

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie du développement et handicap

Thème

**La qualité de l'attachement chez le parent ayant un enfant atteint
d'une infirmité motrice cérébrale**

Etude de 10 cas réalisée au niveau de l'association « DEFI »

Réalisé par :

M^r : Bouamara tarek

Encadré par :

Dr : BAA Saliha

Année universitaire : 2015-2016

Remerciements

Tout d'abord, je remercie Dieu de toute puissance qui m'a procuré de la volonté et du courage pour mener à terme ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice Mme BAA Saliha, pour ses précieux conseils, sa disponibilité, ses encouragements et ses orientations.

Nos remerciement aux membres du jury de nous avoir honoré par leur présence et d'avoir accepté d'évaluer notre travail.

Nous tenons également à remercier l'ensemble du personnel de l'association « DEFI » de Seddouk. En particulier la psychologue chaouche S. L'orthophoniste, ainsi que l'éducatrice ainsi que l'ensemble du personnel de l'administration.

Nous remercions aussi les parents d'enfants IMC, qui ont accordé leurs consentements à notre recherche.

En fin, nos remerciements vont à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Mes très chers parents, qui m'ont soutenu durant toutes mes années d'études, que Dieu les protèges.

Mes chers frères et Mes chères sœurs

Ma future épouse, RAZIKA et sa famille.

A tous ceux qui portent mon nom Bouamara.

Mes chères copines et copains

Merabet Abed El-hakk

Salmi Souhila

Kamel bennai

Et a tous ceux qui on de loin ou de proche à contribuer durant tous mon cursus

2010/2016

Merci

Et

A tous les étudiants de master 2 psychologie : Développement et handicap. Ou :clinique

La lise des abréviations :

Abréviation	Le nom complet
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MIO	Modèle interne opérant
L'AAI	l'Adulte attachement interview

SOMMAIRE

Introduction générale.....

Partie Théorique

Chapitre I : l'attachement.

Introduction.....3

1- Historique.....3

2- Définition de l'attachement.....5

3-La théorie de l'attachement6

3-1-Figure d'attachement.....6

3-2- Le caregiving.....8

3-3- Modèle interne opérant.....11

4- Les types d'attachement.....12

4-1-Chez l'enfant.....12

4-1-1-L'attachement sécure.....12

4-1-2-L'attachement insécure évitant.....12

4-1-3-L'attachement insécure ambivalent.13

4-1-4 L'attachement désorganisé.....14

4-2- Chez l'adulte.....14

4-2-1- Le style sécure.....14

4-2-2- Le style préoccupé14

4-2-3- Le style détaché.....15

4-2-4- Le style craintif-évitant.....15

5- La construction d'un lien d'attachement.....15

5-1- La première phase.....	15
5-2- La seconde phase.....	15
5-3- La troisième phase.....	16
5-4- La quatrième phase.....	17
6- L'attachement chez l'adulte.....	17
Conclusion.....	20

Chapitre II : Parentalité et enfant handicapé (IMC)

Introduction.....	22
1- La notion de parentalité	22
1-1- Approche historique.....	22
1-1-2- Définition du concept de parentalité.....	23
2- La notion d'handicap.....	24
2-1- Définition.....	24
2-1-1- Définition de l'handicap.....	24
2-1-2- Définition de l'handicap moteur.....	25
2-1-3- Définition de déficience motrice.....	25
2-1-4- Définition de l'infirmité motrice cérébral.....	25
2-1-5- Symptomatologie.....	26
2-1-6- Etiologie.....	27
2-1-7- Les troubles associés.....	28
3- Les réactions des parents lors de l'annonce du diagnostic.....	31
4- Les processus d'adaptation des parents.....	31
5- Les facteurs d'influence du processus d'adaptation des parents.....	32
6- Le cheminement des parents décrit selon cinq étapes.....	32
7- Le chagrin chronique.....	36
8- L'impact au plan conjugal.....	37

9- Stratégie conjugales.....	38
Conclusion.....	39

Problématique et hypothèses

1-Problématique.....	40
2-Hypothèse.....	44

Partie Pratique

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Introduction.....	45
I-Définition des concepts clés.....	45
II- Définition des variables opératoires.....	47
III-La prés-enquête	48
IV- La démarche de la recherche.....	48
V- La population d'étude.....	49
VI- La présentation de lieu de recherche.....	51
VII- Les outils d'investigations.....	53
VII-1- L'entretien clinique.....	53
VII-1-1-Les conduites de l'entretien.....	54
VII-1-2- Le guide d'entretien.....	54
VII-2- Le questionnaire d'attachement de Simpson AAI.....	54
VIII- Le déroulement de la pratique.....	57
IX- La méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas.....	58
Conclusion.....	58

Chapitre VI : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation et analyse des entretiens et du questionnaire de l'AAI.....	59
--	----

2-Discussion des hypothèses.....	83
3- conclusion.	86
Conclusion générale.....	87
Bibliographie	
Annexes	

Introduction générale

Comme être humain notre besoin relationnel est fondamental, il est au cœur de notre vie et nous suivra jusqu'à la mort, d'un pont évolutif, c'est le fondement de notre vie. Nous avons un besoins viscéral de l'autre, nous cherchons à établir des relations étroites avec les autres, à nous attacher à l'autre et, l'attachement désigne le lien émotionnel fort et durable qui s'établit entre êtres humains.

La théorie de l'attachement a été fondée par le psychanalyste et le pédopsychiatre John Bowlby, elle est née à la fin des années 50 de la rencontre entre la psychanalyste et l'éthologie, puis s'est enrichie d'autres perspectives, notamment de la cybernétique et des sciences cognitives.

De plus en plus, on utilise la théorie de l'attachement dans le contexte de la thérapie familiale, il est alors convenu de parler de la famille comme base de sécurité où se tisse un réseau d'attachement sécurisant permettant à chacun de ces membres d'explorer librement, de croître et se réaliser. (Byng&Hall., 1995, p48).

Les travaux les plus récents en psychologie du couple, accordent une place importante aux processus d'attachement dans la conceptualisation de la dynamique amoureuse, démontrant, par exemple que les dyades dont le style d'attachement sécurisant obtient des cotes supérieures d'adaptation conjugale. (Lpointe G. Lussier Y., 1994, pp 560-561).

Donc l'attachement n'apparaît pas comme une caractéristique propre du nourrisson, ni à la personne qui s'en occupe, mais plutôt comme un modèle d'interaction affective et comportementale.

Dédie Houzel (1997), dans « la dimension de la parentalité » ; fournit une définition conceptuelle et historiographique des concepts de maternité et de paternité ; « l'exercice, l'expérience, la pratique ».(Houzel D., 1997,P 83).

Dans le cas d'avoir un enfant handicapé pour le parent ayant un enfant handicapé, chacune de ces dimensions semble être très troublée, car l'expérience d'être parent d'un enfant handicapé, est quelque chose de qualitativement différents et de non comparable à une expérience de parentalité normale.

De même les éléments de base de cette fonction qui sont gravement endommagés, troublant l'ensemble de l'architecture psychique parentale, et elle rend difficile; et voir même

impossible d'investir libidinalement l'enfant handicapé, et perturbe aussi les processus d'attachement sans oublier les répercussions projetées sur la vie conjugale, ainsi dans le changement d'équilibre de la famille.

De notre part, nous avons réalisé une recherche sur « la qualité d'attachement chez le parent ayant un enfant handicapé (IMC) » ; dans l'objectif de déterminer, et d'évaluer la qualité de l'attachement que vit le parent d'enfant (IMC), vis-à-vis leur figures d'attachement, nous avons choisi comme terrain d'étude l'association des handicapés moteur, et inadaptés mentaux ; dénommée « DEFI », de Seddouk. L'approche intégrative avait servi de cadre référentiel à notre étude qui avait 10 cas, dont 5 pères, 5 mères, adhérents dans cette association.

Pour élaborer cette recherche, nous avons tracé un plan en 05 chapitres. Le premier est consacré à l'étude du concept de « l'attachement », où nous avons présenté l'historique, définition, théorie de l'attachement, types de l'attachement chez l'enfant puis chez l'adulte, la construction du lien d'attachement, et enfin l'attachement chez l'adulte. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des deux notions « parentalité », « handicap » ; plus particulièrement « IMC », on a décrit de l'expérience que vit le parent ayant un enfant porteur d'handicap moteur type « IMC », et toutes les réactions psychiques et comportementales engendrées par cette événement. Le troisième chapitre réservé à la problématique et aux hypothèses, le quatrième chapitre est consacré au cadre méthodologique à travers lequel on a traité les points suivants, la démarche de la recherche, l'échantillon de la recherche, présentation du lieu de la recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode suivie dans la présentation et analyse des cas. Le cinquième chapitre a été réservé pour la discussion et analyse des résultats, et enfin on termine par une conclusion générale.

Chapitre 1

Préambule

- 1. Historique.**
- 2. Définition.**
- 3. La théorie de l'attachement.**
 - 3.1 Figure de l'attachement.
 - 3.2 Le « cargeving ».
 - 3.3 Modèle interne opérant (M.I.O).
- 4. Les types de l'attachement.**
 - A/ Chez l'enfant :**
 - 4.1 L'attachement « sécure »
 - 4.2 L'attachement « insécure évitant ».
 - 4.3 L'attachement « insécure ambivalent ».
 - 4.4 L'attachement « désorganisé ».
 - B/ Chez l'adulte :**
 - 4.5
- 5. La construction du lien d'attachement.**
 - 5.1 La première phase.
 - 5.2 La deuxième phase.
 - 5.3 La troisième phase.
 - 5.4 La quatrième phase.
- 6. L'attachement chez l'adulte.**

Conclusion

Préambule

La théorie de l'attachement est un champ de la psychologie qui traite des relations entre êtres humains, son principe de base est qu'un jeune enfant a besoin pour connaître un développement social et émotionnel normal de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soins de lui de façon cohérente et continue.

Les émotions et les comportements d'attachements humains courants s'inscrivent dans une perspective évolutionniste. L'évolution vers l'espèce humaine actuelle a inclus la sélection des comportements sociaux qui favorisent la survivance des individus et des groupes.

Le présent chapitre, se centre sur la théorie de l'attachement, l'origine du concept, les différentes études menées, enfin le processus de lien de l'attachement et son développement jusqu'à l'âge adulte.

1. Historique

L'intérêt porté au lien entre l'enfant et les figures qui prennent soin de lui. A été partagé par de nombreux chercheurs malgré des théorisations différentes. Mais la notion d' « attachement », en psychologie, se réfère généralement à la conceptualisation théorique du psychanalyste Britannique John BOWLBY. Dans cette partie nous aborderons les grandes contributions des psychologues et des éthologistes, qui ont marqué leurs travaux dans le monde des sciences et dans le développement et la conceptualisation de la théorie de l'attachement que Bowlby a fait paraître dans le domaine de la psychologie.

Au départ, ce sont les éthologistes qui ont fait des recherches sur les liens qui unissent les bébés avec leurs mères, le concept de l'empreinte est proposé par Heinroth en (1910), puis formalisé par son élève Lorenz (1935, 1937,1941), le concept de l' « empreinte » a joué un rôle essentiel dans le développement des recherches sur la genèse des liens particuliers qui s'établissent entre une mère et son ou ses petits, d'abord chez les oiseaux, puis chez les mammifères.

René SPITZ est à l'origine des observations les plus célèbres menées sur les effets de la carence affective. En (1946), avec Katherine WOLF, il observe 123 nourrissons, âgés de 12 à 18 mois, de mères célibataires en prison. Spitz va découvrir chez les bébés de cette institution des symptômes dépressifs, idée révolutionnaire à cette époque ; ou il décrit la « dépression

anaclitique » (carence affective partielle) chez des enfants séparés durant le premier semestre d'avec leurs parents. (Spitz R., 1968, p 28).

Lorenz, (1970), cité par H. Montagner (2004), Lorenz est connu sous le nom de « phénomène de l'empreinte ». Avec son étude expérimentale et naturaliste, réalisée sur un jeune macaque, séparé de sa mère et installé dans une cage en présence de deux mannequins constitués d'un treillis métallique et dont l'apparence est globalement celle d'un singe. L'un est « nu » et équipé de deux tétones qui simulent du lait ; confirment la fonction adaptative du lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou sont substitut. Est celle de Harlow (1958), et ses collaborateurs confirment l'importance des contacts corporels dans le développement des comportements sociaux. (Montagner H., 1995., p 73).

La question sur les relations mères-enfant, avait déjà été prise en compte avant la deuxième guerre mondiale, par des psychiatres qui ont annoncé que les premières relations pour l'enfant sont très précieuses pour son développement. On peut citer certains de ces précurseurs. Himer Herman, qui défend l'idée d'un « besoin primaire d'agrippement », à l'époque il a utilisé les données éthologiques pour bien comprendre le développement affectif. Fairbairn, psychanalyste anglais, il est le premier qui a mis en question la théorie des pulsions. En effet plusieurs auteurs ont essayé de décrire les liens avec d'autres perspectives hors la théorie de l'« étayage », avant que Bowlby mis une lumière sa conception, qui avec le temps devienne la plus contradictoire à celle de Freud (Guedney N. 2006., p 127).

Durant les années qui ont suivies la deuxième guerre mondiale, les psychiatres et les psychologues, ainsi que les pédiatres et les éducateurs ont été confrontés à des enfants séparés de leurs mères ou de leurs foyers, et présentant de graves problèmes, que se soient les troubles de comportements ou d'apprentissage.

John Bowlby qui est un psychanalyste et psychologue anglais, ce dernier avant l'appel de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) ; pour qu'il fasse une recherche sur les difficultés rencontrées chez les enfants, qui se trouvent dans des orphelinats ; suite aux conséquences de la deuxième guerre, était du courant freudien.

2. Définition de l'attachement

BOWLBY en (1969), décrit l'attachement comme le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. En ce sens, il s'éloigne de Freud pour lequel les seuls besoins primaires sont ceux du corps (sexuel), l'attachement se l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture. (Bowlby J., 1969. PP 105-106).

AINSWORTH définit l'attachement comme un lien affectif relativement durable qui accord de l'importance ou partenaire en raison de sont caractère unique et irremplaçable. Dans un lien affectif, on désire préserver l'intimité avec le ou la partenaire (Ainsworth M., 1989, p711).

L'attachement est un type particulier de lien affectif qui fait intervenir un sentiment de sécurité. Quand vous êtes attaché à une personne vous éprouvez un sentiment sécurité et de bien être en sa présence. Cette personne vous sert de base de sécurisé a partir de laquelle il vous est possible d'explorer le monde (Helen B., 2003, p121).

Tout comme le lien affectif des parents à l'enfant, le lien affectif ou attachement du bébé aux parents ; le terme attachement est utilisé pour désigner le lien affectif particulier unissant l'enfant à la figure maternant fait intervenir un sentiment de sécurité.

L'attachement est ensemble des liens qui se sont établis entre un bébé et sa mère à partir des sensations et des perceptions du nourrisson vis-à-vis de cette dernière et réciproquement.

L'attachement remplit en premier lieu une fonction de protection, il permet au petit dans une situation de danger, de venir chercher protection au près des adultes (Baudier A., 2004, p 42).

L'attachement est une relation affective réciproque et dynamique, qui s'établis entre deux individus et qui a une fonction adaptative pour l'enfant et l'interaction entre ces deux personnes contribue à renforcer et à raffermir ce lien. (Diane E. Papalia., 2010, P 438).

Tout comme l'animal, l'être humain a le besoin primaire d'établir des liens d'intimité fort avec ses parents, de manière à protéger sa survie et celle de sont espèce. (Bowlby, 1969). (Papalia D., 2010, p 119).

3. La théorie de l'attachement

Le psychologue et psychanalyste anglais J. Bowlby (1907-1990), a formalisé et élaboré la théorie de l'attachement dans les années cinquante.

Pour cet auteur le lien entre l'enfant et sa mère est l'expression d'un besoin d'autrui primaire, s'appuyant sur des comportements innés qui ont une fonction de protection du bébé incapable d'assurer sa survie. On envisage ainsi d'une manière nouvelle les apports entre la mère et son enfant, relation qui sera le prototype de toutes celles qu'établira l'enfant par la suite.

La théorie de l'attachement est devenue une référence incontournable pour expliquer le développement affectif, elle le cadre de référence essentiel des développementalistes.

Bowlby a été influencé par la pensée psychanalytique, et il accorde une importance majeure aux premières relations entre la mère et son enfant.

3.1 Figures d'attachement

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement. Selon Bowlby (1969), la mère est en générale la première personne pour tenir cette fonction. De nos jours, toute personne qui s'engage dans une interaction social avec l'enfant et qui sera capable de répondre à ses besoins sera susceptible de devenir une figure d'attachement. Ainsi, le principe d'une seule figure d'attachement privilégié apparaît caduc dans l'étude réalisée par Schaffer et Emerson sur 60 bébés âgés de quelques semaines à 18mois. La majorité d'entre eux développés bien une relation privilégiés, mais par la suite, du fait de l'élargissement des interactions de l'enfant avec son entourage, le nombre de figures d'attachement augmentait. La mère reste la figure la plus impotente, suivie du père, puis, pour une bonne partie des enfants, d'un grands-parents, d'un autre membre de la famille, ou encore d'une personne familière. (Bowlby J., 1973, p 87)

En se basant sur les données issues de la recherche fondamentale, les observations cliniques et le vécu des éducateurs, Mantagner (1988) élabore une grille de lecture qui intègre les particularités du développement individuel, les processus de l'attachement et les régulations des comportements de l'enfant. Il indique notamment qu'un enfant qui dispose d'une sécurité affective satisfaisante va pouvoir libérer pleinement ses émotions, ses affects,

son langage et se qu'il nomme les compétences socles, c'est-à-dire les 05 socles (**l'attention visuelle soutenue, l'élan a l'interaction, les comportements affiliatifs, la capacité de reproduire et d'imiter, l'organisation structurée du geste**) sur lesquels le bébé installe et consolide les conduites et les régulations indispensables à la satisfaction de ses besoins fondamentaux, à son développement, à ses attachements et à son adaptation a l'environnement . (Mantagner H.,1995, p 67).

Ce concept compétence-socle va ainsi permettre de mieux identifier les troubles, et dysfonction en relation avec l'histoire et le vécu de chaque personne concernée (l'enfant lui-même, sa mère, son père, et les autres partenaires familiaux) ainsi que ceux qui son corrélés aux événements de vie majeur (décès, maladie, abandon, maltraitance, nouvelle naissance, changement d'habitat...).(Ibid.,1995, P 70).

Bowlby (1973) admet le principe d'une hiérarchie des figures d'attachement (défini par Answorth « 1967 » avec la mère comme figure principale et le père comme figure secondaire) plutôt que celui de multiplicité. Pour Bowlby (1973), le père est compagnon de jeux de confiance et une figure d'attachement subsidiaire.

Lamb (1977) va montrer, quant à lui, que le bébé ne présente pas davantage de recherches de proximité avec la mère qu'avec le père. Pour lui (Lamb, 1996), le père est d'un point de vue constitutif, biologique, aussi bien prédisposé que la mère pour réagir et répondre à un bébé. Rien n'empêche donc si ce ne sont pas les attentes sociales qu'un attachement de qualité se forme avec le père. (Lamb M., 1977, p 637).

Les études d'observation de la fameuse « protestation à la séparation », faite en laboratoire ou à domicile ne montre pas de différences notables de manifestation de désapprobation lors du départ de chacun des parents ; même si les comportements de recherches de proximité se révèlent plus marqués en contexte maternel.

Le primat de la mère, en particulier dans les situations stressantes, à été établis mais l'étude de Kromelow, Harding et Touris (1990) montre que le père serait invigorant, c'est-à-dire plus stimulant, en particulier pour son fils (âgés dans l'étude de 18 à 21mois) lors de l'introduction de l'adulte inconnu dans le dispositif de la situation étrange. Le père est qualifié ici de « catalyseur de prise de risque ». Il stimule la sociabilité du jeune enfant en direction d'une personne non familière, ce qui est gage de nouveauté et d'ouverture vers l'extérieur. Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans d'autres études (Belsky J., 1990, P 18).

Zaouche. Gaudron (1995) ; à montré que dès l'âge de neuf mois. Des enfants de pères différenciés se montraient plus sécurisés et plus ouverts à l'environnement que des enfants de pères peu différenciés. Même si c'est le mode d'implication du père qui est analysé ici, on voit qu'un attachement sécurisé est corrélé à une ouverture à l'environnement.(Zaouche G., 1995, p 17).

Bowlby (1969), à montré une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachements et les comportements d'exploration ; ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. L'attachement va bel bien servir l'autonomie et non la dépendance. (Bowlby J., 1969, p 645).

Ainsi, pour certains auteurs, l'enfant semble pouvoir disposer de plusieurs figures d'attachement qu'il hiérarchise en fonction de ce qu'il obtient, dans la relation et de protection, et qu'il utilise de manière indépendante (Lamb, Sutton Smith, 1982 ; Crittenden, 1990). Cette hypothèse est confirmée plus récemment encore par Sibley et Overall (2008), qui démontre la différenciation des représentations d'attachement selon les domaines de vie (familiale, amoureuse, amicale). (Lamb M., 1982, P 47).

Pour d'autre, les différentes figures d'attachements sont intégrées et les modèles d'enfance se fédèrent en un seul, l'enfant faisant alors des compromis entre les modèles de ses différentes figures d'attachement (Houwes C., 1999, P 686).

3.2 Le caregiving

Répondre aux besoins d'attachement est une des dimensions du lien parent-enfant. Cela ne résume pas ce qu'est l'amour pour un enfant : on peut aimer très fort son enfant, avoir un sentiment d'un lien unique et spécial avec lui et pour autant ne pas pouvoir ou ne pas savoir comment répondre à ses besoins d'attachement.

En tant que système, le « caregiving » se définit par plusieurs caractéristiques particulièrement étudiées par deux élèves de Bowlby, Carol George et Judith Solomon(1999). Il se déclenche dès que nous sommes exposés à des signaux qui indiquent la vulnérabilité d'un être vivant. On dit du « caregiving » que c'est un système d'alerte aux besoins des autres. En tant que soignant ou professionnel en charge de jeunes enfants, notre système de « caregiving » est souvent sollicité dans notre pratique professionnelle.(Solomon J., 1986, p 93).

Le premier objectif du « caregiving » pour un parent est de protéger son enfant en se rapprochant de lui. Toute situation où le parent perçoit l'enfant en danger ou en détresse, toute séparation imposée de l'enfant active le « caregiving » du parent ; ce n'est qu'à partir du moment où une proximité physique et/ou psychologique est restaurée et que l'adulte peut reconforter son petit que celui-ci sent son « caregiving » désactivé. (George C., 1996, p 652).

Le « caregiving » ne se résume pas à protéger. Il est différent d'une hyper protection ou d'une hyper anxiété qui témoignent des besoins ou des difficultés du parent mais qui ne répondent pas forcément aux besoins du bébé. (Ibid., p 654).

Il s'agit de répondre aux besoins de l'enfant de telle sorte que l'enfant se sente reconforté et autonome ! Si l'enfant n'exprime pas de besoin d'aide, de proximité, il faut surtout respecter cette autonomie et ne pas interférer. C'est donc une attitude à la fois très disponible mais très respectueuse de l'enfant qui a toujours l'initiative des demandes, ses caractéristiques varient donc selon l'âge de l'enfant.

Répondre aux besoins d'attachement nécessite un répertoire d'attitudes et de comportements pour maintenir aussi une proximité psychologique, lorsque l'enfant en a besoin, proximité qui demande à la figure d'attachement une disponibilité émotionnelle, ce qui est bien différent de la seule présence physique.

Les chercheurs ont essayé de définir précisément ce que représentait pour un parent de répondre à ces besoins d'attachement en favorisant le développement d'un attachement de qualité sécuritaire. Mary Ainsworth a décrit la sensibilité aux besoins d'attachement sous le terme de « responsiveness » qui n'a aucun équivalent en français. La traduction de ce terme serait « la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte et d'y répondre rapidement et adéquatement, et ceci de manière prévisible et cohérente ». (Ainsworth M., 1978, P 63).

