

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SIESCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SIENSCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option :psychologie clinique

Thème

***La qualité de l'attachement chez les adolescents
atteint d'Infirmité Motrice cérébrale***

Etude clinique de Cinq (5) cas réalisé au sein de (ASIMC)

Association de soutien aux infirmités moteurs cérébraux de Bejaia

Réalisé par:

M^{elle} KADJI Thafath

M^{elle} YAHIA CHERIF Sabrina

Encadré par :

M^{me} DOUAKHALima

Promotion 2016-2017

Remerciements

Avant tout, on remercie le bon dieu « ALLAH » de nous avoir donné la force, le courage et la volonté pour accomplir ce travail.

Nos remerciements en particulier à notre encadreur M^{Me}.DOUAKHE .ALIMA pour sa disponibilité, son écoute et qui nous a fait profiter de ses larges compétences et ses conseils.

Un merci particulier à nos chères familles pour leurs soutiens, et leurs patiences durant toutes nos années d'études, aussi on tient à remercier l'ensemble du personnel de l'association de soutien aux Infirmes Moteurs Cérébraux de la Wilaya de Bejaia « ASIMC », de nous avoir accueillis au sien de leur association, en particulier la présidente de l'association M^{me} MERABET. Sabah, la psychologue M^{elle} MAALEM. Kamilia et M^{elle} Kachbi Naima.

Nous remercions les adolescents et leurs parents qui ont contribué à la réalisation de ce modeste travail.

Enfin nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de jury de ce mémoire ainsi à toutes personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

Kadji Thafath

Yahia cherif Sabrina

Dédicaces

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie que je dédie ce travail :

A mes chers parents qui ont été toujours là pour moi, merci pour votre soutien durant

toute ma vie, vos encouragements,. « Que dieu vous garde ».

A mes chers frères et sœurs : « Dai, Saleh, Djinath, Fadhma »

A ma grand-mère pour son soutien

Un grand merci à mon oncle Lyazid, mes tantes : Orida et Nadjet

qui m'ont vraiment aidé et encouragé

A toute ma famille « Kadji »

A Mon futur mari Elghani et sa famille

A toutes mes amies, ainsi ma binôme Sabrina et toute sa famille

A toute personne qu'il m-a encouragé et aidé au long de mes études et a toutes celle

que je n'ai pas pu prononcer leurs noms.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A la mémoire de mon père, le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et d'exprimer tout mon respect, que dieu le accueille dans son vaste paradis.

A ma chère mère, pour son amour son sacrifice son soutien durant tout ma vie, « qui dieu vous garde »

A mes chères sœurs : Houwa, Nouara, Linda pour leurs encouragements et leurs soutient dans tous mes choix.

A mes chers frères : Mouloud, Youcef, Arab, Brahime qui m'ont toujours encouragé et soutenu tout au long de mon parcours universitaire.

Mes chers neveux et nièces en particulièrement Saadi

A tout ma famille pour leurs amours et leur respect qu'ils m'ont toujours accordé. Qui porte le nom de la famille YAHIA CHERIF.

A tous mes amis(es) sans exception : Kahina, Hadjila, Sabah, Djida, Dihia, Siham, Sonia, Said, fares, Salah et ma binôme thafath et sa famille. Et a tous mes amis de la fac.

A tout personne qui m'ont encouragé et aidé au long de mes études.

SABRINA

Table des matières

Introduction générale.....2

Cadre générale de la recherche

1. La Problématique et Les hypothèses.....5
2. Objectif de la recherche.....9
3. Le choix de thèmes.....9
4. Définition des concepts clés.....10
5. Opérationnalisation des concepts clé.....11

Partie théorique

Chapitre I : l'attachement

Préambule..... 15

1. L'historique.....15
2. Les Définition de l'attachement.....16
3. La théorie de l'attachement.....17
 3.1. La figure d'attachement.....18
 3.2. Le caregiving.....19
 3.3. Le modelé interne opérant.....20
 3.4. Comportement d'attachement.....20
4. L'importance de l'attachement et le rôle des émotions.....21
5. Les types d'attachement et les facteurs influençant sur elle.....24
6. Les déférentes phases de développement.....27
7. Les troubles de l'attachement.....29
 Conclusion.....31

Chapitre II : l'adolescence

Préambule..... 33

1. L'historique.....33
2. Définition.....34
3. Les étapes de l'adolescence.....35

Table des matières

3.1. La préadolescence.....	35
3.2. La première adolescence.....	35
3.3. L'adolescence.....	35
3.4. L'adolescence tardive.....	35
3.5. Poste adolescence.....	35
4. Les changements physiologiques et leur implication psychologique.....	36
4.1. Les changements physiologiques	36
4.2. Les implication psychologiques.....	36
5. Le développement cognitif de l'adolescent.....	39
6. Crise d'adolescence.....	39
7. Les troubles de comportement à l'adolescence.....	41
7. L'attachement à l'adolescence.....	43
Conclusion.....	44

Chapitre III : infirmité motrice cérébrale

Préambule.....	46
1. Terminologie.....	46
2. Définition.....	47
3. Les types d'infirmité motrice cérébrale.....	48
3.1. Le type spastique.....	48
3.2. Le type athétose ou dyskinésie d'infirmité motrice cérébrale.....	48
3.3. Le type ataxique.....	49
4. Ethologie de l'infirmité motrice cérébrale.....	49
4.1. Cause prénatales.....	49
4.2. Cause périnatale.....	50
4.3. Cause post-natale.....	50
5. Diagnostique d'infirmité motrice cérébrale.....	50
6. Les troubles associés.....	52
7. L'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale.....	54
8. Les parents d'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale.....	55
9. La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale.....	56
9.1. L'objective de prise en charge.....	57

