|  |
| --- |
| **UNVERSITE ABDERRAHMANE MIRA-BEJAIA**  **FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**  **DEPARTEMENT DES SCIENCES DE SOCIALES**  ***Mémoire de fin de cycle***  **En vue de l’obtention d’un diplôme de MASTER**  **En sciences sociales**  **Option: psychologie clinique** |

**L’impact du cancer chez l’enfant sur le couple parentale**

**Étude de 4 cas**

**etu**

|  |
| --- |
|  |
| **Réalisé par : Encadré par :** |
|  |

Mell*e IBALIDEN hakima Dr: HAIL*

*Melle IBALIDEN Cylia*

**Année universitaires 2019-2020**

***Remerciement***

*Avant tout, on tient à remercie le Dieu de nous donner la volonté, la force et la patience pour réaliser ce travail.*

*Nos chères mères, pour leur soutien et leur compréhension durant notre parcours.*

*Nos remerciements vont :*

*À notre honorable encadreur Dr HAIL pour nous avoir fait l’honneur de diriger ce travail, pour sa patience, sa disponibilité, ses conseils et sa meilleure qualité d’encadrement*

*À l’ensemble des membres de jury d’avoir accepté d’examiner et évaluer ce travail*

*À l’ensemble de personnel de l’association « Tudert »*

*Aux parents d’enfants cancéreux qui ont accepté de participer à l’étude*

*En fin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de pris ou de loin à la réalisation de ce travail.*

***Dédicaces***

*Je dédié ce travail*

*À ma chère mère, et je lui dis que tous les mots du monde ne sauraient exprimer l’immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n’avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être, et que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez notre flambeau illuminant.*

*À mon père, que le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et d’exprimer tout mon respect, que Dieu tout puissant l’accorde sa clémence, sa miséricorde et l’accueillera dans son saint paradis.*

*A mes très chers frères, Hakim, amirouche qui mon toujours soutenu, puisse Dieu tout puissant jouir leurs vies.*

*À ma chères sœurs khokha et Samira qui a su me comprendre dans mes moments difficiles et à qui je suis et je serai toujours reconnaissante.*

*À mon très cher ami Bilal*

*À ma petite adorable nièce, DASSINE*

*A mon neveu, Salas*

*À mes chères amies Katia, Fouzia, Ferouz, Akila, Farida et Cylia*

*À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j’ai omis involontairement de citer.*

***Hakima***

***Dédicaces***

*Je dédie ce modeste travail tout particulièrement :*

*A mes très chers parents qu’ils ont sacrifie leur vie pour assurer mon bien être et mon éducation, ils m’ont éclairé le chemin par leurs conseils judicieux, qui n’ont jamais cessé de m’encourager et qui m’ont été d’une aide inestimable, qui ont toujours été là pour moi,*

*« Vous m’avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance je suis redevable d’une éducation dont je suis fière que dieu vous gardes et vous accorde une bonne santé pour que vous restent la splendeur de ma vie».*

*A mes chères sœurs et frère: tiha, Rafik et Sonia qui me soutiennent et m’encouragent toujours et que j’aime infiniment.*

*A mon beau-frère Boualeme et ma nièce Mayssane.*

*A ma grand-mère Louisa, mes oncles mes cousins mes cousines.*

*Aux personnes qui ne sont plus avec nous, mais qui restent toujours dans mon cœur et dans mes pensées, ma tente Samia, mon grand-père Mohende et ma grand-mère Gjohra.*

*A celles que je considère comme mes sueurs : Samah, Mina, Hanane, Kaissa, Tata, Akila, Fouzia, Farida, Katia et Hakima.*

***Cylia***

***Sommaire***

***Sommaire***

***LA PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE***

Introduction générale

***Le cadre générale de la problématique***

1. Problématique et hypothèses ……………………………………..................................5

***CHAPITRE 1 : le couple parental et théorie de l’attachement***

***Préambule***………………………………………………………………………………….…15

1. Définition de couple…...……………………………………………………………...15

2. Définition de la relation conjugale ……………………………………………….…..16

3. Le couple à la lumière de la théorie d’attachement………………………………..….16

3.1 Définition de l’attachement………………………………………………………..….17

3.2 Théorie de l’attachement…………………………………………………………..….17

4. La construction du lien d’attachement……………………………………………..…18

4.1 La première phase……………………………………………………………....….…18

4.2 La seconde phase…………………………………………………………....…….…..19

4.3 La troisième phase…………………………………………………………...…….….20

4.4 La quatrième phase……………………………………………………………...….…20

5. Les modèles internes opérants (MIO)…………………………………………...……21

6. L’attachement à l’âge adulte ……………………………………………………...….21

6.1 Différent styles d’attachement chez l’adulte……………………………………...…..22

6.1.1 Le style Secure……………………………………………………………....……..…23

6.1.2 Le style préoccupé……………………………………………………………….........24

6.1.3 Le style détaché…………………………………………………....………………. ...24

6.1.4 Le style craintif-évitant…………………………………………………………..…...24

7. Les déterminants de la relation conjugale selon la théorie d’attachement…….. …….25

7.1 La communication………………………………………………………………….... 25

7.2 Le fonctionnement sexuel et l’intimité……………………………………………......26

7.3 Partage des rôles et des responsabilités…………………………………………….....28

**Conclusion**…………………………………………………………………………..…….....29

***CHAPITRE 2 : l’enfant cancéreux et ses parents***

**Préambule** ……………………………………………………………………………….....31

***I l’enfant cancéreux***

1. définition de cancer pédiatrique……………………………………………………..…..…31

2. les principaux cancers de l’enfant……………………………………………………….....31

2.1 Les leucémie………………………………………………………………………….….32

2.1.1 Les cause de la leucémie…………………………………………………………....….32

2.1.2 Les signes et les symptômes……………………………………………………….…...32

2.1.3 Les type de la leucémie…………………………….………………………………..…32

* Les leucémies chroniques………………………………………………………..…...33

1. Les leucémies lymphoïdes chroniques (LLC)………………………………….....…..33

2. Les leucémies myéloïdes chroniques (LMC)……………………………………..…..33

* Les leucémies aiguent…………………………………………………………….…..33

1. Les leucémies aigues myéloïdes (méyloblastiques)…………………………………..33

2. Les leucémies aiguent lymphoblastiques………………………………………….….34

2.2 Médulloblastome………………………...……….……………………….…………........34

2.3 Néphroblastome……………………………………………………………………..……34

2.3.1 Les signes et les symptômes……………………………………………………..……34

2.4 Rétinoblastome……………………………………………………………………..……..34

2.4.1 Les signes et les symptômes……………………………………………………….….35

3. les traitements………………………………………………………………………….…..35

3.1 La chimiothérapie…………………………………………………………………….….35

3.1.1 La chimiothérapie adjuvante……………………………………………………..….36

3.1.2 La chimiothérapie néo-adjuvante………………………………………………..…..36

3.2 La chirurgie………………………………………………………………………….…..36

3.3 La radiothérapie…………………………………………………………………….……36

4. le vécu psychologique de l’enfant cancéreux………………………………………….…...36

4.1 Impacte de la maladie sur la vie de l’enfant………………………………………..…....37

4.2 Les réactions psychologiques de l’enfant face à sa maladie…………………………….37

* L’anxiété………………………………………………………………………….…..38
* Agressivité……………………………………………………………………….…...38

5. l’état émotionnel de l’enfant et les différents problèmes vécu……………………….……39

5.1 La séparation……………………………………………………………………….……39

5.2 La culpabilité……………………………………………………………………….……40

5.3 L’enfant est soumis à la perte du sentiment d’invulnérabilité et de cohérence interne…41

5.4 Modification de l’image de corps……………………………………………………….42

***II L’impact du cancer de l’enfant sur les parents***

1. La parentalité……………………………………………………………………….....43

2. La relation enfant- parents ……………………………………………………………43

3. L’annonce du cancer……………………………………………………………...…..45

4. Les réactions des parents face à la révélation du cancer de leur enfant………………45

4.1 Les premières réactions……………………………………………………………….46

4.1.1 Le choc………………………………………………………………………………..46

4.1.2 Sentiment de culpabilité………………………………………………………………46

5. Impact de cancer de l’enfant sur la relation conjugale………………………………..47

5.1 La communication…………………………………………………………………….47

5.2 La sexualité et les moments d’intimité………………………………………………..47

5.3 Le partage des rôles et des responsabilités……………………………………………48

**Conclusion**……………………………………………………………………………….…..49

***LA DEUXIEME PARTIE : LA PARTIE PRATIQUE***

***CHAPITRE 3:Méthodologie de recherche***

**Préambule…**……………….……………………………………………………………...…52

I Démarche de la recherche et population d’étude…..…..………..…………………………52

1. La pré-enquête………………………………………………………………………...52
2. La méthode clinique………………………………………………………..……........53

* L’étude de cas…………………………………………………………….……...…..54

1. Lieu de recherche ………………………………………………………………...…..55
2. population d’étude …………………………………………………….……………...55

4.1 Sélection de notre population d’étude……………………………………………….…..55

4.2 Critère pertinents retenus……….…………………………………………………….…55

4.3 Critère non pertinents……………………………………………………………………55

4.4 Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d’étude…………………56

5. les outils utilisés………………………………………………………………………...….57

5.1 L’entretien clinique………………………………………………………………...……57

5.1.1 L’entretien semi-directif ……………………………………………………..…......58

5.1.2 Présentation de guide d’entretien …………………………………………….....…...58

* L’analyse de contenu des entretiens …………………………………………...…......59
* L’attitude de clinicien lors de l’entretien…………………………………………..…60
* Les difficultés rencontrées……………………………………………………………61

**Conclusion**…………………………………………………………………………………....62

***CHAPITRE 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats***

Préambule………………………………………………………………………………..……64

1. présentation et analyse des cas………………………………………………….….…64

* Cas de Mm Karima…………………………………………………………….……..64
* Cas de Mm Naima………………………………………………………………..…...67
* Cas de Mm Safia………………………………………………………………..…….69
* Cas de Mr Djamel……………………………………………………………….…....71

2. Synthèse et analyse générale des cas……………………………………………….……..74

**Conclusion générale**

**Bibliographie**

**Les annexes**

**Résumée**

**Liste des tableaux et des abréviations :**

* **La Liste des abréviations**
* **Liste des tableaux**

• **Tableau N° 1 :** Récapitulation de la population d’étude**.............................................56**

|  |  |
| --- | --- |
| **Abréviation** | **Le Nom complet** |
| LLC | Leucémies lymphoïdes chronique |
| LMC | Leucémies myéloïdes chronique |
| LAL | Leucémies aiguë lymphoblastiques |
| RB | Rétinoblastome |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| MIO | Modèle interne opérant |

***Introduction générale***

Les êtres humains éprouvent naturellement le besoin de vivre dans une relation de couple Pleine d’amour et d’harmonie où dominent la paix et la tranquillité. L’attachement désigne le lien émotionnel fort et durable qui s’établit entre les 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 psychanalyse 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, décroitre 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. (L.pointe G. Lussier Y., 1994).Donc l’attachement n’apparait pas comme une caractéristique propre du nourrisson, ni a la personne qui s’en occupe, mais plutôt comme un modèle d’interaction affective et comportementale.

L’annonce d’un cancer marque le début d’un long voyage pour le malade, mais également pour ces proches. Toute maladie entraine un malaise, mais être confronté à un cancer qu’il soit guérissable ou inguérissable, quelles qu’en soient ses séquelles à court, moyen ou à long terme, met le malade au pied de ses forces. Un fardeau marqué de différents avertissements capables de rendre la vie difficile, il suffit d’annoncer cette maladie ou de prononcer le mot « cancer » pour voir la personne ébranlée et déracinée

Le cancer pédiatrique occupe le premier rang de mortalité par tumeur maligne chez les enfants de 1an à 15 ans, cette épreuve aurait même parfois tendance à être considéré comme une maladie chronique. En dépit des avancées thérapeutiques constantes (chirurgie, radiothérapie, et chimiothérapie), le cancer des enfants garde un caractère menaçant aux yeux des parents.

Toute cancer fait peur, entraine des conséquences dangereux, à plusieurs niveaux et à différents moments (des premiers symptômes, examens, diagnostic, au début des traitements, leur fin, la rémission et éventuellement la récidive, soins palliatifs, fin de vie), induisent des sentiments de vulnérabilité, d’incertitude, des moments de crise et de détresse émotionnelle, chez l’enfant malade ainsi que ces parents. Non seulement, il ouvre une crise individuelle, mais aussi touche vraiment la sphère relationnelle du couple parental, c’est une atteints qui constitue une onde de choc qui confronte les parents puisque c’est un bouleversement soit sur leurs mode de vie, leurs avenir, autrement dit le cancer donne lieu à une remise en question de l’homéostasie du système familial, et plus spécifiquement, conjugal.

Notre travail porte sur la relation conjugale chez le couple parental ayants un enfant cancéreux, plus précisément l’impact de la maladie de l’enfant sur le couple parental. Pour traiter un tel problème, nous avons adopté la démarche descriptive dans l’objectif de décrira la relation conjugale chez les parents des enfants cancéreux. Notre principale technique d’investigation est l’entretien clinique choisi dans le but de recueillir un maximum d’informations sur l’enfant cancéreux et sur la relation de ses parents pour accomplir notre étude, l’association de « bienfaisance d’aide aux malades cancéreux « TUDERT » d’Amizour de la wilaya de Bejaia était notre terrain de recherche.

En effet notre objectif par cette étude est de cerner, comprendre l’impact de la maladie de l’enfant sur le couple parentale, ainsi d’enrichir les connaissances actuelles sur le vécu de l’enfant malade et les perturbations vécu par ses parents. Pour répondre à cette problématique, nous avons tracé un plan de travail, qui se compose par une introduction, une partie qui décrit le cadre générale de la problématique et la présentation des hypothèses, les raisons de choix de thème, les objectifs de la recherche et enfin la définition des concepts clé, ainsi que de deux grandes parties complémentaires, une première partie théorique et la deuxième partie pratique.

Une partie théorique qui contient deux chapitres le premier chapitre est « le couple parental et la théorie de l’attachement », qui contient la définition de couple et de la relation conjugale, le couple à la lumière de la théorie d’attachement, la construction de lien d’attachement dès l’enfance, l’attachement à l’âge adulte, les différents styles d’attachement chez l’adulte, et enfin les déterminants de la relation conjugale selon la théorie d’attachement.

Le deuxième chapitre est « l’enfant cancéreux et ses parents » ce chapitre contient deux axes dont le premier, consacré à décrire le cancer pédiatrique, les principaux cancer de l’enfant, les causes, les signes et les symptômes, les traitements (chimiothérapie, la chirurgie, la radiothérapie), ainsi que le vécu psychologique de l’enfant cancéreux, l’état émotionnelle de l’enfant et les différents problèmes vécu, et le deuxième axe décrit la parentalité, la relation enfant parent, les réactions des parents face à la révolution de cancer de leur enfant, et l’impacte de cancer de l’enfant sur la relation conjugale.

Une partie pratique qui est aussi divisée en deux autres chapitres, le premier est consacré pour le cadre méthodologique de la recherche suivi durant notre étude, dans laquelle nous allons expliquer surtout la méthode utilisée, les outils de la recherche, et on va présenter notre groupe de recherche qui se compose de 4 cas.

Le deuxième chapitre dont lequel on a possédé, à la représentation de quatre cas étudiés, ainsi que l’analyse des entretiens semi-directifs.

Enfin on termine notre travail par une conclusion générale, une liste bibliographique et les annexes.

***La Première partie :***

*La partie théorique*

***Problématique et***

***Hypothèses***

L’homme comme être social est dans la nécessité biologique d’être en lien. Nous avons un besoins inconscient de l’autre, nous cherchons à établir des relations étroites avec les autres, l’être humain a besoin d’être attaché, cela lui est nécessaire pour réguler ses émotions, pour apaiser les circonstances stressantes de son existence. Cette nécessité exigent l’homme et la femme à organiser entre eux des relations de proximité stable et durables afin de créé à la suit le lien conjugal, ce lien se constitue à travers l’union légitime d’un homme et d’une femme, forment à la fin un couple.

Etre en couple est un désir fort chez un grand nombre de personne, et une relation amoureuse gratifiante constitue un facteur d’épanouissement pour les partenaires, par contre les attentes insatisfaites ou les conflits chroniques vont avoir comme conséquence une remise en cause de la relation et une souffrance psychique.

Parler du couple renvoie à parler de l’intime et de l’affectif, de ce fait plusieurs définitions ont était donnée à ce concept.

Minuchin (1998) « *un couple est un sous-système qui se forme quand deux adultes de sexe opposé s’unissent avec le but déclaré de former une famille, de plus, ce sous-système va permettre aux conjoints de se réfugier en cas de stress externes via le soutien qu’ils s’apportent mutuellement et va également favoriser chez chacun l’apprentissage, la créativité et l’épanouissement* ». Cité par (Marquet, Marie, 2017, p.6)

Pour développer ce sous-système, nous pouvons évoquer la notion d’attachement théorisée par Bowlby (1969/1982). Plusieurs dimensions du fonctionnement conjugal sont abordées à la lumière de cette théorie.

L’attachement processus primaire débutant dans les tous premiers moments de la vie, ce concept est souvent mis en parallèle avec le développement de l’enfant. Dans l’enfance, l’attachement est définit comme « *des comportements qui visent la recherche de sécurité et particulièrement vis-à-vis de la figure maternelle, alors que l’attachement dans l’adolescence et la vie adulte est définit comme un lien avec une personne proche qui offre un engagement affectueux au sujet, cette autre personne peut être une figure parentale ou un partenaire intime* ». (Cottereaux. J, 2007, p. 31).

A la base des travaux de Bowlby (1969) ont ensuite été poussés plus loin par Ainsworth, Hazan, Chaver et al, (1978) qui ont appliqué la théorie d’attachement de l’enfant aux relations amoureuses de l’adulte, en créant une mesure de l’attachement amoureux en trois catégories : sécurisé, anxieux et évitant. Pour finir par des divers résultats pour chaque style.

Une étude faite en (1997) par Marie-France Tremblay sur les liens entre les styles d’attachement, les modes de communication et les stratégies de résolution de conflits auprès de 167 des couples mariés ou vivant en cohabitation. Dont les sujets sont sensé de répondre de façon individuelle, à deux mesures d’attachement, à un questionnaire sur les modes de communication dans le couple, à deux instrument visant l’évaluation des stratégies de résolution de conflits, ainsi qu’un questionnaire sur la satisfaction conjugale.

Les résultats laissent voire que les individus de styles sécurisant utilisent davantage un mode positif de communication mutuelle que les personnes de style anxieux/ ambivalent. Ils utilisent moins la communication de type demande/retrait (ou l’un des partenaires demande pendant que l’autre se retire) que les évitant et ils utilisent moins l’évitement mutuel que les individus des styles non sécurisants. De plus, au niveau des stratégies de résolution de problèmes, les individus de styles sécurisant utilisent davantage des solutions positive aux problèmes lors de conflits que les sujets anxieux/ambivalent, comparativement à ceux des styles sécurisant et évitant, s’engagent davantage dans les conflits conjugaux, alors qu’à leur tour, les personnes de styles évitant s’engagent plus dans les conflits que les personnes de style sécurisant.

On dit que la base d’une bonne relation conjugale renvoie à une bonne communication entre les partenaires.(Berscheid, 1995) «*La communication est donc, dans le couple, un concept primordial et peut être considérée comme le fondement d’une relation*»,« *Le processus de communication comporte divers aspects tels que les comportements verbaux et non verbaux qui amènent et maintiennent le lien relationnel. La littérature indique que les couples avec une bonne communication sont plus satisfaits et que cette satisfaction serait liée au soutien et aux affects positifs.*(Smet, Marie, 2018, p32).

Le couple son désir est 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. L’arrivé de l’enfant attendu, est un événement qui va donner autre sens à la vie du couple et qui peut renforcer leur relations conjugale, et renforcer leur stabilité affective.

Or la maladie grave de leur enfant considérée comme un obstacle qui peuvent affecter ou bouleverser la stabilité au sein du couple, qui impact sur le plan individuel, conjugal et parental, et qui leur permet d’introduire une nouvelle dimension a leur vie celle de la parentalité. Cependant la théorie de l’attachement stipule également que lorsqu’un système est menacé, le système comportemental d’attachement s’active.

Les cancers chez l’enfant l’une des maladies graves qui peuvent bouleverser le système conjugal. « *Sont très différents de ceux des adultes, avant tout, par leur rareté : 1 à 2% de l’ensemble des tumeurs humaines, les localisations chez l’enfant sont différentes de celles chez l’adulte, l’enfant ne connait pratiquement pas de cancers du sein, de l’utérus, du tube digestif, du poumon, de la peau. Chez lui, la plupart des cancers sont des leucémies et des tumeurs cérébrales, respectivement 30%et 20% des cancers pédiatriques ».* (Lemerle. J et col, 2007, p.498)

Dans ce travail, nous avons retenus que le cancer pédiatrique, cette maladie intéressante et mystérieuse qui a été et qui est toujours un centre d’intérêt majeur, et qui réveille surtout des vocations des chercheurs et des médecins en pédiatrie, afin de la comprendre le mieux possible. Selon Dr Hulya Ozsahin dans une interview réalisée par bonjour. V (2008) *« par cancer pédiatrique, il faut comprendre tous les cancers qui touchent les enfants de 0 à 16 révolus, Le cancer chez l’enfant est une maladie rare mais représente néanmoins la deuxième cause de mortalité infantile »* cité par (Christine Berset, 2011, p 03)

Le taux d’incidence du cancer de l’enfant dans le monde, est estimé entre 10 et 15 nouveaux cas sur 100 000 enfants de moins de 15 ans, Selon les chiffres publiés par la société française du cancer de l’enfant, chaque année environ 1800 enfants sont atteints de cancer en France, avec donc une incidence d’un nouveau cas sur 600 enfants.

Au Maroc 35 000 nouveaux cas de cancers par an, dont 1200 cas chez l’enfant de 0 à 18 ans. Les leucémies représentent le 1/3 des cancers chez l’enfant et survient le plus souvent entre 2 à 10 ans le garçon étant plus que la fille. (Msefer Alaoui. F, 2010, p 12).

En Algérie selon les chiffres publiés en 2015 dans le rapport du groupe franco-africain d’oncologie pédiatrique (GFAOP), chaque année, environ 1200 à 1300 cas de cancers pédiatriques sont diagnostiqués chez l’enfant, ce nombre risque d’atteindre les 1450 cas à l’horizon de 2025, 40% des cas sont des leucémies, un cancer de la moelle osseuse connu Sous le nom de cancer de sang. (Dr Tarik Yadaden, 2018).

Cependant, l’enfant cancéreux souffre beaucoup plus psychologiquement à cause des effets des médicaments tels que la chimiothérapie, la radiothérapie et les autres traitements qui subissent des modifications physiologiques où l’enfant se sent différent des autres. Et comme une souffrance principale l’enfant n’arrive pas à saisir et à supporter la séparation avec son milieu habituelles et particulièrement avec sa mère. Ou la séparation augmente des pressions sur l’enfant. Tandis que les premières années de la vie sont d’une importance cruciale pour le développement de tous les enfants. C’est une période pleine de possibilité mais aussi de fragilité face aux influences négatives.

Les réactions de l’enfant à la séparation et aux retrouvailles avec le parent sont naturellement illustratives de la qualité du lien d’attachement parent-enfant, l’enfant peut développer des troubles psychologiques comme l’anxiété après sa séparation avec la maison ou les personnes auxquelles il est attaché.

De nombreux auteurs tels que Bowlby (1969), Ainsworth (1978), Main, (1985) et autre ont exploré les comportements d’attachement et les réactions manifestées chez l’enfant, suite à la séparation temporaire du lien avec sa mère, ces auteurs ont tenté d’expliquer les impacts émotionnels et comportementaux. Autrement dit dans différentes réactions émotionnelles observées chez l’enfant, dont la peur, la colère et la tristesse, dès lors que le parent quitte la pièce, ces auteurs ont informé que l’enfant qui n’a pas pu bénéficier, dans les premières années de vie d’une présence parentale apte à favoriser l’apparition de liens affectifs stables et continus, en raison de ruptures répétées ou encore de l’incapacité de la figure parental à être sensible à ses besoins, risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché.

Dans son rapport pour l’organisation mondiale de la santé (OMS) «*soins maternels et santé mentale »*, J. Bowlby (1982) a mis en lumière le rôle fondamentale de l’attachement dans la genèse des liens affectifs de l’enfant. (Bénoy. H, 2001, P.40).

Ainsworth (1978) définit l’attachement comme « *un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et la personne qui en prend soin, ce lien persiste à travers le temps et l’espace sur un continuum »Hazan et Chaver (1990) ont élaborés un modèle des styles d’attachement, il porte sur trois styles d’attachement qui sont : attachement sécurisé, attachement anxieux et attachement évitant, un quatrième schème, l’attachement désorganisé, a été identifié plus tard par Marin en 1986*. (Sperling. M, 1994, P.53)

Dans ce cadre, nous comprenons l’importance d’établir un lien d’attachement avec une personne sur qui l’enfant puisse compter. Un enfant ayant un attachement « sécure » est un enfant qui sait utiliser l’adulte comme base de réconfort pour s’ouvrir au monde et aux autres.

Dans la situation qui nous concerne aujourd’hui, le cancer chez l’enfant, tout le monde ne réagit pas de la même façon, lorsque le diagnostic chez l’enfant est posé, beaucoup de parents vont aller chercher protection, soutien et sécurité chez leur partenaire. D’autres vont repousser leur conjoint et faire preuve d’une certaine distance émotionnelle et d’indépendance. Certains, par contre, vont tout faire pour se sentir le plus proche possible de l’autre pour combler leurs inquiétudes. Santos et Al, (2016) « *ont montré que la façon dont le couple réagit peut avoir des répercussions sur le fonctionnement de l’ensemble de la famille. Ils montrent également que l’attachement dit « évitant », présent chez les couples, semble être l’unique facteur ayant un impact négatif sur la cohésion familiale »* (Cité par Marquet, Marie, 2017, p.7)

Selon Simonton (1987), lorsque le cancer touche un enfant, les parents souffrent énormément. « *C’est certainement une des expériences humaines les plus difficiles.* » (Cité par E. Guillet, F. Scherly, 2014, p.07).