Dès la naissance, le parent témoigne de son acceptation des besoins d'attachement de son bébé, montre sa tolérance aux expressions de détresse de ce dernier et son envie de répondre à cette détresse, tout en étant persuadé qu'il est indispensable à la régulation émotionnelle de l'enfant, à ce moment-là, la sensibilité aux besoins d'attachement s'exprime par la disponibilité émotionnelle, la consolation, le réconfort et l'apaisement ; le parent rétablit la proximité (selon des modalités variables selon l'âge de l'enfant) et crée une expérience de partage émotionnel sous le mode de ce que Gergely a appelé le « mirroring », le parent répond sur le même registre émotionnel infra-verbal que celui de l'enfant (mimique, prosodie) mais en accentuant et en ralentissant son expression, ce qui permet à l'enfant de se

sentir « validé » dans l'expression de son émotion négative et compris, sans être submergé par l'émotion du parent.(Gergely F., 1996, P 78).

Cette réponse aux signaux de détresse du bébé est liée à l'évaluation et à l'interprétation qu'en fait le parent, elle renvoie à ce qu'on appelle la capacité parentale réflexive qui est la capacité du parent à réfléchir sur les expériences de l'enfant et sur sa propre expérience en tant que parent et à lier des états mentaux aux comportements, ce qui donne à ces derniers une signification adéquate.

Enfin, le parent agit en apportant une solution concrète aux difficultés de l'enfant grâce à ses capacités d'investiguer l'origine de ce qui crée la détresse ou l'alarme du bébé, le parent ne peut faire ceci que s'il fonde une attention suffisante à l'enfant réel, même lorsqu'il a d'autres tâches à effectuer ou qu'il est stressé, il est aussi capable de corriger ses réponses lorsqu'il réalise qu'elles n'ont pas réconforté son enfant.

À partir du premier trimestre, le parent soutient également de manière sensible l'exploration de son petit, il peut promouvoir la coopération, développer la résolution des problèmes de manière indépendante, poser les défis appropriés, aider à la régulation émotionnelle lorsque l'enfant se trompe, échoue, s'énerve, et tout ceci sans intrusion et en respectant le rythme de l'enfant auquel il laisse l'initiative.

Les deux dimensions du « caregiving », répondre aux besoins d'attachement et d'exploration, ne semblent pas sollicitées de la même manière chez le père et chez la mère. La figure paternelle semble plus importante dans l'exploration et dans la régulation des émotions liées à l'exploration, par exemple reconnaître la frustration du bébé et l'aider à trouver une solution appropriée compte tenu de son âge développemental. La négociation des interactions sociales avec la fratrie et les pairs, et le maintien d'un comportement adéquat sur le plan émotionnel et social, semblent ainsi davantage liés à la relation au père.

La figure maternelle joue un rôle plus important dans la régulation des émotions liées au système d'attachement proprement dit, peut-être du fait de sa plus grande continuité et du rapport aux soins physiques ; le monde interne de la compréhension des émotions et la capacité de parler librement et de manière ouverte à propos des sentiments négatifs et positifs sont surtout liés à la relation mère-enfant. De plus, chaque parent peut être plus ou moins doué pour chacun des aspects, ce dont l'enfant a besoin pour continuer de développer son sentiment de sécurité dans la relation.

Lorsque l'enfant grandit et commence à développer la conscience propre de ce qu'il a envie de faire, ce qui n'est pas forcément ce que ses parents souhaitent qu'il fasse, le

« caregiving » parental va accompagner l'enfant dans ces expériences qui activent son système d'attachement en lui faisant vivre les émotions de frustration, d'impuissance ou de colère.(Kaplan N., 1985., p 75).

3.3 Modèles internes opérants (M.I.O)

Le « modèle interne opérant » est un concept central dans la théorie de l'attachement, Bowlby le définit, comme étant des représentations mentales, de soi, de la figure qui prend soin de lui, et de la relation elle-même.

Pour Bowlby (1978), tout individu construit des modèles expérimentaux du monde et de la place qu'il occupe. Une fois mis en place (M.O.I) il aide l'enfant à comprendre, et interpréter les comportements de ses proches, et il lui permet d'anticiper les réactions d'autrui.(Bowlby J., 1978, p 578).

Bowlby ((1980), a appelé ces modèles mentaux que l'enfant construit durant ses trois premières années, les « modèles interne opérant ». L'enfant formerait en fait et à mesure un modèle de soi comme étant plus au moins digne d'être aimé et un modèle d'autrui qui renvoie à sa perception des autres comme étant plus au moins sensible et attentifs à ses besoins.(Bowlby J., 1980, p 398).

La construction de ces modèles se fait dès la première année, les (M.O.I) dépend de la façon avec laquelle les parents prennent soin de leur bébé ; ce qui veut dire que ces modèles sont déterminés par la qualité des relations interactives que le bébé entretient avec ses figures. Les modèles internes d'attachement reflètent donc les souvenirs et les croyances qui se sont développés à partir des expériences individuelles précoces de soin (Nicole Guedney., 2007).(Guedny N., 2007, p73).

Toujours pour Bowlby, c'est les (M.O.I) de l'enfant, qui guide ses comportements de même que ses sentiments, l'attention, la mémoire et ses cognitions. Une fois le modèle de représentation établi, il devient difficile à changer. Des études ont montré un taux de concordance de 70% entre le type d'attachement à l'âge d'un an et à l'âge adulte. De plus, le modèle tend à se reproduire d'une génération à l'autre.(Bowlby J., 1982, p 695).

4. Les types d'attachements

4.1 chez l'enfant

Les styles d'attachement ont été conceptualisés, à partir des observations empiriques de M. Ainsworth (1978) de ce qu'elle a nommé « la situation étrange ». Cette situation standardisée en sept épisodes de séparations et de réunions entre l'enfant et sa figure d'attachement permet de mettre en évidence trois types principaux de réactions chez le jeune enfant. Ces différents groupes mettent en lumière la sécurité relationnelle établie par l'enfant avec sa figure d'attachement. Cette étude très détaillée de la relation mère-enfant apporte à la théorie de l'attachement un prolongement expérimental et permet de mettre en lien les catégories d'attachement et le style de maternage correspondant. (Ainsworth M., 1978, p 335).

L'auteur met donc en évidence trois catégories d'attachement à savoir : l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant et l'attachement insécure ambivalent. M. Main, élève de M. Ainsworth, a quelque années plus tard ajouté une quatrième catégorie qui est celle de l'attachement désorganisé ou désorienté. (Ibid., 1978, p 337).

4.1.1 L'attachement sécure

L'attachement sécure est celui favorisé par une figure d'attachement réceptive, sensible aux besoins de son enfant et utilisée par celui-ci comme base de sécurité pour explorer son environnement. Les enfants sécures recherchent le réconfort de leur figure d'attachement au moment de séparation, protestent voire manifestent de la détresse, mais se calment facilement dès son retour, manifestent un certain plaisir et sont capables de reprendre des activités exploratoires une fois rassurés. Il y a donc un certain équilibre entre la recherche de réconfort et l'exploration. Avant un an, l'enfant sécure est celui qui demande beaucoup de proximité physique. Il sera ensuite le plus autonome car il aura acquis une sécurité interne.

4.1.2 L'attachement insécure évitant

Au moment de la séparation, l'enfant insécure évitant ne se tourne pas vers sa figure d'attachement et tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement face à la situation et un accrochage à l'environnement physique. Au retour de la figure d'attachement, il feint un comportement d'indifférence ou évite le contact avec elle en restant concentré davantage sur ses jouets. A. Guedney et N. Guedney (2008) ; affirment que dans les premières interactions entre le bébé et sa figure d'attachement, celle-ci apparaît comme détachée et peut

disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Le jeune enfant ne semble pas pouvoir développer une base de sécurité en relation avec sa figure maternelle et peut donner une impression d'indépendance précoce. Les comportements insécure évitant ont été observés chez des jeunes enfants pleurnichards, qui avaient tendance à paniquer lors de la séparation d'avec leur figure d'attachement et qui, à son retour la rejetaient avec rage sans témoigner d'aucun signe de soulagement. (Guedney A., 2010, p 84).

En situation expérimentale, les enfants insécure évitant seraient ceux qui témoigneraient le plus d'émotions et d'anxiété, ce qui engendrait une désactivation de leur système d'attachement afin de mieux gérer cette situation. Dans ce contexte, le jeune enfant se détache, manifeste peu d'émotion, se tourne d'avantage vers l'exploration et se voit contraint d'adopter une autonomie précoce comme stratégie de survie.(Ibid., 2010, P 87).

Hopkins (1992), en se référant aux analyses de M.Ainsworth explique que les stratégies d'attachement de type évitant renvoient à l'échec du holding. C'est ce qu'elle appelle le syndrome de rejet des mères qui manifestent une profonde aversion pour le contact physique. Les stratégies de ce type d'attachement prennent ainsi une valeur défensive et une fonction d'adaptation face à un environnement rejetant.(Hopkins P., 1992, P54).

4.1.3 L'attachement insécure ambivalent

L'enfant insécure ambivalent proteste au moment de la séparation et ne peut être rassuré, ce qui rend difficile la possibilité d'explorer son environnement. Il n'est pas davantage apaisé au retour de sa figure d'attachement et adopte une attitude ambivalente vacillant entre recherche de contact et de résistance.

Cette incapacité à se remettre de leur angoisse de séparation et à utiliser leur figure d'attachement comme base sécurisante témoigne d'une hyper activation du système d'attachement et donc d'une capacité exploratoire limitée ainsi qu'une difficulté à accéder à l'autonomie. Le sujet, accaparé par ses besoins d'attachement, témoigne d'un déficit de régulation et de contrôle émotionnel. Le jeune enfant rencontre dans ses relations précoces une figure d'attachement ambivalente ou les réactions de celle-ci sont imprévisibles et incohérente c'est-à-dire qu'elle peut se montrer autant ignorante que réceptive aux besoins de son enfant.

4.1.4 L'attachement désorganisé

Ce quatrième style a été développé par M.Main et J.Salomon (1986), chez les enfants qui ne réagissent pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. Dans ce style d'attachement, le jeune enfant présente des attitudes contradictoires, inconscientes et souvent déroutantes. Ils pourront, par exemple, s'agripper à la figure d'attachement tout en détournant le regard ou pleurer à son départ sans vouloir s'en rapprocher. (Solomon J., 1999,P 652).

Ces comportements semblent incompréhensibles et témoignent d'un défaut de construction de stratégie d'attachement cohérente. Selon Cassidy et Shaver (1999), ce type d'attachement se retrouve fréquemment chez des sujets ayant été victime de maltraitance ou de violence de la part des figures d'attachement.(Cassidy J et Shaver PR., 2008,P 85).

4.2 Chez l'adulte

Les personnes qui ont un niveau élevé d'**anxiété** ont davantage tendance à se demander si leurs partenaires les aiment vraiment et ont plus souvent peur d'être rejetées. Le niveau d'anxiété est lié aux croyances concernant sa propre valeur et aux attentes d'être accepté(e) ou rejeté(e) par les autres.

Les personnes dont le niveau d'**évitement** est élevé ont tendance à être moins à l'aise de dépendre de leurs partenaires et de s'ouvrir. Le niveau d'évitement/rapprochement est lié aux croyances concernant les autres et au fait de prendre le risque de les approcher. Ces deux dimensions déterminent des styles d'attachement sécure, préoccupé, détaché et craintif-évitant.

4.2.1 Le style sécure est caractérisé par de faibles niveaux d'anxiété et d'évitement. Les personnes sécures ont tendance avoir des relations relativement durables et satisfaisantes. Elles sont à l'aise d'exprimer leurs émotions et ont tendance à ne pas souffrir de dépression et d'autres troubles psychologiques.

4.2.2 Le style préoccupé est caractérisé par une anxiété liée à la relation élevée et un évitement faible. Les personnes préoccupées ont tendance à avoir des relations conflictuelles. Bien qu'elles soient à l'aise d'exprimer leurs émotions, elles vivent souvent beaucoup d'émotions négatives qui peuvent souvent nuire à leurs relations.

4.2.3 Le **style détaché** est caractérisé par une faible anxiété et un évitement élevé. Les personnes détachées ont tendance à préférer leur propre autonomie, souvent au détriment de leurs relations intimes. Bien qu'elles aient souvent une grande confiance en soi, elles sont parfois perçues comme hostiles ou en compétition, ce qui interfère souvent avec leurs relations intimes.

4.2.4 Le **style craintif-évitant** est caractérisé par une anxiété élevée et un évitement élevé. Les personnes craintives-évitantes ont tendance à avoir beaucoup de difficultés dans leurs relations. Elles ont tendance à éviter de devenir émotionnellement attachées, et, même dans les cas où elles entrent dans une relation engagée, la relation peut être caractérisée par une méfiance ou un manque de confiance. (Brennan C., 1998, P84).

5. La construction du lien d'attachement

Le lien d'attachement se construit en suivant plusieurs phases différentes qui sont :

5.1 La première phase :

La première phase commence à la naissance et dure trois mois. Dès la naissance le bébé cherche à obtenir un contact avec les autres êtres humains. Il est alors très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci va apporter à ses sollicitations, car il a peu de possibilités à la fois motrices et cognitives pour pouvoir obtenir la proximité dont il a besoin.

Dans cette première phase de développement, ces comportements d'attachement ne sont pas dirigés vers une figure particulière, mais le sont de façon préférentielle vers les êtres humains. Les études les plus récentes montrent que, dès la naissance, il existe déjà des préférences très discrètes du bébé pour ce qui lui est le plus familier ; c'est-à-dire les caractéristiques sensorielles des interactions avec celle, qu'il a portée pendant toute la grossesse. Ces préférences sont d'origine prénatale, en particulier pour la voix maternelle et ses odeurs. Cette phase se caractérise donc par l'orientation des signaux du bébé vers une figure sans réelle discrimination.

5.2 La seconde phase :

La seconde phase s'étend entre trois et six mois. Le premier changement important est le développement de la capacité de l'enfant à contrôler ses systèmes de comportement. Il va plus en plus activement chercher à obtenir la proximité de sa figure d'attachement potentielle en tendant les bras ou en s'accrochant. Le second changement est l'aptitude de l'enfant à

différencier les gens qui lui sont familiers de ceux qui lui sont étrangers. Les comportements de recherche de proximité en cas de besoin vont être plus intenses envers sa mère ou envers les personnes étrangères. Ces comportements dirigés sont surtout les cris et les pleurs quand la figure, d'attachement quitte l'enfant mais aussi les sourires, les vocalisations, l'orientation visuo-motrice et les réponses de contentement.

Le sourire social sélectif apparaît à partir de trois à quatre mois. L'enfant sourit moins aux étrangers qu'il ne faisait au paravent, et par contre il sourit préférentiellement aux personnes qui lui sont familières ; la qualité d'éclat et d'illumination du sourire et du regard qui se porte sur la mère lorsqu'elle est en interaction avec lui sont comme mesure avec celle des interactions plaisantes avec un étranger. Les cris de l'enfant restent des comportements qui favorisent le rapprochement de l'adulte ; ils sont beaucoup mieux calmés par la mère que par n'importe quelle autre personne. Vers quatre, Cinq mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. Des mouvements d'orientations différentielles, visuelles, et posturales, apparaissent aussi chez des enfants de seize à dix-huit semaines, ils vont préférentiellement garder leur regard sur leur figure d'attachement beaucoup plus que sur une figure étrangère. On voit se dessiner la hiérarchisation entre ceux qui s'occupent de l'enfant et le début d'une discrimination de celle qui deviendra la figure d'attachement principale. Cette phase se caractérise donc par l'orientation des signaux du bébé dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées.(Spitz R., 1948, P374).

5.3 La troisième phase :

La troisième phase commence vers six à neuf mois et dure jusqu'au début de la troisième année. C'est l'établissement du phénomène de base de sécurité, cette phase est marquée par des changements importants dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant. Cette phase se caractérise par le fait que l'enfant différencie ses figures d'attachement des autres personnes et envoie de manière spécifique, signaux d'attachement à cette ou ses personnes.

5.4 La quatrième phase :

La phase quatre est celle de partenariat émergent (après deux ans) et du partenariat corrigé quant au but (après quatre ans). Un nouveau changement dans la relation d'attachement apparaît grâce au développement de ses capacités cognitives de l'enfant.

L'enfant peut inhiber son comportement d'attachement et intégrer les objectifs de l'adulte, il réalise un partenariat émergent ; l'enfant est maintenant capable d'établir et de réaliser de manière simultanée, des objectifs et des plans, et de soi et de l'autre de comprendre les relations causales entre les objectifs et les plans de l'adulte et son comportement. Il peut s'engager dans des négociations avec l'adulte par apport à un plans partagé, afin d'obtenir ou de maintenir la proximité nécessaire.

A partir de trois-quatre ans, l'enfant grâce aux interactions précédentes et à l'acquisition de nouvelles capacités cognitives, devient de plus en plus capable d'anticiper et de planifier des séquences comportementales plus longues et plus complexes. Le langage se développe, l'enfant est d'avantage capable de présenter de manière symbolique le monde externe, de discuter et de considérer des événements qui ne sont pas présent au moment où il parle, d'utiliser le langage intérieur pour commencer à communiquer et comprendre les sentiments, les attitudes et les désirs des autres et de soi.

Enfin, il acquiert une capacité croissante de différencier et de discuter ses états interne. Le développement de ses capacités sociocognitives telles que prendre une perspective permet à l'enfant de différencier ses propres sentiments et ses propres plans de ceux de la figure d'attachement. Il y a maintenant possibilité de compréhension mutuelle de l'intention et des besoins de chaque partenaire, compréhension mise en service du système d'attachement. Bowlby parle de partenariat corrigé quant au but. (Bowlby J., 1980, P 82).

Grace aux expériences antérieurs, les deux partenaires (enfant et figure d'attachement), ressent le sentiment gratifiant d'une intention commune et de la capacité à s'identifier à l'autre. Pour cela, le prix à payer et de pouvoir abandonner ou ajuster ses propres buts pour que cela convienne à l'autre, quand cela est nécessaire. (Guédény N Guédény A., 2010, P 92).

6. L'attachement chez l'adulte

Les chercheurs ont montré que les fonctions de l'attachement chez l'enfant s'appliquent aussi à l'attachement chez l'adulte. En effet les relations entre les adultes et leurs parents, les

auteurs se sont d'ailleurs intéressés à ces différentes relations d'attachement chez l'adulte. Les principaux auteurs qui se sont intéressés à l'attachement chez l'adulte sont Main et Hazan & Shaver. (Hazan C & Shaver PR., 1987, P 52).

Quatre styles d'attachement sont décrits chez l'adulte : secure, anxieux-soucieux, distant-évitant, craintif-évitant. Ils correspondent plus au moins aux types d'attachement chez l'enfant : secure, insécure-évitant, insécure-ambivalent, désorganisé-désorienté.

L'attachement chez l'adulte est défini par la tendance qu'a l'individu à rechercher et à maintenir la proximité et le contact avec un ou plusieurs individus particuliers qui lui procurent un sentiment de sécurité ainsi qu'une protection physique et psychologique. (Serling H & Berman W., 1994, P 130).

L'attachement définit un système de comportements qui peut (ou ne peut pas), être activé dans la vie d'une personne ou dans une relation particulière à un moment donné. En effet, l'attachement chez l'adulte ne procure pas invariablement un sentiment de sécurité ; au contraire, de nombreuses personnes ont des relations d'attachement pouvant provoquer un sentiment d'anxiété et de colère, mais ces relations sont maintenues parce que la personne croit que ces figures d'attachement peuvent lui apporter un sentiment de sécurité (Ainsworth M., 1989, P49).

Le système de comportement d'attachement peut être activé à travers de nombreuses situations, peut être aussi activé de façon particulière et limitée, émergeant seulement dans des moments de stress intense ou de souffrances. De grandes différences individuelles existent par rapport au niveau à partir duquel une personne active son système d'attachement.

En effet, son activation dépend des « modèles internes opérant » de chaque personne, du contexte environnemental de la relation et des relations entre les deux. (Shaver PR., 1994, P 84).

Certaines relations chez l'adulte sont des relations de proximité et certaines d'entre elles peuvent donc être caractérisées comme des relations d'attachement dans le sens où elles apportent un sentiment de sécurité. Ces relations incluent les relations avec les parents, les relations avec le ou les enfants et une ou plusieurs relations amoureuses ou encore les relations entre patient et thérapeute qui véhiculent un sentiment de sécurité. Et avéré que tous les sujets préféreraient passer leur temps libre en compagnie de leurs pairs plutôt que de leurs parents (maintien de la proximité). Un changement apparaît entre 8 et 14 ans, les pairs étant

préférés aux parents comme sources de réconfort et de soutien (refuge sur). C'est à la fin de l'adolescence que le jeune proteste lors de la séparation d'avec ses pairs.

C'est donc à ce moment là que les pairs remplacent les parents dans une fonction de « base sécurisante », ces résultats suggèrent que l'attachement aux pairs est élaboré à partir de la « base sécurisante » que procurent les parents dans les premières années.

Ces données permettent d'établir un lien direct entre les schémas d'attachement de l'enfance, les styles d'attachement de l'adulte et le fonctionnement de la personne dans ses relations intimes. Les attentes et les systèmes de croyances que nous développons pendant les premières années de vie avec nos figures d'attachement ont tendance à persister toutes la vie (Feeny J & Noller A., 1996, P129).

Ces croyances guident nos perceptions des autres et nos comportements et nous recréons les schémas d'attachement que nous avons vécu antérieurement. Ce qui veut dire les schémas de l'enfance sont recréés implicitement dans les relations d'adulte.

De nombreuses études ont donc exploré la possibilité selon laquelle les styles d'attachement, comme ceux identifiés par Ainsworth(1978), continuent à exister à l'âge adulte et ont par conséquent une influence sur les relations à cet âge. Walters et son équipe (1995) ont revu à l'âge de 12 ans une cinquantaine d'enfant de classe moyenne du Minnesota qui avaient été observés dans la situation étrange alors qu'ils étaient âgés d'un an. Ils ont été interrogés à l'aide de l'Adulte attachement interview (AAI). Les auteurs ont trouvé une correspondance de 72% entre les catégories de la situation étrange et celle de l'AAI. Ces données suggèrent donc que les modèles d'attachement perdurent tout au long de l'enfance et de l'adolescence avec très peu de changement.

Les chercheurs se sont aussi intéressés au rapport existant entre le style d'attachement et les relations amoureuses. Pour Hazan & Shaver (1978), les relations amoureuses peuvent en effet être conceptualisées comme un processus d'attachement. Les relations amoureuses peuvent prendre différentes formes qui dépendent de l'histoire de l'attachement individuelle. Plus spécifiquement, ces auteurs pensent que les trois styles d'attachement mis en évidence chez l'enfant se manifestent dans les relations amoureuses à l'âge adulte.(Hazan C & Shaver PR., 1978, PP 511-512).

Pour leur étude (1987), ils ont demandé à 620 sujets de répondre à un questionnaire composé de 95 questions concernant leurs relations amoureuses la plus importantes ainsi que

leur style d'attachement. Leurs résultats indiquent la relative fréquence des trois styles d'attachement et rejoignent ceux observés chez les enfants. Un peu plus de la moitié des sujets se voient eux-mêmes comme « sécure » (56%), environ 25% s'évaluent comme « évitant » et 19% comme « anxieux ambivalent ».

Les sujets ayant un style « sécure » sont à l'aise dans les relations intimes et capables de faire confiance et de dépendre des autres. Ils rapportent des relations chaleureuses dans l'enfance avec leurs deux parents, ils se voient eux-mêmes comme facile à approcher et voient les autres comme bien intentionnés. Leurs relations amoureuses sont décrites comme heureuses, amicales et de confiance.