Conclusion.....57

Partie pratique

Chapitre IV: méthodologie de la recherche

Préambule.....60

1. La pré-enquête.....60

2. La méthode de recherche.....61

 2.1. La méthode clinique61

 2.2. L'étude de cas62

3. Le groupe de recherche.....62

 3.1. Critères d'inclusion de groupe d'étude.....62

 3.2. Les caractéristiques de l'échantillon.....62

4. Présentation de lieux de recherche.....63

5. Les outils d'investigation.....65

 5.1. L'entretien clinique.....65

 5.2.L'entretien semi-directif67

 5.3.Le guide d'entretien67

 5.4. Présentation de l'échelle Adulte Attachement Scal AAS.....68

6. Déroulement de la pratique.....70

 6.1. La passation de l'entretien70

 6.2. La passation de L'échelle AAS.....71

Résumé de chapitre.....71

Chapitre V : présentation, analyse et discussion des résultats

Présentation et analyse des Cinq cas.....74

1. Présentation et analyse de l'entretien du premier cas (Amine).....74

 1.1.Présentation et analyse de l'entretien.....74

 1.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....77

 1.3. Synthèse de cas.....77

Table des matières

2. Présentation et analyse de l'entretien de deuxième cas (Zina).....	78
2.1.Présentation et analyse de l'entretien.....	78
2.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....	81
2.3. Synthèse de cas.....	81
3. Présentation et analyse de troisième cas (Halim).....	82
3.1. Présentation et analyse de l'entretien	82
3.1. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....	85
3.2. Synthèse de cas.....	85
4. Présentation et analyse de l'entretien de quatrième cas (kamel).....	86
4.1. Présentation et analyse de l'entretien.....	86
4.1. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....	89
4.2. Synthèse de cas.....	89
5. Présentation et analyse de l'entretien de cinquième cas (Karim).....	89
5.1.Présentation et analyse de l'entretien.....	89
5.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....	93
5.3. Synthèse de cas.....	94
6. Discussion des hypothèses.....	96
Conclusion	100

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux

N°	tableau	page
01	Tableau récapitulatif des adolescents sélectionnés	63
02	Résulte de l'échelle (AAS) de amine	77
03	Résulte de l'échelle (AAS) de Zina	81
04	Résulte de l'échelle (AAS) de halim	85
05	Résulte de l'échelle (AAS) de kamel	88
06	Résulte de l'échelle (AAS) de (karim	93

La liste des abréviations

Abréviation	le nom complet
AAS	Adult Attachment Scale
OMS	Organisation mondiale de la santé
IMOC	Infirmité motrice d'origine cérébrale
IMC	Infirmité motrice cérébrale
MIO	Modelé interne opérant

Introduction générale

Introduction

Introduction

Comme être humain notre besoin relationnel est fondamental, il est au cœur de notre vie et nous suivra jusqu'à la mort, d'un pont évolutif, c'est le fondement de notre vie. Nous avons un besoins viscéral de l'autre, nous cherchons à établir des relations étroites avec les autres, nous attacher à l'autre, l'attachement désigne le lien interpersonnelle affectif durables et important entre deux personnes.

Parler de l'attachement dans la théorie a une signification un peu déferant de la langue courant « être attaché à quelqu'un » signifie seulement qu'un cas de détresse on se tourne vers cette personne spécifique pour y trouve un sentiment de sécurité.

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 définit comme « un lien avec une personne proche qui offre engagement affectueux au sujet, cette autre personne peut être une figure parentale, un partenaire intime ou même un ami proche ».(Cottraux.J, 2007, P 31)

A l'adolescence, la disponibilité affective et émotionnelle devient plus importante. Car l'adolescence est une période de remaniement psychique et corporelle. Les pertes peuvent être traumatique et entraine des désordres de la personnalité et de la relation d'attachement. (Trabulsy. G, 2000, p188)

Dans le cas d'adolescent porteur d'handicap moteur (IMC), la relation d'attachement peut être affecté car l'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale est marqué par une prise de conscience aigüe de son handicap.

De notre part, nous avons réalisé une recherche sur « la qualité de l'attachement chez les adolescents atteint d'infirmité motrice cérébrale (IMC) » ; dans l'objectif de déterminer, et évaluer la qualité de l'attachement qui vit l'adolescent (IMC), vis-à-vis leur figures d'attachement.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons un plan de travail qui comporte une problématique, après on a proposé nos hypothèses, et on a défini les concepts clés. Notre recherche se subdivise en deux parties :

Introduction

La partie théorique : comporte trois chapitres, le premier est consacré à l'étude du concept de « attachement » où nous avons présenté ; l'historique, la théorie de l'attachement, sa définition, le modèle interne opérant, le comportement d'attachement, l'importance d'attachement, ainsi que ses figures, ses phases, on présentera aussi les types d'attachement et en finira par présentées les troubles d'attachement. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude du concept « l'adolescence », où nous avons présenté l'historique de l'adolescence, sa définition, sa crise, les changements physiques et leurs implications psychologiques ainsi, le développement cognitif puis ses troubles de comportements, en finira par l'attachement à l'adolescence. Le troisième chapitre aborde « l'IMC », où nous avons présenté la terminologie d'infirmité motrice cérébral, puis sa définition, les types, l'étiologie et le diagnostic d'IMC, puis les troubles associés, en abordera aussi l'adolescent IMC et leurs parents, en termine avec la prise en charge d'IMC.

La partie pratique : comporte deux chapitres ; le premier est consacré au cadre méthodologique où nous avons choisi la méthode clinique utilisent un guide d'entretien semi-directif et l'échelle Adult Attachment Scale (AAS) pour mesurer le modèle d'attachement des adolescents atteint d'infirmité motrice cérébrale. Le deuxième est centré sur la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats, et enfin on termine par une conclusion générale.

Problématique et hypothèses

Problématique

Depuis toujours, la psychologie s'intéresse au développement psycho-affectif de l'enfant. Les chercheurs et les théoriciens tiennent compte en particulier de l'apport de la relation d'attachement en tant que facteur contribuant au développement des compétences sociales et affectives du jeune enfant. En effet le premier lien que connaît généralement l'enfant est le lien avec sa mère, et qui devient par la force des choses le premier modèle de ce qu'est une relation et de ce qu'il peut en attendre. (Hallet Fet Beaufort.M, 2003, p5)

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Dans la théorie de l'attachement est développée par BOWLBY, à partir de travaux d'observation, « la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existées de la naissance et se maintient tout au long de la vie ». Le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné chez l'homme. (Maury M, 2008, p46)

C'est par les relations d'attachement que le jeune enfant commence à associer des émotions à des situations qu'il observe et à assimiler le langage qui les exprime. De plus, des relations d'attachement non pathologiques sont le point de départ d'une acculturation affective, sociale et cognitive.

Différentes études ont été réalisées sur l'attachement du jeune enfant avec sa figure d'attachement, selon Bowlby la mère est en général la première personne peut tenir cette fonction, pendant la petite enfance, les relations avec les parents et les données de soins significatifs sont prédominants, ce sont les relations les plus influentes dans la vie d'un enfant.

Une relation parent-enfant sécurisante aide l'enfant à réguler ses émotions lors des situations stressantes, à explorer son environnement avec confiance et optimiser son développement cognitif, émotionnel et langagier. De plus, les enfants qui ont un attachement sécurisé avec leur parent sont prédisposés à adopter des comportements sociaux positifs (par ex., des comportements empathiques et coopératifs) qui les aident à développer des relations ultérieures positives. En revanche, l'attachement insécurisé ou désorganisé accroît le risque de problèmes de comportement et de psychopathologies chez l'enfant, par exemple l'agressivité, la dépression et la piètre régulation émotionnelle. (Maury M, 2008, p47).