L’annonce d’une affection grave comme la maladie cancéreuse touchant un enfant, provoque chez ses parents un choc émotionnel important, leur désarroi est tel que bien souvent ils s’en trouvent intellectuellement inhibés, incapables dans un premier temps d’entendre et de comprendre ce qui leur est dit, ce n’est que progressivement qu’ils pourront appréhender les différents éléments concernant la pathologie de leur enfant, c’est l’angoisse de mort qui fait soudain irruption dans les fantasmes des parents , ils craignent de perdre leur enfant, leur raison de vivre. Les projets qu’ils avaient formés, l’ambition et les espoirs qu’ils avaient placés en lui sont détruits, aussi considérer l’avenir qu’ils l’avaient envisagé avec et pour leur enfant, devient insupportable, ils ne peuvent plus penser au futur sans voir la mort à l’horizon.

Enfin, nous pouvons nous demander si la maladie de l’enfant peut impacter la relation de couple de façon sévère. A ce sujet, Oppenheim et al, 2006*, « le littérateur scientifique évoque la possibilité d’une crise conjugale causée par le cancer de l’enfant* ».

(Alderfer et al, 2010) « *Dans tout le processus de la maladie, il semble que l’année suivant le diagnostic soit la plus critique pour le couple, les conflits conjugaux apparaissant principalement durant cette période*. *A long terme, nous pouvons également constater l’impact que la maladie a eu sur la relation conjugale. De fait, même si certains parents ont formé une équipe solide pendant tout leur combat face au cancer, il arrive qu’ils constatent après coup qu’ils ont été chacun un père ou une mère pour leur enfant le temps des soins à mise que leur relation conjugale en a souffert.* (Cité par Marquet, Marie, 2017, p.7).

Une étude publiée dans Psycho-oncologie et réalisée par Bruns, w. Péloquin. K, Sultan, S et al (2016) ; « *cette étude réalisée auprès de 47 couples dont l’enfant a été diagnostiqué d’une leucémie, nous avons trouvé que des variables liées au bien-être et fonctionnement de la famille ainsi que l’humeur des parents au moment du diagnostic étaient associés à la satisfaction conjugale des mères et des pères 2 ans plus tard, (les effets de la maladie sur les parents peuvent perdurer même plusieurs années après les traitements de cancer). Les parents ont rapporté des impacts positifs (ex, meilleur soutien conjugal, augmentation de la satisfaction conjugale, une habileté accrue à résoudre les conflits conjugaux et un soutien plus fort entre eux.) et négative (ex, réduction de l’intimité, de la sexualité et du temps passé ensemble) de la maladie sur leur relation de couple.* » (Katherine Péloquin laboratoire d’étude du couple, 2017).

« *Dans plusieurs études qualitatives, les parents rapportent des émotions fortes à l’annonce du diagnostic et pendant les traitements, en évoquent de l’impuissance, une sensation de perte de contrôle et une peur importante de la mort ou de la rechute de l’enfant. En conséquence la dynamique du couple est perturbée par les nombreuses visites à l’hôpital et le bouleversement de la routine quotidienne, l’enfant malade devient souvent la plus grande priorité, et les parents disent ignorer leurs propres besoins affectifs pour se consacrer entièrement aux soins de celui-ci. Toute porte à croire que le système conjugale que forment les parents pourrait être particulièrement affecté par cette épreuve troublante* » (J.Martin, K.péloquin et al, 2014.p.222).

Au Maroc, selon Mme le Pr AMINA KILI, 2018, Pr d’hématologie pédiatrique de rabat «*1200 nouveaux cas sont enregistrés chaque année pour un cancer infantile, les souffrances des familles ou la mère reste avec l’enfant malade pendant toute la durée du séjour à l’hôpital qui peut durée longtemps ça dépasse parfois 5 mois, et le père doit se déplacer ou ses autres enfants souffrent à leur tour, la famille perd son équilibre et sa stabilité ce qui reflète sur tous les aspects de leur vie*. » (H. AHMUT, 2018, p.4)

En Algérie, aucune étude, jusqu’alors, ne s’est intéressée sur la réalité conjugale des parents confrontés au cancer de leur enfant, c’est pour cela nous avons mené un travail visant à décrire et évaluer l’impact de la maladie de l’enfant sur la relation conjugal des parents.

Peu de recherches qui sont avancées sur le couple parental ayant un enfant cancéreux, dont peu d’auteurs qui ont donnés des explications sur ce sujet en Algérie. A partir de là nous sommes intéressés à travers cette modeste recherche, de montrer le vécu d’un enfant cancéreux et ses conséquences sur ses parents et sur le devenir de leur relation de couple. (Le devenir de leur relation sexuelle et le devenir de la communication entre eux qui est la base d’une bonne satisfaction conjugale). L’enfant malade est un évènement qui va donner autre sens à la vie du couple et qui peut influencée négativement leurs relation conjugale. A cet effet, et comme nous somme des psychologues cliniciens stagiaires au sein des hôpitaux de Bejaia, nous avons opté pour nous mettre en contact directe avec ces parents à fin de comprendre mieux les manifestations cliniques de cette souffrance psychologique, et d’envisager la situation, pour donner une analyse globale sur la situation parentale face à la maladie grave de leur enfant.

La pré-enquête représente une étape, importante voire indispensable dans tout travail de recherche. Notre rencontre avec les parents d’enfant cancéreux s’est organisée par le biais d’une pré-enquête menée au sein de l’association d’amizour « Tudert ». Cette étape a été pour nous une étape qui nous a permis d’avoir plus d’informations sur les caractéristiques de notre population d’étude et d’apporter des modifications à notre guide d’entretien et de maitriser l’application de l’outil le plus important qui est l’entretien semi directive. De ce fait, et à partir de la revue du littérateur et de notre pré-enquête, nous avons tenté de poser la question suivante :

* Quelle est l’impact de cancer chez l’enfant sur la relation de couple parentale ?

**Hypothèse générale**

Avoir un enfant cancéreux provoque des situations de bouleversement concernant la sphère conjugale (la communication, le fonctionnement sexuel, les moments d’intimité, ainsi que le partage des rôles et le soutènement au sein de couple).

**Hypothèse opérationnelle**

1. Les parents ayant un enfant cancéreux sont confrontés à vivre des moments dur ce qui produit chez eux des troubles psychique et physique qui affecte leur relation conjugale.
2. Les parents ayant un enfant cancéreux, éprouvent un sentiment de culpabilité intense. Qui engendra une communication pathologique (verbale et/ou non verbale).

* **L’intérêt du choix du thème :**
* Nous avons choisi ce thème « cancer chez l’enfant et son impact sur le couple parental » par rapport à son importance, car c’est un thème d’actualité qui permet d’apporter quelque chose de nouveau vu le manque d’étude en Algérie.
* Pour arriver à mieux comprendre le vécu et la souffrance des parents ayant un enfant cancéreux.
* **Les objectifs du choix du thème** : Les objectifs de notre étude sont les suivants :
* Fournir des informations détaillées sur les modalités de suivi médical et psychologique.
* Comprendre les causes d’apparition de cancer chez l’enfant et de faire la distinction entre ces différents types.
* Donner une description objective de la réalité vécus par les parents de l’enfant cancéreux.
* Décrire la relation du couple parental et mieux expliquée l’impact de la maladie de leurs enfants sur leur vie quotidienne.
* **Définitions des concepts clé**

Avant de commencer notre thème on doit définir les concepts utilisé dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, mais sans entrée en détail, on donnant des petites définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche.

* **Le cancer pédiatrique :**

Par « cancer de l’enfant », on désigne le plus souvent des affections malignes survenant chez l’enfant avant l’âge de 15 ans. Ces cancers sont rares et représentent entre 0.5% et 4,6% de l’ensemble des cas de cancers. La répartition des types de cancers chez l’enfant diffère considérablement de celle que l’on observe à tous les autres âges de la vie. En générale, les leucémies comptent pour un tir de l’ensemble des cas de cancers de l’enfant. Les autres affections malignes les plus courantes sont les lymphomes et les tumeurs du système nerveux central, il existe plusieurs types de tumeurs survenant presque exclusivement chez l’enfant : neuroblastomes ; néphroblastome ; médulloblastome ; et rétinoblastome. Les cancers du sein, des poumons, du colon ou du rectum, classique chez l’adulte, sont quant à eux extrêmement rares chez l’enfant.

**Le couple parental :**

Un couple parental Signifier une relation entre deux êtres qui ont mis en commun des intérêts (affectif, sexuels, soucieux, financiers, etc.) il n’y eu pas de différenciation nette entre le couple conjugal et le couple parental. Il s’agit d’être parents d’enfants ensemble. Selon robert Neuburger (1994), *« un couple parental c’est l’histoire d’une rencontre qui dure entre deux personnes qui ne trouvent pas de raisons suffisantes pour se séparer et qui ont vécu lors de leur rencontre un lien particulier, un lien d’appartenance* » (M. Maestre, 2009).

***Chapitre I***

*Couple parental et la*

*Théorie*

*De l’attachement*

**Préambule**

Depuis la naissance jusqu’à la mort, nous sommes en permanence dans le lien avec autrui (Parents, amis, partenaires amoureux et sexuels…), autant de relations qui font de nous des êtres sociaux et des créateurs de lien. On s’intéresse à l’une des ces relation qui est la relation entre les conjoints. La mise en couple c’est l’une des motivations interpersonnelles fondamentales de l’être humain, un remède et un moyen de satisfaire un besoin primaire de relation.

Ce premier chapitre est consacré à la présentation du couple. Nous nous intéressons d’abord à la notion de couple, et ce pour éclairer un concept dont les contours semblent vagues. Ensuite, nous abordons la notion de couple selon la théorie d’attachement pour mieux expliqué et comprendre comment se forme, et se structure un couple à la lumière de cette théorie.

1. **Qu’est-ce qu’un couple :**

Le couple est un concept largement étudié par de nombreux auteurs et amenant donc à diverses définitions.

« *Le couple est généralement perçu comme le produit d’un processus d’institution qui conduit chaque partenaire à partager un esprit commun et une vision particulière du monde. Toutefois, le couple est également formé par deux individus aux envies et besoins différentes et parfois contradictoires* ». (Henchoz.C, 2008, p15).

Selon la définition du site du dictionnaire Larousse (2014), «  *un couple consiste en la réunion de personnes unies par le mariage, liées par un pacs ou vivant en concubinage* ».

A .Ruffiot a donné une réponse phénoménologique et psychanalytique l’lorsqu’il a écrit sur le lien d’amour. Selon lui « *le couple est un groupe de deux êtres humains crée par l’amour et en rapport avec le genre. Par le lien d’amour, quelque chose de neuf est créée, quelque chose qui n’a jamais existé auparavant* ». (MOHRING.P, 2005, p.79-88).

M. Maestre**«***quant à lui, avec une approche systémique, trouve le point commun dans le principe de constitution d’une nouvelle organisation ; d’un nouvel ordre, par deux élément, avec notion d’équilibre ou de complémentarité. En systémie le couple pourrait se définir comme le plus petit et le seul système humain pour lequel le nombre de canaux relationnels est inférieur au nombre de personnes qui le composent*. (Lena Masso, 2015, p. 10)

Pour nous, le couple est la rencontre entre deux êtres dans un contexte particulier et à un moment particulier, qui retrouvent l’un chez l’autre ce qui les complète ou les comble, peu importe leur sexe ou leur âge. Cela comporte un échange émotionnel, une manifestation mutuelle d’affectivité, un degré fort de proximité, un lien s’inscrivant dans le temps et un engagement vis-à-vis de l’autre où les deux partenaires se considèrent eux-mêmes en couple avec l’autre.

1. **La relation conjugale :**

La relation conjugale est une forme de relation dyadique ou chacun des membres va savoir surmonter la souffrance et les conflits pour durer. Citer par BIOY(A), FOUQUES(D)que selon J. LEMAIRE le couple conjugale se définit de la façon suivant : «*un lien amoureux marqué par une intention avouée ou non avouée de durée et non un engagement irréversible et institutionnel concernant l’existence entière* ». En effet le terme conjugale ne renvoie pas à la notion de mariage, lien légal, mais à son acception dans une forme de couple en tant que lieu affectif d’échange plus au moins pérenne**.** (BIOY(A), FOUQUES(D), p.161).

 J-G Lemaire, d’orientation psychanalytique, mettront un point d’honneur à la notion de durée, définissant le lien conjugale, à la différence des autres liens amoureux ou la relation est conçu comme passagère, source de satisfaction immédiates, abandonnée dés qu’elle ne les donne plus ou s’accompagne de difficultés considérables.

Donc on ajoute à ça que la relation conjugale s’est le rapport entre les conjoints qui englobe tout, la compréhension, le partage des responsabilités, une bonne communication, qui produit ensuite un bon fonctionnement sexuel et des moments d’intimité durable. Tous ça rentre dans L’évolution de la relation conjugale sous divers aspects, pour savoir jusqu’à quel point les conjoints sont d’accord sur les valeurs essentielles et sur leur rôles respectifs, comment réagissent-ils devant les tensions et quelles sortes d’efforts ils font pour réajuster leur comportement.

1. **Le couple à la lumière de la théorie d’attachement**
   1. **Définition de l’attachement :**

Selon le dictionnaire Larousse, l’attachement est *« sentiment d’affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu’un, à un animal, à quelque chose* ». (H.Bloch, 1992).

« *Le lien d’attachement est un lien spécifique, unique, durable et irremplaçable, chargé d’émotions entre deux êtres humains.* » (Anne-Sophie, B-Mintz, 2011 p. 179 à 197). Au sens de la théorie, l’attachement nous pousse à rechercher, et à trouver, auprès de certaines figures un sentiment de sécurité et de réconfort quand nous ressentons de la détresse ou que nous sommes en situation de tension ou d’impuissance.

« *L’attachement est un système « motivationnel » inné qui s’active soit parce que l’environnement est perçu comme hostile, soit parce que l’individu ressent un déséquilibre interne(douleur, fatigue, maladie) ce système motivationnel se caractérise par un ensemble de comportements ou d’actions génétiquement programmés, activés puis désactivés par des stimuli spécifique, qui visent à atteindre un objectifs particulier : permettre à l’individu de retrouver une proximité avec des personnes spécifique ainsi qu’un équilibre physique et émotionnel pour revenir à un sentiment de sécurité interne* » (Anne-Sophie, B-Mintz, 2011 p. 179 à 197) c’est le retour à un état d’équilibre générale physique et émotionnel et physiologique.

Le lien d’attachement est nécessaire à la survie de l’espèce et reste actif tout au long de la vie : *« l’attachement dure du berceau jusqu’à la tombe*. » (J. Bowlby)

**3.2 Théorie de l’attachement**

La théorie de l’attachement parait un bon fil conducteur pour la compréhension et le traitement des systèmes familiaux en général, et du couple en particulier. Le psychologue et psychanalyste anglais J. Bowlby (1907-1990), a formalisé et élaboré la théorie de l’attachement dans les années cinquante. Selon cet auteur, le lien entre l’enfant et sa mère est l’expression d’un besoin d’autrui primaire, la nature de cette première relation d’attachement détermine des modèles internes opérants qui sont des représentations mentales du monde et des relations interpersonnelles de l’enfant à partir desquelles il formera des attentes et percevra les évènements qu’il vivra tout au long de sa vie.La théorie de l’attachement est devenue une référence inévitable pour expliquer le développement affectif, elle est le cadre de référence essentiel des développementalistes.

Bowlby a été influencé par la pensé psychanalytique, et il accorde une importance majeure aux première relations entre la mère et son enfant. Cindy hazan et Philip Shaver (1987) ont appliqué cette théorie aux relations amoureuses.

Ces auteures postulent que la nature de l’attachement vécue à l’enfance est susceptible d’être reproduite à l’âge adulte. En effet le partenaire amoureux est généralement la figure d’attachement la plus significative de l’individu adulte. La conceptualisation de l’attachement amoureux développé par Hazan et Shaver comporte deux dimensions ; sécurisant et insécurisant. Un attachement sécurisant traduit la capacité à maintenir une relation amoureuse empreinte de confiance, d’intimité, de support et d’interdépendance, alors qu’un attachement amoureux insécurisant dénote une ambivalence affective empreinte d’une crainte d’être abandonné, d’une difficulté à faire confiance ou à vivre une certaine intimité avec l partenaire. Si l’individu éprouve un attachement amoureux sécurisant, celui-ci cherchera à conserver une certaine proximité avec son partenaire amoureux en raison du support, de l63a réassurance et du confort que ce dernier lui procure. A cet effet, le style d’attachement sécurisant est associé à de plus haute degré d’ajustement dyadique (Mikulincer et Shaver, 2007) car l’ajustement de l’un des partenaires tend à influencer positivement l’ajustement conjugal et la satisfaction de l’autre partenaire.

Cette influence s’exerce en raison de la capacité des partenaires ayant un attachement insécurisant à être plus disponibles, plus apte à partager leur intimité et à prodiguer du support à leur partenaire (Mikulincer et al, 2002). Au contraire, les partenaires démontrant un attachement insécurisant sont davantage portés à faire preuve d’un plus faible ajustement dyadique.

Selon cette théorie, la satisfaction et l’ajustement d’un couple dépendent donc de la perception de la capacité du partenaire à répondre à ses besoins d’intimité, de proximité, de soins, d’attention, de sécurité et de gratification sexuelle « Hazan et Shaver, 1994 ». (Y. lussier, C. Bélanger, p1992)

1. **la construction du lien d’attachement**

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

* 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 dés la naissance, il existe déjà des préférences très discrètes du bébé pour ce qui lui est le plus familière ; c’est-à-dire les caractéristiques sensorielles des interactions avec celle. Qu’il a porté 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.

* 1. **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 figue d’attachement potentielle en tendent 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 crises 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 apparait à partir de trois à quatre mois. L’enfant souri moins aux étrangers qu’il ne faisait au paravent, et par contre il souri 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, Cinque mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. Des mouvements d’orientation 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. P 374).

* 1. **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 important dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l’enfant. Cette phase se caractérise par le fait que l’enfant différencier ses figures d’attachement des autres personnes et envoie de manière spécifique, signaux d’attachement à cette ou ses personnes.

* 1. **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 apparait 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 rapport 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 évènements qui ne sont pas présent au moment ou il parle, d’utiliser le langage intérieure 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).

1. **Les modèles internes opérants (MIO) :**

Dès la naissance, l’enfant se construit des modèles représentationnels des relations ou « modèles internes opérants » (Bowlby, 1984), en fonction des échanges vécus avec son entourage familial. En saisissant les invariants dans ses interactions quotidienne, il forme des attentes par rapport au déroulement des relations. Une fois les modèles internes opérants constitués, il en arrive à anticiper le cours des évènements lorsque ceux-ci ressemblent à des situations déjà connues.

Les MIO développés dans la petite enfance affectent les relations d’attachement futures, en ce qu’ils influencent la personne dans sa perception et ses agissements au sein des relations interpersonnels. Dès la première année, l’enfant ajuste ses comportements en fonction des réactions qu’il a intériorisées de la part de ses figures parentales l’évolution des MIO par exemple le cas d’un enfant abandonné par ses parents et adopté par une famille, étant donné qu’il a construit un MIO sur le principe qu’il ne pouvait compter que sur lui-même et non sur les adultes, ces difficultés d’adaptation peuvent aussi se retrouver à l’âge adulte, et notamment vis-à-vis du conjoint (Milijkovitch, 2006).

Dans une relation de couple, un ajustement au fonctionnement du partenaire amoureux doit s’opérer pour que la relation soit harmonieuse. Or cet ajustement peut s’avérer difficile lorsque le mode de relation avec lui diffère de celui vécu avec les parents. Par exemple, si une personne a grandi en étant rejetée par ses parents, elles risquent à tort, d’attribuer à son conjoint une attitude rejetant, même s’il se montre attentif et dévoué.

Une actualisation de MIO s’avère alors nécessaire pour que la personne réagisse de façon adaptée à son conjoint, plutôt qu’en fonction de croyances et de modèles mis en place durant l’enfance. (R. Milijkovitch, E.cohin, 2007, p.88, 89).

1. **L’attachement à l’âge adulte :**

Hazan et Shaver (1987) publiaient un article intitulé « Romantic love conceptualized as an attachement process » qui a pavé la voie à un courant de recherche et d’intervention très prolifique. La théorie d’attachement a dès lors été utile pour rendre compte des comportements des adultes et plus particulièrement pour expliquer le développement, le maintien et la dissolution de leurs relations amoureuses. Les chercheurs ont montré que les fonctions de l’attachement chez l’enfant s’appliquent aussi à l’attachement chez l’adulte, proposant le partenaire romantique en tant que figure d’attachement principale à l’âge adulte, ils ont également adopté la formulation d’Ainsworth et al, (1967/1978. Les résultats obtenus par hazan et Shaver à partir des mesures auto-rapportées d’un échantillon d’adultes- sécurisant (56%), évitant (24%), anxieux/ambivalent (20%) sont comparables à ceux obtenus dans les études portant sur l’attachement mère-bébé.

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, bernnan W, 1994, p. 130). Quatre styles d’attachement sont décrit chez l’adulte : sécure, anxieux-soucieux, distant-évitant, craintif-évitant, insécure-ambivalent, désorganisé-désorienté.

L’attachement que l’adulte développe envers son partenaire amoureux partage plusieurs similarités avec l’attachement que l’enfant développe avec son parent. En effet, le partenaire est comme le parent, la cible de la recherche de proximité lorsque le système d’attachement activé, une source de protection, de réconfort et de soutien en cas de besoin, une source de détresse lors de périodes de séparation, et une base de sécurité qui permet à l’individu d’explorer le monde et de poursuivre ses propres buts. « Hazan, Merrill, 2015).

**6.1 Différent styles d’attachement chez l’adulte :**

Le terme de « style d’attachement » chez l’adulte est utilisé pour signifier « l’équivalence fonctionnelle » à l’âge adulte (Hazan et Shaver, 1987) du système d’attachement décrit initialement chez l’enfant par Bowlby (1978).

Les styles d’attachement sont définis comme « *patterns systématiques d’attentes, de besoins, d’émotion, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social qui résultent de l’interaction du système d’attachement avec une histoire particulière des expériences d’attachement »*(Shaver et Mikulincer, 2002)

On comprend alors que les styles d’attachement sont des modèles systématiques d’attentes, de besoins émotionnels, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportements sociaux qui distinguent la façon dont les individus s’engagent, développent et maintiennent des relations.

En effet, le système d’attachement ne concerne pas uniquement l’enfance puisqu’il continue à fonctionner tout au long de la vie (1976, 1984). En ce sens, les styles d’attachement à l’âge adulte sont constitués comme chez les enfants dans la situation étrange- de comportements et de sentiments ayant pour objectifs la recherche du sentiment de sécurité auprès des figures relationnelles actuelles. A l’instar de l’enfant, les styles d’attachement correspondent à des différences individuelles générales et stables pouvant être examinées empiriquement par l’observation. (Matthieu Reynaud, 2011, p. 106)

* + 1. **Le style sécure :**

Est caractérisé par de faibles niveaux d’anxiété et d’évitement. Les personnes sécure 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.

Les individus qui font partie possèdent une image positive d’eux-mêmes et des autres, c’est-à-dire qu’ils estiment avoir de la valeur et qu’ils croient pouvoir compter sur l’autre en cas de besoin, ils ont également l’impression de mériter l’amour de l’autre, d’avoir du contrôle sur leur destinée et ils envisagent positivement les situations interpersonnelles. En couple, ils sont à l’aise dans l’intimité, l’engagement et l’interdépendance, donc ils sont capables de dépendre de l’autre au besoin. (Yvan Lussier, Claude Bélanger, 2019, p 1997)

* + 1. **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.

Les personnes dites préoccupées possèdent une image négative d’elles-mêmes, ont le sentiment d’être indignes d’amour et de manquer de mérite, elles ont toutefois une image positive des autres, ce qui les amène à rechercher l’attention et l’approbation d’autrui de façon excessive (besoin de réassurance). Dans leurs relations de couple, elles présentent une grande instabilité émotionnelle, des manifestations démesurées de dépendance, une grande peur d’être abandonnées et de ne pas être aimées. Elles manifestant également des attentes de soutien et d’amour exagérées, une hypovigilance aux signes de rejet ou de moindre disponibilité du partenaire, ainsi que la jalousie.(Yvan Lussier, Claude Bélanger, 2019, p 1997)

* + 1. **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.

Les personnes dites détachées affichent une image positive d’elles-mêmes, mais une image négatives des autres, c’est-à dire quelles doutent de la capacité des autres à répondre à leurs besoins, cela les amène à éviter les relations intimes sur le plan émotionnelle, à refuser de montrer leur vulnérabilité et à être incapables de dépendre des autres. Les individus détachés préfèrent les relations « distantes », ou il y a peu de développement de soi et ou ils peuvent conserver un certain degré d’indépendance, ils ont appris à se fier à eux-mêmes de façon excessive, plutôt qu’à chercher du réconfort, et nier l’importance des relations intimes pour se protéger des blessures potentielles que de telles relations sont susceptibles de provoquer.(Yvan Lussier, Claude Bélanger, 2019, p 1997)

**6.1.4 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 ou elles entrent dans une relation engagé, la relation peut être caractérisée par une méfiance ou un manque de confiance. (Brennan C, 1998, p 84)

les individus dits craintifs possèdent à la fois une image négative d’eux-mêmes et des autres, c’est-à-dire qu’ils se perçoivent comme des êtres peu aimables et qu’ils évitent les contacts intimes avec les autres qu’ils voient comme peu fiables, indisponibles et peu dignes de confiance, ils désirent le contacte intime, mais craignent à la fois la souffrance de l’abandon et la proximité qui est difficile à supporter. Ce sont en conséquence des personnes solitaires, interverties et peu affirmées, qui se méfient et se confient très peu à leurs proches par peur d’être blessées..(Yvan Lussier, Claude Bélanger, 2019, p 1997).

