t-il à affronter les difficultés quotidiennes, surtout avec votre adolescent trisomique ?

95- Comment est-elle la relation de votre adolescent trisomique avec sa fratrie ?

96- S'adaptent-ils avec les changements physiques et psychiques de leur frère (sœur) trisomique ?

97- L'aident-ils à comprendre et à s'adapter à son tour à ses changements physiologiques ?

98- Comment perçoivent-ils l'adolescence de leur frère (sœur) trisomique ? Et comment envisagent-ils son avenir ?

AXE 08 : Le regard vers l'avenir

99- Comment envisagez-vous l'avenir de votre adolescent trisomique ?

100- Quels sont les projets que vous tracez pour votre adolescent ?

101- Avez-vous des inquiétudes pour son avenir ? Si oui les quelles et pour quoi ?

102- Que souhaitez-vous pour votre adolescent ?

6- M^{me} (X)

Les notes Les items	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I. Tristesse		X								
II. Pessimisme								X		
III. Échec dans le passé		X								
IV. Perte de plaisir		X								
V. Sentiment de culpabilité					X					
VI. Sentiment d'être puni (e)								X		
VII. Sentiment négatif envers soi-même		X								
VIII. Attitude critique envers soi		X								
IX. Pensées ou désir de suicide	X									
X. Pleurs		X								
XI. Agitation		X								
XII. Perte d'intérêt					X					
XIII. Indécision		X								
XIV. Dévalorisation		X								
XV. Perte d'énergie					X					
XVI. Modification dans les habitudes du sommeil							X			
XVII. Irritabilité		X								
XVIII. Modification de l'appétit						X				
XIX. Difficulté a se concentré								X		
XX. Fatigue					X					
XXI. Perte d'intérêt pour le sexe					X					

Annexe n°02: l'échelle de dépression de Beck (la BDI-II)

BDI-II

Date:

_____ année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant en union libre
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

 PsychCorp

 ecpa
Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Sous-total, page 1

Verso

Traduction et adaptation permises. Copyright © 1997 par Aaron T. Beck. Traduction française et adaptation canadienne copyright © 2005 par Harcourt Assessment, Inc., U.S.A. et Harcourt Assessment, une division de Harcourt Canada, Ltd. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'emmagasinage et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Cahiers de notation du BDI-II, appelez le 1-866-335-8427.

0-7747-5230-0

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

Sous-total, page 2

Sous-total, page 1

Score total

CISS

N.S. Endler et J.D.A. Parker

adapté par J.P. Rolland

CONSIGNE « GÉNÉRALE »

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

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

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

Le mode de réponse est une échelle qui va de **1 = PAS DU TOUT** à **5 = BEAUCOUP**, en passant par les réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

CISS

N.S. Endler et J.D.A. Parker

adapté par J.P. Rolland

CONSIGNE « PROFESSIONNELLE »

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

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

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

Le mode de réponse est une échelle qui va de **1 = PAS DU TOUT** à **5 = BEAUCOUP**, en passant par les réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

Annexe n°03: l'inventaire de coping pour situations stressantes d'Endler et Parker (le CISS)

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

Nous vous prions de bien vouloir répondre en toute objectivité à nos questions qui sont à votre portée, et nous vous promettons que vos réponses resteront strictement confidentielles.

مقياس إستراتيجيات المواجهة للوضعية الضاغطة

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

التعليمة العامة:

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

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

أجب على كل واحد من الأساليب التالية بوضع دائرة حول الإجابة التي تتناسب مع أسلوب استجابتك الاعتيادي.

طريقة الجواب عبارة عن سلك متدرج من الدرجة 1= أبدا إلى 5= كثيرا مرورا بإجابة وسيطة (2، 3، 4) التي تسمح لك بتدقيق إجابتك.

La consigne générale :

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

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

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

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

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

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

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

Fiche de dépouillement

Tache :

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

Emotion :

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

Evitement :

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

Distraction :

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

Diversión sociale :

N° Question	4	29	31	35	37	Total
NT						

		التاريخ			الجنس		العمر			الاسم	
1							5	4	3	2	1
2							5	4	3	2	1
3							5	4	3	2	1
4							5	4	3	2	1
5							5	4	3	2	1
6							5	4	3	2	1
7							5	4	3	2	1
8							5	4	3	2	1
9							5	4	3	2	1
10							5	4	3	2	1
11							5	4	3	2	1
12							5	4	3	2	1
13							5	4	3	2	1
14							5	4	3	2	1
15							5	4	3	2	1
16							5	4	3	2	1
17							5	4	3	2	1
18							5	4	3	2	1
19							5	4	3	2	1
20							5	4	3	2	1
21							5	4	3	2	1
22							5	4	3	2	1
23							5	4	3	2	1
24							5	4	3	2	1
25							5	4	3	2	1
26							5	4	3	2	1
27							5	4	3	2	1
28							5	4	3	2	1
29							5	4	3	2	1
30							5	4	3	2	1
31							5	4	3	2	1
32							5	4	3	2	1
33							5	4	3	2	1
34							5	4	3	2	1
35							5	4	3	2	1
36							5	4	3	2	1
37							5	4	3	2	1
38							5	4	3	2	1
39							5	4	3	2	1
40							5	4	3	2	1
41							5	4	3	2	1
42							5	4	3	2	1
43							5	4	3	2	1
44							5	4	3	2	1
45							5	4	3	2	1
46							5	4	3	2	1
47							5	4	3	2	1
48							5	4	3	2	1
	الدعم الاجتماعي	التسلية	التجنب	الانفعال	المهمة	المجموع					

FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNE GÉNÉRALE »

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

Nom _____ Age _____ Sexe _____ Date _____

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



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

FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNE PROFESSIONNELLE »

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

Nom _____ Age _____ Sexe _____ Date _____

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