Problématique et hypothèse

Ainsi, la construction d'un lien d'attachement se présume sur quatre phases ; la première, dès sa naissance, le bébé cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Après, la seconde phase s'étend entre trois et six mois, le premier changement important est le développement de la capacité de l'enfant à contrôler ses systèmes de comportement puis, la troisième phase s'enchaîne vers six et neuf mois et dure jusqu'au début de la troisième année, c'est l'établissement du phénomène de base de sécurité enfin, la quatrième phase est celle du partenariat émergent (après deux ans) et du partenariat corrigé quant au but (après quatre ans). (Guedeny N et Guedeny G, 2010, p19)

Les auteurs (Bowlby, Ainsworth, Main...) ont cités plusieurs manifestations d'attachement chez l'enfant, ces manifestations sont des indicateurs d'attachement, car celui-ci est un état interne non observé directement, on le déduit par l'examen des comportements d'attachement, c'est-à-dire les manifestations qui permettent à l'enfant ou à l'adulte de maintenir une certaine proximité avec l'être auquel il est attaché. Parmi ces manifestations : le sourire, l'échange des regards, les cris, les pleurs, le toucher et l'agrippement, souligne qu'il n'existe pas de lien direct entre l'intensité de l'attachement montré par un enfant et le nombre de comportement d'attachement, or, ce dernier s'observe surtout au moment où le sujet a besoin de soins, de soutien ou de réconfort. Le nourrisson reste dans cette situation de dépendance, un enfant plus âgé, l'adolescent ou l'adulte sont plus portés à manifester des comportements d'attachement quand ils ont peur ou lorsqu'ils sont fatigués ou dans un état d'anxiété. (Bourouais. Y, 2008-2009, p45)

D'après les études, si les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement de l'enfant, il développera une base de sécurité et une image de lui-même positive. A partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences apparaissent : capacité de se séparer pour explorer l'environnement, d'attendre une réponse et plus tard de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible. Ceci caractérise un attachement sécurisé. Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement ne sont pas adéquates la base de sécurité de l'enfant, l'image de lui-même, sa confiance en lui et en l'autre ne seront pas satisfaisantes. Il va développer un attachement angoissé, ambivalent, évitant ou désorganisé. (Maury M, 2008, p 47)

Selon Vinay. A, la présence d'un handicap dans la famille vient bouleverser leur relation. Lorsque c'est l'enfant qui en est porteur, le diagnostic va souvent précipiter les

Problématique et hypothèse

parents dans un remaniement de leurs compétences éducatives et au-delà, de leurs compétences affectives, c'est alors le modèle d'attachement qui est interrogé.

D'après Vinay.A, les manifestations d'enfants ou d'adolescent en vers la figure d'attachement peut être éliminé en cas d'enfant que représente un handicap, le handicap de l'enfant ou d'adolescent peut influencer sur la qualité de relation d'attachements enfant et figure d'attachement qui est souvent la mère. (Vinay. A, 2012 ; p45)

L'handicap se définit selon le grand dictionnaire de la psychologie, comme étant « la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à l'autre personne » (Hattel.B, 2005, p421)

l'handicap moteur cérébrale appelé infirmité motrice cérébrale(IMC), concerne « les enfants, adolescents ou adultes atteints d'entraves ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et ou du maintien des positions » (Guidetti M et Ttounerette C, 1999, p29)

Des nombreuses recherches et études ont été faites sur l'infirmité motrice cérébrale, on trouve notamment les travaux de **Guy tradieu** en 1954 selon lui cette pathologie neuromusculaire correspond à des troubles permanents du développement du mouvement et de la posture à des lésions non héréditaires survenues sur le cerveau de développement.

(Tiemoko.S et Lauthoty.O, 2014, p 07).

Les perturbations, propres à l'infirmité motrice cérébrale (IMC), ont un retentissement sur le développement psychique. Cette situation particulière modifie la relation à l'autre et son rôle organisateur. L'absence de dialogue sensori-tonique qu'introduit l'IMC dans la fonction maternelle affecte le rapport dialectique entre les représentants de transformation et les représentants d'enveloppe. L'enveloppe psychique qui en résulte, nécessairement solide et rigide chez les enfants IMC, rend difficile le passage du réel au symbolique. Ce phénomène trouve un écho dans la sphère cognitive. Les restrictions motrices perturbent aussi le développement de l'organisation spatiale. Les troubles moteurs affectent plus particulièrement un fonctionnement cognitif analytique et séquentiel plutôt qu'un fonctionnement global et imagé qui lui, reste facilement mobilisable. Ces résultats indiquent que les caractéristiques des espaces psychiques et celles de la cognition spatiale s'organisent sur le même modèle et traduisent une difficulté à penser les transformations.

Des études ont été faites sur l'attachement d'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale, l'étude de l'attachement donne une nouvelle signification aux nouvelles tâches du développement que doit surmonter l'adolescent et revisite le dilemme attachement/éloignement (Guédénéy.N et Guédénéy.A, 2009, p 122).

Problématique et hypothèse

L'adolescence caractérisé par le passage de l'enfance à l'âge adulte, pour tout adolescent porteur d'une déficience ou non, il s'agit d'une étape particulièrement complexe et difficile à vivre communément nommée « crise d'adolescence », pour un jeune handicapé, à cette crise normale, va s'ajouter la déficience plus ou moins sévère de son état.

la recherche identitaire de l'adolescent et les difficultés qu'elle engendre, s'ajoute donc la souffrance, plus ou moins marquée, liée à l'handicap, il sera ainsi successivement question des difficultés rencontrées par le jeune handicapé au niveau de deux des fondements de la crise d'adolescence à savoir la prise d'autonomie et la recherche identitaire. (Valerie G, 2007, p 7)

L'adolescence est marquée par une prise de conscience aigüe du handicap qui intervient dans une période où, comme les autres, le jeune IMC doit effectuer de nombreux choix pour son avenir et vivre de nombreux deuils aussi. Elle génère parfois des sentiments négatifs ou des états dépressifs qui prolongent l'adolescent dans une forme de déni de ses déficiences motrices et intellectuelles, et remettent en question des acquis. Ce que peut troubles influence sur la relation d'attachement d'adolescent.