Les sujets ayant un style d'attachement « évitant » sont mal à l'aise avec les relations proches et ont des difficultés à dépendre des autres. Ils perçoivent leur mère comme froide et rejetant. Leur histoire d'amours importantes est marquée par la peur de l'intimité et par des difficultés à accepter leur partenaire 14 ans enfin.

Les sujets « anxieux-ambivalent » recherchent une grande proximité et ont peur d'être abandonnés ou de ne pas être aimés suffisamment. Ils décrivent leur père comme injuste, ils se voient eux-mêmes comme incompris par les autres. Ils pensent que la plupart des gens sont comme eux et ne peuvent pas s'engager dans une relation à long-terme. Leurs relations d'amoureuses sont caractérisées par l'obsession et de la jalousie.

L'attachement de même que les déterminants majeurs du style d'attachement semblent être similaires durant l'enfance et à l'âge adulte, même si la forme adulte des styles d'attachement doit vraisemblablement être plus complexe que durant l'enfance. Ils trouvent leur origine dans les relations avec les parents et sont ensuite élaborés et changés dans le contexte des relations intimes ultérieures. (Shaver PR, 1994, P 74).

Conclusion

Ce que nous avons présenté dans ce chapitre, n'est qu'une petite recension des écrits, qui présentent les grands axes de la théorie de l'attachement, plus de recherches faites par des professionnels, qui s'inscrivent dans l'approche de Bowlby. En effet cette théorie apporte un changement de paradigme, mettre la régulation de la peur au cœur des tâches du développement humain, elle apporte aussi une nouvelle compréhension des relations proches qui s'applique au développement normal, aux situations cliniques, plus difficile. Elle est un

outil de plus, particulièrement utile pour tout professionnel en contact avec de jeunes enfants et leurs parents. Le deuxième chapitre est consacré aux deux notions « parentalité » « handicap, imc ».

Introduction

La présence d'un enfant handicapé provoque des changements profonds dans une famille et peut être une source de tension et de stress. Pour les parents la situation se traduit soit par une croissance personnelle, soit par une insatisfaction ou une inadaptation, pouvant influencer leur vie personnelle, conjugale, familiale et sociale. La naissance de l'enfant handicapé déclenche chez les parents toute une série d'émotions, de sentiments, de comportements et d'attitudes.

Les parents sont placés dans une situation complexe et irrévocable, ils doivent s'y adapter, s'organiser pour offrir des conditions favorables au développement de l'enfant, tout en tenant de préserver leur intégrité personnelle et familiale.

Dans ce deuxième chapitre on va tenter de donner des définitions à propos des deux notions « parentalité » ; « handicap » et plus particulièrement « IMC », par la suite on va exposer l'expérience que vivent les parents en présence de leur enfant IMC, et toutes leurs réactions psychiques et comportementales.

I. La notion de parentalité

I-1/ Approche historique du concept :

Selon **Delecourt** (2003), la notion de « parentalité » est apparue à la fois dans le champ social, juridique et psychologique. Il faut tout de même revenir aux années soixante pour mieux saisir ce concept. (Delecourt D., 2004, p 04).

En effet, **Recamier** (psychiatre et psychanalyste français) suggère le terme de « matérialité » pour décrire toute future maman ou jeune (nouvelle) mère.

Ensuite, début des années quatre-vingt, le terme de « monoparentalité » a fait son entrée dans le vocabulaire commun, celui-ci faisant référence aux situations vécues par de nombreuses femmes (ou hommes) seul(e)s élevant leurs enfants.

Delecourt signale qu'il s'agit du premier terme « sociologique » qui décrit une situation familiale (élever seul(e) un enfant) sans porter le moindre jugement. Elle cite d'ailleurs Sellenet, «... C'est pour nommer le moins maladroitement possible que sont inventés de nouveaux mots... ». Toujours selon Delecourt, «... être parent pouvait adopter de multiples formes ...» et il était dès lors nécessaire de trouver un terme pour chaque situation parentale

vécue avec comme dénominateur commun le terme parentalité.

Dès 1990, le terme de « parentalité » rentre dans le langage courant. « Chacun de ces termes désigne l'ensemble des processus qui se déploient dans la personnalité de l'un ou de l'autre parent au cours de l'avènement de son rôle parental et tout au long de son expérience de parent ». (Ceballo R., & al, 2004, pp 38-39).

I-1.2/ Définition du concept de parentalité

Selon Maigne (2003), la parentalité peut se définir comme étant « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à 3 niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique ». (Maigne E. Novembre 2004, p 25-26).

« La parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large la fonction « d'être parent » en y incluant à la fois les responsabilités juridiques, telles que la loi les définit, des responsabilités morales, telle que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives ». (Définition issue du Dictionnaire Bayard, 1995.).

Selon Sellenet « La parentalité est un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder un homme et/ou une femme à un ensemble de fonctions parentales, indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre dans une configuration familiale ». (Sellenet C., 2007, p 27.).

Il est noté que, le concept « parentalité », est différent de la « parenté » ce dernier est fondé sur le lien généalogique et l'alliance, par contre le premier désigne un ensemble de fonctions liant un adulte à un enfant, selon un processus qui évolue avec les variations de la famille et encore, ce concept s'ouvre à la diversité des liens construits par la volonté pour assurer la prise en charge de l'enfant, et qui consacre l'égalité homme/femme dans la fonction parentale et enfin embrasse toutes les configurations familiales en jouant comme un dénominateur commun. (Ibid., p188).

Un peu plus profond ce concept présente, un quadruple intérêt :

Le premier, n'étant pas un mot de droit, il envisage les différentes obligations parentales (morales, éducatives, matérielles, culturelles) ; et contrario toutes les formes de manquements, défaillances, désarroi dans la fonction parentale sans les enfermer dans une sanction civile ou pénale. La seconde, il est neutre sans effet stigmatisant, il permet d'abandonner la terminologie des « bons » ou « mauvais » parents, pour valoriser les fonctions, compétences

et ressources parentale. Le troisième intérêt est celle d'ouvrir toutes les possibilités de soutien ou d'accompagnement.

Et enfin, il favorise une logique de partenariat et de co-éducation. (Houzel D & al., 2007, p200).

II. La notion d'handicap

II-1- Définition

II-1-1- Définitions de l' handicap

Il existe plusieurs définitions du l'handicap dont chacune comporte des aspects intéressants, en voici quelques-unes :

-Ancien secrétaire d'état à l'action sociale et promoteur de loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, LENOIR a écrit : « Est handicapé toute personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou encore se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de sa collectivité » (Bouchloukh M., 2009, p. 32).

-La deuxième définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) : « Un handicapé est un sujet dont l'intégration physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » (Guidetti M .et Tourrette C., 1999, p7).

-Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie, l'handicap est la « situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes ». (Bloch H., 2005, P.421).

L'handicap peut être caractérisé selon 3 axes :

a. L'axe de la déficience

Correspond à « toutes perte de substance ou altération ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique, la déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoire ou définitive. Elle représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau d'organe, elle peut être congénitale ou acquise. (La déficience fait référence à l'aspect lésionnel).

b. L'axe de l'incapacité

Correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » l'incapacité, par opposition à la déficience porte sur les activités composées et intégrées ; elle concerne la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement. (L'incapacité fait référence à l'aspect fonctionnel).

c. L'axe de désavantage

« Résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (l'aspect situationnel du l'handicap) (Coquet F. et al. 2008, P.101).

II-1-2-Définition de l'handicap moteur

« Paralysies d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc.), qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes » (Hatell B., 2005, P421).

II-1-3-Définition de déficiences motrices

La déficience motrice est définie par l'O.M.S comme étant « la perte ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». La déficience se caractérise par une restriction plus ou moins importante de la motricité volontaire résultant d'une atteinte nerveuse, musculaire ou osseuse. Elle entraîne des incapacités, c'est-à-dire, selon l'O.M.S, des « réductions partielles ou totales de la capacité d'accomplir une activité » et peut entraîner « un désavantage social...qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (Bouchloukh M., 2008-2009, p.37).

II-1-4-Définition de l'infirmité motrice cérébrale

Les IMC : aujourd'hui, selon le Professeur Ph. LACERT, n'ont pas changé de définition depuis l'époque maintenant lointaine où M. Tardieu en les différenciant des arriérés avec troubles moteurs parmi lesquels ils étaient mélangés. Il s'agit d'enfants porteurs de lésions encéphaliques installées entre la gestation, la naissance et la première année de la vie ; l'expression sémiologique prédominante doit être un trouble moteur et il n'existe pas chez ces enfants d'évolutivité lésionnelle ni de déficience intellectuelle ni de trouble premier de la personnalité ou du comportement. L'infirmité motrice cérébrale entraîne des perturbations du

tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. Les atteintes qui en résultent sont diverses sur la plan topographique : localisation quadriplégique (quatre membres touchés), diplégique (deux membres), hémiplegique (atteinte d'une moitié du corps). (Bouchloukh M., 2008-2009, p37).

Le terme d'Infirmité Motrice Cérébrale a été proposé en 1954 par le neurologue GUY TARDIEU pour distinguer des sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathies atteints de déficience mentale profonde et de trouble moteurs associés.(Guidetti M. et Tourette C., 1999, p.29).

II-1-5 La symptomatologie

a- Le syndrome spastique

La spasticité se caractérise par la libération d'activités motrices réflexes normalement inhibées par le cortex pyramidal, lésé dans le cas de ce syndrome. Elle touche les muscles les plus sollicités, c'est-à-dire les muscles fléchisseurs au niveau des membres supérieurs et les extenseurs au niveau des membres inférieurs. Il en résulte un déséquilibre entre les muscles agonistes, qui ont tendance à se rétracter, c'est-à-dire devenir plus courts, et les muscles antagonistes, hypertoniques.

Ce déséquilibre réduit les possibilités de jeu musculaire. Les difficultés d'ajustement postural et de contraction-décontraction entraînent une plus ou moins grande lenteur gestuelle. Les raideurs sont accentuées par l'étirement passif, le froid et les émotions. On peut décrire trois types d'atteinte à prédominance spastique :

- La quadriplégie spastique : c'est une atteinte souvent grave des quatre membres.
- Le syndrome de Little : le désordre moteur prédomine au niveau des membres inférieurs, qui ont tendance à s'approcher (marche dite en ciseaux) : les pieds sont en extension, les genoux et les hanches sont fléchis.
- L'hémiplegie cérébrale infantile : c'est un désordre moteur unilatéral. Le coté atteint est hypertonique. Le pied est en extension et le membre supérieur est en flexion.

b. Le syndrome athétosique

Il résulte, comme le confirme Ph. LACERT, d'une atteinte des noyaux gris centraux. Il se caractérise par : de mouvements involontaires, lents, arythmiques, irréguliers et de petite amplitude. Le sujet athétosique a des difficultés à développer un geste intentionnel adapté (en

raison d'une innervation réciproque défaillante). L'amplitude en est exagérée ou bloquée par des contractions.

c. Le syndrome ataxique

Beaucoup plus rare, il est dû à une lésion du cervelet. Il se caractérise par :

- des troubles de l'équilibre et de la marche ;
- des troubles des mouvements élémentaires et complexes ;

A cette diversité de catégories habituellement décrites, il faut ajouter celle des individus, qui ne se laissent pas réduire à ces typologies. Ainsi, les troubles neuromoteurs qui les affectent sont parfois intriqués : spasticité et athétose peuvent par exemple se conjuguer dans des rapports singuliers. De même, le terme désignant la topographie des atteintes peut occulter une réalité plus complexe : l'hémiplégie de l'enfant peut s'accompagner de troubles, plus légers, de l'autre hémicorps, et une diplégie n'affecte pas obligatoirement les deux membres inférieurs de façon égale. (Bouchloukh M., 2008-2009, p.38).

II-1-6 Etiologie

Deux étiologies principales sont à l'origine de l'IMC : la prématurité (naissance avant 37 semaines de gestation) et la souffrance fœtale aigüe périnatale. Ces deux phénomènes sont souvent combinés. Le taux de prématurité a énormément chuté (sauf en cas d'une naissance multiple) mais concerne encore 4 à 5% des naissances. Plus la naissance est prématurée et plus le poids de naissance est faible, plus les lésions cérébrales ne seront fréquentes. Le risque de l'IMC est donc lié en partie au degré de prématurité (à l'origine d'immaturité respiratoire).

- La prématurité

Est à l'origine d'une forme particulière d'atteinte motrice : la diplégie ou la maladie de Little ; il s'agit d'une atteinte bilatérale et symétrique de type spastique prédominant aux membres inférieurs, accompagnée d'une maladresse des mains et troubles importants de la structuration spatiale sans le plus souvent d'atteinte intellectuelle.

- La souffrance périnatale

S'accompagne fréquemment d'anoxie (réduction de l'oxygène parvenant au cerveau) le sang insuffisamment oxygéné devient acide et crée des lésions cérébrales. Elle est à l'origine de 50% des cas d'IMC. On trouve aussi d'autres étiologies comme :

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

-La période postnatale : seuls peuvent laisser des séquelles motrices et à condition qu'ils surviennent au cours des premiers mois les encéphalopathies aiguës.

- Les infections aiguës de système nerveux central.

-Éventuellement les accidents anesthésiques.

-Les traumatismes crâniens. (Guidetti M., TouretteC., 1999, pp.31-32).

II-1-7 Les troubles associés

a. Sensitifs

Diminution de la sensibilité profonde, proprioceptive notamment en cas d'atteinte motrice importante.

b. Sensoriels

-**Visuels** ce sont en réalité des troubles neurovisuels, ce qui exclut tous les troubles de réfraction. En effet, l'œil est atteint dans sa motricité. Les muscles oculomoteurs mobilisent inefficacement l'œil. Cela génère des troubles :

- de la fixation d'une cible
- de la poursuite (fixation d'une cible mobile), particulièrement touchée chez l'enfant IMC.
- des saccades oculaires (mouvement brusque portant le regard d'un point à un autre)

Ceci entraîne des troubles de l'exploration et de la perception visuelle. Notons que l'IMC, notamment ancien prématuré a souvent un strabisme divergent alternant entraînant une incapacité de vision de la troisième dimension (relief).

-**Auditifs** : Les troubles auditifs sont fréquents mais difficilement détectables avec les techniques actuelles (audiogramme, Potentiel Evoqués...).

c. Troubles perceptifs

- La perception est la représentation et la reconnaissance de sensations de même nature et de degré différent.
- Les IMC peuvent souffrir de troubles gnosiques (reconnaissance des choses à travers nos sens) telle que la stéréognosie, c'est-à-dire un manque de représentation tactile spatiale. Cela signifie que les sensations tactiles ne leur permettent pas de reconnaître l'objet placé dans leurs mains.
- Les troubles de l'oculo-motricité (fixation, poursuite et saccades oculaires) génèrent des troubles de la perception visuelle. Il est évident que lorsqu'on fixe mal et on poursuit mal une cible, on la perçoit difficilement. En outre, les saccades qui permettent de porter le regard d'une cible à une autre sont insuffisantes et obligent l'enfant à réajuster sa vue à de nombreuses reprises.

d. Troubles instrumentaux

Des troubles de l'organisation gestuelle et motrice sont fréquents : se sont des troubles de l'exécution du geste, des difficultés de freinage, de contrôle ou de parasitage du mouvement par des contractions involontaire. Ces troubles peuvent retentir sur la vie quotidienne (alimentation, toilette) et scolaire (écriture). La conception du geste peut être si perturbée que l'enfant IMC peut ne pas arriver à faire ce qu'il désire par exemple dans le domaine graphique, il peut trouver la feuille, ne pas arriver à produire des figures complexes.

e. Troubles du langage

L'atteinte motrice peut être responsable des troubles du langage. En effet, la motricité des muscles de la face et de la langue est fréquemment inefficace. Les troubles bucco-faciaux peuvent non seulement entraîner un bavage, une mastication et une déglutition déficientes mais aussi des difficultés articulatoires et donc de prononciation.

Certains IMC sont dysphasique (retard important du langage). Les troubles ne sont alors pas spécifiquement liés à l'atteinte motrice. Ils ont une origine cérébrale directe.

f. Troubles psychologiques et du comportement

- Très souvent, les personnes IMC sont émotives, d'humeur instable.
- L'histoire médicale de l'enfant est souvent lourde. La construction de la relation mère-enfant est entravée par l'hospitalisation prolongée au début de la vie de l'enfant. Le sentiment de

culpabilité développé par les parents (enfant idéal, sentiment d'incompétence parentale vis-à-vis de l'enfant déficient...) peut provoquer de l'hyperprotection ou du rejet par les parents. Ce mécanisme est susceptible d'entraver le développement affectif de l'enfant.

- On note souvent une immaturité affective en raison de la discordance verbo-spatiale (différence entre les capacités verbales et les capacités spatiales) d'une part et des mécanismes d'hyperprotection d'autre part.

- Difficulté de vivre en société sous le regard de l'autre

-Les troubles de l'attention peuvent être importants. Les causes sont organiques par lésions des noyaux gris centraux ou réactionnelles liées à leur situation personnelle.

g. Troubles cognitifs et intellectuels

Les troubles cognitifs sont des troubles de l'apprentissage. La personne IMC telle qu'elle est décrite dans la définition de G. TARDIEU n'est pas déficiente intellectuelle mais peut être déficiente cognitive. La déficience cognitive liée aux troubles perceptifs gêne considérablement la scolarité de l'enfant. En effet, l'enseignement s'appuie sur les compétences psychomotrices des enfants à l'école maternelle et sur les capacités visuelles et spatiales en primaire, secondaire et au niveau supérieur. La scolarité doit donc être individualisée notamment en favorisant les afférences auditivo-verbales et en évitant le canal visuo-spatial.

h. Epilepsie

Etat clinique caractérisé par la survenue de crises pouvant être violentes avec ou sans convulsions et pouvant s'accompagner ou non d'une perte de conscience. L'épilepsie est consécutive aux lésions cérébrales de la personne IMC. 30% des personnes IMC sont atteintes de comitialité. Notons que la médication (utilisation des médicaments) nécessaire au

Traitement de l'épilepsie accentue souvent la lenteur d'idéation (enchaînement des idées).

i. Troubles sphinctériens

Ils sont absents au niveau anal et inconstants au niveau urinaire. Ils se caractérisent par des mictions impérieuses (temps trop court entre le moment où la personne sent qu'elle doit uriner et le moment où elle urine). (Jenness A., 2003, p.11).

III. Les réactions des parents lors de l'annonce du diagnostic

L'arrivée d'un enfant handicapé provoque l'effondrement des rêves de perfection tissés au fil des mois et bouleverse considérablement les projets d'avenir. Cet enfant ne sera jamais l'enfant dont ils auront rêvé. L'anxiété et la douleur ressenties remplacent les joies normalement associées à la naissance. Les parents vivent une pénible confrontation entre leurs désirs et la réalité. Ils sont, en général, sous le coup d'un choc qui se manifeste par des émotions très vives et des réactions parfois extrêmes. Quelle qu'en soit l'ampleur, ces réactions sont normales et saines. (Beaulieu G., 1984, P56).

Les réactions sont diverses, imprévisibles et très complexes. De façon générale, les parents cherchent d'abord des moyens de fuir la réalité. Ainsi, lors de l'annonce du diagnostic, les parents ont du mal à comprendre ou à seulement entendre ce qui est dit, certains semblent même perdre momentanément tout contact avec la réalité, d'autres se réfugient dans le vague espoir d'un miracle médical, certains nient l'identité de l'enfant, souhaitent sa mort ou envisagent comme solution un placement en institution.

Progressivement, les parents développent des attitudes plus positives et plus nuancées, ils veulent par exemple connaître les causes du handicap; ils s'interrogent sur leur capacité à l'assumer, ils craignent leur éventuel attachement, ou le décès de l'enfant, tout en désirant connaître ce dernier.

En définitive, leurs sentiments sont extrêmement ambivalents, ils peuvent manifester de l'agressivité envers le personnel hospitalier; ils se demandent en outre comment faire face à la famille et aux amis ; quoique parfois violentes, déroutantes ou déconcertantes, les réactions des parents dénotent une certaine prise de conscience de la réalité, une capacité à se protéger et à exprimer leur souffrance, et déjà, le processus d'adaptation s'amorce. (Chinn P.C & al., 1979, p384).

IV. Le processus d'adaptation des parents

Le cheminement complexe que les parents doivent traverser avant de s'adapter de façon satisfaisante à leur situation a été décrit par plusieurs auteurs. Faber (1959) décrit les facteurs qui influencent l'adaptation des parents. Selon Evans (1976) et Drotar et al (1975), le cheminement des parents peut être divisé en cinq étapes: le choc, la contestation ou la négation, le désespoir, le détachement ou l'adaptation et l'acceptation ou la réorganisation, Pour sa part, Egg (1964) présente le cheminement des parents en trois phases progressives

d'abord centré sur le moi, puis sur l'enfant et enfin sur la communauté.(Drotar D & al., 1975, 716).

Wolfensberger (1967) parle quant à lui de phénomène de crise reliée au choix, au bouleversement des valeurs personnelles et à la réalité, par ailleurs, Olshansky (1966), Wickler, Wasow et Hatfield (1981) ainsi que Young (1977) insistent sur le chagrin chronique vécu par les parents. Le processus d'adaptation ou de chagrin chronique tel que décrit par différents auteurs s'amorce en fait aussitôt que le diagnostic est posé, la nature du handicap connue et le pronostic établi, l'état de l'enfant est généralement porté à l'attention des parents selon quatre modalités, c'est-à-dire durant la grossesse, à l'occasion d'examen et de tests à caractère préventif, à la naissance, au cours du développement de l'enfant, ou soudainement à la suite d'une maladie ou d'un accident.(Lambert J.L & al., 1962, PP 192-193).

Mais quelles que soient les circonstances, les parents vivent, selon Evans (1976), sensiblement les mêmes sentiments au cours des différentes étapes du cheminement menant à une certaine réorganisation ou adaptation. Et, bien que les réactions varient d'un parent à l'autre, Roos (1963) prétend qu'une certaine constante se dessine et permet de généraliser, voire même de dégager un profil-type. (Butani P., 1974, PP 58-59.).

V. Les facteurs d'influence du processus d'adaptation des parents

Faber (1959) regroupe les facteurs d'influence selon qu'ils concernent l'enfant, les parents ou l'environnement. Les deux premiers sont les moins malléables. L'enfant est handicapé, les parents n'ont pas le choix: ils doivent composer avec cette réalité en faisant appel à leurs propres ressources. Par contre, les facteurs liés à l'environnement sont plus malléables, tant par l'action individuelle que communautaire: ils jouent donc un rôle déterminant dans le processus d'adaptation des parents. Mentionnons en particulier l'importance attribuée l'opinion et à l'attitude des médecins, des infirmières ou des professionnels en général. De plus, les personnes significatives pour les parents (parents, amis) exercent sur eux une influence considérable. (Faber B., 1959, P 71.).