1. **les déterminants de la relation conjugale selon la théorie d’attachement**

**7.1 La communication :**

La communication est un facteur qui se trouve au cœur de la relation conjugale. Elle permet non seulement de s’exprimer mais de donner du sens à l’expérience relationnelle. Egalement, elle génère et maintient l’intimité entre les partenaires. Elle a été décrite comme une variable fondamentale à n’importe quel stade du cycle conjugal, car c’est le moyen avec lequel les partenaires négocient, gèrent les conflits et partagent leurs sentiments et craints.

« *L’on peut considérer la communication comme un processus symbolique et transactionnel ou les comportements verbaux et non-verbaux permettent de créer des symboles, partagés, permettant à leur tour d’interagir, d’approfondir dans la connaissance de nous-mêmes, d’autrui et du monde. Dans le couple, les partenaires partagent des informations personnelles et non-personnelles, ce qui a un impact sur l’autre et sur la relation elle-même, en créent ainsi une réalité particulière à chaque couple » (Sanchez etD. Loving, 2003*)

*« La qualité de la communication est un facteur important de cohésion du couple. Nous savons tous que la parole fait partie de la communication, mais la parole ne suffit pas pour qu’il y ait communication. La communication, c’est l’art de créer une intimité avec l’autre, c’est une façon de partager en profondeur et de se sentir solidaires. Une communication de qualité représente une des grandes joies de l’existence » (MCMAHON. S, 2005, p270).*

Gottman, 1979 ; Mark man, 1987) « *La communication favorise la compréhension, le règlement et le rapprochement. Les auteurs s’accordent pour dire que dans les relations conjugales ou les niveaux d’intimité et d’interaction sont élevés, la communication joue un rôle central. Des difficultés à ce niveau favorisent l’éclosion de conflits qui, une fois installés, peuvent perturber ou paralyser le bon fonctionnement de la relation. A l’opposé, une communication compréhensive, chaleureuse et réciproque favorise le maintien et l’évolution d’une relation harmonieuse dans le couple. Donc la communication représente l’une des composantes déterminantes du bon fonctionnement dans le couple. Au surplus, ils soulignent que les formes de stratégies de résolution de conflits peuvent rendre compte de façon dont les conjoints communiquent lorsqu’un conflit survient dans leur couple. (Marie-France Tremblay, 1997, p. 2-3).*

Selon la théorie d’attachement la bonne ou la mauvaise communication revient au style d’attachement développé par les conjoints. Sur le plan amoureux, les partenaires qui possèdent une bonne sécurité d’attachement sont toujours les plus satisfaits et fonctionnels dans leur relation de couple.

*« Pour ce qui est de la communication et de la gestion des conflits, les individus au style sécurisant possèdent les habilités les mieux développées ainsi qu’une plus grand flexibilité dans leur utilisation de stratégies positives. Ils possèdent une bonne écoute et une capacité à exprimer leurs besoins et opinions qui sont marquées par l’ouverture. Ils sont capables de compromis et n’évitent généralement pas les conflits.*

*Au contraire les détachés se dévoilent très peu et évitent les conflits qu’ils perçoivent comme une occasion de se rapprocher. Ils ont peu d’habilités de gestion des conflits et ont plutôt tendance à se retirer des discussions, ils peuvent même devenir hostiles si leur partenaire les oblige à communiquer.*

*Les préoccupés, ils ont tendance au contraire à percevoir tout conflit comme un signe de rupture potentielle et sont alors envahis d’une anxiété qu’ils cherchent à calmer par les discussions. Ils cherchent à communiquer en se dévoilant de manière excessive, mais sont peu disponibles pour écouter leu partenaire. Leurs besoins sont parfois si envahissants qu’ils peuvent utiliser la domination, les attaques et la violence comme tentative de ramener le partenaire vers eux.*

*Enfin les craintifs possèdent de faibles habiletés de communication leur réactions à l’égard du conjoint sont souvent contraires à ce qu’ils ressentent, ce qui peut les pousser à utiliser la violence pour tenter de régler leurs conflits*. (A. Brassard, Y. Lussier, 2009, p.02)

**7.2 Le fonctionnement sexuel et l’intimité :**

L’organisation mondiale de la Santé définit la sexualité comme suit : «  *La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l’appartenance sexuelle, l’identité et les rôles sexuels, l’orientation sexuelle, l’érotisme, le plaisir, l’intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyance, d’attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité peut inclure toutes ces dimensions, qui ne sont toutefois pas toujours vécues ou exprimés simultanément. La sexualité est influencé par l’interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux, et spirituels ».*(OMS, 2006) Cette définition met en avant l’importance de la sexualité dans le cadre du bien-être général des individu.

Quant à l’intimité conjugale a trait à l’affection profonde, la complicité, le partage exclusif qui lie les partenaires et anime le désir et l’amour.

*« L’intimité se rapporte au lien qui unit deux partenaires, elle a été utilisée pour parler de la dimension émotionnels des relations humaines, des processus de communication verbale et non-verbale, des comportements sexuels. L’expérience de l’intimité conjugale est désormais une variable influençant directement la santé psychologique et le bien être des individus. Le développement de l’intimité serait à mettre en lien avec les premières expériences d’attachement dans l’enfance, de construction identitaire à l’adolescence, et de développement relationnel stable à partir de l’âge adulte.* (Reis et Shaver, 1988)*» (Cité par*

La théorie d’attachement sur le plan sexuelle elle voit que, «  *les individus sécurisants soient les plus satisfaits, ces individus manifestent respect et ouverture à l’intérieur des relations sexuelles, ou la communication favorise le plaisir et l’intimité. Ils vivent ainsi plus d’émotions positives lors des interactions sexuelles.*

*Les individus détachés seraient plus à l’aise dans les activités sexuelles sans engagement et éviteraient plutôt les relations sexuelles lorsqu’ils sont en couple. Ils auraient tendance à être plus infidèles et à vivre de l’inconfort avec les manifestations de tendresse.*

*Par contre les individus anxieux recherchent l’intimité à travers la tendresse et l’affection, la sexualité serait pour eux une façon de ne pas perdre le partenaire ou d’être rassuré sur l’amour de celui-ci. Le rapport à la sexualité diffère toutefois en fonction du sex. En effet, les femmes anxieuses auraient davantage de relations sexuelles dans le but de ne pas perdre l’autre ou pour lui faire plaisir, tandis que les hommes chercheraient plutôt la réassurance à travers l’acte sexuelle, ce qui les amènerait parfois à insister sur ce plan auprès de leur partenaire.*

*Les individus préoccupés sont aussi plus anxieux envers leur performance sexuelle, ont une plus faible satisfaction sexuelle et démontrent une plus grande acceptation de comportements sexuels non désirés.*

*Enfin les craintifs ont moins d’expérience sexuelle, sont plus susceptibles de souffrir de difficultés sexuelles et d’utiliser la violence sexuelle »*(A. Brassard, Y. Lussier, 2009, p.02)

* 1. **Partage des rôles et des responsabilités :**

*« Le partage du pouvoir entre les conjoints occupe une place centrale dans une relation de couple. Il est important d’examiner les processus de prise de décision, de prise de responsabilités dans le couple, ainsi que de regarderles capacités des partenaires à négocier et à contrôler les diverses sphères de sa propre vie de même que le respect de l’autre et la confiance sont tous des facteurs qui contribuent à satisfaction conjugale*. »(Marie-Andrée, 2010, P52)

Selon la théorie d’attachement *«  En termes d’habilités de soutient, les individus sécurisants ont la capacité d’alterner de façon plus flexible entre la position de la personne qui donne du soutient et celle qui en reçoit. Ils perçoivent mieux les besoins des soutiens de leur conjoint et son plus capable d’y répondre que les individus de tous les autres style de l’attachment.ils sont également en mesure de demander de soutient et ont confiance que leur partenaire pourra les aider en cas de besoin.*

*Les individus détaché au contraire, ont tendance à minimiser leur besoin de soutient ou à faire des demandes plus indirecte à leur partenaire. Ils offrent et reçoivent en générale moins de soutient à l’intérieure d’une relation, car ils refusent de se mettre en position de demander de l’aide en raison de la croyance qu’ils ne peuvent compter sur les autre. Ils ont également une faible sensibilité aux besoins de leur partenaire.*

*Les personnes préoccupées possèdent pour leur part de très grand besoin de soutient qu’ils réussissent rarement à combler à l’intérieure de leur relation. Ils formulent donc plusieurs demandes de soutien mais ne sont pas souvent satisfaits bien qu’ils se montrent disponible à soutenir leur partenaire, ils tendent à le faire de façon insistante et envahissante plus temps que de rependre de façon ajuster au besoin de l’autre.*

*En fin les craintifs auraient eux aussi de grand besoin de soutient, mais qu’ils exprimeraient très difficilement.ils seraient également peu habiles à soutenir leur partenaire, ne se croyant pas assez compétentes pour le faire.* (A. Brassard, Y. Lussier, 2009, p.03).

**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 d’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 taches du développement humain. L’attachement est l’expression unique et caractéristique du lien affectif qui permet d’ajouter un sentiment de confort et de sécurité dans la relation. Le lien qui s’est crée avec une figure d’attachement dès les premier mois de la vie va être intériorisé par l’enfant et servir de modèle sur lequel se reproduiront les autres relations que l’enfant créera tout au longue de sa vie. Cette explication nous donne l’idée que les couples évoluent et développe leurs relations de couple à la base des vécus de leurs enfances ou chaque ‘un se comporte en fonction de son type d’attachement.

L’attachement, l’amour, la sexualité, la communication, la satisfaction conjugale, la gestion des conflits, sont tous des déterminants de la relation de couple ou chacune de ces facettes va avoir des répercussions sur le fonctionnement et le développement de la relation de couple. (Par exemple une mauvaise gestion des conflits altère le désir sexuel). Il faut de plus ne pas oublier que le couple est traité comme une unité, un telle changement s’opéré chez eux va bouleverser leurs relation de couple.

Dans le chapitre qui suit on va aborder l’une des épreuves qui peuvent bouleverser la relation de couple qui est la maladie de leur enfant au cette maladie affecte les différents déterminants de couple.

***Chapitre II***

*L’enfant cancéreux et ses*

*Parents*

**Préambule**

La maladie cancéreuse chez l’enfant est une épreuve difficile à supporter, car elle impose à l’enfant des perturbations lié aux modifications et au dysfonctionnement physique qu’il subit son corps (perte de poids, les douleurs, la fatigue, les vomissements, asthénie de la chimiothérapie…etc.), de même que lors du diagnostic et lors des hospitalisations à une séparation brutale de son milieu familial et scolaire habituel, engendre pour lui des grave sentiments ( d’angoisse, d’abandon, d’isolement, de tristesse ou encore de culpabilité).

Le cancer ne touche pas seulement le malade mais aussi sa famille. En effet les personnes les plus touché face à cet événement sont les parents. Apprendre que leurs enfants est atteints d’un cancer est une épreuve très difficile qui entraine des bouleversements dans la vie quotidienne d’un couple, et des retentissements sur divers plans de leur relation conjugale : sexuels, verbal ou la communication et les moments d’intimité se raréfient voir disparaitre au profit de couple parental. Sur le plan psychique le cancer chez l’enfant éprouve sans doute aux parents de nombreuses émotions dont (de la colère, de la culpabilité, de la peur ou des sentiments d’injustice).

Pour comprendre l’impact de cancer sur l’enfant et ses parents ; nous avons consacré ce chapitre qui va permettre de comprendre le cancer et ses répercussion physique et psychique sur l’enfant, ainsi que son impact sur les parents et leurs relation de couple.

**I l’enfant cancéreux**

1. **Définition de cancer pédiatrique :**

Les cancers de l’enfant (0-15 ans) sont des proliférations des cellules anormales (cancéreuses) dans un organe au dans une moelle osseuse. Il existe plusieurs types de cancer chez l’enfant et ils sont déférents des cancers de l’adulte. Le cancer de l’enfant résulte d’accident cellulaire successif, qui va altérer le programme génétique de la cellule et la transformer en une cellule cancéreuse. La prolifération non contrôlée des cellules Cancéreuses va aboutir à la formation d’un cancer(A-Vinay, 2004, p.4)

1. **Les principaux cancers de l’enfant**
   1. **La leucémie :**

La leucémie est une forme courante du cancer chez l’enfant. 80% des leucémies aigues de l’enfant sont lymphoblastiques (LAL). Le pronostic de ce type de maladie est bon. Elle nait dans la moelle osseuse dont le rôle est la fabrication des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes. La leucémie provoque une perturbation de la production des globules blancs. Elle entraine également la production de nombreuses cellules anormales qui vont *« envahir la moelle osseuse pour se répondre ensuite dans la circulation sanguine et le système lymphatique. Elles peuvent aussi envahir des organes vitaux »* (A Trebucq et F Lefrere, 2005, p 2).

* + 1. **Les causes de la leucémie :**

Comme pour tout cancer, il n’ya qu’exceptionnellement une cause unique. Dans la grande majorité des cas, on ne connait pas la cause exacte d’une leucémie, mais certains facteurs ont pu être identifiés comme pouvant favoriser, dans certaines circonstances, la survenue d’une leucémie :

* Une exposition massive à des radiations ionisantes ;
* Des anomalies du fonctionnement de certains gènes ;
* Des anomalies d’un chromosome donné (chromosome Philadelphie) ;
* L’exposition prolongée à des substances chimiques comme le benzène**;**
* Certains virus (éventualité très rare) ;
* Des traitements antérieurs par certains médicaments anticancéreux. (A Trebucq et F Lefrere, 2005, p 3).
  + 1. **Les signes et les symptômes :** Sont plus ou moins sévères, souvent d’apparition plus ou moins rapide :
* Atteinte de l’état général (fatigue, fièvre, amaigrissement) ;
* Angines à répétition, bronchites ;
* Tendance aux saignements répétés du nez, apparition de « bleus » ;
* Douleurs osseuses ; Parfois même, la maladie est découverte du fait de la localisation à divers organes comme les méninges ou les testicules. (Ibid.)
  + 1. **Les types de la leucémie**: il existe quatre grands types de leucémies
* **Les leucémies chroniques :**

Caractérisées par une évolution clinque généralement longue (plusieurs années) et par la prolifération ou l’accumulation de cellules originaires de la moelle osseuse, à un stade avancé de leur différenciation en globules du sang. Suivant qu’il s’agisse de cellules lymphocytaires ou myéloïdes, on parlera de leucémie lymphoïde chronique ou de leucémie myéloïde chronique.

1. **Les leucémies lymphoïdes chroniques (LLC) :**

Il s’agit d’une accumulation anormale de la lignée lymphoïde avec un taux anormalement élevé de lymphocytes dans le sang. Les lymphocytes atteints sont dans la grand majorité des lymphocytes de type B, peu différentes des cellules normales, Ces LLC sont peu évolutives et leur pronostic est assez favorable dans la majorité des cas.

1. **Les leucémies myéloïdes chroniques (LMC) :**

Elles sont bien différentes des LLC dans leur mécanisme, leur traduction clinique et surtout leur évolution. En effet, la leucémie myéloïde chronique, prolifération des globules blancs de la série des granulocytes (polynucléaires) est associée à une anomalie chromosomique précise (Le chromosome de Philadelphie) ou une partie du chromosome 22 se fixe sur le chromosome 9, entrainant ainsi des perturbations génétiques à l’origine de la LMC.

* **les leucémies aiguent :**

Caractérisées par une évolution clinique rapide et par la prolifération dans la moelle osseuse (voir dans le sang) de cellules bloquées à un stade précoce de leur différenciation, appelées « blastes ». Suivant l’origine des blastes, on parlera de lymphoblastes (cellules normalement destinées à devenir des lymphocytes) ou de myéloblastes (normalement destinée à devenir des polynucléaires, des plaquettes ou des globules rouges) et donc de leucémies aigues lymphoblastiques ou méyloblastiques. Elles sont caractérisées par la prolifération incontrôlée dans la moelle osseuse de cellules souches d’une lignée hématopoïétique avec un arrêt de leur différentiation. Des cellules immatures sont alors déversées dans le sang. Une leucémie aigues peut toucher la lignée lymphoïde (leucémie aigue lymphoblastiques) ou ma lignée myéloïde (leucémie myéloïde aigue ou méyloblastiques). Les leucémies aigue lymphoblastiques atteignent plus souvent le jeune enfant (80%) alors que la leucémie méyloblastiques est le fait de l’adulte et peut survenir à tout âge. *(*Trabzi. A, 2012, p 2-3-4)

1. **les leucémies aigues myéloïdes (méyloblastiques) :**

Plus rares chez l’enfant (20 % des leucémies), elles s’observent plus volontiers chez l’adulte. Elles sont caractérisées par la prolifération des cellules jeunes normalement destinées à devenir des polynucléaires, des monocytes, des plaquettes ou encore des globules rouges.

1. **Les leucémies aiguent lymphoblastiques :**

Les leucémies aigues lymphoblastiques (LAL) sont des proliférations clonales, développées a partir d’une cellule lymphoïde, bloquée a un stade précoce de sa différenciation appelée blaste. Sont aussi les plus fréquentes chez l’enfant, elles représentent 80-85% des LA (Trabzi. A, 2012, p 2-3-4)

* 1. **Médulloblastome :**

Les tumeurs du système nerveux central sont les tumeurs solides de l’enfant les plus fréquentes. Elles représentent près de 30% des tumeurs, juste avant les leucémies ». Le taux de survie est environ de 70% mais varie d’un type de tumeur à l’autre.

Le médulloblastome se développe dans le cervelet, il survient chez l’enfant avant l’âge de 10ans. Ce type de tumeur est invasif et peut métastaser dans la totalité du système nerveux centrale.

* 1. **néphroblastome :**

Le néphroblastome ou tumeur de wilms est une tumeur maligne du rein qui se développe à partir de tissus qui miment une architecture embryonnaire. Il s’agit de la tumeur du rein la plus fréquente chez l’enfant. Très différente des cancers du rein de l’adulte. Les autres formes de cancer du rein chez l’enfant sont extrêmement rares. (A. D’andon, O.Hartmann, 2003, P.1*)*

* + 1. **Les signes et les symptômes :**

Les parents découvrent par hasard la présence d’une boule ou remarquent que leur enfant a un gros ventre. Parfois, c’est la présence de sang dans les urines qui conduira à une consultation médicale. *(*Y. Loriot, P. Mordant, 2011, P.22).

* 1. **rétinoblastome :**

Constitue la tumeur intraoculaire de l’enfant la plus commune. Il s’agit d’un néoplasie mettant en jeu le pronostic vital, mais qui est potentiellement curable. Le RB peut être héréditaire ou non héréditaire, unilatéral ou bilatéral. Donc le rétinoblastome est une tumeur maligne de la rétine (une partie de l’œil) elle peut être héréditaire (rétinoblastome familial) c’est-à-dire l’un des parents de l’enfant ou un autre membre de sa famille a déjà été atteint de cette tumeur. Le rétinoblastome héréditaire peut former plus d’une tumeur que ce soit dans un seul œil au dans les deux yeux ce que l’on appel (bilatéral).L’enfant attient de ce type peut transmettre le (bilatéral) à ses propres enfants. Et risque également d’avoir d’autre cancer. Elle peut aussi être non héréditaire ; et elle n’apparait que dans un seul œil ce que l’on appelle (unilatéral).et l’enfant attient de ce type ne transmet pas de mutation de RB1 à ses propres enfants.(Hermann-tuina, 2013, P9-10).

* + 1. **Les signes et les symptômes :**
* Reflet blanchâtre la pupille de l’enfant quand il est exposé à la lumière, comme lors d’une photo prise avec un flash (leuco Corie ou œil de chat amaurotique)
* Yeux qui devient ou qui ne semblent pas regarder dans la même direction (strabisme)
* Rougeur et inflammation de la partie blanche de l’œil.
* Vision légèrement floue.
* Douleur aux yeux ; Yeux qui louchent
* Augmentation de volume du globe oculaire
* Saillie de l’œil hors de son orbite (exophtalmie).
* Coloration différente des deux iris (hétérochromie).
* Hausse de la pression dans l’œil (glaucome) qui peut engendrer Hausse de la pression dans l’œil (glaucome) qui peut Yeux engendré la cécité.

1. **Les traitements :**

La prise en charge thérapeutique des cancers de l’enfant doit être réalisée dans des équipes hautement spécialisées en hématologie et/ ou oncologie pédiatrique en association avec des équipes de radiologie, chirurgie, anatomo-pathologie et de radiothérapie, expérimentées dans cette pathologie, Les traitements anticancéreux sont adaptés au type de cancer traité, il existe différents types du traitement qui peut être utilisés seuls ou associés entre eux.

* 1. **La chimiothérapie :**

La majorité des cancers chez l’enfant sont chimio sensible, qui a pour but d’éliminer les cellules cancéreuse, elle est par ailleurs le seul traitement capable de détruire les cellules cancéreuses à plusieurs endroits dans l’organisme, La chimiothérapie est particulièrement efficace dans les tumeurs de l’enfant, dont beaucoup sont embryonnaires et ont une sensibilité aux antimitotiques, elle est donc recommandée pour traiter les cancers qui touchent plusieurs sites dans l’organisme comme les leucémie, qui se détriment de certaines cellules sanguin, ou les lymphomes qui touchent les globules blanc ou lymphocytes.

* + 1. **la chimiothérapie adjuvante :**
* Elle est délivrées chez un patient sans maladies résiduelle décelable, aussitôt que possible après le traitement local.
* Elle stérilise une fraction des micrométastasse infra-cliniques quand elles existent (traitement statistique).
* On lui doit une élévation des taux de survie de 60 à 90 % dans presque toutes les tumeurs pédiatriques.
  + 1. **La chimiothérapie néo-adjuvante :**
* Dénommées aussi chimiothérapie première (avant le traitement local), elle est devenue une approche initiale fréquente dans les cancers de l’enfant.
* Elle a diminué le nombre des cancers restant inopérable (néphroblastome).
* Elle a permis des interventions moins mutilantes (sarcomes osseux).
* Elle a permet enfin une évaluation, utile pour le pronostic, de la réponse à la chimiothérapie. (F. Scotte, P. Colonna, 2002, P.)
  1. **La chirurgie** :

Permet de confirmer le diagnostic et d’enlever la tumeur et éventuelles greffes cancéreuses, c'est-à-dire les endroits que les cellules cancéreuses auraient pu atteindre grâce à une opération. (Andre. M, 2008, P.9).

* 1. **La radiothérapie :**

Elle reste le traitement de première intention lorsque la tumeur n’est pas accessible à la chirurgie, ce qui est notamment le cas de certaines tumeurs cérébrales. La radiothérapie donc elle est pour objectif de compléter le traitement chirurgical ou à se substituer à lui dans les cas inopérable. Grâce aux progrès de la chimiothérapie, elle a vu ses indications et /ou ses doses se restreindre. Un traitement qui consiste à utiliser des rayons pour détruire les cellules cancéreuses. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locaux du cancer, c’est-à-dire qu’il agisse localement sur les cellules cancéreuses de l’organe atteint*.* (Andre. M, 2008, P.9).

**4. Le vécu psychologique de l’enfant cancéreux**

**4.1 Impact de la maladie sur la vie de l’enfant :**

Au début de la maladie, l’enfant est bien sûr, extrêmement affecté, il ne comprend pas bien ce qui lui arrive. Les différents examens, ponction et biopsie principalement, lui font peur. Dans la plupart des cas, il se plaint de fortes douleurs, dans les jambes et dans les bras principalement, qui l’empêchent de dormir, rapidement, il se trouve à l’hôpital, tout se passe si vite qu’il n’a pas le temps de comprendre*. L*’inconnu fait peur à l’enfant, c’est un enfant anxieux qui se retrouve projeté sur une autre planète. C’est un monde à part, avec des habits, des règles, des personnes, une chambre, des repas différents. (E. Josse, 2006, p4-5).

L’enfant doit se rendre compte que les soignants ne sont pas ses ennemies, au contraire, il fait la connaissance de l’oncologue qui s’occupera de lui ainsi que des infermières, de la psychologue. Il doit se sentir confiant le plus rapidement possible car il s’avère difficile d’accepter les traitements sans confiance ni espoir. Il est essentiel que l’enfant se sente en sécurité, qu’il accepte et comprenne les interventions qu’il subit son corps ayant fait exclusivement jusqu’alors l’objet de soins, l’enfant est perpétué dans le plus grand désarroi de se voir abandonné à des mains étrangères dont les manipulations le conduisent rapidement à expérimenter la douleur. En l’occurrence, c’est vers sa mère qu’il avait l’habitude de se tourner lorsqu’il éprouvait des désagréments et ce dans le but d’être soulagé. Ces modifications du comportement de ses parents et de leur investissement à son égard, étant pour lui incompréhensibles. Pour le jeune enfant, la source principale d’angoisse est d’être séparée de ses parents et principalement de sa mère. Or, l’hôpital représente un lieu de séparation, les parents ne pouvant constamment rester au chevet de leur enfant. Il est donc générateur d’une anxiété important. (E. Josse, 2006, p4-5).

On constat alors de ça, que l’enfant va être confronté, lors du diagnostic et lors des hospitalisations, à une séparation brutale de son milieu familial et scolaire habituel. Cette rupture peut être source d’angoisse. Il peut alors éprouver un sentiment d’abandon, d’isolement, de tristesse ou encore de la culpabilité. Cela risque d’engendrer en lui, selon les moments, de l’incompréhension, de la révolte, de l’agressivité, de la peur devant l’inconnu ou la craint de la douleur physique. Les émotions qu’il éprouve peuvent être très vives et l’inquiéter, il est important pour lui de les partager. La présence de ces parents est nécessaire à cette période.

**4.2 Les réactions psychologiques de l’enfant face à sa maladie**

Plusieurs facteurs influencent les réactions de l’enfant face à sa maladie dont la gravité de la maladie, la souffrance qui s’ensuit, l’obligation de manquer l’école, de s’éloigner de la maison ou de ne plus participer à certaines activités sportives.

En effet la réaction de l’enfant face à sa maladie (cancer) est modulée par sa personnalité, son histoire, son âge, ainsi que un enfant de bas âge n’a pas forcément besoin de connaitre sa maladie car le mot cancer n’est que un mot vide pour lui. (Par exemple l’enfant de 3 mois ou 6 mois il est immature pour comprendre sa situation et sa maladie). Ces réactions sont multiples mais les plus fréquentes sont les suivantes :

* **L’anxiété :**

*« Souvent l’anxiété apparait au premier plan, a l’occasion d’une reprise évolutive ou d’un moment thérapeutique particulier (lors d’une greffe par exemple). L’enfant peut être agité, excitable, instable, dans une quête affective permanente. L’autre est investi comme celui qui pourrait calmer un peu l’hyper vigilance de l’enfant vis-à-vis de son corps malade. Parfois on observe des réactions de déni et de refus de traitement* »(C. Epelbaum, P. Ferrari, 2016, p446).