Ainsi de notre part, nous souhaitons déterminer la qualité d'attachement d'un adolescent atteint d'infirmitté cérébrale (IMC), et nous avons formulé nos questions de départ qui constituera le fondement de notre recherche :

Questions

- Est-ce que l'adolescent atteint l'infirmitté motrice cérébrale à une influence sur la qualité de l'attachement reçu ?
- Quelle est le type de l'attachement le prépondérant chez les adolescents atteint d'infirmitté motrice cérébrale.

Hypothèse

Pour répondre à ces questions, on a formulé les hypothèses suivant :

Problématique et hypothèse

- La qualité d'attachement chez les adolescents atteint d'infirmité motrice cérébrale est sécuritaire.
- Certains adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale ont un type d'attachement insécure ambivalent.

L'objectif de la recherche

L'objectif général de cette recherche vise à cerner l'importance de notre recherche qui s'intitule : « la qualité d'attachement chez les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale »

Cette recherche vise à :

- Identifier le style d'attachement d'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale.
- Comprendre le paramètre affectif dans un handicap moteur.
- Comprendre et à éclaircir sur la qualité d'attachement chez les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale.
- Se familiariser avec le terrain.
- Tenter de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.
- Avoir l'expérience sur un travail méthodique et scientifique.

Choix du thème

Notre thème est porté sur la qualité d'attachement chez les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale, ce choix s'est dirigé d'une part pour nos intérêts et nos motivations pour le domaine du handicap moteur plus particulièrement l'IMC et d'autre part pour cerner les premiers liens d'attachement de cette population, et de comprendre sa relation d'attachement avec l'autrui.

Donc, c'est un thème qui depuis longtemps attire notre attention et dont on a souhaité leur donner une place particulièrement importante dans l'exercice de notre profession de futur psychologues.

Définition des concepts clés

Attachement

1. Selon J .Bowlby (1969) : « est un processus instinctif destiné à assurer la survie en maintenant une proximité entre l'enfant et sa mère ». (Lehalle.H, 2002, P55)
2. M. Ainsworth (1991) : « le de décrit comme un lien durable avec un partenaire qui prend une importance particulière du fait qu'il devient unique et non interchangeable ». (Boudier A, 2002, p45)
3. Selon E. Diane (2010) : « l'attachement est une relation affective réciproque et dynamique ; qui s'établit entre deux individus et qui a une fonction adaptative pour l'enfant et l'interaction entre ces deux personnes contribue à renforcer et à raffermir ce lien. (Diane. E, 2010, p 438)

Adolescence

1. Freud dit : « avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale ». (Domenchino S et al, 2003, p98).
2. Selon Piaget (1969) : « l'adolescence est l'étape du stade opératoire formel, la capacité de formuler et de raisonner à partir des hypothèses, se dégager du concret et à se situer le réel dans un ensemble de transformation possible ». (Tourrette C, 2002, p143).
3. Selon Coslin : « l'adolescence est un passage entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescence n'est plus un enfant : il n'est pas encore un adulte. Il vit dans une période transitoire caractérisé par ce double mouvement de reniement de l'enfance et de recherche du statut d'adulte. (Coslin P, 2010,P23)

Infirmé motrice cérébrale

1. Selon Hagberg (1978) : « l'infirmité motrice cérébrale est une déficience motrice et posturale irréversible résultant d'une perturbation non évolutive des fonctions cérébrales résultant d'écarts qui se sont produits au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la période néonatale ou de la petite enfance, ou liée à des facteurs héréditaires ». (Henning R et Miriam D, 1989, p5).
2. Selon de grands dictionnaires : « séquelles de lésions cérébrales infantile, non évolutives, qui se caractérisent par des troubles de la motricité sans atteinte grave de l'intelligence ». (Bloch et al, 2003).
3. En 2005 une nouvelle définition de l'IMC est établie par M. Goldstein et al, sous le terme « la paralysie cérébrale », il définit comme « un ensemble de troubles permettant du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des atteintes non progressives survenues sur le cerveau et développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et/ou par des problèmes musculo-squelettiques secondaires » (Crenn.G, 2013, p8)

Opérationnalisation des concepts clés

Attachement

1. Une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes.
2. L'attachement est un lien affectif entre un individu et une figure d'attachement, Un tel lien peut être réciproque entre deux adultes, ou s'établir entre un enfant et la personne qui en prend soin.

Attachement sécure

Le caractère dominant des enfants sécurisés est la recherche de contact avec la figure d'attachement, surtout lors de la réunion, et ceci sans ambivalence. Le contact

Problématique et hypothèse

peut être établi à distance. L'enfant n'est pas forcément perturbé par la séparation. S'il l'est, il se laisse reconforter par l'étrangère, qu'il semble toutefois bien différencier de la mère. L'enfant sécurisé se sert de sa mère comme d'une base de sécurité. La mère est disponible et sensible aux signaux de détresse de son enfant.

Attachement insécuré

L'enfant ne présente pas beaucoup de réactions. Il est moins actif, il ne compte pas sur la mère pour le sécuriser. On dit que l'enfant est insécuré évitant ou anxieux-évitant. Le comportement qui caractérise de façon typique ces enfants est l'évitement du contact avec la figure d'attachement lors de la réunion. S'ils sont pris dans les bras, ces enfants ne résistent pas, toutefois ils ne cherchent pas non plus à conserver ce contact. Ils montrent généralement peu de détresse lors de la séparation. Si l'on est tenté de voir là de l'indifférence, il faut considérer que leur mouvement d'évitement semble trahir en réalité une ignorance active, dénotant une certaine colère.

Adolescence

L'adolescence est un passage entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescent n'est plus un enfant ; il n'est pas encore un adulte. Il vit dans une période transitoire. Il s'accompagne de plusieurs changements aussi bien physiques que psychologiques la principale transformation qui s'observe pendant l'adolescence est l'apparition des caractères sexuels secondaires, et il s'accompagne également d'une évolution psychologique et peut dans certains cas être mal vécu par l'adulte en devenir.

Infirmité motrice cérébrale(IMC)

Une infirmité motrice cérébrale est une pathologie handicapante qui entraîne une déficience intellectuelle et des handicaps physiques, l'infirmite motrice cérébrale débute lors des dernières semaines de la grossesse ou les premières semaines de la vie d'un nourrisson. Elle est liée à une pathologie pendant la grossesse ou des difficultés pendant l'accouchement. L'IMC est causée par un choc sévère ou une méningite. Les patients nécessitent une prise en charge permanente tout au long de leur vie.

Partie théorique

Chapitre I :
Attachement

Préambule

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre, dans la théorie d'attachements développée par le psychologue et psychanalyste anglais John Bowlby dans les années cinquante à partir de travaux d'observation. « La propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie ». Le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné, chez l'homme.