VI. Le cheminement des parents décrit selon cinq étapes

Le cheminement-type vécu par les parents se caractérise par un enchaînement d'émotions et de réactions qui traduit le chagrin qui afflige les parents. Ce chagrin est un processus déclenché par une vive émotion et un sentiment intense de nostalgie à l'égard de l'enfant imaginé, attendu et désiré.

a. Le choc

Selon Evans (1976), une personne est en état de choc lorsque, placée devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité. Les parents attendent un enfant normal et la naissance d'un enfant handicapé signifie la perte de l'enfant normal. Butani (1974), à l'instar de plusieurs autres auteurs, affirme que les parents vivent un processus de deuil de l'enfant désiré. La prise de conscience de l'écart entre le désir et la réalité se solde par une crise importante. L'état de choc peut se manifester par une explosion émotionnelle ou par une indifférence apparente. Mais les parents éprouvent toujours des sentiments d'affolement, d'égarement et de confusion et se posent une foule de questions. Selon Cohen (1962), le choc ressenti par les parents est tel qu'ils deviennent inaccessibles. Cette réaction émotionnelle de non-réceptivité s'explique par la brutalité de l'événement et par l'impossibilité pour les parents de se soustraire à la prise en charge immédiate de l'enfant. La situation est irréversible. (Evans EC., 1976, pp 9-10).

b. La négation

Pendant cette période, les parents désirent que la réalité se transforme et que leur chagrin disparaisse par magie. Certains parents résistent à la réalité en devenant super-actifs et en refusant d'entendre toute information sur l'état de leur enfant. D'autres rejettent le diagnostic et recherchent une opinion médicale favorable. D'autres encore affichent une certaine indifférence. Bref, les parents tentent de se soustraire momentanément à l'inévitable en s'accordant un sursis. Parfois, certains parents souffrent au point de nier la condition de l'enfant en devenant trop ou pas assez optimistes à l'égard de son potentiel de développement. Cohen (1962) reconnaît que ce comportement risque de nuire à l'enfant mais il croit nécessaire de respecter cette démarche. En effet, l'étape de négation est essentielle au processus d'adaptation et constitue un mécanisme de défense contre la trop grande brutalité du choc. (Cohen P.C., 1962, pp137-138.).

Durant cette étape, les réactions démontrent un certain refus de la condition de l'enfant ; l'oscillation entre le refus, la négation, l'espoir et l'optimisme aide les parents à affronter la dure réalité quotidienne. Pour Butani (1974), ces réactions sont normales de la part d'une personne qui subit une perte importante et s'accroche à l'espoir, dans la plupart des cas, le processus de négation maintient l'équilibre de la personnalité jusqu'au moment où le parent devient capable d'accepter la réalité. Cette période mène inévitablement les parents à éprouver des sentiments de solitude, de souffrance et de colère. (Butani P., 1974, pp 57-58.).

c. Le désespoir, la colère, l'anxiété et la tristesse

Le désespoir et la colère succèdent à la négation, c'est alors que les parents se rendent compte de l'incapacité réelle ou de la déficience de l'enfant ; les problèmes occasionnés par la présence de l'enfant passent au premier plan. Les parents se demandent: «Pourquoi cela arrive-t-il à nous plutôt qu'à d'autres?».

La colère qui se manifeste durant cette troisième étape est dirigée vers soi-même, vers le conjoint, vers l'enfant, vers les professionnels ou vers l'entourage. Les parents se sentent inadéquats et coupables, ils doutent d'eux-mêmes ; l'intensité de la culpabilité varie selon le degré d'équilibre atteint avant la naissance de l'enfant. Les individus et les couples mieux équilibrés au départ tendent à réagir de façon plus saine, lorsque l'équilibre est déjà précaire, la situation vient souvent concrétiser des conflits refoulés, l'enfant peut alors devenir un bouc émissaire qui polarise toutes les difficultés affectives du groupe familial. (Chinn, P., 1979, pp380-381).

Un tel climat de discordance provoque souvent chez les conjoints des sentiments de méfiance, de soupçon, d'hostilité ou de peur, tout en accroissant la culpabilité ressentie. C'est un engrenage qui peut devenir malsain. Selon certains auteurs, les parents doivent jouir déjà d'une bonne santé mentale pour réussir à affronter une situation aussi pénible.

D'autres réactions se manifestent durant cette étape, les parents commencent à reconnaître la réalité du handicap tout en refusant le diagnostic, ils constatent les symptômes tout en émettant des doutes sur leur cause, ils contestent ou rejettent les mesures proposées pour favoriser le développement de l'enfant. Ils espèrent un progrès mais craignent que le traitement ne donne pas les résultats escomptés. Leurs sentiments sont extrêmement ambivalents, ils s'interrogent sur leur capacité de vivre tout en assumant le handicap de leur enfant. (Egg, M & al., 1964, pp 8-9).

La lenteur du développement de leur enfant provoque chez eux du ressentiment, de la colère et de l'hostilité et peut les porter parfois au rejet de leur enfant ou au désir de son décès. Cela ne va pas sans engendrer un sentiment de culpabilité qu'ils combattent parfois en surprotégeant l'enfant. Il est rare que les parents dirigent leur colère vers l'enfant car ils jugent ce comportement inacceptable. Chez plusieurs, l'incapacité de trouver une solution à le problème se traduit par des sentiments négatifs, ces sentiments sont souvent détournés sur les professionnels, sur l'entourage ou sur toute personne susceptible d'être responsable de près ou de loin de l'état de l'enfant, en canalisant leur agressivité, les parents réduisent ainsi leur colère à l'égard de l'enfant.

Lorsqu'il devient évident que la situation est inévitable, la révolte devant l'injustice du sort s'exprime de différentes façons: l'apitoiement sur soi, un sentiment d'échec ou de honte, l'anticipation d'un rejet social, la crainte de faire pitié ou d'être ridicule, certains parents craignent même une perte de prestige.

En conséquence, ils réagissent parfois par le retrait ou l'isolement, par crainte de ne pouvoir maîtriser leur agressivité envers les autres. Cette agressivité s'alimente à plusieurs sources: la compréhension manifestée par les autres, leur pitié non exprimée, leur évitement de l'enfant ou encore leurs commentaires ou conseils désobligeants. (Faber B., 1960, p 75.).

d. Le détachement et l'adaptation

Même si la phase de détachement se caractérise par une acceptation apparente des limites de l'enfant, une étude plus approfondie de la dynamique familiale montre la persistance de certains conflits émotionnels, une certaine routine s'est installée et chacun des membres de la famille assume ses responsabilités, mais on évite quand même de communiquer ou de partager ses sentiments envers l'enfant.

À ce moment, les parents commencent à s'organiser en fonction de la réalité, mais ils ne sont pas encore capables de comprendre et de maîtriser tous leurs sentiments et leurs émotions, on pourrait croire qu'il s'agit d'une phase transitoire, une sorte de répit entre l'étape de désespoir et la réorganisation. (Flatman B., 1970, pp 10-11.).

Drotar étal. (1975) soulignent une diminution progressive de l'anxiété et de l'intensité des réactions émotives. Ils remarquent de plus que les parents s'adaptent progressivement à la situation, qu'ils sont davantage confiants en leur capacité de prendre en charge leur enfant.

Au cours de cette période, les parents reprennent goût à la vie, ils retrouvent des intérêts et des occupations qu'ils avaient délaissés. Ils s'aperçoivent que leurs autres enfants (s'il y a lieu) requièrent leur présence et leur attention. Ils voient qu'ils ne sont pas les seuls à traverser des moments difficiles. Leurs sentiments négatifs s'atténuent donc progressivement. En somme, ils réalisent que la vie continue. (Grossman, FK., 1972, pp 73-74).

e. L'acceptation, la réorganisation

La phase d'acceptation ou de réorganisation se manifeste par une reconnaissance des limites et du potentiel de l'enfant. Les parents admettent également les contraintes et les limites des professionnels et des programmes; ils y participent et prennent même l'initiative d'actions éducatives, de façon générale, la perception de l'enfant par les parents devient claire et cohérente, ce dernier prend sa place et est traité selon ses besoins au même titre que les autres membres de la famille. Evans (1976) signale que la reconnaissance des limites et des capacités de l'enfant survient au même moment que la prise de conscience par les parents de

leurs propres sentiments envers leur enfant, cela permet en fait de réduire une tension jusqu'alors retenue.

La situation de l'enfant est maintenant envisagée sous un angle plus positif et les attitudes à son égard changent. À la résignation succède une volonté de donner à l'enfant toutes les chances d'un développement harmonieux. À cette étape, la relation avec l'enfant devient gratifiante pour les parents. Drotar et al. (1975) constatent que les conjoints commencent à se soutenir mutuellement et en attribuent la cause à l'apprivoisement de l'enfant. (Drotar D., 1975, pp 710-711.).

VII. Le chagrin chronique

Olshansky (1962) explique les réactions des parents par un chagrin chronique. Selon lui, presque tous les parents d'un enfant handicapé éprouvent un chagrin profond tout au long de leur vie, que l'enfant soit placé ou non en institution. (Olshansky S., 1966, PP 22-23.).

Young (1977) mène une analyse semblable tout en situant le chagrin chronique dans un processus. Selon lui, les parents prennent conscience progressivement de la situation pour en arriver à une étape de compensation où ils réagissent de façon adaptée ou non. On remarque, par exemple, une meilleure adaptation chez les parents renouant des relations avec des personnes significatives et chez ceux travaillant de concert avec les professionnels, au développement de leur enfant. Les parents éprouvent alors des joies, des peines ou des déceptions et reçoivent des gratifications au contact de leur enfant, ils s'identifient aux parents qui vivent une situation similaire et acceptent l'aide dont ils ont besoin.

L'inadaptation se manifeste par une incapacité des parents à faire face aux problèmes occasionnés par le handicap de l'enfant. Leurs sentiments de culpabilité et de désespoir sont excessifs, de même que leurs comportements. Certains parents accordent par exemple une attention démesurée à l'enfant handicapé et négligent leur conjoint et leurs autres enfants. D'autres ne tolèrent pas du tout la situation et nient l'existence de l'enfant en le laissant aux soins de parents, d'un hôpital ou d'une autre institution.

L'inadaptation peut se traduire également par des difficultés conjugales. Certains parents enfin deviennent incapables de fonctionner normalement à leur travail ou témoignent continuellement de la colère et de l'hostilité envers eux-mêmes, envers les professionnels et tout le monde en général. Selon Young (1977), ces comportements manifestent différents degrés d'inadaptation. Mais il précise que les réactions des parents doivent être considérées dans le cadre d'un processus évolutif et qu'il n'existe pas de ligne de démarcation précise entre des réactions adaptées ou inadaptées. (Young R.K., 1977, pp 41-42.).

Une autre étude, menée par Wickler, Wasow et Hatfield (1981), souligne en effet que la plupart des parents affirment connaître des périodes de stress ou de tristesse tout au long de leur vie. Les auteurs ont recensé plusieurs périodes susceptibles de provoquer une crise: 1) lors de l'annonce du diagnostic; 2) pendant l'apprentissage à la marche et au langage (24-30 mois); 3) lorsque les parents réalisent que des enfants plus jeunes affichent des habiletés supérieures à celles de l'enfant handicapé; 4) lors de discussions concernant le placement de l'enfant ou son entrée à l'école; 5) lors d'une crise ou d'un problème spécifique lié à l'enfant handicapé; 6) lors de la puberté ou de l'âge adulte et enfin, 7) lors de discussions sur la prise en charge après le décès des parents. Lorsque les parents constatent des écarts de développement chez leur enfant en le comparant à d'autres enfants, le handicap prend des proportions plus importantes à leurs yeux. Ils ressentent alors les mêmes sentiments de choc, de confusion, de déception qu'à l'annonce du diagnostic. (Wickler L & al., 1981, pp, 51.).

Ainsi, l'état de chagrin chronique constitue une toile de fond sur laquelle s'inscrivent différentes étapes. Chaque étape est marquée par des réactions influencées par divers facteurs dont, en particulier, l'aide reçue de la part de l'entourage et des professionnels.

En somme, le cheminement des parents se fait à travers une gamme variée de sentiments et d'émotions. Ainsi, leur processus d'adaptation ressemble beaucoup à celui vécu par tout individu confronté à une situation brutale et inattendue.

Young (1977) résume bien la situation en déclarant que le degré de vulnérabilité des parents se reflète dans leur capacité individuelle de résister au stress et de réagir en situation de crise. Ainsi, la gamme de stratégies dont disposent les parents, c'est-à-dire les mécanismes à l'aide desquels ils affrontent les menaces à leur intégrité, et leur personnalité particulière déterminent de façon importante le succès de leur adaptation à la situation. (Young R.K., 1977, p 93).

VIII. L'impact au plan conjugal

Les exigences liées à la condition de l'enfant contribuent à mettre en péril les relations au sein du couple (Hornby, 1995; Yeh, 2002; Gray, 2003). Quelques études montrent que ce sont les conflits conjugaux relatifs aux tâches de la maisonnée et au soutien affectif qui influencent le plus négativement la perception des mères. (Krauss H & al., 2002 P 54).

Pourtant, plusieurs autres études montrent que le niveau de satisfaction conjugale est aussi très important pour les pères (Hadadian, 1994; Heaman, 1995; Hornby, 1995). Hornby (1995) affirme que les pères d'enfant ayant une déficience vivent davantage de détresse liée à leur couple et quittent plus fréquemment leur famille que les autres conjoints. Alors que le

stress conjugal des mères est influencé par la répartition des tâches, Heaman (1995) considère que les pères présentent davantage de stress associé au besoin de passer du temps avec leur conjointe, sans que l'enfant ne soit présent. En ce sens, les pères ressentent un niveau de stress plus important lorsque leur conjointe occupe un emploi (Hadadian, 1994). Des études montrent que le stress ressenti par les pères dans leur vie de couple s'étend bien au-delà de la sphère conjugale proprement dite. Il semble en effet que le stress conjugal ait des répercussions sur la qualité des interactions père-enfant. Quelques auteurs montrent que le stress conjugal influence spécifiquement la sensibilité des pères envers l'enfant, soit leur capacité à percevoir et à bien interpréter les signaux donnés par son enfant et à y répondre adéquatement (Nicholls K., 2003, p 93).

IX. Stratégies conjugales

Les mères accordent une grande importance à la complémentarité dans le couple, particulièrement au plan du soutien mutuel entre conjoints (Pelchat K, Lefebvre C & al., 2003, pp 83-84).

D'ailleurs, les états affectifs de la mère paraissent être intimement liés à la capacité de son conjoint d'être soutenant aux plans instrumental et expressif. Le père qui épaulé sa conjointe dans les tâches quotidiennes et qui est à l'écoute de ce qu'elle vit, l'aide considérablement à diminuer le stress qu'elle ressent. (Bristol D et al ., 1998, p 20).

Cependant, cette stratégie n'est pas caractéristique de l'adaptation des mères, puisque le soutien entre les conjoints semble aussi important pour le père. La qualité du fonctionnement et le stress ressenti par les pères sont étroitement liés à la façon dont ils perçoivent le soutien reçu de la part de leur conjointe. (Breton L., 1990, PP 238-239).

En fait, il semble que les pères et les mères aient des manières différentes de percevoir leurs interactions. Alors que les pères indiquent que le dialogue avec leur conjointe pour arriver à des ententes est une stratégies importante pour faire face au stress conjugal, ces dernières considèrent que le dialogue est un stratégie peu ou pas employée par leur conjoint (Krauss H &al ., 2003, P 93).

De plus, si les mères critiquent aussi l'implication domestique des pères, les résultats de certaines études montrent qu'il s'agit là d'une stratégie adaptative qu'ils utilisent fréquemment, bien que de façon limitée dans le temps (Brown D, 1996, p 36).

Conclusion

En guise de conclusion, on peut dire que l'arrivée d'un enfant atteint d'une infirmité motrice cérébrale, a des effets nuisibles sur la santé des parents. Il perturbe leur vécu psychique, leurs relations d'attachement, où ils passent par différentes étapes qui ont des conséquences sur eux même, ainsi que sur l'enfant arrivé. Ce chapitre théorique sera pour nous un matériel qui sert de support dans l'analyse des résultats de notre population d'étude.

Les êtres humains éprouvent naturellement le besoin de vivre dans une relation de couple pleine d'amour et d'harmonie où règne la paix et la tranquillité, leur bonheur réside dans le désir d'avoir un enfant en bonne et parfaite santé. L'enfant bien avant sa naissance est fantasmé par ses parents. Il est porteur de leurs désirs, c'est-à-dire de leur propre narcissisme, de l'estime qu'ils ont d'eux mêmes, par fois même du narcissisme de certains membres de la famille appartenant à la génération passée. Le désir d'enfant est toujours transmis de façon inconsciente de génération en génération.

Prenant l'exemple des mythes familiaux (Miermont, 93) dans le cas où ces projections trans-générationnelles sont très actives (par exemple, quand est véhiculé l'idée d'un rachat obligatoire par l'enfant de la conduite négative ou condamnable d'un ancêtre), l'enfant se trouve naître avec un « Mandat » rigide qu'il doit remplir. (Lebovici S., 1985, P 84).

Communément les personnes de la famille se reconnaissent dans l'enfant « il est comme son père, comme sa mère, il a les cheveux de sa tante, le sourire de son grand père ». Par ce qu'il est en adéquation avec ce qu'attendaient ses parents et sa famille, l'enfant est reconnu investi d'un lien de filiation, et trouver sa place dans son groupe familial.

De nos jours, le concept mère-nourrisson a évolué grâce aux connaissances sur le fonctionnement de chaque partenaire et leurs rôles respectifs dans la dynamique interactive, l'interaction parents-nourrisson est donc constituée de l'ensemble des processus bidirectionnels, où le nourrisson est soumis aux influences des parents mais il est également à l'origine de modification chez eux.

A ce propos, depuis le milieu du XX^{ème} siècle, les travaux de nombreux psychanalystes sur le développement des très jeunes enfants et, en particulier, ceux de Spitz, Bion, Anna Freud et D.Winicott, ont contribué à la mise en évidence de phénomènes clés pour le développement comme l'importance de la continuité relationnelle.

En 1938, René A. Spitz compare des enfants en crèches dans les prisons avec des enfants en institutions et décrit la dépression anaclitique et l'hospitalisme, 1958 après avoir étudié des jeunes délinquants et des enfants hospitalisés, John Bowlby présente sa théorie de l'attachement, 1978 Mary Ainsworth développe la « la situation étrange », une méthode de laboratoire permettant de classer les patterns de l'attachement en trois catégories B, A, C (sécurisant, insécurisant évitant, insécurisant ambivalent), 1986 Mary Main et Judith Solomon

proposent d'ajouter une quatrième catégorie D (insécurisent désorganisé). (Banse R., 1999, PP 29-30).

Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère par ce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation, en revanche, Bowlby déclare dans sa théorie que : « l'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe ». (Labbé, J., 2004, p 1).

L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent et l'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et ses parents.

Ainsi la constitution d'un lien d'attachement se présume sur quatre (04) phases, la première, dès sa naissance, le bébé cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Après, la seconde phase s'étend entre trois et six mois, le premier changement important est le développement de la capacité de l'enfant à contrôler ses systèmes de comportements. Puis, la troisième phase s'enchaîne vers six et neuf mois et dure jusqu'au début de la troisième année, c'est l'établissement du phénomène de base de sécurité. Enfin, la quatrième phase est celle du partenariat émergent (après deux ans) et du partenariat corrigé quant au but (après quatre ans). (Guedeny N & Guedny A., 210, P 19).

L'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé) a donné les statistiques concernant l'handicap en 2011, le nombre des personnes handicapés est en augmentation dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale sur la base des estimations démographiques pour l'année 2010. En revanche, avoir un enfant qui ne va pas bien, inattendu, et différent c'est un moment difficile et choquant pour le couple. Aujourd'hui beaucoup d'enfants naissent avec un handicap, que ce soit moteur ou mental, mais la souffrance reste la même.

Ce chiffre est plus élevé que les estimations qui datent des années 1970 et qui évoquaient une proportion aux alentours de 10% pour la charge mondiale de morbidité. Le handicap est aussi mesuré chez les enfants de (0-14ans) on estime qu'il concerne 95 million d'enfants (5.1%) dont 13 million (0.7%) ayant un handicap sévère (O.M.S., 2011. p.8).

L'Handicap est défini selon le grand dictionnaire de la psychologie, comme étant « la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à l'autre personne ». (Hattel B., 2005. p. 421).

On distingue classiquement trois types d'handicap ; les handicaps mentaux, sensoriels et moteurs. L'handicap moteur est défini comme : « Des paralysies d'origine diverses, (infirmité motrice cérébrale, malformation ou amputation des membres, etc.), qui restreint la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles ou autonomes » (ibid., 2005, p. 21).

Dans les handicaps moteurs, on distingue : les handicaps moteurs cérébraux appelé Infirmité Motrice cérébrale (IMC)- et les handicaps moteurs non cérébraux.

Dans notre recherche, on a essayé de mettre l'accent sur l'infirmité motrice cérébrale (IMC). L'IMC concerne « les enfants, adolescents ou adultes atteints d'entraves partielles ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et /ou du maintien des postures ». (Guidetti M. et Tounertte C., 1999, p.29).

Ces limitations résultent d'une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou peu de temps après la naissance». Cette lésion n'est pas évolutive mais ses effets vont interférer avec le développement cérébral ou psychologique des premières années de la vie. Il existe une grande variabilité au niveau qui peut être autonome. Bien que congénitale, elle est présente à la naissance. L'IMC n'est jamais héréditaire, l'incidence est de 1.8 pour les 1000 naissances. (Ibid., 1999, p.29).

En Algérie, selon les statistiques présentées par le Bouchlouch, sur une population de personnes handicapées moteurs évaluées à près de 3 million, on compterait entre 25 à 30 mille souffrant d'infirmité motrice cérébrale. En France, selon les plus récentes statistiques, on compterait une dizaine de milliers d'enfant IMC. (Bouchlouch M., 2009, p 20).

De nombreuses études et recherches ont été faites sur l'impact de l'arrivée d'un enfant handicapé sur les parents, on trouve notamment les travaux de Régine Scelle sur l'handicap et son influence sur sa famille et la fratrie. Notamment dans son article : « Devenir parent d'un enfant handicapé, une affaire de l'homme, de femme, de couple, d'enfant et de social ». (Scelles R., 2006).

Il y a notamment les travaux, de Dr Francesco Grasso, où il nous cite les effets traumatisants de l'enfant handicapé sur la perception et perturbation de la structure psychique des parents. (Francesco G., 2012, PP 401-402).

Nous trouvons aussi les travaux de Constance Lamarche, qui nous dicte les réactions initiales des parents lors de l'annonce de l'handicap, ainsi les processus d'adaptation chez eux. (Lamarche C., 1985, pp 39-40).

Catherine Graindorge, cite dans son livre « comprendre l'enfant malade », l'expérience vécue par les parents ayant un enfant handicapé, le développement de l'enfant (handicapé) peut y accentuer, ainsi les enjeux de la relation thérapeutique en pédiatrie. (Catherine G., 2010, PP 147-148).

Il ya également la recherche sur « Famille et handicap dans le monde » réalisée par Elizabeth Zucman, c'est une étude dans sa globalité socio-économique pour objectif de connaître le vécu des parents, et signale que l'handicap d'un enfant agit non comme un provocateur, mais comme révélateur des potentiels de son milieu familial, ainsi que leurs dépenses économiques.

A ce propos, et durant notre formation de stage dans l'association des handicapés moteur et des inadaptés mentaux, « DEFI » de Seddouk ; et durant les entretiens préliminaires qui se sont déroulés entre nous et les parents ayant un enfant handicapé, d'une part ces parents qui s'interrogent sur les causes de leur changement relationnel et affectif dans leur famille, envers leur figures d'attachement (partenaire-enfant), et envers leur entourage, d'une autre part les sentiments de culpabilité, d'abandon et de rejet qu'ils ressentent ainsi que l'évitement qu'ils emploient comme stratégie afin de parvenir à un certains soulagement.

Ainsi notre recherche qui a pour objectif de déterminer la qualité de l'attachement d'un parent ayant un enfant handicapé moteur (IMC), il a été nécessaire d'utiliser un entretien semi directif dans l'objectif de collecter des données sur la nature de la vie et des relations de nos sujets d'étude et de leur passé, nous avons passé le questionnaire des styles d'attachement l'AAI, Modèle Simpson 1990. Ce qui nous amène a formulé notre question de départ qui constituera le fondement de notre recherche :

Quel est le type d'attachement éprouvé chez le parent ayant un enfant porteur d'un handicap moteur (I.M.C) ?

Hypothèse générale :

Les parents d'un enfant porteur d'un handicap moteur (IMC), manifestent un attachement particulier.

Hypothèse partielle :

Le parent ayant un enfant handicapé moteur a tendance à s'approprier d'un attachement du type sécurisant-évitant.