L’anxiété est une émotion courantes chez les enfants cancéreux ; Les prises de sang, les biopsies, les aspirations de moelle osseuse, la chimiothérapie et les autre tests font partie de leur vie, mais ces jeunes ne comprennent pas tout à fait pourquoi ils subissent ça, et on trouve plusieurs questions qui bousculent dans leur tête par exemple, Est-ce que ça va faire mal ? Est-ce que je vais avoir des cicatrices, comment je vais le dire à mes amis ? Est-ce que je vais mourir ? Donc tout ça conduit l’enfant à une anxiété.

Pour certains enfants, l’anxiété peut être liée à la séparation avec les parents lors des soins ou la présence d’une professionnelle non connu. Et Pour les autres enfants c’est la peur de subir un examen douloureux.

* **Agressivité :**

*« Elle est souvent liée à l’angoisse. Elle est dirigée vers les proches et /ou vers l’équipe médicale. Elle est souvent relayée par celle de la famille qui projette la sienne sur l’équipe soignante avec laquelle une certains rivalité peut apparaitre. La confiance sera alors bien difficile à rétablir si les réactions agressives des parents et de l’enfant ne sont pas désamorcées d’emblée par une écoute qui nécessite une certaine distance et une réponse qui n’est pas immédiate et directe »* (C. Epelbaum, P. Ferrari, 2016, p446).

L’enfant exprime sa colère contre sa maladie, les traitements, les soignants, souvent de façon indirecte. Il est vrai qu'il est particulièrement difficile d'attaquer les personnes dont on dépend affectivement et matériellement. Il est pris à la fois dans l'effroi et l'ambivalence face aux adultes responsables du mal comme de soutien. Il choisit régulièrement d’inhiber ses sentiments, émotions. Il se cache derrière une façade de docilité passive. La sidération, l’isolement, l’aplatissement de l’imaginaire, sont prégnants. Cette très forte inhibition évoque la présence d’une importante destructivité interne à l’œuvre. On observe aussi des manifestations qui témoignent d’une agressivité passive : des plaintes gestes médicaux, parfois une opposition plus franche a certains traitements.(C. Bonnefoy, 2015, p3)

**5. L’état émotionnel de l’enfant et les différents problèmes vécu**

**5.1 La séparation** :

Selon le dictionnaire de psychologie, la séparation est *« une action d’éloigner les uns des autres, la séparation des siens est ressentie comme une frustration ; elle entraine l’insécurité, l’anxiété et, parfois, suscite l’agressivité. Pour les jeunes enfants, l’éloignement de son foyer ou la mésentente parental est souvent une tragédie. En général, il régresse, à moins qu’il ne trouve dans son nouvel entourage un substitut maternel affectueux et sécurisant  ».*(R. Sillamy, 1999, p. 243)

« Bowlby et Robertson(1952), *dans une étude clinique de la séparation temporaire, distinguent trois modes successifs de réactions : une phase de détresse agite avec protestation, crise et pleurs, une phase de désespoir avec désarroi intense et repli sur soi et une phase de détachement au cours de laquelle l’enfant accepte les soins de n’importe quel substitut maternel, semblant perdre tout attachement pour sa mère. Ces réactions sont particulièrement intenses chez des enfants de 5 mois à 3 ans. En fait, le terme de séparation est surtout justifié quand la relation mère-enfant s’est déjà structuré c'est-à-dire après le sixième mois »* (J. Robertson, 1952, p. 131).

L’âge au moment de la séparation est un facteur important qui intervient dans la tolérance plus au moins dommageable à la séparation. Dans la mesure où il conditionne sa capacité à comprendre ce qui se passe autour de lui et ce qui lui arrive (M. Soul é, M. Lauzanne, 1997, p. 2529).

Ainsworth, Belhar, water et Wall(1978) ont dégagé à l’aide d’observation des interactions entre les enfants et leurs parent lors des séparations et de réunion la présence de trois styles d’attachements distincts soient, le style sécurisant, le styles anxieux / ambivalent, le style évitant un quatrième style l’attachement désorganisé, a été identifié plus tard par Marin en 1986.

* **Le style sécurisant caractérise :**

*«Les mères traitent leurs enfants avec sensibilité et de façon adaptée à ses besoins. Les enfants se servent de leurs mères comme une base de sécurité à partir desquelles ils font de l’exploration pendant les épisodes pré-séparation. Leur comportement d’attachement est intensifié fortement pendant les épisodes de séparation (diminution de l’exploration et risque d’apparition de la détresse). Pendant les épisodes de réunion, les enfants sollicitent le contact, la proximité ou une interaction quelconque avec leur mère* » (S. Rossollin, 2009, p. 10)

* **Le style anxieux/ambivalente :**

«*On dit que l’enfant est insécure résistant ou anxieux-résistants ou encor ambivalents. La réaction typique des enfants de ce groupe est l’ambivalence. Il y a bien une recherche active de contact, mais une fois celui-ci établi, l’enfant veut s’en défaire, non sans protester lorsqu’il est effectivement relâché. Le ton est surtout celui de la colère et de la détresse, ou encore celui de la résistance relationnelle. L’enfant peut résister à être pris et en même temps résister à être posé. Lors des retrouvailles avec la mère, certains d’entre eux peuvent aussi manifester une détresse passive »* (N. Savard, 2010, p. 14)

« *Les enfants ont tendance à manifester des signes d’anxiété même pendant les épisodes de pré-séparation. La séparation provoque une intense détresse et la réunion, une ambivalence (ils recherchent tout à la fois le contact et la résistance au contact, comme s’ils résistaient au besoin d’être réconfortés)*» (S. Rossollin, 2009, p. 11)

* **Le style évitant :**

« *Il se produit quand les aidants adoptent une attitude de rejet et d’indisponibilité. Ils ne répondent pas aux besoins de leurs enfants ou bien le font de manière indifférente ou hostile. Résultat : ces enfants renient leurs propres besoins et évitent les échanges avec leur aidant. Ils donnent l’impression d’être indépendants, mais cette impression repose sur la croyance qu’ils doivent se comporter ainsi puisqu’ils ne peuvent pas compter sur leurs aidants.*

*Beaucoup de ces enfants sont ignorés et rejetés par leur mère. Ils présentent un plus fort degré d’hostilité, d’agressivité gratuite et d’interaction négative avec les autres enfants. Plutôt que d’exprimer leur angoisses et de demander de l’aide après une déconvenue, ils vont plutôt bouder ou s’isoler. Comme ils sont plus distants sur le plan des émotions et présentent souvent un comportement négatif, les enfants dont l’attachement est insécure-évitant ont tendance à être moins bien considérés et soumis à une discipline plus sévère par les enseignants, ce qui les conforte dans leur méfiance vis-à-vis de l’attachement* » (L. A. Sroufe, 1989).

* **Style désorganisé :**

**«***Se caractérise par des comportements désorganisés ou désorientés en présence du parent. Cette catégories D dite désorganisée que les auteures ont identifiée, renvoie à une recherche effectué au début des années 80, dans laquelle ils ont trouvé que de nombreux enfants victimes de maltraitances et même qu’environ 15% des enfants d’un échantillon à faible risque d’une région de Californie n’ont pas pu être classés dans les trois catégories de la situation étrange* » (M. Main, H. Morgan, 199, p. 16)

Au sens de la théorie de l’attachement, le comportement infantile associé à l’attachement est essentiellement la recherche de proximité avec une figure d’attachement lors de la survenue de situations de stress.

**5.2 La culpabilité :**

Le diagnostic du cancer, comme de toute maladie grave, provoque chez l’enfant comme chez ses parents un intense sentiment de culpabilité. La quête de l’origine, du pourquoi, est toujours intense. (Angoisse, sentiment d’effroi et de catastrophe, inhibition, parfois même sidération, accompagnent cette entrée dans la maladie et ce monde inconnu et dangereux que représentent pour l’enfant l’atteinte corporelle, la douleur, les traitements lourd, l’hospitalisation).

« *La culpabilité c’est un sentiment fréquent chez l’enfant malade : s’il souffre tant, c’est qu’il a commis une faute pour laquelle il est puni. Il cherche par cette tentative explicative, à donner du sens au non-sens injuste de la maladie. Celle-ci devient le juste châtiment pour une faute souvent assimilée à la curiosité sexuel naissante. Parfois un véritable retournement a lieu et l’enfant « s’identifie à l’agresseur* *».* (C. Epelbaum, P. Ferrari, 2016, p446*).*

**5.3 L’enfant est soumis à la perte du sentiment d’invulnérabilité et de cohérence interne :**

Certain vont alors développer des comportements singulière :

* Comportements ritualisés, obsessionnels, permettant de séparer ce qui se passe à l’hôpital, à la maison.
* Dénégation : enfants qui refusent que l’on parle de la maladie, adoptant parfois des conduites à risque, pour se prouver qu’ils maitrisent la situation.
* Symptomatologie plus bruyante et inquiétante, avec des troubles du sommeil, des épisodes d’angoisse, des difficultés de contact social, et parfois même de réels épisodes dépressifs. Il s’agit plus souvent d’enfants présentant une fragilité psychique antérieure. Parfois cette symptomatologie est en rapport avec la difficulté avec laquelle les parents font face au traumatisme que représente pour eux la maladie.
* D’autre luttent contre leur angoisse en exerçant un pouvoir tyrannique sur leur entourage. Cette défense par une apparence de toute puissance témoigne de l’importance de leur détresse, de celle de leurs parents et/ou des soignants qui acceptent cet état de fait. S’il est utile de laisser s’exprimer et d’entendre la détresse de l’enfant cancéreux, ré-instituer des limites ne peut que le rassurer et lui redonner des repères mis à mal par la maladie.
* A la sortie de l’hôpital et dans la mesure où les transformations corporelles sont évidentes, les enfants cancéreux peuvent développer des comportements phobique vis-à-vis des autres, en particulier à l’école. *(*A.danion, D.sibertin, C.jousselme, 2008, p181).

**5.4 Modification de l’image de corps :**

La perturbation de l’image de corps est majeure chez l’enfant cancéreux, Se dysfonctionnement est liées aux effets secondaire de traitements et les examens complémentaire (asthénie de la chimiothérapie, la chirurgie amputation par exemple) ce corps ainsi vécu par l’enfant comme abîmer, morcelé, déformer, endommager, agressé dont il développe une image effrayante de son corps. Parfois l’enfant se sent totalement dépossédé de ce corps, qu’il vit comme un objet manipulé et dirigé de l’extérieure par les médecins et/ ou parents) Le corps touché dans son aspect extérieur est souvent objet de honte pour l’enfant qui se sent humilié, méprisé, rejeté par les autre et qui peut s’isolée, se refermer ou réagir par une agressivité ou une provocation incessante. Enfin ces modifications de l’image corporelle touchent donc l’enfant dans son narcissisme et entrainent une souffrance psychique d’autant plus intense que le bouleversement de la maladie est grand. Elle peut être à l’origine d’une réaction anxieuse, dépressive ou agressive qu’il s’agit de repérer et de traiter. (C.Epelbaum, P. Ferrari, 2016, p446).

**II L’impact du cancer de l’enfant sur les parents**

Pour arriver à saisir l’influence de la maladie de l’enfant sur ces parents, il est essentiel d’avoir des contenus théorique sur la parentalité, le rôle parental et le lien ou la relation qui uni l’enfant et ces parents :

1. **La parentalité**

La parentalité dépasse le simple lien biologique. Dans le champ de la psychologie, elle se définit par un « *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 trois niveaux : le corps(les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique » (*Lamour, M ; Barraco, M, 1998 cité par Marie Derrien, 2015, p.13)

« *La fonction parentale est essentielle au développement de l’enfant, pour sa séparation- individuation et son avenir de sujet : « l’enfant a besoin de se lier à une figure parentale, qu’elle soit réelle ou substitutive, dans laquelle il puisse avoir confiance dès son plus jeune âge »*(Poussin, 1993, p.124).

1. **La relation enfant-parent**

Cette partie a son importance, car elle montre que les enfants ont une relation primaire, une relation d’amour avec leurs parents puisque le lien d’attachement aux parents constitue la base de tous les apprentissages.

* **La relation mère-enfant**

***«****La première relation que constitue l’enfant est celle avec sa mère, elle est son premier objet d’amour, le prototype de ses relations ultérieures ».* (A.Cartron, F. Winnykamon, 1999. P, 10)

« *Dès les première instants de la vie, la mère manifeste un besoin physique de toucher son enfant, de le prendre, de provoquer une réponse de sa part, d’entrer en communication avec lui. Le bébé le plus souvent répond positivement à ces sollicitations* » (G.Possin, I.Sayn, 1990. P, 180).

La théorie d’attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroite comme un élément essentiel à la survie de l’être humain. L’enfant développerait un modèle d’attachement particulier en fonction de l’attitude de la figure maternelle à son égard.

L’apport de « D. w. Winnicott (1896-1971) : l’auteur avait consacré une étude à la relation qui attache le bébé et sa mère. Celle-ci assume trois fonctions essentielles : le « *Holding »*, ou soutien physique du nourrisson, qui fournit une cohérence aux éléments sensorimoteurs du bébé, le « *Holding »*, ou manipulation du nouveau-né (habillage, toilette, caresses), la « présentation de l’objet » (par exemple le sein).

Il donne une place majeure à l’attachement de l’enfant à sa mère, pour lui les soins maternels permettent de prévenir les distorsions précoces alors que le Moi de la mère viens suppléer le Moi de l’enfant qui, lui n’est pas encore constitué, en lui offrant un environnement favorable. Ainsi, au tout début, des soins maternels suffisamment bons sont une nécessité absolue. Winnicott désigne cette relation entre la mère et le bébé par le terme « relation au Moi » (M. Starsart, 1997, p. 29)

* **La relation père-enfant**

Il y’a lieu de reconnaitre tout aussi bien l’importance de la place du père, le rôle considérable qu’il peut jouer dans une famille, et surtout auprès de son propre enfant, sa place est tout autant primordiale pour assurer la personnalité du jeune être dans ses assises.

« *La relation du père avec l’enfant n’est pas pour autant négligeable du fait que celle avec sa mère est indispensable. Le rôle du père est primordial dans le foyer. Il joue un rôle indispensable dans sa fonction psychologique auprès de l’enfant.* (H.Merzouki, 2004. P, 21).

*« La psychanalyse, comme les travaux sur la carence affective ont montré la valeur du rôle de la mère dans le développement de l’enfant, mais ils n’ont pas témoigné autant d’intérêt à l’égard du rôle du père. Si la mère prodigue, dispense et enseigne de l’amour, le père joue en effet un rôle aussi indispensable dans sa fonction psychologique auprès de l’enfant. Parce qu’il représente la loi, et parce qu’il détient l’autorité, son rôle complète celui de la mère et équilibre l’affectivité de l’enfant* ». (N. Sillamy, 1980 p.884).

De ce fait quand on voit cette relation fusionnelle qui uni un enfant avec ses parents on peut prédire les dommageables conséquences quand une maladie très dangereuses comme le cancer touche l’enfant.

1. **L’annonce du cancer**

Tout commence souvent lors d’une simple visite chez le médecin. L’enfant semble avoir de la fièvre. Mais le diagnostic est différent et les examens prouvent vite que la, ou le jeune malade est atteint d’un cancer. Le médecin annonce alors la maladie à l’enfant et sa famille. Le mot cancer attrape tout de suite la famille et le malade. Tout semble s’écrouler à ces mots comme si la vie s’arrêtait.

L’annonce de l’affection grave d’un enfant provoque un bouleversement complet au sein de la famille. A dater du diagnostic, le petit malade et son entourage vont vivre au rythme des soins, des examens médicaux et de l’évolution de la maladie, abandonnant au second plan toutes les autres préoccupations.

Les rôles de chacun sont notablement modifiés et ce, en fonction de la position centrale nouvellement occupée par le petit malade au sein de la dynamique des parents de l’enfant, ainsi la réalité du couple conjugale s’estompe voir disparait au profit du couple parental, plus que jamais ce qui compte, c’est être une bonne mère, un bon père : l’enfant malade et la lutte pour sa guérison justifient tous les sacrifices et deviennent la seule raison de vivre.

Il reste important pour les parents de continuer à exercer leur fonction de père et de mère auprès des frères et sœurs du petit malade. Or par manque de disponibilité ils n’négligent trop souvent ces derniers, cette situation les attriste et les culpabilise d’autant plus qu’ils se sentent responsables de la souffrance ressentie par la fratrie pour continuer à lutter et à vivre malgré l’intense souffrance qui est la leur, les parents tentent un essai de réparation de leur idéal parental en se mobilisent parfois à l’extrême pour le petit malade, se sentir utiles et nécessaire, offrir une présence active (en prenant part aux soins par exemple)est un remède pour eux-mêmes qui les aide à maitriser leur sentiment de culpabilité leur dépression et leur angoisse. (Josse F, 2006. P, 7. 10.11)

1. **les réactions des parents face à la révélation du cancer de leur enfant**

 Le cancer est considéré comme l’une des situations les plus adverses qu’un individu et sa famille puissent vivre. Les personnes les plus touchées face à cet événement sont les parents, c’est une expérience effrayante pour eux. Plusieurs chose sont vécu dans cette période dont les parents réagir dans tous les moments avec un choc, la peur, la culpabilité et autres.

**4.1 Les premières réactions**

**4.1.1 Le choc :**

Le choc et l’impression d’être paralysé peuvent avoir une certaine. Il laisse le temps de commencé à comprendre la nouvelle, et à faire face aux émotions. Tous les parents rêvent et attendent un enfant normal et sain, or la maladie grave comme le cancer signifie à ces parents la perte de l’enfant. Selon Evans (1976), une personne est en état de choc lorsque, placer devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d’intégrer cette nouvelle réalité.

Butani (1974), à l’instar de plusieurs autres auteures, affirme que les parents vivant un processus de deuil de l’enfant désirer. 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 émotive ou par une indifférence apparente. Mais les parents éprouvant toujours des sentiments d’affolement, d’égarement et de confusion et se posent une foule de questions. (Lamarche, C ; in santé mentale au Québec, 1985, p37**)**

**4.1.2 Sentiment de culpabilité :**

Il peut désigner un état affectif consécutif à un acte que le sujet tient pour répréhensible, la raison invoquée pouvant d’ailleurs être plus ou moins adéquate (regret du criminel et auto-reproche d’apparence absurde), ou encore diffus d’indignité personnel sans relation avec un acte précise dont le sujets s’accuserait. (Lagache, D, 1996, P.440).

De façon tout à fait normale, les parents éprouvent des sentiments ambivalents à l’égard de leur enfant, si ce dernier vient à tomber malade, ils peuvent penser que leurs sentiments (colère, énervement) sont à l’origine du processus morbide. La culpabilité est un signe manifeste de ces fantasmes agressifs inconscients, d’autre part les parents peuvent se sentir coupables de n’avoir pas été à la hauteur de leur rôle : protéger leur enfants contre tous qui est mauvaise, nuisible, pénible. (Evelyne Josse, 2006, P.3.4)

Le sentiment de culpabilité est un sentiment très fréquemment évoqué par les parents d’enfant malade, ils se sentent responsables de la séquelle de l’infection

**5. Impacte de cancer de l’enfant sur la relation conjugale**

Les deux parents sont affectés, souvent différemment. Chacun à sa façon de vivre sa peine, chacun a ses besoins. Dans de nombreux cas, la mère se consacre à l’enfant malade, le père à la fratrie et au travail. Les moments d’intimité se raréfient et les conflits peuvent être envahissants et complexes. *(*Claire. Van Pevenage, Isabelle Lambotte, 2016*).*

On va essayer d’expliquer comment le cancer de l’enfant touche la relation de couple et ça avec les différents déterminant de la relation conjugale tels que :

**5.1 La communication :**

Au cours de l’évolution de la maladie, il peut être difficile pour le couple de maintenir un bon niveau de communication, fondé sur l’échange et le partage des émotions. La communication comme étant un facteur important pour la cohésion d’un couple prend un nouvel territoire celle de communication « pathologique » cette communication au lieu de remplir sa fonction de lien entre un couple, elle les éloigne et adresse un écran d’incompréhension et de ressentiment entre eux et si le cas d’un couple ayant un enfant malade avec la pression de plus en plus, des soins, d’inquiétudes, de tous les moments difficiles vécus pendant la période des soins*. Les parents ne prennent plus le temps de se parler ou de se retrouver ensembles et se refusent tout plaisir (entre autres, le plaisir sexuel*). (Evelyne Josse, 2013, p5)

Face à la maladie, le couple peut perdre de son importance et chacun pourra sur investir son rôle de parent au détriment de l’harmonie conjugale. Ils redoutent le moment lorsqu’ils ne pourront plus s’occuper de cet enfant. Divers types de conflits interpersonnels peuvent surgir à l’intérieur d’un couple éprouvé, ce qui conduite à l’établissement d’une distance et de l’évitement, c’est lorsque l’autre peut décevoir et ne pas répondre aux attentes

**5.2 La sexualité et les moments d’intimité :**

Le fonctionnement sexuel et les moments d’intimité d’un couple ayant un enfant cancéreux est tout à fait perturbé et bouleversée, n’est pas épargnée et a connu une effraction bien manifeste ; de la chambre conjugale qui s’est transformée, en un espace qui doit répondre aux exigences de la situation, l’enfant malade prend place comme tiers, toujours présent, même dans son absence ; trop présent parfois. De cet arrêt dans le dynamisme vital témoignent les refus d’avoir d’autres enfants, même lorsqu’aucun risque particulier n’existe, les refus d’une vie sexuelle prise en horreur.

D’après L’association source vive des psychologues ont organisé un colloque (Jocelyn Demers, Alice Balorie, Véronique Garnier, Lila Nabais, et al, 1996)sur l’impact de cancer de l’enfant sur ces parents «  *Le monde et le contenu de la communication donnent sa tonalité affective à la qualité et au relations conjugales, Certains parents, l’idée même de continuer à se penser encore comme un couple, de s’autoriser des moments de douce intimité et de plaisir est insoutenable et suscite chez eux une forte culpabilité. Ces moments d’échange affectifs, absorbés par la quête anxieuse d’informations auprès du corps médical sur l’évolution de la maladie, et par terribles incertitudes sur le devenir du l’enfant. Les parents ils arrivent à certains moments de considérer que toute relation sexuelle devient une trahison au regard de la souffrance de l’enfant.*»

Des couples témoigne : « *on avait l’impression de voler quelque chose* », « *On se disait : et s’il arrivait quelque chose pendant ce temps-là », « Nous n’avons plus la même intimité qu’avant », « Moi, j’avais la porte ouverte pour entendre ma fille ».*

Certains fait le constat que peu à peu le « conjugal » se rétrécit pour laisser la prépondérance au « parental ».

Plusieurs femmes affirment : « *moi, je suis plus mère que femme », « on regarde vers l’enfant ; on ne pense plus au couple, ça devient secondaire*.*»*

**5.3 Le partage des rôles et des responsabilités :**

La famille constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée entre autres par une répartition des rôles et des responsabilités, la maladie exige des parents qu’ils assurent différentes nouvelles fonctions tout en s’efforçant d’assumer le quotidien : confier leur enfant, passer le relais du savoir et des compétences, accompagner, soutenir et réconforter l’enfant malade, prendre part aux décisions médicales et aux soins, s’adapter à la situation médicales et aux soins.

La nécessité de se soutenir implique la capacité à se demander mutuellement de l’aide, pouvoir donner à l’autre, mais aussi pouvoir demander et accepter de recevoir de l’autre, exigent de reconnaitre ses propres limites, ainsi lorsque le couple fonctionne dans le partage et la confiance, la maladie de l’enfant peut en renforcer les liens, il arrive parfois que chacun s’isole, s’éloigne s’absorbant essentiellement dans un rôle exclusivement parental. Parfois encore, la distance devient infranchissable et achemine le couple vers une séparation dont les conséquences, pour chacun se vivent douloureusement, la maladie de leur enfant.

**Conclusion**

Le cancer pédiatrique est un véritable changement de vie qui s’opère chez l’enfant et ces parents. Pour l’enfant ou son corps devient un lieu de douleur et de frustration, la maladie provoque en lui des répercutions notable sur l’aspect physiologique (fatigue, nausée, vomissement) qui exigent un suivi médical régulier et sur l’aspect psychologique le cancer engendre des réactions et des troubles très malaisé comme l’anxiété, culpabilité et agressivité et sa séparation avec ces parents et son milieu habituel, engendre en lui des différentes perturbations. Donc il nécessite une prise en charge psychologique, dont cette dernière permet à l’enfant d’évaluer ses défenses psychiques, et de diminuer ses angoisses.

Pour ces parents l’adaptation au cancer de leur enfant est telle qu’on l’imagine, très dure à vivre. On note bien que l’arrivée d’un enfant atteint d’un cancer, a des effets nuisibles sur la santé des parents. Il perturbe leur vécu psychique, leurs relations d’attachement, ou ils passent par différent étapes qui à des conséquences sur eux même, ainsi que sur l’enfant.

***La deuxième partie :***

*Partie pratique*

***Chapitre III***

*Cadre méthodologique*

**Introduction**

Dans chaque recherche scientifique il nécessite de suivre une méthodologie, qui permet aux chercheurs d’organiser leurs travaux et c’est pour cela on a opté à travers ce chapitre de montrer la méthode sur laquelle nous nous sommes basé pour effecteur notre recherche, notre démarche sur le terrain, la population d’étude ainsi que les outils de recherche que nous avons utilisée. Le thème de la présente recherche est l’étude de « l’impact de cancer chez l’enfant sur le couple parental »

1. **La démarche de la recherche et population d’étude**

**1. La pré-enquête :**

C’est une étape très indispensable pour toute recherche, elle nous a permis de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d’étude, d’apporter les correctifs et enrichissements nécessaires pour notre guide d’entretien, d’avoir une meilleure maitrise dans l’application de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses.