Dans ce chapitre on présentera l'historique, la théorie d'attachement, sa définition, ses figures, le modèle interne opérant, le comportement d'attachement, l'importance d'attachement ainsi que ses facteurs, ses phases de développement, on présentera aussi les types d'attachement. On finira par présenter les troubles d'attachement.

1. Historique

Le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby (1969) a travaillé, avant la guerre sur les séparations, la perte et le deuil. Il va ensuite mettre en évidence les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement en intégrant, en 1969, les apports de la psychanalyse et ceux de l'éthologie dans sa théorisation des liens d'attachements. (Guedeny, N., 2010, P6).

En effet, la seconde guerre mondiale amène les psychiatres et les éthologues de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les études de Spitz (1947), connues sous le nom de « hospitalisme » démontrent l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation. (Savard N., 2010, p 9)

En 1959 le groupe de travail organisé par Bowlby sur l'attachement et les effets de séparation précoce. Elles réalisent notamment des observations dans des pouponnières où des nourrissons ont été séparés de leur mère dès la naissance et vont permettre la diffusion en France d'idées pour l'amélioration des conditions d'accueil du jeune enfant. Dans les années 1960, Ainsworth, psychologue américaine, se demande si la séparation est traumatique en elle-même ou si cela dépend de la qualité relationnelle antérieure. C'est elle qui va opérationnaliser le concept théorique d'attachement par l'intermédiaire de la situation étrange. Il faudra attendre 1979 pour qu'une confrontation publique éthologues-psychanalystes ait lieu, sous la forme d'un « colloque imaginaire » organisé par le psychologue français René

Zazzo. Il s'agit d'un recueil d'articles où les tentes des deux positions acceptent d'exprimer leurs points de vue et se répondent les uns aux autres. On y trouve Lorentz, Harlow, Bowlby, Spitz et des éthologues comme Chauvin, mais aussi des psychanalystes comme Anzieu, Lebovici. L'organisateur René Zazzo prend lui-même position en faveur de la vision éthologique de l'attachement. (Ibid.)

Depuis les années 1970, la théorie de l'attachement ne cesse donc d'évoluer et après avoir fait grand débat avec la psychanalyse, elle fait maintenant partie intégrante de la psychologie du développement et suscite de plus en plus l'intérêt des professionnels de l'enfance souhaitant se référer à un modèle théorique. (Idem, p 10)

2. Définition de l'attachement

Etre attaché à quelqu'un signifie qu'en cas de détresse ou d'alarme, on recherche la proximité, et la sécurité qu'elle apporte, de la figure spécifique à laquelle on est attaché. (Guédeney N et A, 2009, p95).

Mary Ainsworth et Witting(1969) définissent 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. L'attachement est un lien affectif, durable et caractérisé par la tendance d'un enfant à rechercher la sécurité et le réconfort auprès de la figure significative en période de détresse » (Gagnon A, 2006, p19).

L'attachement est le lien affectif qu'un enfant développe envers les personnes qui sont sensibles à lui et qui en prennent soin (Doré.N et Le Hénaff.D, 2008, p 260).

Bowlby (1969) décrit l'attachement comme étant « le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. En ce sens, il s'éloigne de Freud pour lequel les seuls besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture ». (Savard N, 2010, p10)

3. La théorie de l'attachement

Depuis toujours la psychologie s'intéresse au développement psycho-affectif de l'enfant. Des chercheurs importants comme Wallon, Spitz, Erikson et Bowlby disent que les fondateurs de la personnalité de l'adulte se construisent à partir de la sociabilité de l'enfant.

La théorie de l'attachement commence à prendre forme en 1948. John Bowlby (1907-1990) psychiatre anglais, fait une enquête systématique sur les effets de la séparation des petites enfants et leurs mères, observant pour cela des enfants hospitalisés dans une pouponnière. Ces enfants séparés de leur mère pour une longue période, sans substitut maternel stable, vivants dans la détresse pendant leur éloignements et lors de leur retour en famille présentent des troubles d'autant plus importants qu'ils ont été plus longtemps séparés de leur mère. Ces troubles sont des réactions de protestation, de désespoir et de détachements, il en conclut que la perte de figure maternelle pendant la petite enfance est un événement déterminant dans l'établissement de la personnalité. (Hallet.F et Beaufort.M, 2003, p5)

En 1950, L'OMS, demande à Bowlby d'étudier la santé mentale des enfants sans foyer, particulièrement nombreux après la guerre. Bowlby conclut qu'il est essentiel que les enfants aient accès à une relation chaleureuse, intime et continue avec leur mère ou avec un substitut maternel stable. D'autre part, l'aussi important que cette relation apporte de la satisfaction et de la joie tant à la mère qu'à l'enfant. Par conséquent, Bowlby considère que la perte de la figure maternelle ou de son substitut est le principal agent pathogène dans l'enfance. (Ibid, p5)

Bowlby relie l'attachement au besoin de contacts sociaux. L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec leurs personnes significatives qui l'entourent. Il se sent plus ou moins en sécurité dépendant de la façon dont on répond à ses besoins. D'après Bowlby l'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. L'attachement débute dès la grossesse s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. (Labbé.J, 2006, p1).

Le but de l'attachement est que l'enfant va se sentir en sécurité, protégé et confiant le bébé a la capacité de former des liens d'attachements avec plusieurs personnes mais il va s'attacher davantage à une personne en particulier (la plus souvent la mère), et c'est ce qui aura

le plus d'influence sur lui. Le système d'attachements est actif par le stress : peur, douleur, maladie, séparation ou crainte de séparation. (Ibid, P2).

3.1. Les figures d'attachement

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement. Selon Bowlby (1969), la mère est en général la première personne pour tenir cette fonction. De nos jours, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale avec l'enfant et qui sera capable de répondre à ses besoins sera susceptible de devenir une figure d'attachement (Savard N, 2010, p10).

Bowlby (1969) soutient que l'enfant développe une hiérarchie de relations d'attachement ; celle-ci s'établit en fonction de la force du sentiment de sécurité qui lui apporte chaque relation avec ceux qui s'occupent de lui, liée à la quantité et à la qualité des soins donnés. (Guédeney N et A, 2009, p 96).

Le plus souvent, la mère devient la figure d'attachement principale parce que c'est celle qui, autour des soins de routine, passe le plus de temps avec le bébé dans les premiers temps. St-Antoine (2000) définit la figure maternant comme : « La personne significative la plus stable que l'enfant a connu au départ et ce, en fonction des réponses empathiques données par celle-ci aux besoins de l'enfant. Ce rôle est souvent joué par la mère mais peut également être joué par le père, une tante, une mère d'accueil ou toute autre personne significative pour l'enfant » (Gagnon A, 2006, p19).