Introduction

La recherche en psychologie clinique ne se limite pas au côté théorique, mais elle doit être fondée sur le côté méthodologique, qui est un canal médiateur entre le côté théorique et le côté pratique. La méthodologie de recherche est : « un ensemble de méthodes et de techniques qui oriente l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (Angers M., 1994, p. 58).

Dans ce chapitre, on expose les étapes de la recherche, la méthode suivie, ainsi que les résultats auxquels il est arrivé.

I. Définition des concepts clés

A. L'attachement

Etre attaché à quelqu'un signifie qu'en cas de détresse ou d'alarme, on recherche la proximité, et la sécurité qu'elle apporte de la figure spécifique à laquelle on est attachée. La qualité de l'attachement reflète les capacités des parents à reconnaître les signaux que leur bébé lance pour obtenir le contact et la proximité, et d'y réagir.

B. Types d'attachement

B.1 Chez l'enfant

A/ Un attachement sécurisant : l'enfant proteste lors du départ de leur mère puis se console rapidement en jouant. Au retour de la mère, il s'interrompt pour manifester leur joie (soulagement assorti d'un contact physique) puis reprennent leurs activités.

B/ Un attachement insécurité évitant : Ils ne protestent pas ou peu lors du départ de la mère et réagissent peu à son retour (apparente indifférence). Les tentatives de rapprochement ne servent à rien. Il arrive qu'ils se détournent de leur parent pour porter leur attention vers un objet.

C/ Un attachement insécurité ambivalent-résistant : ils protestent au moment de la séparation et ne peuvent ni être apaisés ni se remettre à jouer. Au retour du parent, ils recherchent le réconfort de façon ambivalente, s'agrippant à lui, pour s'en défaire rapidement après dans un moment de colère.

D/ Un attachement dit désorganisé-désorienté : le nourrisson cherche généralement la proximité de sa mère de façon étrange et désorienté. Par exemple en s'approchant d'elle puis en se figeant brutalement ou en détournent le regard. Ces enfants laissent transparaître des indices ou des signes de peur de la figure d'attachement.

B. 2. Chez l'adulte :

Les personnes qui ont un niveau élevé d'**anxiété** ont davantage tendance à se demander si leurs partenaires les aiment vraiment et ont plus souvent peur d'être rejetées. Le niveau d'anxiété est lié aux croyances concernant sa propre valeur et aux attentes d'être accepté(e) ou rejeté(e) par les autres. (Hazan C & Shaver RC., 1987, pp 511-512).

Les personnes dont le niveau d'**évitement** est élevé ont tendance à être moins à l'aise de dépendre de leurs partenaires et de s'ouvrir. Le niveau d'évitement/rapprochement est lié aux croyances concernant les autres et au fait de prendre le risque de les approcher. Ces deux dimensions déterminent des styles d'attachement sécure, préoccupé, détaché et craintif-évitant.

A/ Le **style sécure** est caractérisé par de faibles niveaux d'anxiété et d'évitement. Les personnes sécures ont tendance avoir des relations relativement durables et satisfaisantes. Elles sont à l'aise d'exprimer leurs émotions et ont tendance à ne pas souffrir de dépression et d'autres troubles psychologiques.

B/ Le **style préoccupé** est caractérisé par une anxiété liée à la relation élevée et un évitement faible. Les personnes préoccupées ont tendance à avoir des relations conflictuelles. Bien qu'elles soient à l'aise d'exprimer leurs émotions, elles vivent souvent beaucoup d'émotions négatives qui peuvent souvent nuire à leurs relations.

C/ Le **style détaché** est caractérisé par une faible anxiété et un évitement élevé. Les personnes détachées ont tendance à préférer leur propre autonomie, souvent au détriment de leurs relations intimes. Bien qu'elles aient souvent une grande confiance en soi, elles sont parfois perçues comme hostiles ou en compétition, ce qui interfère souvent avec leurs relations intimes.

D/ Le **style craintif-évitant** est caractérisé par une anxiété élevée et un évitement élevé. Les personnes craintives-évitantes ont tendance à avoir beaucoup de difficultés dans leurs relations. Elles ont tendance à éviter de devenir émotionnellement attachées, et, même dans les cas où elles entrent dans une relation engagée, la relation peut être caractérisée par une méfiance ou un manque de confiance. (Brennan C & Shaver PR., 1998, pp 520-521).

C. Parentalité

✓ **Parent** : Désigne les personnes titulaires de l'autorité ou de la responsabilité parentale

✓ **Parentalité** : Comprend l'ensemble des fonctions dévolues aux parents pour prendre soin des enfants et les éduquer. La parentalité est centrée sur la relation parents-enfants et comprend des droits et des devoirs pour le développement et l'épanouissement de l'enfant.

✓ **Parentalité positive** : Se réfère à un comportement parental fondé sur l'intérêt supérieur de l'enfant qui vise à élever et responsabiliser l'enfant, un comportement non violent qui lui fournit reconnaissance et assistance, en établissant un ensemble de repères favorisant son plein développement.

D. L'enfant porteur d'handicap moteur

✓ **L'enfant** : l'enfant est un être en structuration psychique et en développement moteur, qui accède à l'autonomie par le jeu et par ses rapports successifs aux limites de ces capacités qu'elle soit comportementale physiques ou psychique.

✓ **Handicap moteur** : c'est la situation d'une personne désavantagée d'une situation d'une manière ou d'une autre, ainsi une paralysie d'origine divers : infirmité motrice cérébral, mal formation, l'amputation des membres,... etc.

II. Définitions des variables opératoires

1. L'attachement :

✓ **L'attachement** : l'attachement des parents et l'enfant c'est la relation qui implique évidemment une qualité d'attachement et ce type devient un modèle pour toutes les relations futures et pour les croyances profonde.

2. Parent d'enfant handicapé :

✓ **Parentalité** : pour « faire » un parent, il faut un homme, une femme, un enfant et une culture, une société, qui reconnaît et qui donne, ou non, valeurs et légitimité à ces liens et à leurs protagonistes.

✓ **L'enfant porteur d'handicap moteur** : le décalage entre l'image idéalisée de l'enfant et celle que renvoie l'enfant né avec un handicap, l'excès de différence entre les parents et l'enfant qui naît avec un handicap, plongent la famille dans la sidération et provoque un anéantissement. Le handicap vient défier les liens de la généalogie et provoque un risque de rupture dans la filiation. Il crée un sentiment d'étrangeté, la désillusion est brutale et provoque un vide profond, une catastrophe interne.

III. La pré-enquête

C'est l'une des étapes les plus importantes dont le chercheur doit se baser, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche et sur la population visée. Elle permet aussi de cerner l'objet d'étude et vérifier sa faisabilité.

On a réalisé la pré-enquête dans l'association « DEFI » de Seddouk précisément dans la salle de regroupement des professionnelles ou la salle de réunion. On a fait des rencontres avec les parents durant les séances des cours où ils ramènent leurs enfants. Ce qui a attiré notre attention, c'est ce contact relationnel et communicatif soit avec leurs enfants ou leurs partenaires. On s'est rapproché d'eux, on leur demandant si on pouvait travailler avec eux. Après avoir eu leurs consentements, on les a informées sur les techniques de notre recherche qu'il s'agit d'un guide d'entretien avec une passation d'un questionnaire d'attachement adulte interview l'AAI dont on a expliqué la procédure, ils ont donné leurs consentements, on les a rassurés sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

IV. La démarche de la recherche

Considérant la nature de notre thème de recherche, on s'est basé sur la méthode clinique définie par LAGACHE, comme la méthode qui envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible, la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, à la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Chahraoui k. et Benony H., 2003, p. 11)

La méthode clinique se fonde sur un triptyque comprenant :

- L'observation ;
- La mesure, ou dimensionalisation de trait ;
- La prise en compte de la relation clinicien/sujet.

La méthode clinique implique toujours une composante très importante d'observation dans les conditions particulières de la situation clinique. La composante de mesure est également un facteur de la méthode, dans les tests psychométriques. Mais elle est présente aussi dans le classement que l'on peut effectuer des conduites ou des réponses des sujets sur les échelles nominales, plus qualitative (Roger P. et coll., 2006, p.124).

Elle est aussi « la méthode qui permet par le moyen de recueil des données la compréhension de la personne totale en situation et en interaction ». (Glama A. et Plaza M., 1989, p. 18).

V. La population d'étude

Notre population d'étude est composée de 10 cas de parents ayant des enfants IMC. Ces parents ont pas accepté facilement de travailler avec nous, car le facteur du temps est un obstacle majeur, ainsi leurs conditions socio-économique l'empêchent à être au rendez-vous prévue mais ils se sont montrés très compréhensifs et ont répondu facilement à notre objet d'étude l'heur de se présentés.

- **Les critères d'homogénéité**

-Tous les cas sont des parents qui ont des enfants IMC.

- **Les critères non pertinents**

-L'âge des parents et celui de leur enfant.

-Le niveau d'instruction.

- La fonction.

- Le sexe de l'enfant.

Tableau N°1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude des pères

Prénom des pères	L'âge	Niveau d'instruction	fonction
Karim	53 ans	7eme année Fondamental	Gardien
Chabane	40 ans	9eme année Fondamental	Masson
Zahir	42 ans	1 année secondaire	Frayeurs
Yousef	38 ans	6eme année primaire	Agent de sécurité
Said	47 ans	6eme année primaire	Agent d'entretien

Tableau N°2 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude des mères

Prénom des mères	L'âge	Niveau d'instruction	fonction
Fatima	41 ans	9eme année Fondamental	Femme au foyer
Hadjira	33 ans	9eme année Fondamental	Femme au foyer
Radia	31 ans	4eme année primaire	Femme au foyer
Meriem	34 ans	6eme année primaire	Femme au foyer
Noura	38 ans	6eme année primaire	Femme au foyer

Tableau N°3 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude des enfants IMC

Nombres d'enfants		L'âge de l'enfant	Sexe de l'enfant	Scolarisé ou non
Cas 01	03	16 ans	Garçon (inné)	Oui dans l'association
Cas 02	03	6 ans	Féminin (cadette)	Non scolarisé
Cas 03	02	7 ans	Garçon (inné)	Oui 1 année primaire
Cas 04	02	7 ans	Garçon (cadet)	Oui 2 années primaires
Cas 05	06	16 ans	Garçon (inné)	Oui 6 années primaires

Notre population d'étude comme montrée dans les tableaux ci-dessus est composée de 03 tableaux.

- Premier tableau : 05 pères, leur catégorie d'âge se situe entre (38-53), la majorité d'eux ont un niveau d'instruction moyen et occupe des fonctions non intellectuelles.
- Le seconde est composée de : 05 mères, leurs catégorie d'âge se situe entre (31- 49), la totalité d'elles sont des femmes au foyer.

- Enfin le dernier tableau : 05 enfants IMC est nous avons remarqué que, sont âgés entre (6- 16) ans ; la majorité de cas, sont scolarisés sauf 03 cas d'entre eux, et sont e majorité de sexe masculin et les enfants IMC sont des ainés.

VI. La présentation du lieu de la recherche

Le DEFI Seddouk et Beni Maouche est une association sociale, créée conformément à la loi 90-31 du 04 décembre 1990, relative aux associations ; et sur initiative de monsieur KEBBICHE AISSA, psychologue clinicien, en date du 02 Avril 2006, a été créée l'association dénommé « association pour enfants inadapté mentaux », « le DEFI » des deux dairates : Seddouk et Beni-Maouche. Enregistré à la DRAG de la wilaya de Bejaia, sous le numéro 125/2006 et agréée le 23 Septembre 2006, sous le numéro 228/2006. En 2012 et le quinze du mois du Janvier, il a été procédé à l'adoption du statut de la nouvelle loi 06/12 du 12 Janvier 2012 relative aux associations.

A- le fonctionnement de l'association

L'association fonctionne selon son statut tiré des dispositions de la loi 90/012 relative aux associations. L'assemblée générale composée de membres fondateurs et adhérents (parents d'handicapés) trace le programme d'action lors de ses réunions ordinaires tenues obligatoirement une fois par an. Le bureau exécutif élu par l'Assemblée Générale, composé de 11 membres dont 01 président, 02 vice-présidents, 01 secrétaire générale, 01 adjoint secrétaire générale, 01 trésorier, 01 adjoint trésorier, et 05 assesseurs, exécute le programme d'activités dont l'évaluation est établie aux cours des réunions mensuelles tenues à cet effet, le personnel du pré-emploi en nombre de 10 (psychologues, orthophonistes, éducatrices, et secrétaires) assure la permanence de l'association sous la responsabilité du président et s'occupe de l'administration et le suivi psychologique des inadaptes et de leur orientation ...et sont associés au compagnes et caravanes de solidarité.

Il est fait appelle en cas de nécessité et selon les cas aux amis de l'association, aux comités de village, à d'autres associations dans le cadre de partenariat. Annuellement un bilan moral et financier présenté devant l'assemblée générale, le bureau exécutif se charge de toutes les démarches administratives (relations avec les autorités, demandes de Subvention...).

B- Les structures mises en place par l'association

B-1 Cellule d'écoute, conseils, et orientation :

Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire d'une secrétaire, deux psychologues cliniciennes, psychologue scolaire, deux orthophonistes, trois éducatrices, un médecin généraliste, ainsi son objectif est l'encadrement pédagogique.

B-2 Cellule d'accompagnement à l'éducation

Visé à changer de regard et de positionnement envers l'éducation des enfants en situation de handicap et cela en ayant toujours comme point de départ les besoins de l'enfant, en adoptant une approche centrée sur l'enfant, de sorte que ce ne soit pas à l'élève de s'adapter au milieu scolaire ordinaire, mais bien au milieu scolaire de s'adapter à l'élève, afin de lui offrir les meilleures conditions d'enseignement et d'apprentissage.

- Son rôle :

Est d'offrir un accompagnement global à l'enfant. Chacun des professionnels possède son champ de compétences, à sa place dans l'équipe, et agit en complémentarité avec ses collègues. Dans le cadre du dispositif itinérant à Bejaïa, les enfants sont suivis par au moins un des professionnels qui a les rôles suivants :

La psychologue clinicienne :

✓ Effectue des bilans psychologiques des enfants (évaluation des capacités intellectuelles de l'enfant, évaluation de ses difficultés affectives et relationnelles et cela à l'aide de séances d'observation et de tests).

Orienté et conseille les enseignants lorsqu'ils rencontrent des difficultés avec les enfants.

✓ Explique les pathologies aux enseignants et proposent des méthodes de communication plus adaptées selon les enfants.

- ✓ Accompagnement des parents et rencontres à domicile.

L'orthophoniste :

- ✓ Dépiste et traite tout trouble de la communication écrite ou orale.

✓ Travaille surtout sur les difficultés au niveau du langage oral (retard de langue, de parole), le bégaiement, les difficultés au niveau du langage écrit (difficultés d'apprentissage, les dyslexies, etc.).

✓ Oriente et conseille les enseignants lorsqu'ils rencontrent des difficultés avec les enfants.

L'éducatrice :

✓ Travaille sur les différents aspects de la prise en charge éducative, l'autonomie de l'enfant.

✓ Fournit un soutien scolaire lorsque les enfants rencontrent des difficultés d'apprentissage.

✓ Oriente et conseille les enseignants sur des méthodes pédagogiques adaptées lorsqu'ils rencontrent des difficultés avec les enfants.

Cette prise en charge pluridisciplinaire a permis à des milliers de malade de bénéficier de soins spécialisés et pour beaucoup d'entre eux d'être réadaptés à la vie de nouveau.

VII. Les outils d'investigation

VII-1-L'entretien clinique

L'entretien est le principal outil du psychologue, il peut s'agir d'une situation d'évaluation ou de thérapie, la majeure partie du matériel, des informations, proviennent en effet, du discours, les buts sont doublés : écouter, faire parler.

Pour Collette Chilland, l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande du patient. C'est une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles avec un ou plusieurs personnes. (Chiland C., 1983, p. 10)

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives de sujet, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet on se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, il vise aussi à recueillir un maximum d'information sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence du sujet lui-même, à l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale et la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité...etc. (Chahraoui k. et Benony H.,1999,p.11-12).

Selon Grawitz M : l'entretien clinique « comporte peu de question, c'est l'enquêté qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder. Le plus souvent, il monologue, tout ce qu'il dit intéresse l'enquêteur, dans quelques domaines ou ordre d'idées que se soit. Une série d'interviews est nécessaire. L'enquêteur dans ce type d'interview, s'intéresse non

seulement au contenu manifeste, ce que dit le patient, mais aussi la façon dont il le dit. » (Gawitz M. 2011, p. 646).

VII-1-1-les conduites de l'entretien

Du côté de l'écoute, le principe fondamental et la neutralité bienveillante, ce qui implique que le psychologue ne donne pas son avis ou ses propres jugements pendant l'entretien, son attitude ne doit être ni distante, ni rigide, du côté de la facilitation de la parole.

Il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, non directif, et semi directif. Dans notre recherche et en vue de la qualité des informations recherchés, nous avons opté pour **l'entretien semi directif** qui est défini comme « c'est une technique directe scientifique auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, au près de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. »(Angers M., 1999, p.144).

VII- 1-2-Le guide d'entretien

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien qui est définie comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. »(Blonchet et Gotmen, 1999).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter ; le chercheur prépare quelques questions qui ne sont pas posées de la manière directe ou hiérarchisée.

Nous avons établi un guide d'entretien constitué de(05) axes :

Axe 1 : Données personnelles

Axe 2 : Avoir un enfant.

Axe 3 : Naissance d'un enfant porteur d'handicap.

Axe 4 : Le climat affectif et relationnel dans l'atmosphère familiale.

Axe 5 : La relation des parents avec l'entourage.

VII-2- Le questionnaire d'Attachement de Simpson (AAI) :

A-Présentation du questionnaire :

Pour l'identification des styles d'attachement des parents ayant un enfant handicapé, nous allons utiliser le questionnaire d'attachement chez l'adulte, modèle de simpson, créé en 1990,

et appliqué en 1993 sur des adolescents par Kobac. (Guedeney. N & Guedeney. A, 2006, p. 85).

B-Cotation :

Chacun des items est coté selon une échelle de lickert allant de 1 à 7 ; un score de 1 traduit un niveau de désaccord élevé avec l'énoncé de l'item, et inversement, un score de 7 traduit un niveau d'accord élevé avec l'énoncé de l'item. Les sujets doivent coter les items selon la façon dont ils se sentent typiquement dans leurs relations avec autrui.

B-1Présentation des styles d'attachements de questionnaire :

- Les cinq premiers items (items **a** à **e**) recouvrent le style d'attachement sécurisant (autonome).
- Les quatre items suivants (items **f** à **i**) correspondent au style d'attachement évitant.
- Les quatre derniers items (items **j** à **m**) sont relatifs au style d'attachement anxieux-ambivalent.

A l'origine, l'addition des résultats obtenus aux items (**a** à **e**) correspondait au score obtenu pour l'attachement sécurisant, l'addition des résultats obtenus aux items (**f** à **i**) au style d'attachement évitant, et l'addition des résultats obtenus aux quatre derniers items (**j** à **m**) au style d'attachement anxieux-ambivalent. Un score élevé à l'un ou à plusieurs de ces styles d'attachement était indicatif du ou des style(s) d'attachement (sécurisant et/ou évitant et/ou anxieux-ambivalent) (simpson, 1990). Néanmoins, une série d'analyses factorielles a permis de dégager deux facteurs : la dimension sécurisant-évitant et la dimension non anxieux-anxieux.

- L'addition des scores obtenus aux items **a, b, c, e, f, g, h** et **i** permet ainsi de situer le sujet sur le continuum sécurisant-évitant, un résultat élevé signifiant que le sujet est très évitant.

- L'addition des scores obtenus aux items **d, j, k, l**, et **m** indique où se situe le sujet sur le continuum non anxieux-anxieux, un résultat élevé signifiant que le sujet est très anxieux.

B-2L'objectif de ce questionnaire :

Cette échelle explore les représentations imaginaires que construit chaque individu avec ses figures intériorisées issues de l'enfance et ce qui en résulte sur les interactions actuelles.

Et comme nous l'avons signalé au par avant, la référence est au modèle tripartite élaborés par Hazan et Shaver à partir de la typologie des quatre types d'attachement chez l'enfant, définie

lors des études cliniques réalisées par Ainsworth et ses collaborateurs (la situation étrangère), afin d'évaluer l'attachement interne chez l'adolescent et l'adulte. Il y a les styles sécurisant, anxieux-ambivalent et évitant.

- Le type d'attachement sécurisant est le modèle dans lequel la personne se sent confortable à l'idée de se rapprocher des autres et n'éprouve pas de difficulté à se laisser soutenir par eux lorsqu'elle en a besoin. Elle ne craint pas l'abondance des autres. Par exemple, une personne ayant développé une relation sécurisante avec ses parents, se remémore des souvenirs d'enfance marqués par un soutien quasi-constant de leur part. L'absence de jugements des parents, ainsi que leur présence soutenue ont permis à cette personne de réaliser ses propres expériences dans un environnement sécurisant.

Une telle attitude a favorisé le développement d'un sentiment de sécurité dans les relations d'attachement futures. La sécurité affective développée en bas âge se maintient généralement à l'adolescence et à l'âge adulte.

- Une personne présentant un type d'attachement anxieux-ambivalent désire vivre beaucoup d'intimité avec sa figure d'attachement quand bien même cette dernière est proche ou désire s'éloigner. Hazan et Shaver (1987), explique que l'enfant présentant un style d'attachement anxieux-ambivalent recherche désespérément le contact avec la figure significative ayant été ambivalente. Cette personne démontre un faible niveau d'autonomie et une peur marquée d'être abandonnée par la figure d'attachement. L'individu sollicite l'approbation des autres pour faire certains choix personnels. Par exemple, il demande l'approbation d'un parent afin de justifier ses propres décisions.

- Un individu présentant un type d'attachement évitant est décrit comme une personne inconfortable dans les relations intimes, devenant anxieuse lorsque se rapprochent trop d'elle. Cet individu a vécu dans l'enfance des expériences relationnelles primaires ayant été fuyantes et peu chaleureuses.

Le comportement d'attachement évitant s'installe lorsque la figure significative ne répond pas aux besoins de support, d'affection, d'attention et d'exploration de l'enfant de façon constante et appropriée. Ainsi, l'enfant apprend à anticiper les comportements rejetant et ambivalents de la mère en devenant évitant dans son contact avec elle. Cela lui permet de ne pas vivre le rejet de la figure significative qui lui est insupportable. Ses comportements s'expriment par un regard fuyant au contact de la mère et une attitude d'indifférence en sa présence. La blessure de l'enfant due à l'absence de la mère et aux besoins de contact n'ayant

pas été comblée par elle, s'illustre par la coupure du lien que provoque l'enfant pour ne pas ressentir ces manques.

Pour l'individu au type d'attachement évitant, les relations d'intimité représentent une proximité menaçante, car elles éveillent la peur archaïque d'être rejeté par la personne significative. Ayant également appris à se prémunir des relations intimes, l'individu répète le modèle relationnel qu'il connaît en les évitant afin de se protéger des ressentis pénibles d'une perte possible du lien. Portant, cet individu a tout le temps besoin du contact et du rapprochement qu'une personne présentant un autre type d'attachement. Cependant, il apprend plutôt à se couper du lien, la première expérience d'attachement est pour cet individu insoutenable. La distance et l'évitement d'une relation d'intimité lui permet donc de ne pas entrer en contact avec le manque et le contrôle ressentis dans les premières relations d'attachement. Cependant bien qu'il se sente protégé, ce comportement d'évitement le prive d'un lien amoureux pouvant lui être satisfaisant et enrichissant. Il lui est difficile de faire confiance aux autres et de se laisser soutenir par eux lorsqu'il en a besoin et qu'il pourrait en bénéficier. En fait, cet individu se retire couramment des relations avec les autres de sorte qu'il puisse anticiper et se protéger des contacts qui pourraient lui être potentiellement douloureux. (Sperling M., 1994, pp 50-51).