«*La pré-enquête est considérée comme la première étape brillante de chaque étude, elle nous donne la possibilité de vivre directement le phénomène étudie* », (chahraoui, Benony, 2003, p, .26).

Au début de notre recherche, nous nous sommes présentés auprès des responsables de centre pédiatrique « bouatoura derradji » à Sétif, on a pu prendre contact avec les mamans des enfants cancéreux hospitalisés au service d’oncologie, avec l’aide du la psychologue qui nous a orienté, on a essayé de gagner leur confiance et avoir leur consentement, en leur expliquant le but de notre recherche et on les a informé sur les technique de la recherche tout en leur expliquant qu’il s’agit d’un guide d’entretien afin d’étudier le vécu des parents et leurs souffrance face aux cancers de leurs enfants.

Afin de vérifier l’efficacité de notre guide d’entretien nous l’avons testé sur deux mamans cela nous a permis d’apporter quelques rectifications à notre guide d’entretien afin de mieux répondre à notre objectif de recherche. Puis à cause des difficultés rencontrées, parce que durant la période que nous avons commencé à l’hôpital le chef de service à déjà pris certains décision à propos des stagiaires, il a interdit les visites, les travaux des associations et d’autres activités il était stricte durant cette période ce que nous a laissé d’arrêter notre pré-enquête à Sétif.

Et on s’est déplacé à continuer notre pré-enquête au sein de « l’association d’aide aux malades cancéreux » d’Amizour à Bejaia. Nous avons expliqué la nature de notre travail de recherche au chef de l’association puis avec l’aide de la psychologue de l’association qui nous a facilitées la tâche en nous affichant des dossiers des cas de notre recherche, pour arriver à trouver un moyen pour connecter chaque cas disponible, on a arrivé juste à effectuer un entretien avec un couple. Le déroulement de l’entretien est effectué dans leur maison, pendant deux visites la première on a entretenue la maman, et la deuxième visite on a entretenu le père, dans un endroit calme et favorable, en langue maternelle (kabyle) et aussi en français pour celle qui maitrise cette langue.

Notre recherche est arrêter là, par ce que durant le commencement de notre enquête nous nous sommes arrêtées à cause des perturbations vécues actuellement par la maladie infectieuse « corona virus, au covid 19 », on a était obligée d’arrêter et de ne pas continuer.

**2. La méthode clinique :**

C’est la méthode qu’on a adoptée dans notre recherche afin d’effectuer les vérifications de terrain nécessaires et indispensables pour nos hypothèses. Elle permet d’explorer et d’expliquer le fonctionnement, dysfonctionnement et trouble au sein de tout sujet d’étude en profondeur de façon réaliste et fidèle.

La méthode clinique « *est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu’il Ya de typique et ce qu’il Ya individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (N. Sillamy, 2003, p58).

On s’est référée à cette méthode car elle intervient au milieu naturel, et toute de donner une image précise d’un problème ou d’une situation particulière, et elle nous permet de mieux comprendre les changements qui surviennent chez le sujet ainsi que d’acquérir plus d’information sur sa situation, qui utilise généralement, l’entretien clinique, les tests (échelles d’évaluation, méthodes projectives,…), le dessin, le jeu, l’observation pour développer l’étude de cas clinique.

« *La méthode clinique est avant tout interpersonnelle, travail dans la relation et sur la relation, et elle à faire avec des personnes en situation et en interaction. Cette démarche a une rigueur qui lui est particulière car elle prend en compte la complexité de l’objet de son étude, le fonctionnement psychologique de l’homme dans ses dimensions implicites et explicites, objectives et subjectives mais aussi le contexte de la rencontre*.

*L’objectif de la méthode clinique est de comprendre et de décrire l’état psychique de l’individu à partir de son histoire pour arriver à ses relations actuelles »* (Chahraoui. K et Bénony. H, 2003, p 9 et p 125).

Notre recherche vise à décrire et à explorer la relation conjugale des couples ayant un enfant cancéreux. On s’est basé sur la méthode descriptive qui intervient en milieu naturel et tente de donner une image précise d’un phénomène ou d’une situation particulière.

* **L’étude de cas :**

On se base sur l’étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d’un individu ou d’un groupe d’individus.

« *L’étude de cas est une étude approfondi sur un cas particulier soit il est une personne, un groupe ou un sujet spécifique, c’est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporaine au sein des contextes ne sont pas clairement évidentes et pour lesquelles de multiples sources de données sont utilisées* » (Herver. Chahraoui, 2003, p, 48).

*« L’étude de cas est l’observation approfondie de sujets particuliers qui se poursuit parfois pendant des années, au cours desquelles on recueille toutes les données possibles concernant une même personne : informations sur son milieu de vie, sur l’incidence psychologique de certains événements sociaux, sur les accidents de santé, documents personnels, productions artistiques etc. on procède de façon analogue. De l’ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux enseignements sur les sujets eux-mêmes, mais aussi des hypothèses, sinon des lois d’ordre général* ». (N. Sillamy, 1991, p. 50).

Pour réaliser notre travail de recherche nous avons choisi l’étude de cas comme méthode de recherche qui nous permettra de rester au plus près de la réalité clinique et elle nous donne la possibilité de décrire, d’observer, et d’analyser l’impact de cancer de l’enfant sur la relation de couple parental.

**3. Le lieu de la recherche :**

Notre recherche s’est effectuée au niveau de deux lieux de recherche premièrement c’est au niveau de l’hôpital « bouatoura derradji » de Sétif puis au niveau de l’association de bienfaisance d’aide aux malades cancéreux sous le nom « Tudert » qui se situé à la wilaya de Bejaïa spécifiquement à Amizour, cette association été créé en 28 juin 2015 dans le but de prendre en charge et d’aider les patients cancéreux formellement et moralement, et pour les intégré et les accompagner vers l’autonomie. Cette association dispose de 340 adhérents dont 10 adhérents sont des psychologues et elle contient de 700 malades cancéreux.

**4. La population d’étude :**

Selon Muchielli(2005) « *la population d’étude est définit comme un groupe humain concerné par les objectifs de l’étude* » (p. 15).

* **Sélection de notre population d’étude :**

Notre population d’étude comprend quatre cas des parents d’enfants cancéreux que nous avons sélectionnés sur des bases précises d’homogénéité dans la mesure où notre thème concerne les parents des enfants atteint de la même maladie qui est le cancer. Cependant certains critères que nous avons jugés non-pertinents n’ont pas été retenus.

* **Critère d’homogénéité retenue :**

Notre sélection de la population a été faite en fonction des critères d’homogénéité suivants :

1. Tous les cas sont des parents des enfants atteints de la même maladie qui est le cancer.
2. Tous les parents ne sont pas divorcés.

* **Critères non pertinents de sélection :**

1. Le niveau socioculturel : dans notre recherche, on n’a pas pris en considération cette dimension car le cancer d’un enfant influences tous les parents que ce soit leurs niveau et leurs classes socioculturelles.
2. Le niveau scolaire : on n’a pas pris en considération cette dimension car le cancer de l’enfant influence tous les parents que ce soit leurs niveau scolaire.

* **Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d’étude**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les parents** | **Ages** | **Niveau d’instruction** | **Situation actuelle**  **Mariée/divorcé** | **La durée de la vie en couple** | **L’âge de l’enfant cancéreux et nombre d’enfants** |
| **Karima** | 30 ans | Niveau d’étude primaire/ femme  au foyer | Mariée | Mariée depuis 3 ans | Une seule fille malade elle a 1 an |
| **Naima** | 39 ans | enseignante | Mariée | Mariée depuis  15 ans | Deux enfants  Son premier enfant malade  âgée de 6 ans |
| **Safia** | 45 ans | Niveau d’étude secondaire /femme au foyer | Mariée | Mariée depuis 20 ans | Trois enfants son enfant malade âgée de 12 ans |
| **Djamel** | 50 ans | Niveau d’instruction secondaire il était enseignant puis directeur d’une école primaire actuellement retraité | Marié / l’époux de Mme Safia | Marié depuis 20 ans | Trois enfants son enfant malade âgée de 12 ans |

**II. Les outils utilisés pour la réalisation de cette recherche**

*« On appelle instrument de recherche le support, l’intermédiaire particulier dont il va servir le chercheur pour recueillir les données, qu’il doit soumettre à l’analyse. Ce support est un outil dans la fonction essentielle est de garantir une collecte d’observation, et/ou de mesure prétendues scientifiquement acceptables, réunissant de qualités d’objectivité, et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques* » (O.ktouf, 1987, p81).

1. **L’entretien clinique :**

«*L’entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d’enquête en sciences sociales, il constitue l’un des meilleures 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 Bénony H, 1999, p 11-12).

Donc, il serait l’outil par excellence en psychologie clinique, il permet de recueillir le maximum d’information. Ces dernières ne peuvent ni n’être comprises qu’en référence au sujet auprès de lui-même ; les difficultés d’un individu ne prennent sens, que si seulement si elles s’identifient au cadre référentiel de l’histoire personnelle, familiale et relationnelle, du sujet lui-même et sa personnalité et non pas être identifié ou restitué à un autre individu.

«*En clinique, l’entretien permet d’obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparait donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l’on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d’apparition de ses difficultés* » (Ibid.)

Il existe trois formes d’entretiens selon l’objectif recherché : l’entretien directif, l’entretien non directif et l’entretien semi directif. Dans notre recherche, on a opté pour l’entretien semi-directif de recherche pour que le sujet puisse répondre librement.

* 1. **L’entretien clinique semi directif :**

On a choisie d’utiliser l’entretien semi-directif pour son utilité qui est la communication verbale qui nous permet de recueillir plus d’information sur l’état des patients ainsi que pour vérifier nos hypothèses.

«*C’est un usage complémentaire ou le clinicien pose quelques questions simples pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu’à proposer un véritable guide d’entretien*» (Fernandez, L. et Catteeuw, M., 2001, p.76).

«*Dans ce type d’entretien, le chercheur doit préparer un guide d’entretien avec plusieurs Questions préparées à l’avance mais non formulées d’avance ; elles sont posées à un moment opportun de l’entretien clinique, par exemple à la fin d’une séquence d’associations. Comme dans l’entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur ce thème sans l’interrompre. En revanche, l’aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d’entretien, du fait qu’un cadre et une trame sont proposés par le chercheur pour le déroulement du récit* ». (K. chahraoui, H. Benony, 2003, p. 141-142).

* 1. **Le Guide d’entretien**

Notre guide d’entretien comprend des axes thématiques à traiter, chaque axe comprend des questions préparé à l’avance pour orienter le patient et le laisser à s’exprimer librement, il nous donne aussi une possibilité de savoir les différentes difficultés sur notre sujet de recherche « les parents ayant un enfant cancéreux », pour cela on a fait appel à un guide d’entretien qui constitue de deux principaux Axe, (voir le +guide en annexe 1).Pour le mettre en pratique, on a choisi un sous échantillon d’essai, qui sont nos cas de la pré-enquête et on a traduit les questions du français au kabyle, le déroulement des entretiens été en kabyle avec les personnes qui ne maitrise pas la langue française tout en veillant sur la fidélité de la traduction afin de ne pas modifier ou de détourner le sens des réponses. Pour procéder aux entretiens avec les parents on a pris contact, par le biais de convocation, à l’aide du psychologue du l’association, un couple à répondu a l’échéance de l’entretien, d’autre n’ont pas répondu vu leurs indisponibilité, par la suite nous avons pris contact avec eux par téléphone, ces dernier qui nous ont invité à leur domicile.

Après avoir effectué les entretiens, nous avons procédé à la traduction des entretiens enregistrés puis à l’analyse de leur contenu. On seulement présenter un seul cas dans l’analyse (Voir le contenu des entretiens en Annexe).La durée moyenne de passation est de 20 minutes. L’entretien le plus rapide a duré 13 minutes, le plus long, 30 minutes.

* **L’analyse de contenu des entretiens :**

Après la collecte des données à base de technique, nous avons fait leur dépouillement, c’est dans ce cadre que nous les avons analysées, présentées et interprétées. Nous avons opté pour l’analyse de contenu, comme méthode de traitement des données.

En effet d’après Muchielli (1984), « *l’analyse de contenu (d’un document ou d’une communication), c’est par des méthodes sures, rechercher les informations qui s’y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler et classer tout ce que contient ce document ou cette communication ».*(A. Tchagnaou, 2009, P. 60).

L’analyse de contenu se fait à travers des méthodes qui permettant d’analyser les données enfin d’aboutir à l’interprétation des résultats. On peut regrouper ces méthodes en deux grandes catégories, les méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives.

On à utiliser pour l’analyse de contenu les méthodes qualitatives selon Muchielli (1984), « *une méthode qualitative est une stratégie de recherche utilisant les techniques de recueil et d’analyse qualitative dans le but d’expliciter et de comprendre un fait humain »* (Ibid.)

L’analyse de contenu est une étape de grande importance car elle permet au chercheur de réaliser sa recherche étape par étape, ce qui lui permet par la suite d’aller surement.

Selon POURTOIS, DESMET (1988**), «***l’analyse du contenu est une méthode de traitement des informations récoltées. Sa visée est de comprendre les communications au-delà de leur significations premières »* (Pourtois, Desmet, 1988, P. 197)

La réalisation de l’analyse de contenu comprend trois grands volets : la pré-analyse, l’exploitation proprement dites des documents et la formulation des conclusions.

La pré-analyse ; il s’agit de l’étape préliminaire d’intuition et d’organisation pour opérationnaliser et systématiser les idées de départ afin d’aboutir à un schéma ou à un plan d’analyse : « *il faut savoir pourquoi on analyse, et l’expliciter, pour savoir comment analyser »* (Bardin, 1989).

Notre analyse de contenu a été effectuée auprès des couples ayants un enfant cancéreux. Elle voulait examiner, l’impact de cancer de l’enfant sur la relation conjugale du couple parental.

Dans cette étude des rencontres menées auprès des couples par le biais d’une association d’aides des enfants cancéreux, la psychologue elle nous à aidé pour effectuer nos entretiens dans un environnement calme et favorable, ces entretiens ont durée jusqu'à à 30 minutes. Nous avons déjà préparé un guide d’entretien qui contient des questions qui nous aidons à bien recueillir les informations nécessaires sur notre étude, le guide comporte une consigne initiale : « *j’aimerais que vous me parliez de … », « ce que cela représente pour vous »,*  des consignes induisant un discoures d’opinions.

Le premier but spécifique des entretiens était d’amener le parent à exprimer librement sur son vécu durant la maladie de son enfant, pour que nous arrive à bien comprendre la blessure profond de ce parent afin de découvrir aussi, comment cette maladie à affecté leur relation conjugale, et les différents perturbations vécues.

Une analyse qualitative est en générale illustré par des citations extraites des entretiens retranscrits qui vont permettre de refléter les idées des catégories issues de l’analyse, de rendre le rapport d’analyse plus concret et vivant.

* **L’attitude de clinicien lors de l’entretien**

A. Blanchet (1987),  affirme que « *le chercheur fait partie du dispositif de l’entretien, il n’est pas passif, et ne se contente pas d’observer l’interlocuteur qui parle. Ainsi le clinicien a-t-il recours dans l’entretien clinique à différents types d’interventions, les relances, les interrogations ou les reformulations. Les relances sont complémentaires du discoure du sujet et elles prennent pour Support. Son intervention ne doit pas être avec une chose massive d’interrogation, cela perturbe le déroulement de l’entretien et entraine alors une passivité chez le sujet. Certaines questions directes peuvent être ressenties de manière intrusive par le sujet, il faut savoir alors les formuler. Conduire un entretien c’est apprendre à parler et à faire parler les autres, à mesurer leurs propres paroles, savoir déceler sous les hésitations embrouillées, sous les allusions timides, les chemins qu’il faut explorer pour percer les secrets pour met le sujet en confiance, le comprend et l’encourage »* (C. Bouvet, 2018, p. 45)

Un autre élément de l’attitude clinique est neutralité bienveillante, le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critiques ou des approbations à l’égard du sujet, tout fois la neutralité n’est pas de la froideur ou de la distance mais doit s’assurer à la bien vaillance, il s’agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s’exprimer. Ainsi le clinicien doit être attentif, néanmoins son écoute n’est pas neutre, elle ne peut pas être assimilée à un enregistrement de données. Le clinicien essaie de donner un certains nombres de significations au récit, il faut appel à ses théories pour essayer de comprendre, il peut être amené à sélectionner certaines éléments qui lui paraissent pertinentes pour son étude.

* **Les difficultés rencontrées**

Chaque recherche scientifique a des difficultés surtout en sciences humaines et sociales à cause de la complication de la nature des sujets traités. Au cours de notre recherche, nous avons rencontré énormément de problèmes que ce soit en phase de la préparation de la partie théorique ou durant notre pratique. Mais grâce à une bonne volonté et notre patience on a pu dépasser ses impasses ;

* Le manque d’ouvrages abordant le thème de notre recherche au niveau de la bibliothèque de l’université.
* Le manque d’études antérieures.
* Le manque de centres spécialisés pour les enfants cancéreux à Bejaïa ; on a été
* Obligé de nous déplacer à Sétif pour trouver notre population d’étude.
* Ainsi, durant le commencement de notre enquête nous nous sommes arrêtées à cause des perturbations vécues la période passé par la maladie infectieuse « corona virus, au covid 19 », on était obligée d’arrêter et de ne pas continuer.

**Conclusion**

Ce chapitre méthodologique nous a permis d’assurer une organisation à notre travail de recherche, comprendre le déroulement de la démarche clinique et connaitre la nécessité de l’étude de cas dans la recherche en psychologie clinique mais aussi apprendre l’utilisation des techniques à suivre dans l’analyse du contenu des cas.

***Chapitre IV***

*Présentation, discussion*

*Et*

*Analyse des résultats*

**Introduction**

Ce chapitre sera consacré à la présentation de nos cas cliniques à partir des données qu’on a recueillie à travers l’entretien clinique de recherche qu’on a effectué, et on va tenter d’analyser ces entretiens et d’interpréter les informations recueillies.

1. **Analyse des entretiens**
   1. **Présentation et analyse du premier cas**

* **Présentation du cas Mme Karima**

Karima, est une jeune femme âgée de 30 ans, femme au foyer, niveau d’étude primaire habite à tizi-Bechar « Sétif », mariée et mère d’une seule fille, la durée de son mariage est duré 3ans, son niveau économique est moyen. L’entretien avec Karima s’est déroulé dans le bureau de la psychologue, à l’hôpital de Sétif, elle s’est présentée avec une tenue quotidienne, soignée et propre. Sa fille atteint d’une leucémie (LAL), elle à 1 an.

* **Analyse des données de l’entretien**

L’analyse de contenu suivant a été effectuée auprès d’une maman d’une fille leucémique, en vue de scruter l’impact de la maladie cancéreuse de sa fille sur sa relation de couple, l’entretien est déroulé dans un lieu favorable, durée de 15 minutes, Après l’entretien semi-directif, qui contient un guide comprenant septe questions ouvertes (voir en annexe le guide d’entretien), a été administré après la période de rencontres. Les questions ouverts ont été utilisées parce qu’elles permettent au sujet interrogés de s’exprimer plus librement sur la thématique de recherche. Le but spécifique de l’entretien était d’amener la maman à exprimer ses concepts à l’égard de l’évènement vécu (la maladie de sa fille).

Après l’entretien, ce que on a remarquées chez Karima, c’est qu’elle s’exprime avec beaucoup d’affection et de sensibilité, dès le commencement de l’entretien Karima nous réponds d’une façon claire et avait du plaisir à participer à notre recherche elle trouve notre thème très intéressant.

Karima est mariée après une histoire d’amour. Malgré le faible niveau économique dont elle disposait, elle menait une vie normale avec son mari. Ce dernier était mécanicien. Elle faisait confiance à son mari et le considère comme toute sa vie.

Karima a découvert la maladie de sa fille par le biais du médecin à l’hôpital après avoir effectués les analyses nécessaires, puisque elle a une fièvre intense depuis 5 jours.

Cet entretien nous a permis de remarquer qu’au moment de diagnostic la maman était choquée, elle n’a pas accepté l’état de santé de sa fille, car elle n’a Jamais imaginé avoir un enfant malade, le choc de cette annonce exprimé de la façon suivante « *j’ai senti une boule dans ma gorge qui me coupe la respiration…* », Sa vie est complètement bouleversée au moment de l’annonce de diagnostic. On interprétant sa comme une blessure et un choc très profond, qui se matérialise aussi d‘après ses dires « *j’ai pleuré beaucoup, ça me faisait mal à l’intérieure »*.Selon EVANS(1976) « *toute personne en état de choc lorsqu’elle est placée devant un fait inattendu » (*p.37)

Ce qui a compliqué l’état de choc de la maman c’est son mari qui n’a jamais souffert après la maladie de sa fille, comme elle disait « *Mon mari n’a pas beaucoup souffert, il préférait ne pas parler de la maladie, je me sens des fois que il m’a laissé la responsabilité toute seule ».* Karima a souffert de deux traumatismes : le cancer de sa fille et la souffrance avec son mari qui l’a laissé confronter la vie toute seule : elle a utilisé des expressions comme la déception, …. Pour décrire ses sentiments envers son mari. Karima n’a pas trouvée, auprès de son mari qui le considère comme sa figure d’attachement le sentiment de sécurité et de réconfort lors de sa détresse.

Elle a beaucoup vécu durant cette période des sensations d’angoisse et d’anxiété comme « *stressée tout le temps* », *« j’avais une dépression* », *« j’étais dans une angoisse* », ce qui a provoqué chez elle des troubles de sommeil (insomnie), l’oubli, elle s’est négligée avec une sensation de culpabilité. Mais entre temps qu’elle a besoin du support qu’elle n’a pas reçu de son mari. D’après J. Martin et K. péloquin (2014), « *les parents rapportent des émotions fortes à l’annonce du diagnostic et pendant les traitements, en évoquant de l’impuissance, une sensation de perte de contrôle et un peur important de la mort ou de* la *rechute de l’enfant »*.

Quant à sa relation conjugale antérieure, elle nous apprenait qu’elle partageait une relation habituelle avec son époux avant la maladie de leur fille, d’après ses dires « c’était normal avant l’annonce, sans problème, on partage tous ensemble », juste après l’annonce de diagnostic, elle constatait des changements, sur le plan individuel que relationnelle, son comportement a beaucoup changé, il est devenu vulnérable. Donc la maladie de sa fille à beaucoup affecté leur relation de couple on justifier ça par l’étude faite auprès des parents des enfants cancéreux par « *la dynamique du couple est perturbée par les nombreuses visites à l’hôpital, les parents disent ignorer leurs propres besoins affectifs pour se consacrer entièrement aux soins de l’enfant ».*(J. Martin, K. péloquin, 2014)

En ce qui concerne sa relation intime madame Karima à constater aussi un changement avant et après la maladie de sa fille et ça selon ses dires « *Avant et quand j’ai été enceinte notre relation intime est très bien, rien ne me manqué et je n’avais pas de problème avec mon mari, notre relation je dirais que elle est satisfaisante »*. « *Cependant depuis l’annonce du diagnostic, de notre fille, moi-même personnellement j’ai changé, j’ai devenue très préoccupée* ».De temps à autre, son mari l’aidait à la maison et devenait gentil, mais lorsqu’elle se sentait fatiguée et ne pouvait pas satisfaire ses désirs, il s’énervait et quittait la maison. Alors on remarque ici comment la maladie de leurs enfants à vraiment affecté leurs relation conjugale, à cause des soins et d’hospitalisation de sa fille qui occupe plus de son temps, les relations sexuelles de Karima avec son mari ont alors diminué. Evelyne Josse(2013) confirme dans ses écrits ce points « *face à la maladie, le couple peut perdre de son importance et chacun pourra sur investir son rôle de parent au détriment de l’harmonie conjugale, divers types de conflits interpersonnels peuvent surgir à l’intérieur d’un couple éprouvé, ce qui conduite à l’établissement d’une distance et de l’évitement, c’est lorsque l’autre peut décevoir et ne pas répondre aux attentes».*

Ce qu’elle souhaite à l’avenir que la guérison de sa petite fille, et que elle puisse se rétablir et reprenne sa vie habituelle, elle nous disait qu’elle a encore espoir de sa fille et encore beaucoup de projets à réaliser avec elle.

**Synthèse**

Suite à cette analyse on constate à la fin que la maman éprouve une souffrance psychologique intense, elle présente un état de stress très élevé car elle passe tout son temps avec sa fille à l’hôpital. Son combat face à la maladie de sa fille la rend triste et nostalgique.

Sa relation intime était selon ses propos « normal ». Cependant, depuis la maladie de sa fille, Karima ne se sentait plus comme avant au côté de son mari, la communication avec ce dernier était fermée à tout moment, notamment sa relation intime, qui s’est beaucoup dégradée, elle l’a qualifiée de mauvais, une baisse de la fréquence de l’activité sexuelle, aussi son mari la saisissait pas, Ce qui a procréée des problèmes avec lui, tels que manque des discours entre eux, ainsi le partage, et les moments d’intimité qui ont devenu rare. Le cas suivante il nous confirme notre hypothèse suivante : « les parents ayant un enfant cancéreux sont confrontés à vivre des moments dur ce qui produit chez eux des troubles psychique et physique qui affecte leur relation »

Enfin, ce qu’on peut comprendre de l’analyse de ce cas est que malgré le choc subit par la maladie de sa fille et la dynamique des conflits internes, cette femme investit affectivement sa fille, cela se manifeste dans les efforts fournis par la maman pour les soins médicaux, et les différentes interventions pour comprendre ses difficultés, sa maladie et cela dans «*j’ai devenue très préoccupée par la maladie de ma fille, je cherche à savoir tous sur sa maladie »*.

* 1. **Présentation et analyse du deuxième cas**
* **Présentation du cas de Naima**

Naima est une femme âgée de 39 ans, enseignante, mariée depuis 15 ans, avec deux enfants dont leur premier enfant atteint d’une leucémie est hospitalisées depuis six mois au centre pédiatrique à « Sétif ». L’entretien avec Naima s’est déroulé dans le bureau de la psychologue, de l’hôpital.