Dans un groupe stable d'adultes, une personne deviendra une figure d'attachement privilégiée. Les autres figures qui l'élèvent (et en particulier le père) représentent les figures d'attachement subsidiaire.

Lamb (1977) va montrer, quant à lui, que le bébé ne présente pas davantage de recherches de proximité avec la mère qu'avec le père. Pour lui, le père est d'un point de vue constitutif, biologique, aussi bien prédisposé que la mère pour réagir et répondre à un bébé. Rien n'empêche donc -si ce ne sont les attentes sociales- qu'un attachement de qualité se forme avec le père. Mais l'étude de Kromelow, Harding et Touris (1990) montre que le père serait plus stimulant, en particulier pour son fils (âgés dans l'étude de 18 à 21 mois) lors de l'introduction de l'adulte inconnu dans le dispositif de la situation étrange. Le père est qualifié ici de « catalyseur de prise de risques ». Il stimule la sociabilité du jeune enfant en direction d'une personne non familière, ce qui est gage de nouveauté et d'ouverture vers l'extérieur. Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans d'autres études (Savard N, 2010, p11).

Selon N, Guédeney les figures d'attachement primaires sont celles qui se forment dans la première année. Les figures d'attachement secondaires se forment au-delà de cette période et tout au long de la vie.»(Robillard.R et Boutet.C, 2013, p6).

3.2.Le caregiving

En 1988, Bowlby va définir le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi que ce soit au niveau physique ou affectif. Le caregiving représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit d'un « équilibre dynamique ». Cassidy (1999), propose d'utiliser le terme de caregiving system, introduit au préalable par George et Solomon, afin de donner une description spécifique des comportements parentaux visant à obtenir la proximité et le réconfort à partir du moment où ils ressentent la détresse de l'enfant ou lorsque celui-ci se sent en danger. (Savard N, 2010, p 12).

Selon ces auteurs, ce système Les différents signaux produits par l'enfant, qu'ils soient internes ou externes, que les parents considèrent comme dangereux pour leur enfant vont venir activer le système de caregiving. Celui-ci sera par la suite désactivé lorsque l'enfant sera réconforté. Cependant, il est important de noter que toutes les figures d'attachement ne sont pas obligatoirement des caregivers. En effet, l'individu afin de pouvoir être considéré comme un caregiver, doit être présent régulièrement et apporter différents soins à l'enfant que ce soit au niveau physique ou au niveau émotionnel.

Selon Cassidy (2000), le caregiving dépend également des croyances culturelles, de la parentalité, de la qualité de l'environnement et de l'état émotionnel dans lequel se trouve le caregiver mais aussi du comportement de l'enfant. Ainsi, certains facteurs peuvent venir interférer les soins prodigués par le caregiver. Comme le réseau relationnel, la relation conjugale, les conditions de vie, le stress, les ressources matérielles et financières (Ainsworth, 1985), mais aussi l'histoire parentale et l'expérience du parent en tant qu'enfant. Ce système va se transformer à l'adolescence et se développera surtout durant la période de transition vers la parentalité (Guédeney N et A, 2002, p 66).

3.3. Le modèle interne opérant

À partir de l'âge de 3 ans, l'enfant intériorise les stratégies comportementales qui lui permettent d'obtenir de l'attention et des soins de la part de sa figure d'attachement (Bisaillon et Breton, 2011, p85), et qui lui permettent de fonctionner le mieux possible dans sa famille.

Ces modèles construits par l'enfant qui grandit correspondent à ce que Bowlby et Main ont appelé les « Modèles Internes Opérants » ou MIO. Ainsi ces M.I.O. vont permettre à l'enfant d'anticiper la suite de l'interaction en fonction de ce qu'il a déjà connu (et donc internalisé) et d'adapter ses comportements. L'enfant crée simultanément un modèle de soi et un modèle des autres. Le modèle de soi est formé par la manière dont l'enfant se perçoit et notamment sa capacité à être aimé et à mériter cet amour. Le modèle d'autrui est déterminé par la manière dont l'enfant perçoit les autres et leur capacité à être attentifs et sensibles à ses besoins. Ils renvoient aux apprentissages réalisés par l'enfant ainsi qu'aux représentations que ses parents ont tenté de lui enseigner ce qui dit Miljkovitch en 2005. Ceci va guider sa manière de percevoir les relations interpersonnelles et de se comporter relativement à elles. (Roullet J, 2013, p11).

Main, Kaplan et Cassidy disent que ces modèles guident le comportement, de même que les sentiments, l'attention, la mémoire et les cognitions et aussi ils ont contribué à la survie de l'organisme

Bowlby (1973) conçoit l'attachement comme un processus progressif. Selon lui, jusqu'à l'âge de 5 ans environ, les modèles d'attachement sont relativement labiles, puis deviennent de plus en plus rigides et résistants au changement. Plus l'enfant grandit et plus ses modèles deviennent imperméables aux nouvelles expériences. Pour autant, ils peuvent s'assouplir ou se diversifier avec le temps, dans certaines conditions (Ibid, P12).

3.4. Comportements d'attachements

Les comportements d'attachements visent à augmenter la proximité ou à maintenir le contact avec la figure d'attachement et se manifeste lorsque le sentiment de sécurité est menacé. Ces comportements d'attachements sont des manifestations innées qui visent à favoriser la proximité et à procurer un sentiment de sécurité. Il s'agit par exemple de la succion, l'étreinte, les pelures, le sourire et la tendance à « aller vers et s'accrocher » que les enfants manifestent envers la figure d'attachement pour induire et maintenir le contact avec elle. L'enfant développe les comportements d'attachements qui sont les plus efficaces pour favoriser et maintenir la proximité avec les parents. De plus, il va adopter son comportement

afin d'avoir le plus de chance possible de se retrouver à nouveau en contact avec sa figure d'attachement. (Idem, P7).