VIII. Le déroulement de la pratique

Les circonstances dans lesquelles on a effectué notre recherche ne sont pas favorables, car on a rencontré certaines difficultés au niveau de l'association, à cause de l'indisponibilité de bureau qui été partagé par l'orthophoniste, ainsi la non disponibilité du temps pour les parents qui ont des difficultés à avoir du temps libre à cause de leur condition économique et géographique.

L'entretien s'est déroulé dans le bureau du psychologue, quand l'orthophoniste n'a pas de consultation, et aussi on a séparé entre les pères et les mères lors de l'entretien et la durée varient entre 35 à 45 minutes, on a réussi à faire 02 cas par semaine. Les parents sont montrés compréhensifs et collaborateurs avec nous.

Un mois après le déroulement de l'entretien, on a fait une passation de questionnaire d'attachement AAI, ce dernier est effectué dans un climat favorable ou il y a pas de bruit ce moment là. La durée varie d'un cas à un autre, mais elle ne dépasse pas une heure.

IX. La méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas

Après avoir recueilli toutes les informations sur notre population de recherche, et après l'application des outils de la recherche (entretien semi directif et le questionnaire d'attachement AAI). On a suivi les étapes suivantes :

IX-1-Présentation et analyse des cas :

On a fait une analyse qualitative des données de l'entretien de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.

Conclusion

Ce chapitre méthodologique nous a servi pour avoir une bonne organisation de notre recherche et cela à travers le respect de certaines étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail.

1-Présentation et analyse des entretiens et du questionnaire d'attachement adulte interview l'AAI

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°1

Prestation du cas N°1

Karim est un homme adulte âgé de 53 ans, agent de garde dans une entreprise qui se situe au sud de pays, niveau d'instruction 7^{ème} année fondamentale, père de 03 garçon, dont l'inné attient d'infirmité motrice cérébral (imc), âgé de 16ans, qui scolarisé dans l'association « DEFI ».

L'entretien s'est dérouler avec karim dans le bureau du psychologue.

-Donnés et analyse de l'entretien du cas N°1

D'abord, nous avons remarqué que Karim est une personne calme et sage, d'une mimique triste. Il ne parle pas beaucoup, il a accepté facilement l'entretien avec nous, après l'explication de notre objet d'étude.

L'analyse de contenu de cet entretien, permet de découvrir que Karim était très content lorsque il c'est informer que sa femme était en ceinte, car c'est un événement qui se produit après 15 ans de mariage, au milieu de sa joie, karim porte en lui une image et des représentations d'un enfant en bonne santé, intelligent et beau, qui va remplir sa maison de bonheur ; et pour l'arriver de l'enfant karim n'a rien préparer du spéciale pour l'enfant, vu ces conditions économique. Pour lui donner de l'affection et assurant une bonne éducation à l'enfant est un bien capitale selon ces expressions « éduquer mon enfant est très important pour moi, c'est une chose que les parents de notre temps néglige ».L'idée que cet enfant serai handicapé est exclue chez karim.

Notre entretien mené avec Mr Karim, à révélé que la naissance de sont enfant c'était un moment de choc, de faite que ce dernier été un enfant anormal, cela confirme la déclaration faite par Ferenczi dit que « le traumatisme à un effet de sidération, qu'il provoque une perte de la liberté de penser, la perte du plaisir de vivre et un retournement de l'agressivité contre soi-même. (Borgnos D., 2000, p1). Mais y'avait-il un espoir que l'enfant ne souffre pas d'une difficulté grave qui peut se disparaître, par une intervention chirurgicale. D'après karim l'échec de l'opération pour l'enfant à 06 mois avait écarté tout espoir, chez lui et ce qui a conduit à la confirmation de l'installation d'un handicap moteur grave chez

l'enfant, ce qui a causé à Mr Karim un effondrement de son état psychique selon ces dires : « en ce moment toute est devenue noire à mes yeux ». Cet état était décrit par Lamarche ; « l'arrivée d'un enfant handicapé provoque l'effondrement des rêves de perfection tissés au fil des mois et bouleverse considérablement les projets d'avenir. Cet enfant ne sera jamais l'enfant dont-il rêvé ». (Lamarche C., 1985, p 38).

De plus, l'handicap de l'enfant avait provoqué chez Karim un sentiment de la honte, ce qui avait été exprimé par dire « je suis le seul dans la famille qui a un enfant handicapé ». Karim ne s'occupe presque pas de l'enfant handicapé à cause de son travail qui l'oblige à être loin de chez lui la plus part du temps.

Pour ce qui est du climat affectif et relationnel dans la famille ; Mr Karim n'est pas dans une relation profonde avec son enfant handicapé c'est-à-dire une vraie relation de père-enfant, ce qui caractérise la relation est que le sentiment de pitié est le plus dominant, il dit « il me fait de la peine », et c'est un sentiment qui ne l'exprime pas ni à son enfant handicapé, ni à ces frères de cet enfant pour qu'il ne perturbe pas la relation de l'enfant avec ces frères d'après Mr Karim : « j'ai peur de créer une jalousie chez ces frères ».

D'après notre entretien, nous sommes arrivés à découvrir que l'arrivée de l'enfant handicapé a entraîné des changements sur les relations de Karim avec son entourage. Selon Egg déclare à cet égard que : « les parents passent par trois phases progressives, d'abord centré sur le moi, puis sur l'enfant et enfin sur la communauté ». (Lamarche C., 1985, p38). Contrairement à sa relation de couple qui n'était pas perturbée à cause de l'existence d'un enfant handicapé comme un objet d'union.

Mr Karim dénonce que ces parents, sont les seuls qui ont apportés du soutien d'après ces propos : « mes parents étaient mon seul refuge ». Durant notre entretien Karim avait déclaré qu'il était souvent critiqué par son entourage, depuis son mariage premièrement du fait que il n'a pas pu avoir d'enfant pendant 15 ans de mariage, secondement son premier enfant était un handicapé, selon lui tout le monde se mit d'accord pour lui dire : « tu es privé d'enfant pendant 15 ans de mariage, quand le Dieu t'a donné un, c'est révélé handicapé... pas de chance ».

Conclusion

D'après l'analyse de l'entretien, on peut conclure, que le cas de karim présente un grand changement de comportement par rapport à ces relations avec son enfant et son entourage, car son attitude d'évitement est installer et le sentiment de la honte et de la culpabilité vis-à-vis de la situation qu'il à était toujours critiqué.

Nous pouvons dire que notre sujet vivait un attachement évitant vu à la situation de son mariage, et de ne pas avoir un enfant et après 15ans il arrive à avoir un handicapé, et cela le rend triste. Sa relation avec sa femme lui procure de la proximité, de la sécurité ; mais cette même figure d'attachement qui lui engendre une blessure et lui donné un enfant handicapé, produit un attachement insécurisant caractérisé par l'anxiété et l'ambivalence. La personne ayant ce style d'attachement désire vivre beaucoup d'intimité avec sa figure d'attachement, quand bien même cette dernière est proche, ou désire s'éloigner.

- L'analyse de l'AAI du cas N°1:

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	21
Évitant	16
Sécurisant-évitant	32
Anxieux-ambivalent	14
Non anxieux-anxieux	19

D'après ce tableau, nous avons constaté une différence entre les scores obtenus et nous pouvons favoriser un style d'attachement qui à une note très élevé par rapport aux autres styles : l'attachement Sécurisant-évitant à une note de (32), l'attachement Sécurisant une note de (21), l'attachement Évitant à une note de (16), l'attachement Non anxieux-anxieux à une note de (19), l'attachement Anxieux-ambivalent à une note de (14).

Selon les chiffres recueillis, ce cas à développé un attachement insécurisant, style évitant qui est selon Ph. Mazet : « l'individus n'a aucune confiance dans le fait que s'il recherche des soins, il lui sera répondu de manière utile, mais il s'attend au contraire d'être repoussé. Il tente de vivre sa vie sans amour ni soutient de la part des autres. Il essaye de se suffire à lui même sur le plan affectif et peut être diagnostiqué comme (narcissique ou ayant un fait-self ».

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°2**Présentation du cas N°2**

Fatima est une femme adulte âgée de 41ans, femme au foyer, niveau d'instruction 9ème année fondamentale. Mère de 02 garçon c'est des jumeaux, la durée de son mariage est duré 15ans, car elle est veuf actuellement suite au décès de son mari. L'un de ces deux enfants est atteint d'infirmité cérébrale (imc) ; âgé de 16ans, et il est scolarisé 1année fondamentale.

L'entretien avec Zohra s'est déroulé dans le bureau de psychologue de cette association.

-Donnée et analyse de l'entretien du cas N°2

Durant l'entretien Fatima était calme, un peu timide, mais le contact avec elle est très facile, les réactions à l'entretien ont été vécues par une participation affective et beaucoup d'émotion. Elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous, avec toute franchise.

L'analyse de l'entretien révèle, que Fatima désire cette grossesse, qu'elle est très contente, mais elle s'attend pas des jumeaux, et ça explique son doute pour que l'un des deux naisse anormal. D'après ces dires « je sens que l'autre bébé ne bouge pas », Fatima comme toutes les mères désire d'avoir un enfant en bonne santé.

L'accouchement était très difficile, mais elle est allée à terme et elle raconte ça avec beaucoup de souffrance, car elle a souffert et d'après ces énoncés « surtout avec le deuxième » ; ça signifie que Fatima a une dépression de post-partum durant l'accouchement, et ça explique que cet enfant pour elle représente une blessure narcissique. (Eplbaum C, Ferrari P., 1991, P443). La prise de connaissance que son enfant est un handicapé n'a pas été vraiment un choc pour Fatima, ainsi à ce moment là l'état de santé de son mari s'aggrave d'après ces propos « je m'occupe de mon mari et de l'enfant sain, et sa grand-mère qui s'occupe de mon enfant handicapé ». Peu de temps après le mari de Fatima est décédé. Fatima commence à raconter sa souffrance lors du décès de son mari, et cela signifie que la mort de son mari était un choc pour elle.

À l'âge de deux ans, de son enfant handicapé commence à l'amener dans un établissement de rééducation spécialisé, elle raconte qu'elle a souffert pendant le parcours médical, car elle a des difficultés financières et ça explique dans ces dires « j'ai arrêté de l'amener pendant un an ».

Sur le plan affectif et relationnel dans la famille, Fatima déclare que la communication avec son enfant handicapé est très limitée par rapport à son frère, et elle exprime ces sentiments avec de la colère envers l'enfant handicapé, ça explique le rejet affectif de l'enfant par l'agressivité masqué de la part de Fatima. Comme elle essaye d'instaurer une bonne relation entre les jumeaux selon elle « j'acheté les même vêtements pour les deux, pour ne pas crée de la jalousie ».

On constate dans notre entretien, que Fatima se sente coupable et une mère inadéquate envers son enfant handicapé, elle dit : « on s'on n'entend pas bien, il m'évite, ainsi moi je ne peux pas l'aider ».

Pour la relation de Fatima avec son entourage, déclare qu'elle ne côtoyer pas vraiment et elle est très timide, ainsi pour ce qui est du changement après avoir l'enfant handicapé, elle c'est senti pas de changement, mais tout à fait le contraire pour ce qui est du déci de son marie d'après ces dires « lorsque mon marie est décédé, je me senti seule, angoissante et j'ai vraiment peur » ; cela explique qu'elle à vécu l'expérience de la mort ou la perte d'un objet d'amour, suite au processus de deuil, elle avait oublier complètement, qu'elle vient d'avoir un enfant handicapé.

On aboutie aussi d'après l'analyse de notre entretien, que Fatima à reçu de soutient de la part de ces proches, mais elle à du manque de confiance en soi d'après ces paroles « je me sens que je suis une veuf, et mère qui fait pitié pour les gens » ; sa signifie qu'elle vit dans un état d'anxiété et d'ambivalence.

Conclusion

D'près les données de l'entretien nous pouvons, dire que notre sujet vit avec ses enfants un attachement sécurisant, la relation entreprise avec l'enfant handicapé est une relation insuffisante en termes de sécurité affective, car l'enfant handicapé est une figure d'attachement qui pousse notre sujet à plonger dans ces souvenirs, pour se rappeler de la blessure narcissique, donc les affectes liés à l'égard de l'enfant handicapé provoquent de l'angoisse.

1-2.L'analyse de l'AAI du cas N°2

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	19
Évitant	20
Sécurisant-évitant	32
Anxieux-ambivalent	24
Non anxieux-anxieux	31

D'après ce tableau, nous avons constaté une différence entre les scores obtenus et nous pouvons favoriser un style d'attachement qui a une note très élevée par rapport aux autres styles : l'attachement Sécurisant-évitant à une note de (32), et d'un score pas très loin du type attachement non anxieux-anxieux qui s'inscrit dans le continuum de très anxieux à une note de (31), l'attachement anxieux-ambivalent à une note de (24), l'attachement Évitant à une note de (20), et enfin un score (19) pour l'attachement sécurisant.

On peut justifier l'attachement sécurisant-évitant par l'enfant handicapé comme une figure d'attachement provocatrice de douleurs passées et déclenchant le rejet.

1-1- Présentation et analyse de l'entretien du cas N°3**Présentation du cas N°3**

Il s'agit de Mr Chabane, âgé de 40ans, Masson, niveau d'instruction 9ème année fondamental, père de deux garçons et une fille, dont cette dernière est une fille handicapée (imc) âgée de 06 ans non scolarisée.

L'entretien avec Chabane s'est déroulé dans le bureau de psychologue, après midi.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°3

Premièrement Chabane c'est montré courageux et calme, d'une mimique triste. Il parle avec une voix tendre pleine d'affection, au cours de l'entretien, il s'est mis à l'aise avec une grande collaboration et plaisir de répondre à nos questions, il a exprimé des discours pleins d'éléments personnels et d'exemples vivants avec pertinence de ces idées.

D'après L'analyse de l'entretien, Chabane annonce que l'enfant pour lui « c'est la vie », ainsi il était prêt à avoir un troisième enfant pour que la famille soit complète, ça explique que c'était un enfant désiré. Il tient aussi sur le facteur du savoir pour que ses enfants soient intellectuelles car il déclare dans ces dires « moi je n'ai pas de chance, mais mais mes enfants, je vais faire tous pour qu'il soit intellectuelles », ça signifie que Chabane désire de trouver ce qui lui manque chez ses enfants (le savoir).

Chabane n'attend pas d'avoir un enfant handicapé, d'ailleurs il dit « comment est-ce possible, j'ai deux garçons avant elle et ils étaient sains », ça explique l'état de choc et selon Cohen : « le choc ressenti par les parents est tel qu'ils deviennent inaccessibles cette réaction émotionnelle, de non réceptivité s'explique par la brutalité de l'événement ». (Lamarch C., 1985, p39).

De même fait on constate que, c'est l'épouse de Chabane qui s'occupe de la fille handicapée durant sa prise en charge médicale, car il n'accepte pas l'handicap de sa fille, d'après ses propos : « j'ai allé une fois avec ma femme, et les médecins m'en énerver » ; cette réaction confirme le refus de l'handicap de sa fille, il essaye de fuir et de nier la réalité.

Pour ce qui est du climat affectif et relationnel dans l'atmosphère familiale, Chabane préfère de ne pas rentrer à la maison, il déclare que ça lui fait oublier, que il a une fille handicapée. Il s'isole, il a des relations plus étroites avec ces deux garçons, et d'après ses paroles « après avoir notre fille, on a des conflits énormes moi et ma femme » ; ça explique qu'il essaye de trouver la cause de cette déficience, et pour faire il a utilisé la projection comme mécanisme de défense. On a constaté aussi la culpabilité ressentie par son passage : « pourquoi, j'ai reproduit un autre enfant ».

Chabane nous fait savoir que l'entourage n'influence pas sur lui, « lorsque, j'amène mes trois enfants, pour se balader les gens s'intéressent sur ma petite fille qui est handicapée, mais je ne fais pas attention car mes deux garçons sont sains bien habillés, et éduqués » ; d'après ce passage, on remarque une contradiction dans son discours, et fait submerger un conflit intrapsychique, et pour fuir, il nous donne des détails narcissiques.

Il nous rajoute juste avant de la fin de l'entretien qu'il est vraiment attaché à sa petite fille, est ça explique dans l'état intérieure il préfère sa mort, puis il se culpabilise d'avoir pensé à ça, ainsi par rapport à la non acceptation d'avoir un enfant handicapé.

Conclusion

D'après, les données de l'entretien on peut conclure que notre sujet à subit un grand changement de comportements envers que c'est une figure d'attachement sécurisant qui maintient de la proximité affectif après avoir lui donné deux garçons disposant d'une bonne santé, puis la troisième enfant qui est la fille handicapé ça lui fait perturbé, il a investit tous ces sentiments envers ces deux garçons normal et vit un attachement sécurisant.

Sa femme entant que figure d'attachement anxieux lui déclencher la négation comme mécanisme de défense pour la non acceptation de l'handicap de sa fille et cela lui submerge un attachement sécurisant-évitant.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°3

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	25
Évitant	16
Sécurisant-évitant	36
Anxieux-ambivalent	14
Non anxieux-anxieux	19

D'après ce tableau, nous notons des scores moyens entre les types d'attachement : l'attachement Sécurisant avec une note de (25), l'attachement évitant avec une note de (16), une faible note de l'attachement anxieux-ambivalent par rapport aux autres styles une note de (14), un score moyen d'un attachement non anxieux-anxieux une note de (19), une note très élevé de (36) de l'attachement Sécurisant-évitant.

Notre sujet à vécu un événement traumatisant a cause de l'écart entre l'enfant idéal rêvé et l'enfant réel, en même temps que les conflits avec son conjoint qui est une figure d'attachement angoissante, ces deux moment la l'on encercler dans un vécu cruel, ce qui explique l'intensité de l'attachement chez Mr Chabane, son attachement évitant et clairement exprimé lors de l'entretien. Malgré qu'il a recours aux autres schèmes d'attachement tel que l'attachement sécurisant envers ces deux garçons, mais ce comportement est en d'hors de la présence des deux figures angoissantes (le conjoint, la fille).

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°4

Présentation du cas N°4

Hadjira âgé de 33ans, femme au foyer, niveau d'instruction 9ème années fondamentale, marié depuis 11ans c'était une mère de deux garçons et une petite fille de 6ans, qui est atteint d'handicap moteur type (imc) et elle n'est pas scolarisé.

L'entretien avec elle, s'est déroulé dans le bureau de psychologue, c'était un jeudi à 9:30h.

-Donnée et analyse de l'entretien du cas N°4

D'abord Hadjira c'est montré calme, d'une mimique triste, tenu vestimentaire moyen respectée. C'était une femme fragile émotionnellement, elle est coopérative dans l'expression, elle répond spontanément et sans aucune réserve à nos questions avec des moments de pleurs.

L'analyse de notre entretien avec Hadjira, nous à révélé qu'elle à une représentation idéal d'avoir cet enfant, et elle a vraiment désiré cette grossesse selon elle : « je veux avoir une petite fille, qui m'aidera, après que j'ai eu deux garçons, et afin que notre famille soit complet ». Elle désire d'avoir cette fille en bonne santé et intelligente ; par mis les projets que Hadjira veut réaliser pour cet enfant d'après ces paroles « je tien qu'elle soi en bonne santé, et bien éduqué, mais aussi avoir les études supérieur, pour qu'elle soi pas comme moi » ; ça signifie que cette mère n'a aucune imagination d'avoir un enfant handicapé.

Hadjira ajoute qu'au cours de cette grossesse n'était pas vraiment malade, sauf juste une grippe passagère, mais à sept mois de sa grossesse son bébé à une position complexe donc lors de l'accouchement était césarienne, et ça était à terme, elle déclare qu'elle a était mal traité par les sages femmes.

A l'annonce de l'handicap Hadjira était traumatisée, choqué et elle a fait le deuil pour l'enfant fantasmé, elle dit : « à ce moment la j'étais choquée, je vois la vie s'était arrêter ».

Selon Freud, le traumatisme est le sentiment d'effroi qu'éprouvent les parents au moment ils perçoivent des différences chez leurs enfants.

Comme elle éprouve le sentiment de culpabilité et d'auto reproche : « c'est ma faute, normalement je ne doit pas avoir un autre enfant j'ai deux petits garçons en bonne santé ça me suffit ». Hadjira accuse le personnel médical, elle projette sa souffrance sur eux et sur tout les sages femmes : « lors de mon accouchement, les sages femmes fait pas attention à mon bébé en dirait que c'était un battoire ».

On a constaté dans l'entretien que Hdjira éprouve des sentiments de peines pour sa fille, et elle est très attaché par rapport au marie, elle essaye d'instaurer une bonne relation entre les 02 garçons et sa petite fille au pion de responsabilisé l'inné, elle admit qu'elle néglige ces 02 garçons : « je m'occupe de ma petite fille un peut plus que mes 2 garçons » ; et c'est Hadjira qui tien la prise en charge médical de sa fille : « c'est moi qui l'amené pour ces séances de rééducation, et j'ai de l'espoir qu'elle va-t-être guéri un jours ». Sa signifie que Hadjira sur investie affectivement sur sa petite fille, un style d'attachement pleine d'engagement et d'angoisse car elle ressent la culpabilité d'avoir cette fille, par rapport au style d'attachement sécurisant qu'elle éprouve envers son marie et ses 2 garçons avant d'avoir l'enfant handicapé (la petite fille).

Hadjira nous ajoute que l'entourage n'influence pas sur elle car elle évite les relations selon ces dire « je m'en fou des gens, et il m'énerve lorsque ils la regardent avec ces regards de peine », on remarque, qu'il y a une contradiction dans ses propos, d'une part elle dit que l'entourage n'influence pas sur elle, d'autre part elle ressent de la colère. De même elle ressent la honte et de la culpabilité, et ses relation envers son entourage ont changé sur tout après avoir cette petite fille, et elle accepte seulement ses parents qui lui prodigues de soutien et de la réconfort d'après ces dire « il y a que mes parents qui comprend ce que je ressent » ; « je suis le déshonneur de la famille ». Signifie qu'elle se responsabilise d'avoir cette enfant handicapé et elle éprouve moins de confiance en elle-même.

Conclusion

Après l'analyse des données de l'entretien, nous avons constaté que notre cas vit un angoisse de perdre les figures d'attachement sécurisantes après avoir l'enfant handicapé et sa explique le besoin d'affection et d'amour. Elle a tendance à vivre un attachement sécurisant-évitant, évitant car elle évite la figure d'attachement sécurisant (le marie, ses 2garçons) ; sécurisant par le maintien de la proximité affective de sa fille handicapé et l'espoir qu'un jour va-t-être guéri.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°4

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	16
Évitant	19
Sécurisant-évitant	32
Anxieux-ambivalent	22
Non anxieux-anxieux	26

D'après ce tableau, l'analyse de l'AAI de notre cas montre que la différence entre les scores est très remarquable et même trop proche, mais on peut sélectionner un style d'attachement sur un autre : l'attachement sécurisant (16), l'attachement évitant est de (19) l'attachement sécurisant-évitant est de (32), l'attachement Anxieux-ambivalent est de (22) l'attachement Non anxieux-anxieux est de (26).

Tout à fait normale, nous revenons aux données de l'entretien, nous trouvons le même style d'attachement, qui est l'attachement sécurisant-évitant, ou la personne à mal à l'aise avec les relations proches et ont des difficultés à dépendre des autres, sont la plupart des sujets ayant un style d'attachement « évitant ».

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°5**Présentation du cas N°5**

Il s'agit de Radia, âgée de 31 ans femme au foyer, niveau d'instruction est de 6^{ème} années primaire, elle est mariée ça fait huit ans de cela, mère de deux enfants (garçon et une fille) dont l'aîné est un garçon âgé de 7 ans qui est scolarisé en 1^{ère} année primaire c'est un enfant handicapé moteur (imc).