* **Analyse des données de l’entretien**

L’analyse de contenu suivant a été effectuée auprès d’une maman d’un enfant leucémique, en vue d’examiner l’impact de cancer de son enfant sur sa relation conjugale, l’entretien comme nous avons cité déjà est déroulée dans un milieu calme et favorable, durée de 21 minutes, le contenu de cet entretien est riche d’information qui confirme notre recherche, notre outille d’investigation est l’entretien semi-directif, suivie d’un guide qui contient des questions préparé déjà, qui permet à la maman de s’exprimer librement et d’aborder plusieurs sujets qui nous aide à obtenir des réponses claires et directes. L’analyse de contenu de cet entretien nous a permis d’abord de montrer ;l’impact négatif de cancer chez l’enfant sur la relation parental.

Naima nous a montré qu’elle menait une vie calme avec son mari et leurs enfants, jusqu’au jour ou leur enfant tomba gravement malade, et les signes de la maladie cancéreuse commence à apparaitre, les signes de la maladie de son enfant d’après la maman comme la suite : «*Il y a beaucoup de symptômes différents. Ce qui nous a mis la puce à l’oreille, c’est la température qui ne baissait pas, et de nombreuses infections pulmonaires, otite…* »  Ils ont consulté un médecin généraliste qui leurs demandé de faire des analyses car il soupçonnait une maladie sanguine chez l’enfant et qui s’agit finalement d’un type de cancer appelé leucémie.

L’annonce du diagnostic est très difficile « *on était sous le choc, ma première pensée c’est que on va perdre notre enfant, c’était insupportable »*. La maman et son mari lors de l’annonce ils étaient sous le choc, comme tous les parents qui rêvent et attendent un enfant normal et sain.C’est là ou le combat avait commencé pour elle,*«J’essayais de tout savoir sur cette maladie et surtout de rechercher les points positifs qui porterait de l’espoir à mon enfant ».*On a remarquée chez elle que quant elle parle, ya une chose qui le gène à l’intérieure comme si elle à perdue l’espoir elle a des peurs qui la suivent toujours. Comme elle a dit « *Même si aujourd’hui il va bien, demain, tout peut basculer. On n’est jamais à l’abri de rien. Une expérience tellement touchant*… »

Naima et son mari vivent la maladie de leur enfant dans une situation difficile ou leur rythme de vie quotidienne a complètement changé, et ça d’après ces paroles « *Je me suis arrêtée de travailler pour m’occuper de lui. Le rythme de vie est compliqué, car tout s’organise autour de mon enfant  D’une prise de sang à l’autre, il peut être hospitalisé, ou ne pas aller à l’école… on ne sait jamais de quoi demain est fait*». Cela nous a confirmé la gravité de leur situation et comment ils ont sous la perturbation.

Revenant à sa relation conjugale, depuis la découverte de la maladie de son enfant, Naima avait remarqué quelques changements, elle disait *« Pour mon conjoint et moi, ça a parfois été compliqué. Pendant des mois et des mois, on n’est plus un couple, on est des colocataires, on ne vit pas ensemble, on ne dort pas ensemble*» d’après ces réponses on a remarqué que l’hospitalisation et la distance engendré par la maladie de l’enfant à vraiment touchée leurs relation conjugale. Selon Evelyne. Josse(2013) « *les parents ne prennent plus le temps de se parler ou de se retrouver ensembles et se refusent tout plaisir (entre autres, le plaisir sexuel ».*(P.5)

D’après notre analyse d’entretien, les moments d’intimité de Naima avec son conjoint se raréfient voir disparaitre, et ça nous aide à dire que la sphère conjugale de ce couple est trop touchées ils n’arrivent pas à satisfaire leurs besoins d’intimité qui est l’une des plier de la bonne relation conjugale d’un couple. D’après Hazan et chaver (1994)*« la satisfaction et l’ajustement d’un couple dépendent de la perception et de la capacité du partenaire à répondre à ses besoins d’intimité, de proximité, de soins, d’attention, de sécurité et de gratification sexuelle* ».Malgré que sa relation intime avant l’apparition de la maladie, est bonne comme d’après Naima, mais après le cancer de leurs enfants ce n’est plus le cas. Comme elle témoigne: *« C’est vrai qu’on s’est aperçus que depuis l’annonce de la maladie de notre enfant ça faisait six mois qu’on n’avait pas fait l’amour ».* « *On s’aimait mais on ne se montrait pas*. » de plus elle nous rajoute « *je ne suis pas dans la situation qui me permet d’avoir un autre enfant, pour mon mari aussi il ne pense pas à ça… »,* De cet arrêt dans le dynamisme vital ; le couple refus avoir d’autres enfants, même lorsqu’aucun risque particulier n’existe, les refus d’une vie sexuelle prise en horreur.

**Synthèse**

Enfin, ce qu’on peut conclure de l’analyse de ce cas, c’est que cette maman éprouve une souffrance psychique par le choc, et la dynamique des conflits internes au moment de l’annonce. Elle vivait une bonne entente conjugale, avant la maladie de son enfant, elle était bien traitée avec une extrême attention et douceur de la part de son mari, mais ça ne cache pas la réalité que sa relation intime après la maladie à était bouleverser et basculer, leurs relation conjugale, est disparaitre au profil du couple parental. Même l’idée d’avoir des autres enfants est abandonné pendant que leurs enfants malade.

**1.3 Présentation et analyse de troisième cas**.

* **Présentation de cas de Safia**

Safia âgé de 45 ans femme au foyer, marié depuis 20 ans, elle a trois garçons dont le deuxième garçon (Idir) âgé de 12 ans est atteint d’une tumeur cérébrale, admis à une association des enfants cancéreux depuis 2015 à ce jour. L’entretien avec la maman s’est déroulé dans sa maison, on est accompagné avec le chef de l’association pour la rendre visite et pour s’approcher aussi de cette famille pour faciliter notre entretien et accueillir les informations nécessaires.

* **Analyse des données de l’entretien**

La présente analyse de contenu a été réalisée auprès de la maman d’idir âgé de 12ans, une brave femme qui combattre face à une maladie mystérieuse, qui s’agit d’une tumeur maligne cérébrale, notre but initiale est constamment de rechercher si il existe une modification relationnelle avec le conjoint après l’atteint de leur enfants. La durée de l’entretien est de 30 minutes, organisée par le biais de l’association d’aides pour les malades cancéreux, d’amizour ou la psychologue nous à aider pour avoir le consentement de cette dame pour collaborer à notre étude, l’entretien est déroulée dans son domicile avec des conditions convenable. L’outille de recherche utilisée avec elle s’est l’entretien semi-directif accompagnées avec un guide d’entretien qui comporte des questions ouverts sur notre thématique de recherche, traduisez à la langue maternelle (kabyle) pour faciliter la tâche avec elle, et pour mieux recueillir plus d’information. Durant l’entretien, Safia était calme, un peu timide, ses réponses sont directes non complexes, l’expression émotionnelle très fréquente avec arrêt de parler, mais le contacte avec elle est très facile. Elle s’est mis d’accord pour discuter avec nous après l’explication de notre objet d’étude.

L’analyse de notre entretien avec Safia révélé qu’elle a découvert la maladie de son enfant quand il avait six ans. Ou la maman a commencé à remarquer une détérioration da sa santé, sa tète lui faire mal, vomissement, son humeur et son comportement changeaient de temps en temps, et c’est le médecin d’après des analyses effectuée qui a annoncé la maladie.

Safia voulait avoir un enfant sain et en bonne santé et on a remarqué ça quand elle a dit « *Idir né comme tous les autres enfants était en bonne santé, beau et intelligents comme je le souhaitais »*. On remarque d’après ces dires que c’est un événement choquant parce qu’elle était face à une situation inattendue, qui ne correspond pas à l’objet imaginaire construit par la maman. Au moment de l’annonce de diagnostic la maman n’a pas accepté l’état de santé de son enfant. Car elle n’a jamais imaginé avoir un enfant cancéreux le choc de cette annonce est exprimé de façon suivante *« là c’était un choc….j’étais terrifiée j’ai jamais imaginé que mon fils avait cette maladie* » et cela lui a provoqué une dépression « *j’ai eu une dépression* » Mais elle a toujours essayée d’être courageuse devant sans mari et son fils malgré toutes les difficultés qu’elle rencontre. Elle croyait toujours en dieu.

En effet on a remarqué un sentiment de culpabilité dans ces expressions*« la question qui se tourne toujours dans ma tête qu’ai-je fait pour que ce malheur m’arrive ?* » Ce sentiment de culpabilité se traduirait notamment par une difficulté à vivre la déférence de son enfant et une grande sensibilité au regard des autres. et cela dans l’expression *« quand je le regarde sa me touche beaucoup, surtout quand je vois son frère qui en train de jouer et de rire alors que Idir est toujours dans un état de tristesse et ce qui me fait le plus mal c’est le regard des gens envers Idir».*Selon Butani(1976)*; «les parents vivant un processus de deuil de l’enfant désirer, la prise de conscience de l’écart entre le désir et la réalité se solde par une crise important ».* Safia elle garde toujours l’espoir, sa croyance la soutenir pour s’adapter à la situation.*«La seul chose que je peux vous dire il faut jamais perdre l’espoir».*

Avant la maladie de son enfant, Safia était dans une relation excellente avec son mari, mais après la maladie de son enfant tout a changé. Sa relation n’est plus comme avant, et ça selon ses dires *«mais après la maladie de notre enfant tout à changer, nous passons notre temps avec l’enfant et tout nous discussions sur l’état de notre enfant* ».

Notre patiente reconnait que depuis l’annonce de diagnostic de son fils son désir sexuel a diminué, et elle refuse la relation sexuelle comme elle a annoncée *« la plus part de temps quand mon mari s’approche de moi je le refuse* », pour elle l’intimité et les moments de tendresse n’ont plus d’importance, cela lui signifié pour elle la trahison à l’égard de son enfant malade, comme elle témoigne « *je ne peux pas penser à ça, je me sens comme si je trahi mon fils* ». Son mari est compréhensif avec sa femme ce qui concerne ce sujet. D’après Dr Jocelyn Demers, Alice Balorie, Véronique Garnier, Lila Nabais, et al, (1996) « *Le monde et le contenu de la communication donnent sa tonalité affective à la qualité et au relations conjugales, certains parents, l’idée même de continuer à se penser encore comme un couple, de s’autoriser des moments de douce intimité et de plaisir est insoutenable et suscite chez eux une forte culpabilité ».*

**Synthèse**

Donc dans cet entretien avec Safia nous avons constaté plusieurs manifestations de souffrance psychique sous plusieurs formes dans ses discours, au début elle a vécu un choc lors de l’annonce de diagnostic et une dépression, ensuite un sentiment de culpabilité, malgré la souffrance psychique causée par son fils la maman ne s’avouât pas vaincu, au contraire elle essaye toujours d’être courageuse devant sans fils et son mari. On se qui concerne sa relation avec son mari elle a constaté un changement après la maladie de son fils. Elle refuse la relation sexuel car elle ne peut pas penser à ça alors que son fils il à besoin d’elle. Elle marque ça comme une trahison à l’égard de son enfant malade. Le cas suivant nous confirme nos hypothèses de recherche.

* 1. **présentation et analyse du quatrième cas**
* **présentation du cas du Djamel**

Djamel est âgée de 50 ans, il est benjamin de sa fratrie, d’un niveau d’instruction secondaire, il était enseignant puis directeur d’une école primaire, actuellement retraité mais pratiques quelques activités libres. Djamel le père de l’enfant Idir et l’époux de madame Safia. L’entretien s’est déroulé à la maison lors de notre deuxième visite pour Idir.

* **Analyses des données de l’entretien**

L’analyse des données de l’entretien avec le père d’idir est comme la suite. Nous nous sommes entretenus avec monsieur Djamel à la maison lors de notre deuxième visite à la maison d’Idir, les conditions de la passation est favorable, la durée de cet entretien est de 23 minutes, il s’est montré intéressé, confiant et coopérant durant cet entretien. Les questions sont ouvertes et sont exclu dans notre guide d’entretien formée déjà, notre but est d’arriver à avoir des réponses qui confirme notre thème de recherche qui s’intitulé l’impact de cancer chez l’enfant sur la relation parental ».

Au moment de l’annonce de diagnostic c’est un instant très difficile pour ce père il ne voulait pas accepter cette maladie au début, quant à lui, avec des larmes aux yeux, il nous révélait qu’il avait réagit avec un sourire à l’annonce de la maladie, provoqué par le choc d’entendre l’annonce, ainsi que en assurant à sa femme le courage.

Il était profondément touché, mais préférait dissimuler ce sentiment, il n’était pas sûr à propos de diagnostic il n’a pas accepter même le traitement donnée a son enfant, il s’est mis personnellement à s’informer sur cette maladie et ses moyens thérapeutiques, il cherchait par tous les moyens, il s’est même déplacé vers d’autres wilayas pour rencontrer des cas qui ont souffert et guéri de cette maladie, pour présentés ces cas à sa femme et son enfant pour gardons toujours l’espoir. La première fois que son enfant prendre son traitement, la veille de la séance, il était angoissé et avait une insomnie. On a remarqué chez lui un sentiment de culpabilité intense et ça d’après ces dires ; «  *je demandais toujours au bon dieu pourquoi lui et non pas moi »*

Quant aux changements induits par la maladie de leur enfant, il nous disait qu’il les vivait en faisant de son mieux pour que sa femme dépasse le choc et son état actuel.Il était souvent son appui, il lui apportait encore plus d’aide aussi bien au niveau des tâches ménagères qu’au niveau de la garde des enfants. Donc la maladie a exigé pour ce père d’exercer des nouvelle fonctions tout en s’efforçant d’assumer le quotidienne.

Mais à l’apparition de la maladie de leur enfant, Djamel vit des conflits avec sa femme concernant l’état de son enfant ou sa femme culpabilise la famille de Djamel puisque ils ont le pouvoir d’aider l’enfant pour ce soigner ailleurs comme il nous souligne «  *on se discute toujours dans ce sujet, elle me dise que ta une famille qui a tous les moyens pour nous aider ».* Il nous rajoutait que devant la puissance les faveurs de Dieu, il n’a qu’à accepter son sort et le remercier d’être courageux et patient face à cette épreuve.

Pour sa relation conjugale avant la maladie, il l’a qualifiée de formidable. Avec son grand sourire, il nous révélait que la plus belle des choses qui lui est arrivé dans toute sa vie, c’était la rencontre de son épouse. Il vivait en bonne entente avec elle, il nous avouait que c’était grâce à elle qu’ils ont pu construire leur propre maison. C’est une bonne femme avec laquelle il partageait tout jusqu'à la fin.la relation de ce couple prend un nouvelle chemin celle des conflits d’après ces dires « *je pense que les couple ont des conflits comme ils ont aussi des moments de bonheur…. »*. Sa relation intime est détériorer, une baisse de la fréquence de l’activité sexuelle, Djamel essaye toujours de comprendre sa femme, la rassurait souvent en massant sa cicatrice, mais ça ne cache pas la réalité que sa relation intime est détruit comme il disait ;*« on vit une perte d’intimité sexuelle, elle ne s’occupe plus que des enfants, n’a plus aucune conversation, plus aucune passion, elle doit se lever plusieurs fois par nuit pour aller donner le traitement ou a vérifier notre enfants malade , y’a des nuit elle dort dans sa chambre elle me disait je profite d’odeur de mon enfant tant que il est la »* de plus on remarque que le couple vit une manque de discussion autour des sujets hors la maladie de leurs fils, et ça implique des conséquence sur leurs relation de couple, d’après Berscheid(1995), « *la communication dans le couple, un concept primordial et peut être considéré comme le fondement d’une relation ».* La communication entre ce couple prend un nouvel territoire celle de la communication pathologique qui mène le couple à l’éloignement et l’incompréhension.

Il nous dévoilait que, depuis l’annonce du diagnostic de leur enfant sa femme a changé, elle est devenue très préoccupée par la maladie, vulnérable et irritable. Ce qu’il souhaite à l’avenir : que son enfant puisse se rétablir pour reprenne sa vie habituelle.

**Synthèse**

Donc dans cet entretien avec Djamel nous avons constaté plusieurs manifestations de souffrance psychique sous plusieurs formes et signes dans ses discours, tels que le choc de l’annonce de diagnostic, prend soins de sa femme et ses enfants, il était obligé de cacher sa tristesse, son choc pour être courageux et donnée espoir à sa femme.

Sa relation avec sa femme avant la maladie de leur enfant était de bonne qualité, puis dès l’annonce de la maladie de leur enfant il était en désaccord avec sa femme suite à des conflits familiaux. Quant à sa relation intime, Djamel il essaye d’être compréhensif il évite toute communication avec sa femme, il souffre, mais il préfère se cacher. Plus la communication perdue entre ce couple à cause des soins, d’inquiétudes, de tous les moments difficiles vécus pendant la maladie de leurs fils. Cette atteinte a affecté sensiblement leur relation intime. Ce que nous confirme que le cancer chez leurs enfant à vraiment des conséquences négative sur leurs relation conjugale. Le cas présenté nous confirme aussi nos hypothèses de recherche.

* **Synthèse et analyse général des cas et discussion des hypothèses :**

Notre population de recherche est composée de quatre cas deux mamans et un couple, âgés de 30 ans à 50 ans. Pour les femmes, de 30ans à 45ans, pour l’homme est de 50ans. Le niveau d’instruction des femmes est variable, Karima est d’un niveau primaire, Naima enseignante et Safia a atteint le niveau secondaire. Djamel est d’un niveau d’instruction secondaire. La durée de la vie maritale chez les couples examinés est variable, allant de 3 ans à 20 ans, nous soulignons que tous ces couples ont des enfants. L’analyse de contenu des entretiens menés avec les quatre cas, nous a permis de dégager qu’elles constatations concernant les parents ayant un enfant cancéreux.

***Discussion des hypothèses :***

Avoir un enfant cancéreux est une situation de crise pour les parents, cet événement nous à pousser à supposer nos hypothèses suivantes : *« les parents ayant un enfant cancéreux sont confrontés à vivre des moments dur ce qui produit chez eux des troubles psychique et physique qui affecte leur relation conjugale* », «*les parent d’un enfant cancéreux éprouvent un sentiment de culpabilité intense qui engendra une communication pathologique verbale et non verbale* »

Les parents ayant un enfant cancéreux éprouvent une souffrance psychologiquement significative. Selon les propos de la plupart de nos cas interrogés, il nous avons confirmé que la présence de l’enfant cancéreux éprouve chez eux une souffrance psychologique cliniquement significative. Il nous semble que la maladie de leur enfant a engendré une souffrance et cela après avoir passé par un ensemble d’événements qui ont changé leurs réactions habituelles et leur mode de vie.

La souffrance des parents se manifeste par des signes cliniques, comme dans le cas de Karima et Naima, l’annonce de la maladie de leurs enfants, a provoqué une dépression chez eux, Naima « *j’ai eu une dépression* », les parents manifestent des sentiments qui reflètent leur souffrance parmi eux le choc, le stress, la culpabilité, le déni, l’anxiété et cela est éprouvé dans tous les cas.

Cet annonce est considéré comme un événement choquant parce qu’ils étaient face à une situation inattendue, qui ne correspond pas à l’objet imaginaire construit par les parents pour l’avenir de leur enfant, un moment accompagné par un effroi, un désarroi, une grande tristesse et parfois une perte de connaissance. Les mamans elles réagissent souvent par des crises de larmes, agitation et dénégation de la maladie, et éprouvaient parfois même un sentiment d’injustice. Selon Evans 1976 « *toute personne en état de choc lorsqu’elle est placée devant un fait inattendu » (p.37)*

La maladie cancéreuse de l’enfant fait rentrer les parents dans une souffrance psychologique. Cependant, ceci diffère d’un parent à un autre selon la perception et la réaction de chacun d’eux, cet évènement est décrit comme un événement traumatique vécu de façon singulière par chacun des parents par exemple « *j’ai pleuré beaucoup, ça me fait mal a l’intérieur* » le choc est exprimé d’une manière très profonde par Karima. Dans le deuxième cas (Naima), le choc est exprimé clairement avec une souffrance très intense.

Les mamans jouissaient également d’une bonne relation intime avant la maladie de leurs enfants, Karima, Naima et Safia étaient satisfaites sur ce plan.

A la survenue de la maladie cancéreuse, de leurs enfants les mamans avaient presque des réactions similaires aussi bien sur le plan subjectif que comportemental, elles sont devenues aussi très sensibles, vulnérables, allant parfois jusqu’à un sentiment de culpabilité. Pour Djamel le conjoint de Safia son comportement a aussi changé, il est devenu plus attentionné, rassurant, plus proche et disponible pour sa femme et ces enfants, alors que avant il consacre son temps seulement au travail. Les relations intimes et sexuelles sont aussi à l’abri de ces changements. Pour les couples, l’annonce de la mauvaise nouvelle a provoqué un bouleversement et une perturbation chez la plupart d’entre eux. Dans la vie quotidienne, la plupart d’entre eux, vivaient cette épreuve avec la crainte de perdre leurs enfants. REYNAERT et Y. LIBERT (2006), insistent sur le fait que «*le diagnostic d’un cancer réveille toujours chez le conjoint des angoisses d’incertitude, de mort de risque de perte et de séparation* » **(**P.45). L’activité sexuelle n’en était pas épargnée, la majorité des conjoints nous ont affirmé que la fréquence des rapports sexuels a baissée. La quasi-totalité des conjoints ont l’espoir que leurs enfants guérissent, Ces derniers souhaitent réaliser d’autres projets avec leurs enfants et un avenir plains des succès.

A partir des données précédentes, nous concluons que la maladie cancéreuse est une atteinte

Assurément du l’enfant malade, mais également du ces parent, on peut parler d’un traumatisme qui surgit au sein de couple. Les deux membres du couple s’engagent pour affronter l’épreuve survenue dans leur vie, dès l’annonce du diagnostic jusqu’au traitement, les couples font face à des angoisses et des difficultés épuisantes.

D’après les résultats des entretiens, nous remarquons que la plus part des couples ont pu pas préserver la qualité de leur relation conjugale antérieure. Ces derniers nous ont démontré que le cancer peut mener au sein du couple, à une diminution de l’intimité, une faible de la communication et une diminution des liens. Comme il peut aussi mener à une tension au sein du couple. Enfin, il nous semble que nos hypothèses opérationnelles sont confirmées, ainsi que l’hypothèse générale qui montre que ; « *avoir un enfant cancéreux provoque des situations de bouleversement concernant la sphère conjugale (la communication, le fonctionnement sexuel, les moments d’intimité, ainsi que le partage des rôles et le soutènement au sein de couple*).

***Conclusion Générale***

A l’heure actuelle, le cancer chez l’enfant fait toujours partie des sujets d’actualité qui concernant l’ensemble de la société quelle que soit la configuration de la famille concernée, son origine, son statut socio-économique et son système de valeurs et de croyances ; en parcourant la littérature, nous avons constaté que la littérature à propos de l’avenir de la relation de couple parental ayant un enfant cancéreux existe bel et bien mais sa quantité est beaucoup moins abondante, mais la réalité que les parents vit des expériences incomparables à celles des parents ayant un enfant normal est toujours présente. A la suite nous avons pris la décision de focaliser notre attention sur ce sous-système.

Comme notre sujet d’étude se focalise sur le volet relationnel, nous avons choisi comme référence théorique, la théorie de l’attachement qui traite cet aspect relationnel, et qui aborde plusieurs dimensions de fonctionnement conjugal.

La présente recherche avait comme objectif de recueillir les informations sur le vécu des enfants cancéreux et de leurs parents en les interrogeant sur : l’impact de la maladie sur la dynamique de la relation parentale, et sur le bienêtre de l’enfant malade.

Au début de notre recherche, nous avons effectué notre pré-enquête au centre pédiatrique « bouatoura derradji » à Sétif, on a pu prendre contact avec deux mamans des enfants cancéreux hospitalisés au service d’oncologie, Puis à cause des difficultés qu’on a cité avant , on s’est déplacé à continuer notre pré-enquête au sein de « l’association d’aide aux malades cancéreux » d’amizour à Bejaia., on a arrivé juste à contacté un couple. Afin d’obtenir une amorce de réponse aux questions qui nous intéressaient aujourd’hui, nous avons eu recours à une méthode qualitative basée sur la création d’entretiens semi-directif.

Ensuit on a été obligé d’arrêter notre recherche et de ne pas continuer l’enquête à cause de la situation actuellement « corona virus, au covid 19 », l’association a pris la décision de la fermeture pendant cette période, c’est ce qui nous a empêché d’arrêter notre recherche et d’aborder uniquement les cas de la pré-enquête.

On peut dire que malgré les circonstances qui nous à empêcher d’aller plus loin dans notre étude, que d’après nos recherche, et notre petite expérience au prés des couples des enfants cancéreux on a obtenu des résultats, qui ont permis de mettre en évidence l’impact que la maladie pouvait avoir sur la dynamique parentale : la remise en question du sens de la vie et des priorités, le couple parental prenant le pas sur le couple conjugal, le caractère et les émotions changeants pendant la période ou l’enfant tomba malade, sont confrontés à vivre des moments dur dès l’annonce de la maladie, par ce qu’ils ont 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, ce qui affecte leur relation conjugale(les moment d’intimité, la communication, …).

Enfin les résultats de l’analyse de l’entretien nous a conduits à confirmer nos hypothèses de recherche, la première qui dicte « le parent d’un enfant Cancéreux sont confrontés à vivre des moments dur ce qui produit chez eux des troubles psychique et physique qui affecte leur relation conjugale.

Et la deuxième qui sollicite « Les parents ayant un enfant cancéreux, éprouvent un sentiment de culpabilité intense. Qui engendra une communication pathologique (verbale et/ou non verbale) ».

Pour conclure, 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 cancéreux, ainsi que la souffrance vécue par leurs enfants.