4.L'importance de l'attachement et le rôle des émotions

4.1. L'importance de l'attachement

Un attachement solide a donc plusieurs avantages :

- L'enfant se sentira aimé et en sécurité quand il sera plus grand, l'enfant sentira qu'il est digne d'affection et il aura une perception positive des autres. il sera alors plus facile pour lui d'aller vers les autres, d'explorer son environnement et de vivre de nouvelles expériences. Au contraire un enfant avec un attachement insécure sera peu disposé à aimer et à se laisser aimer. Il réagira mal aux compliments et aux récompenses. par exemples il refusera qu'on lui fasse des câlins.
- Le bébé saura qu'il peut compter sur ses parents pour répondre à ses besoins :il aura donc plus confiance en lui lorsqu'il explorera le monde qui l'entoure et fera plus confiance aux autres. Par contre un enfant avec un lien d'attachement inadéquat aura tendance à se détaché des personnes autour de lui, comme s'il avait abandonné l'idée qu'on puisse répondre à ses besoin. Il pourrait même développer de la méfiance envers les adultes.
- Un enfant qui se sent en sécurité a plus de facilité à apprendre et à bien se développer sur les plans moteur et intellectuel.
- L'enfant aura une plus grande facilité à s'adapté aux différentes situations de la vie, car il se sentira soutenu par ses proches et sera plus apte à contrôler ses émotions dans les situations stressantes. par exemple, la séparation avec l'adulte lorsqu'il commencera à fréquenter la garderie ou l'école sera plus facile.
- L'attachement facilitera l'apprentissage des habilités sociales et le partage des émotions. Un enfant avec un attachement solide manifestera aussi plus d'empathie et de coopération envers les autres. Cela l'aidera à former des relations solides avec les autres enfants, les éducateurs à la garderie ou les enseignants à l'école. En effet, un enfant avec un attachement insécure recherchera beaucoup l'attention. Il éprouvera de la difficulté à partager l'attention de l'adulte et à admettre ses torts. Ainsi il sera plus à risquer d'avoir des problèmes de comportement et de délinquance en vieillissant.

- Une fois adulte, il aura plus de chance de vivre des relations amoureuses saines et d'être satisfait au travail. Au contraire la personne sans lien d'attachement solide sera plus risqué de vivre de l'insatisfaction dans ses relations de couple et même de la violence conjugale. Les relations de travail risqueront elles aussi d'être une source de conflit (Hallet.F, 2003, p 16).

4.2. Le Rôle des émotions

Grace à la collaboration avec Ainsworth, que Bowlby réalisa la place capitale de l'émotion dans l'organisation et l'expression de l'attachement (Guédeney N et A, 2009, p13).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie l'émotion « est une constellation de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives, physiologiques et subjectives typiques. » (Bloch H. et Al, 1999, p 303).

4.2.1 Les émotions les plus importantes dans la théorie de l'attachement

Bowlby note que certains émotions ont une fonction motivationnelle d'auto contrôle et de communication pour l'individu dans le contexte d'une relation d'attachement.

4.2.1.1. Angoisse

Freud aboutit à une nouvelle définition de l'angoisse dont il distingue deux niveaux. Dans le premier, « c'est un affect entre sensation et sentiment, une réaction à une perte, à une séparation ». C'est cette partie de l'angoisse que Freud qualifie d' « originaire » et qui serait produit par l'état de détresse psychique de nourrisson séparé de la mère, « qui satisfait tous ses besoins sans délais » (Bloch H. et Al, 1999, p 54).

Pour Bowlby(1973), l'angoisse a la préséance sur toutes les autres activités lorsque l'accès à la figure d'attachement est menacé. Elle active le système d'attachement et conduit à l'apparition de comportements d'attachement qui, normalement, servent à rétablir cette proximité. Les manifestations de l'angoisse servent de signal de communication pour alerter la figure d'attachement, pour lui faire remarquer la détresse de l'enfant de donner lieu à des réponses réconfortantes. (Guédeney, A et N, 2009, p13).

4.2.1.2 Peur

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la peur « est un état émotionnel spécifique, susceptible d'être soumis au conditionnement sur une réaction ». » (Bloch H. et Al, 1999, p 644).

La peur constitue une des menaces maximales pour l'homéostasie physiologique et psychologique du bébé : sa régulation est donc priorité dans le développement de celui-ci. Cela explique pourquoi l'activation de système d'alarme-vigilance et du système d'attachement est préemptive sur tous les autres systèmes, et a la dynamique de l'attachement si essentielle dans les premières années de la vie. (Guédeney, N et A, 2009, p14).

4.2.1.3. Colère

Les réactions émotionnelles de colère peuvent consister à s'échauffer légèrement jusqu'à être amer, enrager ou en fureur. Ces réactions sont provoquées par des stimuli déplaisants ou frustrations (Gerring.R et Zimbardo.P, 2008, p 333).

Cette colère joue également un rôle important à la réponse à une rupture du lien d'attachement. Bowlby suggère que lors d'une séparation temporaire, la colère peut servir à motiver un enfant à surmonter les obstacles à la réunion avec la figure d'attachement. Par sa colère l'enfant communique ses reproches et cherche à décourager sa figure d'attachement de recommencer.

4.2.1.4. Tristesse

La tristesse accompagne le fait de réaliser que la figure d'attachement n'est pas disponible et que les efforts pour tenter de rétablir cette accessibilité ont échoué. La tristesse peut conduire au retrait et au désengagement, qui peuvent avoir des effets de réorganisation sur les modèles internes opérants. (Guédeney, N et A, 2009, p14).

4.2.1.5. Emotions positives

Les émotions positives les plus spécifiques de la théorie de l'attachement sont :

- le sentiment de sécurité :

Ce sentiment lié à la proximité de la figure d'attachement. Le Robert montre que D'après Françoise Dolto« le sentiment de sécurité de l'enfant s'acquiert si qu'on le laisse libre, au jour

le jour, de courir des risques à sa mesure, sans l'empêcher d'en courir, en veillent à ce que les risques qu'il court ne soient pas traumatisants mais le mettent devant un effort dont il sent avoir triomphé quand il est arrivé, ce dont il faut le complimenter ». la composante de sentiment de sécurité est l'un de 4 composantes de l'estime de soi elle est essentielle car elle permet aux enfants de créer un lien d'attachement sécurisant, qui lui, leur permet de avoir le goût d'explorer. C'est un état de détente, de bien-être et de confort, où tous est sous contrôle. La proximité dans l'attachement est un indice externe spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité.

- La proximité

La proximité dans l'attachement est un indice externe spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité. C'est la double notion de proximité et de sécurité qui définit l'objectif externe et interne du système d'attachement. (Ibid).

5. Les types d'attachement et les facteurs influençant sur elle

5.1. Les types d'attachement

C'est avec la « situation étrange » proposée par M, Ainsworth, que l'on peut déterminer le type d'attachement des enfants. Il s'agit d'une méthode d'études utilisée lorsque les enfants sont âgés de 12 et 18 mois. L'enfant est avec un parent et l'examineur dans une salle fermée contenant des jouets. Au cours de l'examen, qui dure une vingtaine de minutes, on demande au parent de sortir à deux reprises de la salle pour trois minutes et de revenir. On observe le comportement de l'enfant pendant que les parents sont présents, puis lors des séparations et des réunions.