L'entretien avec elle, s'est déroulé le mercredi à 10h dans le bureau de psychologue.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°5

Au moment de l'entretien Radia fait preuve de stress et d'anxiété, mais après un petit moment elle commence à calmer et à collaborer avec nous lors d'explication de l'objet de notre entretien. Ses réactions avaient été marquées par beaucoup de tristesse et des pleurs.

L'analyse de l'entretien dévoile que, Radia avait une joie immense lors de la connaissance de sa grossesse, elle souhaite avoir un garçon en bonne santé, elle commence à préparer les trucs de bébé, selon ces propos « j'étais très heureuse surtout que c'est la première expérience, j'ai commencé à acheter des vêtements d'un nouveau né ».

La grossesse de Radia n'a pas de recours à des interventions médicamenteuses, et elle n'a pas des complications lors de son accouchement, d'ailleurs elle était à terme. Mais elle a resté dans l'hôpital pendant 20 jours car son enfant a eu recours à être dans une couveuse, car il a des problèmes de respiration, selon ces propos « j'ai trop souffert, surtout que mon bébé était dans la couveuse, je n'ai pas de chance de le prendre dans mes bras comme il a dénoncé le vieux médecin fou ». Sa signification est que Radia éprouve des sentiments hostiles à l'égard des médecins, car l'annonce du handicap de son enfant a été très brutale, les médecins utilisent des propos violents, c'est pour cela aussi que Radia a reçu un choc énorme, et en plein milieu de sa joie elle s'effondre dans le désespoir. Radia commence à prendre en charge son enfant selon ces dires « je l'accompagne à faire de la rééducation une fois par semaine ».

Et par rapport à l'atmosphère familiale, Radia raconte que avant d'avoir sa deuxième enfant et qu'elle n'a pas préparé sa grossesse pour son 2^e enfant, elle était en conflits permanents avec son mari, est qu'elle s'exprime ses sentiments envers son enfant handicapé avec beaucoup de colère et de nervosité, et elle se met à pleurer, selon ses propos : « avant, moi et mon mari on était très content, juste après la naissance de notre 1^{er} enfant handicapé, je sens qu'il s'occupe plus de moi ni de son enfant, ainsi surtout lors de ma deuxième grossesse il n'arrête pas de répéter qu'il espère de ne pas avoir un autre enfant handicapé, mais en fin de compte en a eu une merveilleuse fille en bonne santé ».

Cependant Radia déclare qu'elle n'a pas une bonne entente avec son entourage elle a des relations très limitées surtout après avoir son 1^{er} enfant, et seulement de sa famille (la mère de Radia) qu'elle reçoit du soutien et elle voit que les personnes proches d'elle ne sont pas disponibles selon ces propos « lorsque j'ai besoin de quelqu'un je trouve personne sauf ma mère à mes côtés ».

Conclusion

D'après les données recueillies de notre entretien, on peut constater que notre cas vit des comportements anxieux avec son partenaire qu'elle a aperçu comme non disponible ou rejetant après avoir l'enfant handicapé est c'est un attachement sécurisant-évitant ou les sujets

« son mal a l'aise avec les relations proches, évitement de l'intimité, se dévoilent peut, perçoivent leurs partenaire comme non disponible ou rejetant, une relation basé sur la sexualité », selon Feraly. (Feraly RC., 1998, pp 46-47).

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°5

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	25
Évitant	20
Sécurisant-évitant	30
Anxieux-ambivalent	18
Non anxieux-anxieux	23

D'après ce tableau on remarque que les scores son un peut élever, nous avons donc : un attachement élevé de type sécurisant-évitant d'une note de (30), un attachement sécurisant d'une note de (25), un attachement évitant d'une note de (20), un attachement non anxieux-anxieux d'une note de (23), et enfin un attachement anxieux-ambivalent d'une note de (18).

On peut justifier l'attachement sécurisant-évitant dans notre cas par rapport à la représentation mentale qu'elle à sur son partenaire, c'est pour cela qu'elle va se manifester par un inconfort envers l'intimité émotionnel et la dépendance dans sa relation.

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°6

Présentation du cas N°6

Meriem est une femme marié depuis 11ans, âgée de 34ans femme au foyer, niveau d'instruction est de 6ème années primaire. Mère de deux enfants (garçon et une fille) dont le premier (garçon) est un handicap moteur âgé de 7ans scolarisé en 2ème années primaire.

L'entretien avec elle, s'est déroulé dans le bureau de psychologue à l'association.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°6

Meriem s'est présenté avec une mimique triste, et un tenu vestimentaire bien respecté, elle parle avec une vois tendre pleine d'affection, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous, et elle déclare « sa tombe bien pour me défouler »sa explique le besoin de s'exprimer et de se détendre.

L'analyse de l'entretien nous montre que Meriem a fait une fausse couche, après elle a pris un traitement pour avoir une autre grossesse c'est-à-dire qu'elle a désiré cette grossesse. Lorsqu'elle a découvert qu'elle était en ceinte elle était très contente, surtout lorsqu'elle a été informé qu'elle allait avoir un petit garçon. Pendant la grossesse Meriem n'était pas du tout malade, mais à 7 mois de sa grossesse, elle déclare qu'elle s'est fait glisser et tomber et ça lui causé une souffrance et ce qui a nécessité un accouchement, ainsi son enfant est mis dans la couveuse pendant 1 mois.

Ensuite, la prise de conscience que son enfant était un handicapé, est un choc pour la maman, elle a perdu l'image qu'elle s'est faite l'image d'un enfant modèle, elle a vécu cette période comme un traumatisme parce qu'elle est en face d'une situation inattendu selon ses propos « c'est tout a fait entièrement de ma faute je n'ai pas imaginé ainsi ». Elle est rentrée dans le deuil de son enfant imaginaire. D'après Moses (1985), les parents vont passer par plusieurs stades d'affligement qui vont leur permettre de fuir le deuil de leurs anciens rêves. Ces stades sont : le stade de déni, la culpabilité, et enfin le désespoir.

Meriem c'est remise à prendre en charge médicale de son enfant très précoce selon ces dires « depuis sa naissance, je n'arrête pas de l'amener à chaque centre de rééducation » ; sa signifie que cette mère essaye de réparer sa faute et elle a un sentiment de culpabilité très intense.

Pour l'état psychologique de Meriem, déclare « je pleure souvent, j'ai jamais vu le sommeil presque depuis la naissance de mon enfant, sans manger, ni sortir, je me sens condamné » ; sa explique qu'elle a des perturbations dans l'humeur, une tristesse, de l'insomnie, perdre de l'appétit et le dégoût, tous ces signes présente chez Meriem une dépression grave.

Et pour la relation affective de Meriem dans la famille, elle est plutôt trop occupée de son enfant handicapé que par rapport à son mari et sa petite fille, « généralement je m'occupe de mon garçon et ça m'arrive d'oublier tout le reste, je parle à personne des fois même à mon mari, sauf lorsque je me suis y aller à ma famille, il y a mon père qui me comprend », on peut noter que elle a un mécanisme de défense tels que l'évitement et l'isolement et elle se sent à l'aise à l'égard de son père.

Meriem ajoute, qu'après la naissance de son garçon, ces relations avec son entourage selon ces dires « j'évite de y aller à les fêtes de mariage sauf si c'est vraiment nécessaire ».

Sa signifie la peur et la honte d'avoir cette enfant. Meriem rajoute dans ces dires « je n'ai pas vraiment reçu du soutien de la part de personne sauf de mon père qui été toujours a mes cotés », le père de Meriem est une figure d'attachement sécurisante pour elle par rapport à son marie.

Conclusion

Ce qu'on peut conclure de l'analyse de ce cas, c'est que Meriem présente un choc subit la perte d'objet fantasmé, suivi d'un déni de la réalité, et d'une grande culpabilité, comme elle présente aussi une symptomatologie dépressive, tel que l'insomnie, tristesse, dégoût, et d'après les études de Atger et al ; (2001), que le degré d'insécurité de l'attachement était prédictif d'une vulnérabilité accrue au trouble dépressifs à l'âge adulte. En remarque aussi le degré d'évitement et d'isolement que vit Meriem, et l'apport d'abondant de son marie comme un figure d'attachement sécurisante.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°6

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	21
Évitant	24
Sécurisant-évitant	36
Anxieux-ambivalent	16
Non anxieux-anxieux	19

D'après ce tableau l'analyse de l'AAI montre une différence remarquable entre les scores obtenus, nous trouvons un score très élevé de l'attachement Sécurisant-évitant de (36), est un score moyen de l'attachement évitant d'une note de (24), est un score moyen de l'attachement sécurisant d'une note de (21), une note de (19) pour l'attachement non anxieux-anxieux, une faible note l'attachement anxieux-ambivalent d'un score de (16).

Le score apparent chez notre cas est très repérés par un attachement isécure et surtout évitant car il s'apprend à anticiper les comportements abondant et rejetant de la part du marie, et elle est devenue évitant dans son contacte avec lui. Cela pour ne pas revivre l'expérience du rejet et du non disponibilité, à l'absence de son marie et au besoin de contacte n'ayant pas été

comblé par le mariage de Meriem, qu'il doit être une figure d'attachement sécurisante, s'illustre par l'insécurité qu'elle perçoit en contact avec un étranger.

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°7

Présentation du cas N°7

Noura est une mère âgée de 38ans, femme au foyer elle a 03 enfants, (un garçon et deux filles), niveau d'instruction est de 6ème années primaire. Son premier enfant est un handicapé moteur et non scolarisé, âgé de 15ans.

L'entretien avec elle, s'est déroulé dans le bureau de psychologue à l'association.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°7

D'abord, on remarque que cette dame est une personne timide, très calme, d'une mimique très triste, elle ne parle pas beaucoup, et des moments d'arrêt et des pleures, elle a accepté facilement l'entretien avec nous, juste après l'explication de notre objet d'étude, elle dit « je n'ai personne pour me confier, surtout après que ma mère n'est plus de ce monde », cela signifie que elle a refoulé.

L'analyse du contenu de cet entretien, permet nous de découvrir, que les réponses de Noura sont trop limitées et pauvres d'émotion, selon ces dires : « oui, je désire d'avoir un enfant », « oui, en bonne santé », « je n'ai aucun projet à tracer pour cet enfant ». Signifie que c'est un discours plein de désespoir.

Mais comme toute une mère, elle ne désire pas avoir un enfant handicapé, car pendant sa grossesse elle n'était pas malade, mais elle a des doutes que son bébé va pas bien et son accouchement était normale sans complication et elle était à terme, selon ces propos : « j'étais pas malade, mais j'ai un pressentiment que mon bébé va pas bien » ; à la prise de connaissance que son enfant était un enfant anormal, elle s'effondre, et elle ressent un grand désespoir, comme elle déclare : « a Paine que je tiens à être debout, et toute ma vie je n'ai pas de chance, même le mariage que j'ai épousé se fou de ça ». Sa signification qu'elle se sent abandonner.

Et depuis la naissance de l'enfant handicapé c'est Noura qui préoccupe de sa prise en charge médicale et son mariage se fiche complètement d'après ces dires : « je sais que mon mariage aime notre enfant, mais je veux qu'il s'inquiète un peu plus sur son état », sa signification que Noura ressent le rejet ou l'abandon de son mariage envers leur enfant handicapé et sa lui

fait male, car elle rajoute : « pourquoi, il passe beaucoup de temps avec nos deux petite fille et pas avec notre garçon handicapé ».

Dans tout ça en remarque que, Noura dans ses relations affectives dans la maison se résume à un ensemble de conflits entre le couple et un légère abandon de sa part envers ses deux petites filles, et une intensité d'affection envers son garçon handicapé.

On a pu constater dans notre entretien que l'entourage de Noura s'influence sur elle, comme elle exprime : « je suis seule, aucun pouvoir, je vis dans une famille élargie où ma parole n'a pas de valeur, donc je reste avec mon enfant, et je ne sors pas trop », sa prouve le mécanisme de défense qu'elle utilisé de type isolement, évitement et repli sur soi.

Conclusion

On peut conclure, que notre cas présente un attachement sécurisant envers ses petites filles car les signaux envoyer envers Noura par ces dernières (les filles), favorise le lien d'attachement sécurisant. Un attachement très évitant par rapport à son marie qui projette des signes d'abandon et indisponibilité envers Noura et leur enfant handicapé.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°7

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	21
Évitant	11
Sécurisant-évitant	30
Anxieux-ambivalent	16
Non anxieux-anxieux	20

Ce tableau montre un rapprochement des scores de chez notre cas, un score élevé par rapport d'autres types c'est l'attachement sécurisant-évitant d'une note de (30), une note de (21) pour l'attachement sécurisant, une note de(20) pour non anxieux-anxieux, une note de (16) pour l'attachement anxieux-ambivalent, et enfin une note de (16) pour l'attachement anxieux-ambivalent.

On tenon compte, le type d'attachement de notre cas qui est l'attachement sécurisant-évitant. Selon Mikulincer « on peut l'expliquer par rapport à l'engagement et la proximité du

partenaire selon la situation d'avoir l'enfant handicapé ». (Mikulincer M., Shaver PR., 2003, P153).

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°8

Présentation du cas N°8

Zahir âgé de 42ans, frayeur, niveau d'instruction 1année secondaire, père de deux enfants (une fille et un garçon), dont le garçon est un enfant porteur d'handicap, âgé de 7ans, scolarisé en 1année primaire.

L'entretien avec elle, s'est déroulé dans le bureau de psychologue à l'association.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°8

Durant l'entretien avec Zahir, nous avons observé qu'il été un homme souriant et calme, ainsi compréhensif, son discours est structuré et il est très motivé, il parle de sa situation avec beaucoup de franchise, a la fin de l'entretien Zahir avait des larmes aux yeux et il avait beaucoup d'espoir pour la guérison de son fils.

Après l'entretien avec Zahir on pu constater qu'il a une représentation mentale de enfant modèle, et pour lui l'enfant est le symbole de soutien pour le parent, selon lui : « c'est un aide pour les parents » ; sa signifie qu'il cherche à maintenir la proximité, et selon Lobar&Philips « l'enfant est considéré comme une condition dans laquelle les parents restreignent l'espace entre eux et leur enfant de façon à favoriser l'interaction et le développement de leur potentiel parental ». (Lobar S L. Philips S., 1992, P 250).

Zahir ajoute qu'il n'était pas prés pour avoir ce deuxième enfant (handicapé), il n'a rien préparé pour l'accueillir mais il désire de le voir en bonne santé. Dans son passage dit « Sincèrement je n'ai rien préparé pour lui, et je me préparais à me déménager chez ma nouvelle demeure, ainsi ma situation économique ne me permet pas de m'avoir un deuxième enfant ». Sa signifie que ce n'est pas un enfant désiré par Zahir, mais il souhaité de l'avoir en bonne santé.

Au cours des visites prévus chez le médecin pendant la grossesse de sa femme, à la (03) séance Zahir s'est informais que c'est un garçon, et il commence à avoir une image idéale de l'enfant, vu que son premier enfant était une fille, et aussi selon ces dires : « comme c'était un enfant je commence à imaginé, et je cherche pour lui un prénom... », Sa explique l'interaction des facteurs culturel, notre société, ou Zahir désire d'avoir un enfant mais du sexe masculin.

Zahir a peine où il commence à accepter et avoir une bonne image de son enfant, il s'est informé que cet enfant ne sera pas normal au cours de huitième (08) mois de la grossesse de sa femme, il a eu un choc, et il déclare qu'il a parlé au médecin pour essayer de ne pas avoir cet enfant (avortement), sa prouve que Zahir refuse totalement l'idée d'avoir un enfant handicapé, il essaye de s'échappé à une réalité. Selon Evans (1976), « le chemin des parents qui vont avoir un handicap peut être divisé en Cinq étapes : le choc, la contestation ou la négation, le désespoir, le détachement ou l'adaptation et l'acceptation ou la réorganisation ». (Evans E., 1976, P10). Zahir est dans la deuxième étape (la négation), où il désire que la réalité se transforme et que son chagrin disparaisse par magie.

De même, on a constaté que Zahir, n'a pas accepté l'handicap de son enfant d'après son passage : « juste après sa naissance, je lui fais subir une opération chirurgicale à Alger, je n'arrêté pas de le prendre à tous les coins de santé, pour lui faire de la rééducation, j'ai même lui acheté des chaussures spéciale, envoyer par mon amis dans un pays étrangère (France) », Zahir à l'aire trop souffrant et angoissant et même fatigant durant le parcours médicale de son enfant.

Pour le climat affectif et relationnel de Zahir dans sa famille, il vit dans une relation très conflictuelle avec sa femme, surtout que son enfant handicapé est éloigné de lui, et cela par l'insistance de sa femme, Zahir nous dit : « actuellement mon enfant vit chez ses grand parents, car c'est le milieu favorable ou il peut rejoindre l'école », contrairement a sa relation avec sa petite fille qui est proche est qui lui apporte du réconfort et comme une figure d'attachement qui maintien de la proximité affectif pour Zahir. Toutes ces réactions, témoignes que cet événement traumatisant à des répercussions sur sa santé psychique comme il à aussi des conséquences sur sa vie de couple.

Zahir pense que ces relation avec son entourage on beaucoup changer, selon ce passage « maintenant, j'ai des amis à qui je m'exprime tout mes souffrance pour me détendre et ça juste après m'avoir mon enfant handicapé, et je trouve que sa me soulage un peut », sa explique le besoin d'affection pour Zahir afin qu'il se soulage. Et à la fin de notre entretient Zahir souhaiter vraiment que son fils soi guéri, et il avait des larmes aux yeux. On remarque chez Zahir le début d'acceptation de l'handicap de son enfant mais il garde l'espoir pour sa guérison.

Conclusion

D'après notre entretien, nous avons constaté que notre cas éprouve un attachement très évitant envers son enfant et sa femme, et un peu sécurisant envers sa fille et ses amis à qui il se confie pour se soulager.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°8

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	24
Évitant	22
Sécurisant-évitant	39
Anxieux-ambivalent	20
Non anxieux-anxieux	29

D'après ce tableau on a repéré des différents scores suivant d'une note de (39) qui est la plus élevée de tous les types c'est l'attachement sécurisant-évitant, l'attachement non anxieux-anxieux d'une note de (29), l'attachement sécurisant (24), l'attachement évitant (22), l'attachement anxieux-ambivalent (20).

Le sujet éprouve un attachement sécurisant-évitant très élevé car il est sécurisant avec sa fille et ses amis qui lui prodiguent une base de sécurité ; pour ce qui est de « évitant », c'est l'handicap de l'enfant qui est vécu par notre sujet comme une agression directe dirigée contre lui.

Ainsi on constate que notre sujet est dans le continuum de l'attachement non anxieux-anxieux ça veut dire qu'il est très anxieux par rapport à l'éloignement de son fils, c'est-à-dire le besoin de notre sujet d'avoir la relation ou le contact de père-fils.

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°9

Présentation du cas N°9

Il s'agit de Mr Yousef âgé de 38ans, marié depuis 11ans. Agent de sécurité, niveau d'instruction est de 6ème années primaire, père de deux enfants une fille et un garçon, le garçon est âgé de 7ans, porteur d'handicap de type IMC, et il est scolarisé.

L'entretien, s'est déroulé dans le bureau de psychologue à l'association.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°9

Premièrement on a remarqué que Yousef présente une anomalie faciale du côté droite, c'était un homme très stressant, timide, d'une mimique triste. Il a accepté facilement de répondre à notre entretien avec une légère présence de crainte, ainsi son discours était très limité avec peu d'expression.

L'analyse de l'entretien révèle que, Yousef est très content d'avoir son deuxième enfant et il était prêt pour l'avoir selon ces dires : « j'ai acheté un nouveau berceau », sa signification est que c'est un enfant désiré et apprécié par Yousef. Durant tout au long de la grossesse de sa femme Yousef a été très peureux, il n'arrête pas à le faire savoir pour sa femme « j'ai peur qu'il me ressemble, et avoir une anomalie », sa preuve est que Yousef a une mauvaise image de son corps et il a des soucis de transmettre cette anomalie vers son enfant.

Suite à la non prudence de sa femme, l'enfant était obligé de naître à 7 mois c'est-à-dire prématuré, et Yousef était très fâché contre sa femme « elle ne fait pas attention, elle s'avait qu'elle est en ceinte », sa explication est que Yousef est dans une étape de dépression où il tourne sa colère ressentie de lui (la non résolution de son souci) vers sa femme.

Puis Yousef commence à s'occuper de son enfant, et lui fait deux interventions chirurgicales, désespérément selon ces dires : « j'ai fait le nécessaire, mais je sais que c'est tout ce qu'il y a ». On ressent d'après de lui l'immense désespoir et de la culpabilité.

La relation affective de Yousef par rapport à ses membres de sa famille se caractérise par l'attachement immense vers son enfant handicapé et un léger abandon vers sa fille innée, ainsi que sa femme un léger évitement d'après lui : « je m'occupe souvent de mon garçon, je balade avec lui, je me communique avec mon épouse à peine », sa explication est le degré de la culpabilité de ce père envers son fils, et il a des larmes aux yeux.

Et un autre trait de personnalité, le manque de confiance en soi par rapport à l'entourage extérieur « avant même d'avoir cet enfant, j'évite les gens, et j'ai des doutes d'être accepté par les autres, alors maintenant... », Yousef s'aperçoit comme une personne indigne de prise en considération par d'autres gens.

Conclusion

Notre cas s'aperçoit que le handicap de son enfant réveille chez lui un grand sentiment de culpabilité, car il est convaincu qu'il a transmis une tare (poids), inévitable de sa pathologie.

Et en remarque qu'il à un attachement sécurisant envers l'enfant handicapé, et un attachement évitant vers sa femme, car il la blâme de ne pas faire attention lors de sa grossesse.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°9

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	20
Évitant	17
Sécurisant-évitant	35
Anxieux-ambivalent	17
Non anxieux-anxieux	19

D'après ce tableau on remarque que : l'attachement sécurisant-évitant d'un score de (35), puis l'attachement sécurisant d'un score de (20), et le même score pour l'attachement évitant et anxieux-ambivalent d'un score de (17), et enfin un attachement non anxieux-anxieux d'un score de (19).

Vu l'histoire de notre cas, on peut justifier l'attachement sécurisant-évitant dans le degré de culpabilité intense que ressent notre sujet vers l'enfant handicapé, il tient à cette figure d'attachement pour maintenir de la proximité et afin de renforcer son potentiel entant que parent. Et évitant au degré de crainte et de la peur d'être rejeter et abandonner par l'autrui.

1-1-Présentation et analyse de l'entretien du cas N°10

Présentation du cas N°10

Saaïd est un père de six (06) enfants âgé de 47ans, niveau d'instruction est de 6ème années primaire, c'est un agent d'entretien dans un établissement scolaire. Son enfant inné âgé de 16ans est un porteur d'handicap moteur (imc), scolarisé en 6ème années primaire.

L'entretien, s'est déroulé dans le bureau de psychologue à l'association, l'après midi.

-Données et analyse de l'entretien du cas N°10

D'abord on a remarqué que Saaïd était un homme stressant, d'une mimique triste, in peut souriant, il à accepté de collaboré avec nous, après que nous l'avons expliqué notre objet de recherche.

L'analyse de l'entretien révèle que Saaid à un manque de confiance en soi selon ces dires : « pour moi avoir un enfant, ça justifier que je suis capable d'être parent », Saaid est prêt à avoir un enfant mais pas six (06) « je suis prêt à avoir un ou deux mais pas six enfants, vu au mode de vie qu'on vit », sa signifie que son première enfant était un enfant désiré. On à constaté aussi que la famille de Saaid était contre son mariage avec sa femme, au début mais il à insister jusqu'à ce qu'il à épousé. Saaid ajoute qu'il a été malade et il soigner chez un neurologue, car il perde de l'équilibre et il s'évanouie souvent.