**Liste bibliographique**

**Ouvrages**

1. Aktouf. O, (1987), « ***méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique etune critique* »**, les presses universitaires, Ed les presses universitaires de Montréal, Québec
2. BIOY (A), FOUQUES (D), ***« Manuel de psychologie su soin*** » Paris, Bréal, p.161.
3. Cyrille. Bouvet, (2018), « ***18 grandes notions de la pratique de l’entretien clinique »,*** 2e édition, Dunod.
4. HENCHOZ (C), (2008) ***«  le couple, l’amour et l’argent, Paris, L’Harmattan****» p.15.*
5. Evelyne. J, (2006), *«****le vécu de l’enfant atteint d’une maladie cancéreuse, diagnostic et première hospitalisation*»,** Ed Hulp, Belgique.
6. Evelyne. J, (2006), ***« le vécu des parents d’un enfant malade du cancer*** », Hulp, Belgique.
7. Ferrari. P, Epelbaum. C, (1995), ***«  psychiatrie de l’enfant et de l’adolescen****t* ». Flammarion, Paris
8. F. Scotte, P. Colonna, J-M. Andrieu, (2002), *«****Cancérologie****»*, Ellipses, Paris, rue brague 75740
9. Ferndez. L, Catteeuw, M, (2001), « ***la recherche en psychologie clinique* »,** Ed Nathan, Paris
10. Chahraoui. KH, Benony. H, (2003). « ***Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*** ». Paris, France : dunod.2
11. Chahraoui. K et Bénony H (1999). « ***l’entretien clinique »***, Paris, Dunod.
12. Tourette., Guidetti, M. (2008). **«  *Introduction à la psychologie : du bébé à l’adolescent »***Paris : ARMAND COLIN.
13. Trebucq. A, Lefrere. F, Weil. M, Audhay. B, (2005), ***« les leucémies*** », Paris.
14. Trabzi. A, (2012), ***«  nous n’avons pas les conditions requises pour greffer les enfants atteints de leucémie aigue* »**, Santé-Mag, N 10, Alger.
15. Lavarde. A, M, (2008), *«****Guide méthodologique de la recherche en psychologie »,*** Ed Broché, Bruxelles
16. Y. Lussier, C. Bélanger, Stéphane Sabourin, (2019) *«****les fondements de la psychologie du couple****».* Presses de l’université du Québec. P .1997
17. Yohann. Loriot, Pierre. mordant, (2011). ***« Cancérologie),*** Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins.

**Revues**

1. Anne-Sophie, Berbery-Mintz, (2011) *«****l’apport de la théorie de l’attachement aux soins dans un CAMSP* »**, N 34-35, p. 179 à 197.
2. MOHRING (P), (2005) *«****Dynamique des couples et thérapie dans le cas de cancer »****,* In press, le divan familial, N 14, p. 79-88.
3. Raphaëlle MILJKOVITCH, Emmanuelle COHIN, (2007) ***« l’attachement dans la relation de couple ; une continuité de l’enfance*»** N 175, p. 87.96. disponible en ligne : https:// www. Cairn. Info/ revue-dialogue.2007-1- page 87.htm.
4. Main. M, Morgan. H, *«****Disorganization and disorientation in infant strang situation behavior : phenotypic resemblance to dissociative states* »,** in Michelson

**Dictionnaires**

1. BLOCHE. H, et al. (1992), *«****le grand dictionnaire de la psychologie***», Paris, Larousse.
2. ZAY (N), **«  *dictionnaire. Manuel de gérontologie sociale* »,** Québec, les presses de l’université de Laval, 1981, p.134.
3. MORIN (Y), *«****petit Larousse de la médecine*** », Paris, Larousse, 2001, p.144

**Mémoires-thèses**

1. Akimou Tchagnaou, (2009), « ***les difficultés liées a l’élaboration des mémoires de maitrise en lettres et sciences humaines »***, diplômes d’études approfondies (DEA), université Lomé Togo. Mémoire en ligne <https://www.memoireonline.com/11/13/7694/m-les-difficultes-liees-a-l-elaboration-des-mémoires-de-maitrise--en-lettres-et-sciences-humaines>
2. Lena Masso Kreienbühl, (2015), *«* ***intimité et mixité conjugale*** ». Mémoire de master en sciences de la famille et de la sexualité, université catholique de Louvain- la neuve.
3. Matthieu, R. (2011). « ***Le modèle de l’attachement dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisée souffrant de dépression »***, (thèse de doctorat, Université de Bourgogne). En ligne : https:// tel. Archives. Ouvertes. Fr.
4. Marie-France Tremblay, (1997). **«  *les liens entre les styles d’attachement, les modes de communication et les stratégies de résolution de conflits chez les couples »*,** (mémoire présenté à l’université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle à la maitrise). P. 2-3).
5. Catherine Bonnefoy, (2015). « ***enfant malade, parents, soignants : « la guerre est déclarée »***mémoire présenté à l’université d’éthique en néphrologie, p. 3. Paris
6. Marquet, marie, (2017).*«****étude de la prise en charge des fratries au sein du service d’hémato-oncologie pédiatrique du CHC (Espérance)* »,** mémoire de fin d’étude en vue de l’obtention de diplôme master en science psychologiques à la finalité spécialité en psychologie clinique. Université de liège
7. Christine Berset, (2008), *«****Concevoir l’accompagnement des parents dont l’enfant est atteint d’un cancer*»**, Lausanne. Consulté le 11/07/2020
8. Smet, Marie, 2018, « ***le bonheur d’un couple, une question d’âge ? »***, mémoire master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique, URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/7736>
9. Halima, AHMUT, 2018, « ***délai diagnostic en oncologie pédiatrique »,***  thèse pour l’obtention dedoctorat en médecine, université Mohammed v-Rabat

**Articles**

1. Audrey Brassard, Yvan lussier (2009), **«  *l’attachement dans les relations de couples : fonctions et enjeux clinique*** », volume 26, N 03, psychologie Québec. P 24-25.
2. Anne d’Andon, Gilles Vassal, Olivier Hartmann, Dominique Houant et, François Peine (2003), «***le néphroblastome ou tumeur de wilms*** », institut Gustave – Roussy. <http://www.onecauvergne.fr>.
3. Lamarche. C, (1985), *«****Les parents d’un enfant handicapé* »,** consulté le 10/Avril/2020, santé mentale au Québec, Vol. n1.www.id.erudit.org/id érudit/030266ar
4. EYNAERT (CH), LIBERT (Y), et al,2006 « *cancer et dynamique du couple »*, service de médecine psychosomatique clinique universitaires de saint- Luc, Belgique,

**Sites**

1. OMS, organisation mondiale de la santé. Cancers de l’enfant. En ligne : <http://www.who.int>> children>FAQ
2. L’association source de vive, (l’année) *«****cancer traité pour un****»,*<http://www.tousalecole.fr/content/cancer-lenfant-trait%C3%A9-pour-un>.
3. Société canadienne du cancer, (), **« *symptômes du rétinoblastome*** », <http://www.cancer.caretinoblastomasignes-and-symptoms>.
4. Laboratoire d’étude du couple « ***étude sur le couple et le cancer d’un enfant*** », (2017), <https://etudeducouple.ca/index.php/fr/nos-etudes/etude-sur-le-couple-et-le-cancer-d-un-enfant>
5. Isabelle Lambotte, Van  Pevenage, (2016), *«****la famille face à l’enfant gravement malade »****,* [https://journals.openedition.org/efg/965 consulté le 30/08/2020](https://journals.openedition.org/efg/965%20consulté%20le%2030/08/2020)
6. Source vive, *«****le couple et son devenir* »,** [https://www.source-vive.org/parents/couple.html consulté le 26/08/2020](https://www.source-vive.org/parents/couple.html%20consulté%20le%2026/08/2020)

**Annexe**

**Annexe N°1 : Guide d’entretien (élaboré en langue tamazighet).**

**Information personnelle**

1. Age
2. Sexe
3. Situation actuelle : mariée / divorcée
4. Depuis quand êtes-vous mariez ?
5. Combien d’enfant aves vous ?
6. Quelle est le classement de votre enfant dans la fratrie.

**Axe01 : les renseignements concernant l’état de santé de l’enfant et des parents avant et après la maladie de l’enfant ?**

1. Pouvez-vous nous parler des symptômes que vous avez remarqués dans les débutants de la maladie de votre enfant ?
2. Quelle est votre réaction la première fois quand le diagnostic de votre enfant a été annoncé ?
3. Comment vivez-vous la maladie de votre enfant ?

**Axe 02 : les renseignements concernant l’état de relation conjugal**

1. Comment était votre relation avec votre mari(e) avant et après l’annonce de la maladie de votre enfant ?
2. Comment sont vos relations d’intimité avant et après la maladie de votre enfant?
3. A la présence de votre enfant et aux difficultés rencontrées avec lui pensez-vous d’avoir d’autres enfants
4. Comment voyez-vous l’avenir de votre enfant ?

**Annexe N°2 : le contenu des entretiens des patients avec la langue Tamazighet.**

1. **Entretien N°1 avec Mme Karima**

* **Thzmredh aghdhdredh af l3alamat nagh la3radh ithremarkidh mi izdivda lahlak agui i emmim (ik) ?**

*« Yeli thluled s thzmarthis uttyugh uma dachema, après 7 chhur ar 8 chehur , remarkigh bli yeli zayeth uthetthrikara atas , après nevdayas les traitment 3 chehur theghlid imaren g lhlak thetfitt thawla 5 yame ma3na utqlqghara akhater nighas les bébé iglan g l3mris sa3un les signes yagui danchtha iyijan utqlqghara, ma3na mskuda3mal lhlas thettzad ttwaligh g fasnis les tache ttizgzawine ….aprés gighett ar tviv nidhen ughdiniwara af lahlakis almi idefghente les résultats n les analyse-is imaren isfahmaghed bli d cancer idhamen iths3a imi seman la leucémie ».*

* **Amek iwendussa (la reaction nwen) imi iwendenan bli mitwen yuden ?**

*« La réaction yiw? Di thazwara d lwaqeth yu3eren swatas ………hussagh syiweth n la boul g thaghuchthiw thehvsiyi la réspération ……koulch i3eda rapide …ufhimagh kra ……ttmkthayaghed asmi iligh g svitar ttrajugh kan akka ayidyini tviv bli d la faute kan ylim uths3ara l cancer …….ttrugh atas , iqarhiyi lhal , tt3ichigh toujours g l’angoisse akhater ugadagh ad attemeth yli thetfiyi la dépression …..Ma3na hamdulah adchkragh rebi sbhano akhater après lwaqeth qevlagh lahzen agui amaken thettwalidh».*

* **Amek itt3ichidh lehlak agui n emim?**

*« Adqvlagh akhater d rebi ikhikhtharen iwaken adns3edi anchetha d rebi igvghan anchtha denetta kan daghen igzmren akhi3awenen ……..amdinigh argaziw u g soufriwara atas nagh izmar dnki kan igttwalin akka . ihdriyid koulas iqariyid bli ankhdem ayen inzemar iylithnagh ma3na tthusugh toujours bli uysufriwara aken isufrigh nki……khas akka ma3na toujours ittased ar la visite isqsayiyid mayla kra ikmikhossen ….thikwal qarghas kolch adi3di bien thikwal daghen qarghas amik adqimagh calme yarna yeli thettsoufri y*u3ar lhal attkmledh normal amaken kra uryli».

* **Amek ithla la relation yim de wargazim uqvel lhlak n emmim akk d ttura mi igehlek?**

«………*uqvel lahlak agui n yeli nella normal uns3ara akk l probleme nettseyi anili jmi3 malgré lmachakil n dunith , nettafedh lholul ilmachakilnagh jmi3 nehdar af atas lhwayej jmi3, mais gasmi idaghli yeli g lhlak agui yehves kolch nughal untpartagiwara lochghal jmi3 , unhdrara tout le temps , ttghimigh kthar n 2 mois g svitar , us3ighara akk thikthiwen af khamiw d wargaziw , ma ara dughalagh sakham us3ughara akk l courage adevarzagh akham toujours kan a3yigh faibligh…………. argaziw ivqo ad ltehigh akka d wakham dussegui ma3na nki qarghas adjagh kolch d yelli igzwar lhal akk f lochghal. Thwaladh lhalaw amek akagui inkchem g les discours ur netfakara».*

* **Amkitt relations nwen kmi d wargazim uqvel lahak n emmim akk d ttura mi igahlek (ma thganem jmi3 ma ittqarived ghurem)?**

*« uqevel ak dwasmi iligh enceinte la relation nagh thela thelha mlih , kra ur yikhos us3ighara les problèmes ak d wargaziw zmragh adinigh bli ttwaqn3agh s la relation-nagh.*

*après mi ithehlek ylithnagh nki yakan vdlagh , ughalagh ttelthayagh kan dyelli ttnadigh adfahmagh af lahlakis toujours kan ittatafiyi l stresse ……..argaziw am koulas kan normal usthuqi3ara danchtha iyittajan adfq3agh , tthusugh thikwal ijayid akk la résponssabilité inki , udihdrara akk flahlak n yeli……….. thwaladh anchtha agui akith is3a les conséquances af la relation nagh , g lwaqeth ar wayedh , argaziw itt3awaniyi gukham itaqal gentil , ma3na thikwal ma arasinigh bli a3yighnagh hlkagh uzmirghara adkhmagh yides la relation. Iz3afay ittfagh gukham iqariyid akham agui nki ghuri machi dakham……».*

* **Ar lahlak n emmim akk dwayen ids3edadh gmi igahlek akka thetkhmimedh adarnudh darya ?**

« *Ih nki ghuri darya d nuthni idssah g dunith , ma dargaziw iqariyid koulas bli mazalagh mziyith dunith ghuzifeth ns3a lwaqeth iwaken adnarnu darya nadhen ma3na nki aka iligh akka uvghighara akk adehdragh f sujet yagui vghigh adelthugh kan d yelli alama thahla akhater daya isaramagh».*

* **Dachu ithttmnidh i emmim ar zath?**

*«Saramagh att3edi akk I lhala yagui wa anchth agui akith adiqim kan dasmkthi nchallah daghen attahlu attughal arlhayatis mazaliyi s3igh asirem ghures ankhdem atas lhwayej nki ides» .*

1. **Entretien N°2 avec Mme Naima**

* **Thzmredh aghdhdredh l3alamat nagh ala3radh ithremarkidh mi izdivda lahlak agui i emmim?**

*« Emmi is3a 6 isgassen Safi asgas d nefs gmi igs3a la leucémie, l cancer n la moelle osseuse, après atas n les traitment découvrinttid tebath …….dija asmi idilul ikhos deg lmizan en plus atas n l3ivad ig remarkine anchetha , toujour kan ihlek yarna fragile , thawlas thezga thettali is3a daghenatas n les infection (idmarnis ( pulmonaire) )* ».

* **Amek iwendussa imi iwendina bli mitwen yuden?**

*« Asmi ighdenan af lahlak agui nela nchoki lhaja thamzwaruth ikhmagh g qaruyiw nighas adimeth emmithnagh. Uzmirdara akk ad imaginidh amik ya3ni isawedhagh ad supportigh wa adqvlagh anchtha».*

* **Amek itt3ichidh lehlak agui n emim?**

« *Hvssagh ikhdimiw afljala n emmi iwaken ad tehelagh zeges nudagh mlih af la maladie yagui n emmi sourtout nudagh akk af les point positives igzmren adyawine l’espoir emmi ak denki.*

*Tham3ichthnagh thughal th compliqué, akhater kolch khdmnaseth emmi g thukssa idamen ar thayedh , izmar daghen aydinin ad hospitalisé nagh ugttruhara ar l‘école…una3limara azeka dachu ighdithdun».*

* **Amek ithla la relation yim de wargazim uqvel lhlak n emmim akk d ttura mi igehlek?**

*« La relation nagh thughal compliqué chwiya safi lechehur aya thura unliwara d l couple nughal d les colocataire untt3ichiwara jmi3 unganara jmi3, akhater toujour yiwen degnagh ittghama g l’hopital wayedh gukham, donc la realation nagh ttwatuchi ma3na nttm3awan mais toujour nsoudi isin yidnagh*».

* **Amkitt relations nwen kmi d wargazim uqvel lahak n emmim akk d ttura mi igahlek (ma thganem jmi3 ma ittqarived ghurem)?**

*« nki akk dwargaziw , nezwej safi 15 ans yagui , machi gyiwen umdhiq inkhdem , safi 6 mois yagui on n’avait pas fait l’amour, ma adughalagh thamdith, us3ighara yak araghba arwanchthni, netta igttdomandine anchtha fli ,mais 6 mois yagui tura unliwara akk am l couple mais chghul n les colocataire ………..nmyhemal mais udnsvganara akk.*

*Zaragh l sex chghul n l’effort physique. après achehal n swaya3, d smanath idkathagh g l’hopital , donc uzmirghara yak adkhemagh une performance physique , s3igh atas n lehnana ar wargaziw, uttgamighara la relation nagh g l début s3igh une grand attirance physique ar ghures. Tlumugh g maniw sdhlamagh imaniw qarghas argaziw ittraju zgui kra ma3na nki uzmirghara azdfkagh ayen igttraju ghuri».*

* **Ar lahlak n emmim akk dwayen ids3edadh gmi igahlek akka thetkhmimedhadarnudh darya ?**

*« Akli machi g la situation ayismhen adarnugh darya akhater ttkhmim af le bébé ni gukham yuhlaj atas n lhwayej atas n lhmala donc c’est une autre résponssabilité ula dargaziw yegomma.……kolchi ar lmktuv».*

* **Dachu ithttmnidh i emmim ar zath?**

«*Ttmnighas thughzi la3mar nchalah daghen adihlu dwagui akk idasirmiw amoqrane .ttmnighas daghen adirvah g dunithis ama g lqrayas ama glochghal nidhen. Saramagh daghen iwarach akk iglan daagui adahalun.nughal am thwachult wa yeittlhaq l courage* iwa».

1. **Entretien N°3 avec Mr Djamel**

* **Thzmredh aghdhdredh af les l3alamat nagh ala3radh ithremarkidh mi izdivda lahlak agui i emmik?**

*« Yella en bonne santé almi igesawedh g l3mris 6 ans yevda is3a chwiya n les signes , ittqrahith uqaruyis igan kan ithettru , asmi ithnuggui ar l médcin almi isikhdem les analyse inayaghed imaren bli mithnagh is3a une tumeur g qaruyis.*

*Ttmkthayaghed une fois yughaled g l’école itthusu imanis ça va pas ya3ya ugzmirara adyali ula les escaliers ar 2 ém étage».*

* **Amek iwendussa (la reaction nwen) imi iwendina bli mitwen yes3a yuden ?**

*« ma premiére reaction c’était un sourire provoqué par le choc mais l sourire ni juste iwaken adkhmagh l courage I ma femme ennighas bli adkhmagh akk les possibilité iwaken emmithnagh agui ad dépasser anchetha, dithazwara amnki am thmtuthiw unqvilara anchtha .Même j’ai consulté pleusieur spécilaité vara i la wilaya yagui mais toujours le même résultat. Des fois je réfléche asqaragh amik emmithnagh yidir is3a anchtha jamais yak nttraju l résultat ya nkhemem ar thawla nagh la faiblesse nenwa adihlu normal s les médicaments akd les vitamines. Mais le médecin idomandiyaghed des analyses aradisvgnen dachu ighlek yidir.Après l’annonce n lhlak agui igsukhla3en akka tharwiyagh akk ….uyuminghara akk bli emmi is3a cancer agui ……vraiment c’est des moments durs».*

* **Amek itt3ichidh lehlak agui n emmik?**

*« Lhaja akk izrigh bli akli face a un cancer ……..dlhlak akk inwigh iv3ed flagh. Dunith thughalagh chghul n l cauchmar ygouma yak ad iffak .qarghas toujours arebi iwachu d netta ighlken machi d nki …….yiwen uryzmir adifhem la souffrance ids3edagh. Yal dqiqa Imagine bli adimeth.Thikwal ma athezragh akken itt souffri, uzrighara amik adesfahmagh anechtha………saramagh la situation yagui igi inla akka att3edi plus vite.*

*Zrigh bli Ittrajuyagh un combat anchthilith adkhmagh ayen akk imizmragh akken adyughal emmi ar sehas. La première fois adivdu yidir les traitements tout la nuit uginghara itfiyi yiwen l’angoisse imanis».*

* **Amek ithla la relation ik de ttmtuthik uqvel lhlak n emmik akk d ttura mi igehlek?**

«*Je pense la relation akk n les couples s3un les problémes akken daghen sa3un les moments de Bonheur. Mais amdinigh des fois ttnervigh .mais hamdulah s3igh thamtuth ths3a courage …combattante ...nettath thvgha mlih anawi yidir ar la France mais aka inela akka uns3ara les moyens ma3na j’essaye attsawdhagh ar lvghis …nehdar toujour af sujet yagui thqariyid bli ths3idh la famille thzmar mlih akhth3awen mais ukhedimen kra ur dakh3awenenara ……. ma3na nki ttsiyigh attfahmagh akhater les mamans akk aka ittwakhdamente thvgha attkhem kolchi i emmis iwaken kan adihlu».*

* **Amkitt relations nwen kchi d ttmtuthik uqvel lahak n emmim akk d ttura mi igahlek (ma thganem jmi3 ma thttqarived ghurek )?**

«La relation nagh tura inlla plus proche af zik amdinigh nki ghuri g les moments amthigui iglaq adivin l’amour iwaken an dépasser la souffrance. Ma3na unt3ichiwara dans une perte d’une intimité sexuelle, ma femme ttelthay kan d warache ulach akka la conversation nki idhes …… adettkar plusieurs fois g la nuit iwaken attsqssi af yidir thikwal thgane jmi3 d yidir aydqar ttprofitigh ariha n emmi .uqvel lahlak n yidir ligh khdmagh toujour ulach ahvas uzarghara arawiw sauf le week-end kan.yiwen yidh g la semaine nttghama jmi3 nagh ankhdem des tache aka jmi3. Mais lhlak agui n emmi yugiyid atas n changment khdemagh lhway ligh jamais khdmaghthet avant la maldie yagui, nettfagh enssemble , nethetted vara ……..ma3na hemdoulah adchkragh rebi akhater il ma donner le courage pour résister af lehlak agui n emmi».

* **Ar lahlak n emmik akk dwayen ids3edadh gmi igahlek akka thetkhmimedh adarnudh darya ?**

*« Khati s3igh 3 enfants jamais pensigh adnarnu darya même uqvel adihlek yidir aka ikhmagh et maintenant raison de plus lwaqthiw akk ttakghasth i yidir iwaken kan adiligh a ses côtés».*

* **Dachu ithttmnidh i emmik ar zath?**

« Saramagh adidru un miracle akhichangine akk lhalayagui iwaken adis3u l’avenir ylhan adiva3ed akk af les défficultés yagui akhater idir est intiligent izmar adyawedh anda yv3ed s leqrayas akk d intelligence is».

1. **Entretien N° 4 avec Mme Safia**

* **Thzmredh aghdhdredh af les l3alamat nagh la3radh ithremarkidh mi izdivda lahlak agui i emmim**

*Di tazwara yidir yelul am netta am arac niden yella s tezmaretis , yehrec, yecbah aken itettmenigh … imi 3eddan 6 n iseggasen bdigh ttcukugh lhalas tettbedil aqeroyis itteqrahit yetaratt haca iyides itsem3oqod tbi3as tettnbedal g lweqet ar lweqt. imi itengi ar tbib ikhdemas les analyses imaren yennayaghed bli mithenagh d lehlak y3ren* i*ges3a*».

* **Amek iwendussa imi iwendina bli mitwen yes3a yuden ?**

*« Dagui chokigh… khel3agh ud3edara akk g lbaliw bli emmi yes3a lehlak agui hussagh amaken emmi agui dayen adimet … thetfiyi la depression astheqsi iditt3edayen kollas g qaroyiw dacu ikhedmagh iwaken anechethagui adi3edi fuqaruyiw ?mais bon ….. toujourttesiyigh advinegh s3igh lkurage zath n emmi d wergaziw akhater anchethagui maci d lhadja inzemar ankhedem sufussnagh d lemktub l3eslam s thikchi rebi».*

* **Amek itt3ichidh lehlak agui n emim ?**

*« Amken imdenigh déja atts3udh aqcic yehlken yu3er lhal akhater lweqthiw akk se3dayegheth yides usettakegh ara ula d chituh lweqeth akka iwergaziw d warrawiw … ma arathetalay ittghidhiyi surtout ma aratalayegh g gmass yturar ittassa ma d yidir toujours g lehala yesshzanen ayen iyiqarhen mlih ttamughli n lghachi ghures mais ttewahtemagh ad3ichegh lhlak agi n yidir amaken kra ur yelli ghass akken sofrigh ama imi idennan yehlek ama mi idennan imi iskhedmen les traitments mi lhadja akk aktidinigh ilaqara attqedhe3ed layas» .*

* **Amek ithla la relation yim de wargazim uqvel lhlak n emmim akk d ttura mi igehlek?**

*« Bah...…..uqvel n lahlak n emmi nett3ichi nki d wargaziw la relation ylhan, ihmliyi atas tthusugh toujour bli la milleur personne ghures d neki, iqariyid lahdur churen d lhnana , akk d lhmala , nttqssir jmi3 nttadhsa lwahid n ttpartagi lochghal jmi3 mais après lahlak n emmithnagh koulch invedal, nughal lwaqthnagh akk ns3edayith kan d yidir , toujour lahdurnagh af lhala n yidir uyarna lchehur agui ingura toujour s3edayaghethen g l’hopital akk d emmi ,anchethagui akith isvi3idiyi fargaziw donc la relation nagh machi amzik* ».

* **Amkitt relations nwen kmi d wargazimuqvel lahmak n emmim akk d ttura mi igahlek (ma thganem jmi3 ma ittqarived ghurem )?**

*« Amaken zaragh la relation akk n les couples thettnvedal après lehlak n emmithsen neki personnellment l desir ndaglaw ar la relation gmi ighlek emmi inqess swatas ttgamigh adkhemagh la relation sexuel myal ma adiqarev uragziw ghuri ttgumigh ….sah kan uzmireghara adkhmagh ar la relation …ttehusugh amaken khd3agh emmi akhater yla dilhala yu3ren…….ma3na khas akken argaziw toujour ifahmiyid*».

* **Ar lahlak n emmim akk dwayen ids3edadh gmi igahlek akka thetkhmimedh adarnudh darya?**

*«Khas uqvel adyaghli emmi g lhlakagui décidighed udrnughara darya donc dithazwara idedicidigh thlatha kan n darya barkayi*».

* **Dachu idthttmnidh i emmim ar zath ?**

« Ttmnigh adis3u l’avenir yelhan adihlu g lhelakagui adirvah g dunithis akk d lqrayas akhater yidir ihemel atas lqraya».