La grossesse de sa femme était normale, mais lors de l'accouchement subit des complications, et la naissance de l'enfant était à terme. Saaid prend connaissance que son enfant à des crises épileptiques, à l'âge de 3mois de la naissance de son enfant, et l'un des membres inférieure se déforme, ainsi chez Saaid réveil le sentiment de culpabilité, et d'avoir une part de responsabilité dans le processus de la maladie de son enfant, et c'est un sentiment très cruel émanant directement sur le (sur-moi) parentale, selon ces propos : « j'ai vraiment peur, surtout ce qui m'inquiète beaucoup c'est de le voir avec ces crises la » ; sa signifie que Saaid à eu peur un peut plus sur les crises épileptiques que par l'handicap de son enfant.

Mais peut de temps l'enfant de Saaid à subit des soins médicaux, ses crise en disparus, mais le dysfonctionnement de son bras n'est pas guéri, malgré l'intervention chirurgicale que l'enfant à subit à Alger, selon ces propos : « ce qui à vraiment m'inquiété et faire peur, c'est ces crises la, mais l'anomalie de son bras ne me fait pas vraiment peur », sa signifie qu'il à peur de transmettre sa pathologie plus que l'handicap de son fils. Saaid occupe toujours de son fils et de sa prise en charge médicale.

Saaid vit une bonne relation affective avec ces enfants et sa femme, ainsi comme il décrit : « nous somme une famille heureuse », par contre il à des conflits énorme et ruptures avec les parent et les frères de Saaid, et ça lui souffert, « j'ai une relation très minime avec ma famille, en se rencontre que dans les fêtes de l'aïd, c'est un devoir », sa explique l'évitement de Saaid pour sa famille (parent et frères), entant que figure d'attachement de base et qu'elle n'a pas aboutie à satisfaire ses besoin d'affection.

On a remarqué que Saaid à des bonne relations avec son entourage, et il accepte du soutient sauf de la part des personne proches « tous les personnes qui sont proches de moi je les évite ». Saaid se sent critiqué par sa famille (les parents et les frères), et il à de l'impression qu'il n'est pas accepté par certains personnes mis il s'enfiche.

Conclusion

Enfin l'analyse de notre cas, peut nous déduire qu'il vit un attachement sécurisant par rapport à sa femme et ses enfants, et un peut anxieux vers son enfant inné handicapé. Et un attachement évitant vers ses parents et ses frères et toutes personnes proches de lui.

1-2- Analyse de l'AAI du cas N°10

Style d'attachement	Scores obtenus
Sécurisant	17
Évitant	07
Sécurisant-évitant	29
Anxieux-ambivalent	19
Non anxieux-anxieux	20

D'après ce tableau on a remarqué que les notes de notre cas sont légèrement faibles et elle se rapproche. L'attachement sécurisant-évitant est d'un score de (29), L'attachement non anxieux-anxieux est d'un score de (20), L'attachement anxieux-ambivalent est d'un score de (19), L'attachement sécurisant est d'un score de (19), et enfin L'attachement évitant est d'un score de (7).

Notre sujet à tendance à vivre un attachement sécurisant-évitant, car il vit des relations sécurisante avec sa femme et ses enfant comme étant une source de protection, de soulagement, de réconfort, de soutien et une base sécurisante. Et une relation évitant avec ses parents après avoir ne pas répondre à ses besoins d'affections, d'attachement et d'exploration.

2-Discussion des hypothèses

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et à travers le questionnaire d'attachement interview AAI, on va passer à la discussion de nos hypothèses de recherche.

2-1 La discussion au prés du questionnaire AAI :

Tableau N°4 : Tableau récapitulatif des scores obtenus pour notre population d'étude dans le style d'attachement sécurisant-évitant :

Cas	L'âge	Fonction	Age d'enfant (IMC)	Scolarisé ou non	L'attachement d'AAI	SCORE
Karim	53 ans	Agent de garde	16ans G (inné)	NON	Sécurisant-évitant	32
Fatima	41 ans	Femme au foyer	16 ans G (inné)	OUI	Sécurisant-évitant	32
Chabane	40 ans	Masson	6 ans F (cadette)	NON	Sécurisant-évitant	36
Hadjira	33 ans	Femme au foyer	6 ans F (cadette)	NON	Sécurisant-évitant	32
Radia	31 ans	Femme au foyer	7 ans G (inné)	OUI	Sécurisant-évitant	30
Meriem	34 ans	Femme au foyer	7 ans G (inné)	OUI	Sécurisant-évitant	36
Noura	38 ans	Femme au foyer	15 ans G (inné)	NON	Sécurisant-évitant	30
Zahir	42 ans	Férayeur	7 ans G (cadet)	OUI	Sécurisant-évitant	39
Youse	38 ans	Agent de sécurité	7 ans G (cadet)	OUI	Sécurisant-évitant	35
Saaïd	47 ans	Agent d'entretien	16 ans G (inné)	OUI	Sécurisant-évitant	29
Moyenne générale			33.1			

Le tableau suivant indique que, nos sujets d'études sont des pères et des mères ayant un enfant handicapé moteur type d'imc, leurs âges varient entre (31-53) ans.

Ce qui attire notre attention, d'après les résultats de questionnaire d'attachement adulte interviewé l'AAI, c'est que tous les parents de notre population d'étude vivent un attachement de type sécurisant-évitant. Évitant avec soi leur enfant handicapé, soit avec leur conjoint ou enfin soit les deux. Ceci s'explique à travers la moyenne générale d'attachement sécurisant-évitant de nos cas qui est 33.1 est inférieure de la moyenne, parce que l'addition des scores obtenus aux items (a, b, c, e, f, g, h, i), du questionnaire nous permet de situer nos sujets d'étude sur le continuum sécurisant-évitant. Un résultat élevé signifie que le sujet est très évitant et un résultat bas signifie que le sujet peu évitant, ce qui signifie un niveau d'attachement moyennement évitant pour nos cas.

Tableau N°5 : Tableau récapitulatif des scores obtenus pour notre population d'étude dans les styles d'attachement selon leurs moyennes générale :

Les types d'attachement	Les moyennes générales
Sécurisant	20.9
Évitant	17.2
Sécurisant-évitant	33.1
Anxieux-ambivalent	18.2
Non anxieux-anxieux	22.5

L'interprétation des résultats de ce tableau montre que, l'attachement sécurisant-évitant est d'une moyenne élevée de 33.1, par rapport à d'autres types d'attachement, et en suite l'attachement non anxieux-anxieux d'une moyenne de 22.5, il est dans le continuum d'un attachement très anxieux ça prouve le degré de l'angoisse que vit nos sujets, puis l'attachement sécurisant d'une moyenne de 20.9, l'attachement anxieux-ambivalent d'une moyenne de 18.2 l'attachement évitant d'une moyenne de 17.2.

Le fait d'avoir un enfant handicapé pour un parent, entraîne toujours d'intense réaction et souffrance, qui ont des conséquences sur le mode relationnel du parent. Chez le parent, la perte de l'image de l'enfant rêvé, idéalisé et fantasmé semble ébrancher les croyances, des parents quand à leur invulnérabilités personnelles, le processus de deuil et de la perte d'enfant imaginaire semble souvent plus choquant et traumatisant pour le parent.

Nos sujets d'étude vivent un attachement sécurisant-évitant par ce que l'arrivée d'un enfant handicapé moteur, est une expérience d'une relation d'attachement qui est très douloureuse, suite à la perte d'une image fantasmé d'un enfant en bonne santé. Cependant ils préfèrent d'éviter le contacte soit par rapport à l'enfant, car il provoque chez eux des états d'angoisse et de rejet, soit par rapport au partenaire et enfin soit les deux. Alors ça les fait vivre une ambivalence entre l'évitement d'une relation d'intimité avec ces deux figures d'attachement, et leurs besoins d'un lien amoureux, satisfaisant et enrichissant avec eux.

Et enfin nous pouvons confirmer nos deux hypothèses au près de notre questionnaire l'AAI qui conclure que nos cas en tendance à vivre un attachement particulier et plus précisément l'attachement sécurisant-évitant.

2-2 La discussion au prés de l'analyse d'entretien :

On à remarqué dans l'analyse de l'entretien que, nos cas en tendance à vivre tout les types d'attachement à des degrés différent, mais plus particulièrement l'attachement sécurisant-évitant, et ça explique par le changement relationnel engendré par le fait d'avoir un enfant handicapé moteur (imc). On a constaté que les cas (Chabane, Noura, Yousef, Said) se penchent à un attachement sécurisant. (Karm, Radia, Meriem), vers un attachement évitant. Le cas de (Zahir) vers un attachement sécurisant-évitant. Le cas de (Fatima) à un attachement anxieux-ambivalent, et enfin l'attachement non anxieux-anxieux chez le cas (Hdjira).

On a remarqué aussi qu'entre nos cas le score le plus élevé chez l'attachement sécurisant-évitant est d'une moyenne de 39 pour notre sujet qui est Zahir, et les deux cas aussi Chabane, Meriem qui on une moyenne de 36.

Nous avons constaté que chaque cas possède un accès de système de pensée, de souvenir de croyance d'attachement, d'émotion et de comportement à propos du moi et des autres en particulier de forme (schèmes), de relation sociale qui prédisent le comportement lié à l'attachement chez le moi et chez les figures d'attachement qui déclenchent des types d'attachement différent selon chaque cas.

Bartholomew et Howitz (1991), ont établie que les orientations d'attachement son définies en fonction de deux dimensions aux polarités opposées :

Le modèle de soi : pole positif, où la personne se perçoit comme étant digne d'être aimé et de recevoir de l'intention. Pole négatif, où la personne se perçoit indigne d'être prise en considération par autrui.

Le modèle de l'autre : pole positif, où les autres son perçus comme disponibles et bienveillants. Pole négatif, où les autres sont perçus comme rejetant, distants et négligents. (Miljkovitch R, Cohin, M., (2007), P 89.).

C'est la que nous pouvons parler de déférence individuelles, pour nos cas et de ce comporté avec les autres. Lors d'avoir un enfant handicapé pour le parent, qui va-t-être bouleversé, et comment s-y prendre pour dépassé les crises et le cheminement, qui va se centré sur le moi, sur l'enfant et enfin sur l'autrui. Donc, certaines relations chez l'adulte sont des relations de proximité et certaines d'entre elle peuvent donc être caractérisées comme des relations d'attachement dans le sens où elle apporte un sentiment de sécurité, ces relations

incluent les relations avec les parents, le partenaire (conjoint), les enfants et les autres, ce qui veut dire que les schémas d'enfance sont recréés implicitement dans les relations adultes.

D'après l'analyse générale de notre entretien, pour notre population d'étude et ces caractéristiques individuelle au système de pensée, et les exemples d'énoncés ou de déclaration les plus répétitifs : « je communique à peine avec ma femme », « je m'occupe seulement de mon enfant handicapé », « je veux que mon mari s'inquiète un peu plus sur moi et notre enfant », « je préfère de ne pas rentrer à la maison », « je ne parle pas beaucoup avec mon enfant handicapé, car c'est sa mère qui le comprend... ».

Enfin nous arrivons à nos confirmer nos hypothèses, c'est que nos dix ont tendance à vivre un attachement sécurisant évitant.

Conclusion

On peut conclure de cette discussion que nos hypothèses sont confirmées par rapport à la population d'étude, ainsi que l'attachement sécurisant-évitant est une réalité que vivent nos sujets, dans leur relation.

On a aussi remarqué que les mères se sentent d'avantage responsable des soins et l'éducation de l'enfant handicapé (imc), et leur degré d'attentes élevées envers elle-même, suite à ses tâches accomplies, et elle sont plus enclines à vivre des épisodes dépressifs, et qu'elle éprouve un détresse émotionnel et niveau d'anxiété plus élevé, et d'avantage elle a un attachement sécurisant moins évitant. Contrairement aux pères assurant moins de tâches envers leurs enfants (imc), et leurs degrés d'attentes moins élevées à eux-même, ainsi ils présentent d'avantage de stress associé à leurs capacités financières de répondre aux besoins de leurs enfants handicapés (imc).

Donc leur attachement un peu plus sécurisant-évitant penche à l'évitement par rapport aux mères

Conclusion générale

Nous sommes partis du fait, que le parent ayant un enfant handicapé « IMC » ; vit des expériences incomparables à celles d'un parent ayant un enfant normal, nous avons essayé d'aborder la question de la qualité d'attachement de ce parent d'enfant porteur d'handicap moteur vis-à-vis de ces figures d'attachement.

L'idée principale de cette étude qui s'intitule « la qualité d'attachement chez le parent ayant un enfant handicapé (IMC) » ; était de déterminer et d'évaluer la qualité d'attachement d'un parent envers ces figures d'attachement. Nous avons réalisé une étude de 10 cas, et pour bien dévoiler et prouver cette étude, nous avons choisi la méthode clinique où, nous avons utilisé les outils suivants : l'entretien clinique et le questionnaire d'attachement adulte interview AAI.

Ensuite après l'analyse de contenu des entretiens et l'interprétation des résultats du questionnaire l'AAI, nous n'avons constaté que le parent d'enfant (IMC) est traumatisé au moment de l'annonce de l'handicap, par ce qu'il a perdu l'enfant idéalisé, c'est une situation imprévue et cet événement conduit le parent à prendre toute une série d'émotions, de comportements et d'attitudes complexes, qui influenceront le processus d'attachement envers le partenaire ainsi que l'enfant handicapé.

Enfin les résultats de l'analyse de l'entretien et du questionnaire AAI, nous a conduits à confirmer nos hypothèses de recherche, la première qui dicte « le parent d'un enfant handicapé (IMC), vit un attachement particulier ». Et la deuxième qui sollicite « l'attachement sécurisant-évitant chez le parent d'enfant porteur d'handicap moteur ».

Par ailleurs, nous avons remarqué que nos cas ont tendance à vivre tous les types d'attachement à des degrés différents, mais particulièrement ; l'attachement sécurisant-évitant un peu élevé par rapport aux autres types ceci explique selon les trois situations (père, mère, couple).

- La mère : l'échec de sa tâche biologique comme génitrice, aussi par rapport à la ligne de transmission féminine, elle s'efforce de se distancier de l'enfant mais elle se trouve continuellement impliquée de soigner et d'accepter, d'emblée sa progéniture comme un objet de soin, loin d'être comme un enfant désiré c'est-à-dire l'enfant imaginaire.

- Le père : l'attitude influencée par le degré de gravité du déficit de l'enfant, et son effective visibilité sociale, engendre l'abandon du rôle du père, sous forme de présence symbolique.
- Pour le couple : il génère des problèmes de gestion et d'équilibre, qui provoquent des changements radicaux dans la relation de couple.

D'après les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain, on peut donner quelques suggestions :

- Ouvrir des centres et des établissements spécialisés, pour la prise en charge des parents ayant un enfant handicapé.
- Améliorer la qualité de l'accompagnement psychologique et de la guidance parentale.
- Renforcer et envisager des formations pour l'ensemble du personnel médical en général et les psychologues en particulier par exemple la thérapie du maintien sur la théorie de l'attachement.
- Aider les parents ayant un enfant handicapé à avoir un attachement plus sécurisant.
- Aider les enfants handicapés à avoir leur autonomie.

Pour terminer, on doit indiquer que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une introduction à la recherche, nous espérons qu'elle puisse ouvrir des visions à d'autres recherches sur l'importance de la théorie de l'attachement et ces thérapies en général, et sur les parents souffrant d'avoir un enfant handicapé (IMC) en particulier.

Annexe N°1

Formulaire de consentement

Le soussigné, déclare accepter librement, et de façon éclairée de participer comme sujet à l'étude intitulé « la qualité d'attachement chez le parent ayant un enfant handicapé (IMC) »

Investigateur principal : Bouamara Tarek

Cadre de recherche :

Préparation d'un mémoire de master en psychologie. option : Développement et handicap

Nom de l'encadreur : Mme BAA Saliha

Le lieu de recherche :

L'association des handicapés moteurs et inadapté mentaux « DEFI » de Seddouk.

Objectif de la recherche :

Cette recherche a pour objectif de déterminer et d'évaluer la qualité d'attachement des parents ayant un enfant IMC

Cette recherche comprend :

-Un entretien semi directif associé et un questionnaire l'Adulte attachement interview (AAI).

Informations :

-Le sujet a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principale, et ce dans les limites des contraintes du plan de la recherche.

-Toutes les informations concernant le sujet seront confirmées de façon anonyme et confidentielle.

La déontologie et éthique :

Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel, pour toutes les informations concernant le sujet.

Lieu de la recherche

Annexe N°2

Guide d'entretien

AXE 1 : données personnelles

Nom :

Prénom :

L'âge :

Niveau d'instruction :

Fonction :

La durée du mariage :

Nombre d'enfants :

L'âge de l'enfant IMC:

le sexe :

Scolarisé ou non :

AXE 2 : Avoir un enfant

- 1- Que représente l'enfant pour vous ?
- 2- Est-ce-que vous étiez prêts à avoir un enfant?
- 3- Décrivez nous l'enfant que vous souhaitiez avoir?
- 4- Comment était le climat que vous avez préparé pour accueillir l'enfant?
- 5- Quelle sont les projets que vous avez tracé pour l'enfant?
- 6- Avez-vous imaginez avoir un enfant porteur d'un handicap ?

AXE 3 : Naissance d'un enfant handicapé.

- 1- Qu'avez-vous ressenti l'ors de la découverte que votre enfant était anormal ou en difficulté?
- 2- A quel moment vous-avez été informé de l'handicap de l'enfant?
- 3- Y'avait-il des interventions médicamenteuses pendant votre grossesse de cet enfant?
- 4- Est-ce-que vous avez des complications pendant l'accouchement?

5- L'accouchement était à terme ? Si c'est non à quel mois était la naissance ?

6- Pouvez-vous nous raconter le parcours médical de votre enfant ?

7- Avez-vous trouvé des difficultés lors de la prise en charge médicale de votre enfant ? Si c'est oui de quel genre s'agit-il ?

8- Est-ce que vous pouvez nous donner des informations sur votre état psychologique pendant cette période ?

AXE 4 : le climat affectif et relationnel dans l'atmosphère familiale

1- Parlez-nous de vos relations avec votre enfant handicapé?

2- Quelle est la nature de vos sentiments envers votre enfant handicapé?

3- Exprimez-vous vos sentiments envers lui?

4- Est-ce que vous veillez à instaurer une bonne relation entre l'enfant handicapé et ses frères. ? Si c'est oui de quelle manière ?

5- Comment partagez-vous les tâches qui visent à s'occuper de l'enfant handicapé ?

6- Est-ce que vous arrivez à gérer le temps entre votre enfant et les autres obligations familiales ?

AXE 5 : la relation des parents avec l'entourage.

1- Quelle est votre relation avec votre entourage avant d'avoir votre enfant?

2- Est-ce que vous ressentez que vos relations envers votre entourage ont changé après avoir eu votre enfant ?

3- Est-ce que l'handicap de votre enfant influence vos relations de couples. ?

4- Est-ce que vous avez reçu du soutien de votre entourage. ?

5- Quelles sont les personnes qui vous ont soutenues?

6- Vous arrive-t-il d'être critiqué par l'entourage. ?

7- En général avez-vous l'impression d'être accepté et apprécié par les autres?

8- Souhaitez-vous rajouter autre chose que nous n'avons pas abordé. ?

Liste des tableaux :

Tableau n°	Titre	Page
01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude. Pères	49
02	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude. Mères	50
03	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude d'enfant IMC	50
04	Tableau d'analyse de l'AAI de 01cas	61
05	Tableau d'analyse de l'AAI de 02cas	64
06	Tableau d'analyse de l'AAI de 03cas	66
07	Tableau d'analyse de l'AAI de 04cas	69
08	Tableau d'analyse de l'AAI de 05cas	71
09	Tableau d'analyse de l'AAI de 06cas	73
10	Tableau d'analyse de l'AAI de 07cas	75
11	Tableau d'analyse de l'AAI de 08cas	78
12	Tableau d'analyse de l'AAI de 09cas	80
13	Tableau d'analyse de l'AAI de 10 cas	82
14	Tableau récapitulatif des scores obtenus sur le style d'attachement sécurisant-évitant sur nos dix cas	83
15	Tableau récapitulatif des scores obtenus sur tous les styles d'attachement selon leur moyenne générale sur nos dix cas	84

Listes bibliographique

Les dictionnaires :

- 1- Bloch. H, Chemama. R, et all, Grand dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse.
- 2- Block. H, Dépret. E et all, (2002), Dictionnaire fondamentale de la psychologie, L.K.AK, Larousse, VUEF.
- 3- Sylamy. N, 1996, Dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse.

Les ouvrages :

- 1- Ainsworth M., Blehar D.S., Waters E., Walls S., Patterns of attachement, Hillsdale, NJ Erlbaum, 1978.
- 2- Albernh. K et T (2004), « Les thérapies familiales systémique », 2éme éd. Masson, Paris.
- 3- Bowlby, J. (1969), « Attachement et perte », Vol.1. Paris. PUF.
- 4- Bowlby, J. (1978), « L'attachement ». Paris. PUF.
- 5- Balaise. PH, (2003), le premier lien « théorie de l'attachement », Paris.
- 6- Bernadette, Soulier, (2008), « Vivre avec le handicap au quotidien », inter édition, Paris, Dunod.
- 7- Baudier. A et Bernadette. C, (2002) « Le développement affectif et social du jeune enfant », 2éme éd, Nattan.
- 8- Boutefnouchet. M (1982), « La famille algérienne », évolution et caractéristiques récentes .N.E.D. Alger.
- 9- Charles, Gardou, (2015), « Parents d'enfant handicapé », édition, paris, érès.
- 10- Freud S., (2002), « Cinq leçon sur la psychanalyse », Ed Payo, Paris.
- 11- Guedeney, A, Guedeney, N (2006), « L'attachement: approche théorique du bébé à la personne âgée ». Masson. Paris.
- 12- Guedeney, A, Guedeney, N (2010), « Attachement : approche clinique ». Masson. Paris.
- 13- Gérard, poussin, (1999), « La fonction parentale », 2 éme édition, Paris, Dunod.
- 14- Géeard Poussin, (2003), « La pratique de l'entretien clinique », Paris, Dunod.
- 15- Grawitz, Madeline, (2001), « Méthode des sciences sociales », Paris, Dalloz.
- 16- Noël, L. (2003). « Je m'attache, nous nous attachons ». « Le lien entre un enfant et ses parents ». Montréal: Sciences et Culture.

- 17- Olivier, Scheibling, (2015), « Les parents, le trouble et l'enfant », édition, Paris, Tom Pousse.
- 18- Pewzner E., (2000), « Introduction à la psychopathologie de l'adulte », 2eme Ed Armond colin, Paris.
- 19- Ronald J-A. et Comblain A., (2001), « Manuel de psychologie des handicapés, sémiologie et principe de remédiation », Ed Mardaga, Belgique.
- 20- Sperling. B-M et al (1994), « Attachement in adults clinical and developmental perspectives . Illusrated, London.
- 21- Zukman E., (1995), «Famille et handicap dans le monde », Paris, C.T.N.E.R.H.I

Les articles:

- 1- Bowlby. J, maternal care and mental health organization, (1951).
- 2- Bowlby. J, attachement et perte, in attachement, (1978).
- 3- Hubin-Gayte M (2004), le développement de l'attachement des nourrissons irritables, une revue, Devenir, Volume 16.
- 4- Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants ©2006 Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.
- 5- Mantagner, H. Une nouvelle lecture des processus d'attachement et du fonctionnement de l'enfant. INSERM, UMR CNRS 5543.
- 6- Scelles R., « Devenir parent d'un enfant handicapé. Une affaire d'homme, de femme, de couple, d'enfant et de société », Informations sociales 2006/4, N° 132, p. 82-90.
- 7- Tarabulsky, G.M., Larose, S., Pederson, D. R. et Moran, G. (2000). Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain. Sainte Foy: Presses de l'Université du Québec.
- 8- UCL – RESO Dossier technique 04-31 Dominique Doumont, Florence Renard1 Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine – UCL.

5/ Le site internet

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUES=INSO&ID_NUMPUBLE=INSO_132&ID_ARTICLE=INSO_132_0082.