**Annexe°3 : Le contenu des entretiens des patients après la traduction à la langue française**

1. **Entretien N°1 avec Mme Karima**

* **Pouvez-vous nous parler des symptômes que vous avez remarqués dans les débutants de la maladie de votre enfant ?**

« *Ma fille est née en bonne santé, après 7 mois vers 8 mois, j’ai remarqué que ma fille était moins dynamique et ne bougeait pas trop… puis on la commencée le traitement il y a 3 mois.*

*elle est tombée malade une fièvre intense depuis 5 jours… les signes de cette maladie sont des signes qu’on pouvait trouver presque chez tous les enfants de son âge c’est pour cela que j’étais pas inquiétée, mais l’état de ma fille a commencer à s’aggraver en plus de sa fatigue et de sa fièvre permanente, j’ai remarqué quelque taches bleus sur ses bras… puis j’ai emmené ma fille a un autre médecin, il nous a jamais parlé de cette maladie jusqu’a après les résultats de l’analyse, il nous a expliqué qu’il s’agissait d’un cancer de sang appelé leucémie*» .

* **Quelle est votre réaction la première fois quand le diagnostic de votre enfant a été annoncé ?**

*« Ma réaction ? C’était un moment très difficile au départ, j’étais déçu, j’ai senti une boule dans ma gorge qui me coupe la respiration… tout s’est passé si rapidement, en même temps et moi je n’avais rien compris…je me souviens quand on était à l’hôpital j’attendais toujours que les médecins me disent que c’était une faute et que ma fille n’était pas atteint de cancer… j’ai pleuré beaucoup, ça me faisait mal à l’intérieure, j’étais toujours dans une angoisse perpétuelle de la perte de ma fille. J’avais une dépression…..Mais dieu merci, avec le temps j’ai accepté la triste nouvelle comme vous voyez maintenant»*

* **Comment vivez-vous la maladie de votre enfant ?**

*« J’accepte que le bon dieu nous a choisis pour cette examen, c’est lui qui veut que ce soit ainsi et c’est lui seul qui peut nous aider…mon marie ne souffre pas trop, ou bien ce que je voyais moi, il me parlait toujours nous allons faire de notre mieux pour notre fillemais je mesentais toujours qu’il ne souffre pas comme moi. Malgré ça mais il n’a jamais ratait la visite à l’hôpital quand je me suis obligé de rester à coté de ma fille… pour me questionné s’il me manque quelque chose. Pour moi des fois j’accepte la chose en disant tout vas bien…, mais des fois aussi je me disais comment ça je vais rester calme et ma fille souffre. Une contradiction qui s’installe dans ma tête. Très dur de continuer à vivre normal… (Elle pelure)».*

* **Comment était votre relation avec votre mari(e) avant et après l’annonce de la maladie de votre enfant ?**

*« Silence …… Je dirais que avant la maladie de notre fille c’était normale sans problème, on essaye d’être ensemble malgré les difficultés de la vie, on trouve ensemble des solutions à nos problème, on se discute sur plaines de choses mais juste après l’annonce de la maladie on s’est arrêté de faire et de partagée des choses ensemble, on se discute rarement calmement.je reste plus de 2 mois à l’hôpital, j’ai aucune idée de ma maison et de mon mari. Quand je rentre à la maison je n’ai aucune envie de faire une chose ou de ranger la maison je me sens toujours faible, Mon marie estime que je dois m’occuper de la maison et des repas avant toute chose, moi je lui dis que y’a pas une chose plus importante que de s’occupée de ma fille malade et de prendre soins d’elle, ma petite bébé elle est encore petite pour dire maman j’ai du mal. Vous voyez ma situation comment, alors comme ça on entre toujours dans des discours qui n’ont pas une fin».*

* **Comment sont vos relations d’intimité avant et après la maladie de votre enfant ?**

*« Avant et quand j’ai été enceinte notre relation intime est très bien, rien ne me manqué et je n’avais pas de problème avec mon mari, notre relation je dirais que elle est satisfaisante. Cependant depuis l’annonce du diagnostic, de notre fille, moi-même personnellement j’ai changée, j’ai devenue très préoccupée par la maladie de ma fille, je cherche à savoir tous sur sa maladie, stressée tout le temps…. Mon mari il est comme d’habitude normal calme ce que me fait énervée dans la plupart des temps, je me sens parfois qu’il m’a laissée la responsabilité toute seule, il préfère de ne pas parler de la maladie, vous voyez donc tout ça a vraiment des conséquences sur notre relation intime, de temps à autre, mon mari il m’aide à la maison et devenait gentil, mais lorsque je luis que je suis faible ou malade et fatiguée et je ne pouvais pas satisfaire ses désirs, il s’énervait et quittait la maison. En me dise cette maison pour lui et comme un enfer ».*

* **A la présence de notre enfant et aux difficultés rencontrées avec lui pensez-vous d’avoir d’autres enfants ?**

*« Oui les enfants sont la source de vie, pour mon mari à chaque fois il me parle que on est encore jeune la vie est encore longue on a de la chance d’avoir d’autres enfants, mais moi je ne voulais pas parler de ce sujet pour le moment prendre soins de ma fille jusqu’elle soit bien c’est mon premier souhait»*

* **Comment voyez-vous l’avenir de votre enfant ?**

*« J’aurai aimé que ma fille dépasse ça le plus vite possible, et que tout ça reste qu’un souvenir et que elle puisse se rétablir et reprenne sa vie habituelle, j’ai encore espoir de ma fille et beaucoup de projets à réaliser avec elle ».*

1. **Entretien N°2 avec Mme Naima**

* **pouvez-vous nous parler des symptômes que vous avez remarqués dans les débutants de la maladie de votre enfant ?**

*« Cela fait un an et demi que mon fils âgé de 6 ans est diagnostiqué d’une leucémie, un cancer de la moelle osseuse, découvrais par les médecins, qui entrainant un traitement sur plusieurs années. Ya beaucoup de symptômes différents. Déjà qu’il est né avec un manque de poids considérable, et c’est tout le monde qui a pu remarquer cela, il était fragile et toujours malade, ce qui nous a mis la puce à l’oreille, c’est la température qui ne baissait pas, et de nombreuses infections (pulmonaire, otite…) »*

* **Quelle est votre réaction la première fois quand le diagnostic de votre enfant a été annoncé ?**

*« A l’annonce de la maladie, on était sous le choc, ma première pensée c’est qu’on va perdre notre enfant. Et vous imaginez jamais comment j’ai arrivée à supporter puis à accepter ça, Plus rien ne nous passer par la tête, Plus rien. Mon conjoint a pensé qu’on avait un deuxième enfant, on se laisse bercer. On nous dit plein de choses qu’on ne comprend pas forcément. On nous parle de chimio, de protocoles… et on suit le mouvement. On nous dit que c’est le cancer pédiatrique le plus répandu, le plus connu, et celui qui se soigne le mieux. Donc on se dit que dans notre malheur, on a de la chance, puisqu’on a le moins pire ».*

*Pour nous, ce qui a été le plus difficile, c’était de le préserver d’une maladie qui pouvait être fatale. Même si aujourd’hui il va bien, demain, tout peut basculer. On n’est jamais à l’abri de rien. Une expérience tellement touchante ».*

* **Comment vivez-vous la maladie de votre enfant ?**

*« Je me suis arrêtée de travailler pour m’occuper de lui, J’essayais de tout savoir sur cette maladie et surtout de rechercher les points positifs qui porteraient de l’espoir à mon enfant et à moi. Le rythme de vie est compliqué, car tout s’organise autour de mon enfant. D’une prise de sang à l’autre, il peut être hospitalisé, ou ne pas aller à l’école… on ne sait jamais de quoi demain est fait »*

* **Comment était votre relation avec votre mari(e) avant et après l’annonce de la maladie de votre enfant ?**

*« Pour mon conjoint et moi, ça a parfois été compliqué. Pendant des mois et des mois, on n’est plus un couple, on est des colocataires, on ne vit pas ensemble, on ne dort pas ensemble la plupart du temps, puisqu’il y en a toujours un qui est à l’hôpital avec le grand, et un autre qui est à la maison avec le petit. Notre vie de couple aurait pu être plus impactée. Mais on a de l’aide, et on est très soudés tous les deux ».*

* **Comment sont vos relations d’intimité avant et après la maladie de votre enfant ?**

*« Avec mon mari, nous sommes mariés depuis 15 ans. On travaille pas dans le même endroit, c’est vrai qu’on s’est aperçus que depuis l’annonce de la maladie de notre enfant ça faisait six mois qu’on n’avait pas fait l’amour. Je m’apercevais que, quand je revenais le soir, il n’y pas de libido, pas d’envie. Je pense qu’il était plus demandeur que moi, mais on voyait qu’au bout de six mois, on n’était plus un couple mais des colocataires. On s’aimait mais on ne se montrait pas.*

*Je voyais le sexe comme une performance physique. Après des heures à l’hôpital et des fois des semaines d’hospitalisation, je n’avais pas envie de replonger dans une performance physique j’avais énormément de tendresse pour mon mari mais comme on a de la tendresse pour un très bon copain. Je ne refaisais pas le lien qu’on avait eu au début, ou j’avais vraiment une grosse attirance physique vers lui. Je culpabilise. Je me disais : mon mari est dans l’attente de quelque chose que je ne suis pas capable de lui donner ».*

* **A la présence de votre enfant et aux difficultés rencontrées avec lui pensez-vous d’avoir d’autres enfants ?**

*« Pour moi non je ne suis pas dans la situation qui me permet d’avoir un autre enfant puisque je pense quand même un nouveau-né besoin aussi de beaucoup, d’amour de préoccupation de plains de chose c’est une responsabilité alors. Pour mon mari aussi il ne pense pas à ça, sinon je dirais que ça reste au destin, c’est dieu qui décide* ».

* **Comment voyez-vous l’avenir de votre enfant ?**

*« Je le souhaite une longue vie et la guéri son, mon plus profond souhait pour le moment je ne demande pas plus que ça. Je le souhaite aussi la réussite dans sa vie que ce soit à l’école ou dans d’autres activités, ainsi je souhaite a toutes ces enfants la guérison on est devenu une famille ici l’un donne le courage à l’autre* ».

1. **Entretien N° 3avec Mme Safia**

* **Pouvez- vous nous parler sur les symptômes que vous avez remarqués dans les débutants de la maladie de votre enfant ?**

*« Au début Idir né comme tous les autres enfants. Était en bonne santé, intelligent et beau comme je le désire… ..Après 6 ans, j’ai commencé à remarquer une détérioration de sa santé, sa tête semblait lui faire mal, s’endormir et vomir, son humeur et son comportement changeaient de temps en temps, et quand nous l’avons emmené chez le médecin et après avoir effectué des analyses nécessaires il nous a annoncé que notre enfant avait cette affreuse maladie »*

* **quelle est votre réaction quand le diagnostic de votre enfant a été annoncé ?**

*« Là c’était un choc…… j’étais terrifié j’ai jamais imaginé que mon fils avait cette maladie, j’ai ressenti comme si quelqu’un me disait que votre enfant allait mourir…….j’avais une dépression et la question qui tourne toujours dans ma tête qu’ai-je fait pour que ce malheur m’arrive ? Mais bon… j’ai toujours essayé d’être courageuse devant mon fils et mon mari car ce n’est pas une chose qu’on peut fabriquer avec non main mais c’est une divinité de la part de dieu elle est toujours la bienvenue ».*

* **comment vivez-vous la maladie de votre enfant ?**

*« Comme je vous l’ai déjà dit , avoir un enfant malade c’est vraiment difficile car je passe presque tout le temps avec lui je n’arrive même pas à donner un peu de temps à mon mari et mes autres enfants…….quand je le regarde sa me touche beaucoup, surtout quand je vois son frère qui en train de jouer et de rire alors que Idir est toujours dans un état de tristesse et ce qui me fait le plus mal c’est le regard des gens envers Idir. Mais j’étais obligé de vivre cette maladie comme si normal malgré la souffrance que j’ai vécu que ce soit pendant l’annonce de diagnostic ou lors des traitements……mais la seul chose que je peux vous dire ….il faut jamais perdre l’espoir ».*

* **comment était votre relation avec votre mari avant et après l’annonce de la maladie de votre enfant ?**

*« Bah...…..avant la maladie de notre enfant, je vis une très bonne relation avec mon mari, il m’aimait beaucoup il m’a toujours senti que j’étais la meilleure personne pour lui et il me disait des mots pleins d’amour et de tendresse, on s’amuse on rit ensemble on partage des tache ensemble, mais après la maladie de notre enfant tout à changer nous passons tout notre temps avec l’enfant et toutes nos discussions sur l’état de notre enfant. En plus ces derniers mois je reste toujours à l’hôpital et cela me fait m’éloigné de mon mari, donc notre relation ce n’est plus comme avant ».*

* **comment sont vos relations d’intimité avant et après la maladie de votre enfant ?**

*« Je pense que la relation de chaque couple change après la maladie de leur enfant personnellement mon désir sexuel après la maladie de mon enfant a diminué, je refuse la relation sexuel la plus part de temps quand mon mari s’approche de moi je lui refuse…je ne peux pas penser à ça….Je me sens c’est comme si je trahis mon fils parce qu’il est en mauvais état, mais mon mari il est compréhensif ».*

* **A la présence de votre enfant et aux difficultés rencontrées avec lui pensez-vous d’avoir d’autres enfants ?**

*« Même avant que notre enfant tombe malade, je ne voulais pas avoir d’autre enfant. Alors dès le début, j’ai décidé de n’avoir que trois enfants »*

* **comment voyez-vous l’avenir de votre enfant ?**

*« J’espère que son avenir sera bon et qu’il se guéri de sa maladie et qu’il réussira dans sa vie et dans ses études Idir c’est quelqu’un qui aime beaucoup les études ».*

1. **Entretien N°4 avec Mr Djamel**

* **pouvez-vous nous parler des symptômes que vous avez remarqués dans les débutants de la maladie de votre enfant ?**

*« Mon fils était en bonne santé à la naissance et jusqu’à l’âge de 6 ans, ou il a commencé à avoir quelques signes, sa tête semblait lui faire mal, s’endormir et vomir, des pleurs sans cesse, et quand nous l’avons emmené chez le médecin et après avoir effectué des analyses nécessaires il nous a annoncé que notre enfant avait une tumeur dans sa tête.*

*Je me rappelle qu’une fois alors qu’il venait de rentrer de l’école il se sentait mal et il était fatigué, il a même eu du mal à monter les escaliers pour arriver au deuxième ou nous habitons »*

* **Quelle est votre réaction la première fois quand le diagnostic de votre enfant a été annoncé ?**

*« Ma première réaction c’était un sourire provoqué par le choc d’entendre ça ainsi le but de ce sourire d’encourager ma femme d’un autre côté, j’ai lui dit je frais tout mon possible pour que notre enfant dépassait ça, ma femme et moi au début on n’a pas accepté ce diagnostic j’ai partie à plusieurs spécialiste en dehors de cette wilayas mais malheureusement le résultat reste le même…quand je réfléchi je disais non Idir notre enfant intelligent comment ça on est jamais attendais ce résultats, on pensait à une faiblesse et à une fièvre ordinaire et que son état allait se réguler avec quelques médicaments et vitamines, mais le médecin nous a demandé de lui faire des analyses qui permettront de déterminer un diagnostic. Puis l’annonce de cette affreuse maladie qui nous a bouleversés…. Je n’arrive pas à croire que mon enfant a un cancer…vraiment c’est des moments dur »*

* **Comment vivez-vous la maladie de votre enfant ?**

*« La seule chose que je savais était que je faisais face à un cancer…, alors qu’avait j’imaginais toujours que cette maladie était loin de m’atteindre et que cela n’arrivait qu’aux autres, la vie est devenu un cauchemar qui ne voulais pas se terminer pour nous, je demandais toujours au bon dieu pourquoi lui non pas moi…. Personne ne pouvait comprendre ma souffrance, j’imaginais la perte de mon enfant à chaque seconde, c’est vraiment très dur pour moi, mais quelque fois quand je le voyais en souffrance, je ne savais pas comment l’exprimer… je préférais que cette situation finisse rapidement…*

*On savait qu’il nous attendait un grand défi (combat), et je vais faire tout ce que je peux pour que mon enfant reprenne sa bonne santé, je suis prête à tout faire pour que ça se réalise.*

*La première fois qu’Idir avait une séance de traitement la veille j’ai une insomnie, j’étais très angoissé »*

* **Comment était votre relation avec votre mari(e) avant et après l’annonce de la maladie de votre enfant ?**

*« Je pense que tous les couples ont des conflits comme ils ont aussi des moments de bonheur, mais je dirais aussi que ça m’arrive des moments que je m’énerve avec l’âge, la responsabilité et tous qu’on a déjà vit à des conséquences sur ces moments, mais dieu merci j’ai une femme courageuse à mes coté…combattante… ma femme après la maladie de mon fils elle a toujours envie de l’emmener en France mais on n’a pas les moyens pour le faire pour l’instant mais j’essaye maintenant de réaliser son vœu… on se discute toujours dans ce sujet, elle me dise aussi que ta une famille qui a tous les moyens pour nous aider mais ils n’ont rien fait pour nous….voilà j’essaye de la comprendre aussi puisque la maman est comme ça elle veulent faire tout pour son fils »*

* **Comment sont vos relations d’intimité avant et après la maladie de votre enfant ?**

*« Ma relation intime, (Maintenant, on est plus proche qu’avant), l’amour je disais que dans ces moments difficiles qu’il faut s’apparaitre pour combler la souffrance vécu. Mais ça veut pas dire que il n’y a pas un changement on vit une perte d’intimité sexuelle, elle ne s’occupe plus que des enfants, n’a plus aucune conversation, plus aucune passion, elle doit se lever plusieurs fois par nuit pour aller donner le traitement ou à vérifier notre enfants malade , y’ades nuit elle dort dans sa chambre elle me disait je profite d’odeur de mon enfant tant que il est là, avant la maladie d’Idir aussi je travaillais sans arrêt, je ne voyais pas mes enfants sauf les week-end ou je reste toute la journée en repos, un soir par semaine pour faire quelque chose ensemble comme une famille, mais la maladie de mon enfant, a apporté de changements dans ma vie, j’ai acceptait de faire ce que j’avais jamais fait auparavant, je demande de sortir ensemble, manger ailleurs dans les places verts… je remercie le bon dieu de me donner le courage pour résister face à cettepathologie ».*

* **A la présence de votre enfant et aux difficultés rencontrées avec lui pensez-vous d’avoir d’autres enfants ?**

*« Non j’ai trois enfants, et je pensais jamais avoir d’autres même avant que Idir tomba malade, et maintenant raison de plus je me consacre tout mon temps à lui pour être à ces cotés».*

* **comment voyez-vous l’avenir de votre enfant ?**

*« J’ai espéré qu’un miracle se produise, et pouvoir changer ce qui est arrivé pour dessiner à mon petit-fils une vie calme et un avenir meilleur, heureuse loin de ces difficultés, puisque Idir est très intelligent il peut arriver loin avec ses études et son intelligence ».*

***Résumé***

Ce mémoire est issu d’un travail de recherche en cours sur l’enfant atteint de cancer et leurs parents, sur ce que le cancer produit chez cet enfant en étudiant le lien entre cancer et symptômes dans l’économie psychique de l’enfant cancéreux. Nous avons déterminé qu’une maladie grave comme le cancer causeune désorganisation psychique, plusieurs réactions et troubles psychologique chez cet enfant et ses parents.

En effet le principal objectif de cette étude est decomprendre comment les parents d’enfant cancéreux vivent leurs relations et quelle est l’impact de la maladie de l’enfant sur leurs relations conjugale.L’hypothèse général montre que « avoir un enfant cancéreux provoque des satiations de bouleversement concernant la sphère conjugale (la communication, le fonctionnement sexuel, les moments d’intimité, ainsi que le partage des rôles et le soutènement au sein de couple) ».Ainsi que nos hypothèses opérationnelle qui indiquent ;1.Les parents ayant un enfant cancéreux sont confrontés à vivre des moments dur ce qui produit chez eux des troubles psychique et physique qui affecte leur relation conjugale. 2. Les parents ayant un enfant cancéreux, éprouvent un sentiment de culpabilité intense, qui engendra une communication pathologique (verbale et/ou non verbale).

Le travail présenté est avant tout un témoignage des situations difficiles vécues dans un tel service par les enfants gravement malades et leurs parents. L’expérience d’être parents d’un enfant cancéreux, est quelque chose de qualitativement différents et de non comparable à une Expérience de parentalité normale. En effet pour mieux comprendre la relation de ce couple, on a choisir comme cadre de référence la théorie de l’attachementqui nous a permis de décrire comment les liens d’attachement se construite, quelle sont les modèles interne opérant, c’est quoi un attachement à l’âge adulte et quelles sont ses différents styles d’attachement, etquelle sont les déterminants de la relation conjugale selon la théorie d’attachement

Sur le plan méthodologique, nous avons rencontré deux femmes et un couple, L’étude a été mené par des entretiens semi-directifs dans le service d’oncologie pédiatrique de l’hôpital « bouatoura draji » à Sétif et dans une « association d’aides pour les enfants cancéreux » à amizour. Les résultats démontrent que le cancer chez l’enfant éprouve sans doute aux parents des effets et des répercussions indéniables sur leurs relations. Les résultats suggèrent également que Les parents d’enfants malades rencontrent des difficultés dans la sphère conjugale ; leurs relation intime est bouleversé, la communication entre eux est diminuer, les moments d’intimité se raréfient, et qui vivent des sentiments de culpabilité intense. Ce que nous à laisser à confirmer nos hypothèse de recherche.

الأطروحة هي نتيجة عمل بحث جار على الأطفال المصابين بالسرطان وعلى أوليائهم, و ما يسببه السرطان لدى هؤلاء الأطفال. ومن خلال دراستنا لمرض السرطان والأعراض النفسية التي ينتجها للطفل المصاب استنتجنا بان مرض السرطان يسبب اضطرابات نفسية،،والعديد من ردود الفعل لدى هؤلاء الأطفال.

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو فهم كيفية عيش أولياء الأطفال المصابين بالسرطان, وطبيعة العلاقة الزوجية بينهم وما مدى تأثير مرض الطفل على علاقتهم. و من خلال هدا اقترحنا الفرضيات التالية : أولا الآباء والأمهات الذين لديهم طفل مصاب بالسرطان يمرون بأوقات عصيبة ينتج عنها اضطرابات نفسية وجسدية التي تؤثر علي علاقتهم الزوجية ثانيا يشعر الآباء و الأمهات الذين لديهم طفل مصاب بالسرطان بإحساس شديد بالذنب والذي يولد اتصالا مرضيا)لفظيا /أو غير لفظي (

هدا العمل المقدم هو قبل كل شيء شهادة على المواقف الصعبة التي يعاني منها الأطفال المصابين بالسرطان وأوليائهم واستنتجنا من خلاله أن تربية طفل مصاب بالسرطان أمر مختلف تماما و لا يمكن مقارنته بتربية الطفل العادي

في الواقع لفهم العلاقة بين هذين الزوجين بشكل أفضل،اخترنا كإطار مرجعي نظرية التعلق التي تشكل إطارا مفاهميا مضيئا في العلاقات الزوجية والتي ترتكز على أهمية احتياج الفرد للأمن والقرب في حياته و ترتكز أيضا على تطوير الدعم المستمر و المتبادل في العلاقة الرومانسية سمحت لنا هذه النظرية بوصف كيفية بناء روابط التعلق،و ما هو الارتباط في مرحلة البلوغ وما هي الأنماط المختلفة للارتباط لدي لبالغين،وما هي محددات العلاقة الزوجية على أساس نظرية التعلق.

وفي المنهجية تطرقنا لمقابلة أولياء الأطفال المصابين بالسرطان ،وأجرينا مقابلات شبه منظمة بمستشفى" بوعتورة دراجي " بسطيف وأيضا في جمعية مساعدة الأطفال المصابين بالسرطان  في اميزور

النتائج المحصلة عليه في الأخير تبين لنا أنه من المحتمل أن يكون لسرطان الطفل أثار سلبية لا يمكن إنكارها على الزوجين كما تشير النتائج إلى أن أولياء الطفل المصاب يواجهون صعوبات في الحياة الزوجية و باختصار علاقتهم الحميمة، والتواصل بينهم منخفض، ولحظات العلاقة الحميمة تصبح نادرة.

This dissertation is the result of ongoing research on the child with cancer and their parents, on what cancer produces in this child by studying the link between cancer and symptoms in the psychic economy of the child with cancer. We have determined that a serious illness such as cancer causes psychic disorganization, several reactions and psychological disorders in this child and his parents.

Indeed, the main objective of this study is to understand how parents of children with cancer live their relationships and what is the impact of the child's illness on their marital relationships. The general hypothesis shows that "having a child with cancer provokes satiations of upheaval concerning the marital sphere (communication, sexual functioning, moments of intimacy, as well as role sharing and support within the couple)". As well as our operational hypotheses which indicate; 1.parents with a cancerous child are confronted to live hard moments which produce in them psychic and physical disorders which affect their marital relationship. 2. Parents with a child with cancer experience an intense feeling of guilt, which leads to pathological communication (verbal and/or non-verbal).

The work presented is above all a testimony of the difficult situations experienced in such a service by seriously ill children and their parents. The experience of being parents of a child with cancer is something qualitatively different and not comparable to a normal Parenting Experience. Indeed, to better understand the relationship of this couple, we chose as a frame of reference the attachment theory which allowed us to describe how attachment bonds are constructed, what are the internal models operating, what is an attachment in adulthood and what are its different styles of attachment, and what are the determinants of the conjugal relationship according to the attachment theory.

Methodologically, we met two women and a couple. The study was conducted through semi-directive interviews in the pediatric oncology department of the "bouatoura draji" hospital in Sétif and in an "association of helpers for children with cancer" in Amizour. The results show that childhood cancer undoubtedly has undeniable effects and repercussions on parents' relationships. The results also suggest that parents of sick children experience difficulties in the marital sphere; their intimate relationship is disrupted, communication between them is diminished, moments of intimacy are rare, and they experience intense feelings of guilt. What we have to leave to confirm our research hypothesis