M, Ainsworth met donc en évidence trois catégories d'attachement s'agissant de : l'attachement Sûr, l'attachement insûr évitant et l'attachement insûr ambivalent. M, Main, élève de M, Ainsworth, a quelque années plus tard ajouté une autre catégorie qui est celle de l'attachement désorganisé ou désorienté (Leblanc S, 2007, p60).

5.1.1 L'attachement sûr

Dans le type d'attachement sûr, l'enfant serait généralement Coopératif, enthousiaste, en ce qu'il aurait confiance au monde extérieur et son monde serait prévisible. L'enfant ayant une organisation sûre utiliserait la figure d'attachement comme base de

sécurité pour explorer son environnement, tout en gardant la possibilité de faire appel à celle-ci dans des situations où il ressentait de l'anxiété ou s'il était confronté à un danger

La mère de l'enfant sécure est plus flexible dans ses représentations mentales du parentage. Elle serait aussi plus positive et plus réaliste quant à l'évaluation des menaces potentielles à la sécurité de son enfant. (Gagnon A, 2006, p26)

5.1.2. L'attachement insécure évitant

Dans le type d'attachement insécure évitant l'enfant serait généralement hostile, antisocial, renfermé et rechercherait négativement l'attention. Il aurait appris à désactiver son système d'attachement c'est-à-dire, que l'enfant explore son environnement de façon défensive. Ce type serait lié à des interactions intrusives ou rejetées de la personne significative. (Leblanc.S, 2007, p60)

La mère de l'enfant insécure évitant ressentirait quant à elle un dégoût des contacts physiques et de la proximité, exprimerait de la colère, adopterait des comportements menaçants et rejeterait les contacts de l'enfant. Elle restreindrait aussi l'expression de ses émotions. Son visage présenterait donc peu d'expression. Ce type de mère sous-estimerait les besoins d'attachement de son enfant. Par exemple, elle peut penser que sa détresse est de la manipulation. Elle serait peu disposée à intégrer tous les indices que son enfant lui manifeste pour activer son système de soins. Elle aurait plutôt tendance à le désactiver. Elle n'abandonnerait jamais complètement son rôle toutefois. Qui consiste à donner des soins et à fournir la protection. Dans ce modèle d'attachement. Ces modèles sont la résultante d'une mère qui le repousse constamment lors d'approche pour des demandes de réconfort et de protection ou qui a vécu des séparations prolongées. En réaction à ces rejets ou séparations prolongées, cet enfant aurait tendance à éviter sa mère visuellement ou physiquement et restreindrait l'expression de sa détresse et de ses émotions. L'évitement serait paradoxalement au service de l'attachement, puisque en éliminant certains types de stimuli que la mère semble considérer comme déplaisants, cela réduirait le risque qu'elle fuie ou agresse l'enfant. L'évitement permet ainsi de maintenir la proximité à la figure d'attachement, en plus de désactiver l'attachement au niveau comportemental. (1988). (Gagnon A, 2006, p26)

5.1.3. L'attachement insécure ambivalent

Dans ce type l'enfant était généralement tendu, impulsif. Ce type d'attachement semblait associé à l'incohérence des réponses maternelles correspondant au manque de disponibilité et au rejet de la signification. L'enfant avait appris de son côté à suractiver son système d'attachement. (Leblanc.S, 2007, p61)

La mère de l'enfant insécure ambivalent décrirait quant à elle ses stratégies de soins qui consistent à garder l'enfant près d'elle, ce qui encouragerait dépendance, et elle semblerait parallèlement insensible à ses indices. Ce type de mère ne serait pas engagé quand l'enfant en aurait besoin mais le serait quand l'enfant ne requerrait pas son attention. Par exemple quand il souhaiterait explorer, elle interférerait avec l'exploration de l'enfant. Dans ces circonstances, l'enfant doit détourner son attention de l'environnement pour le diriger sur sa mère. Cette faible disponibilité et cette interférence de la part de la mère contribueraient à ce que l'enfant perçoive que ses soins inconsistants. (Gagnon A, 2006, p27)

5.1.4. L'attachement désorganisé

Ce type a été identifié un peu plus tard par Main et Solomon(1986), dans ce type d'attachements l'enfant aurait constamment des attitudes contradictoires et déroutantes. Son monde serait généralement pour lui carrément imprévisibles. Il aurait besoin de l'adulte mais sans pouvoir lui faire confiance. Il comblerait ses besoins dans un type de relation utilitaire dans le « ici et maintenant » car l'avenir serait trop incertain et angoissant. (S.Leblanc, 2007, p63.64)

Le parent active le système d'attachement de l'enfant par la frayeur que suscitent ses comportements et en met de surcroît de résoudre cette demande d'attachement ainsi procurée. Il s'agit d'un conflit pour l'enfant puisque le parent est à la fois une source d'alarme et celui qui devrait être source de sécurité. Face à ce stimulus paradoxal, l'enfant présente des comportements conflictuels tels que l'approche et le retrait de cette figure d'attachement. Même si l'alarme est provoquée par un comportement de la part de la mère, l'enfant cherchera en effet réconfort auprès d'elle, comme le souligne Bowlby (1969). Dans ces circonstances, les comportements de l'enfant peuvent difficilement s'orienter vers un but. L'enfant échoue ainsi à proposer des stratégies comportementales cohérentes pour négocier avec les événements stressants. Il est donc désorganisé. Il peut aussi figer ou bouger au ralenti en présence de sa figure d'attachement. De cette façon, il semble manquer d'orientation dans

son environnement, d'où l'expression désorienté. Ce type de relation procure à l'enfant une intense souffrance et de la colère. (Gagnon A, 2006, p27).

5.2. Les Facteurs influençant sur la qualité d'attachement

On constate que les facteurs qui déterminent l'établissement d'un attachement sécurisant sont dépendants de la mère puisqu'elle sert de base de sécurité et base d'attachement. Ainsworth a bien montré la relation existante entre la sensibilité de la mère aux signaux de son enfant et la qualité de l'attachement, et ce dans la première année de la vie.

- La réaction appropriée des parents à l'enfant : les parents doivent réagir de façon appropriée aux signaux que l'enfant émet, ils sourient lorsqu'il sourit, ils lui parlent lorsqu'il gazouille, ils le prennent dans leurs bras lorsqu'il pleure.
- La disponibilité émotionnelle des parents : la personne qui s'occupe de l'enfant et lui prodigue des soins, doit être émotionnellement disponible et a le désir de le faire et est capable d'établir un attachement émotionnel avec l'enfant. Les parents qui sont émotionnellement perturbés (déprimés) ou qui sont aux prises avec des difficultés économiques peuvent être accaparés par leurs problèmes et ils sont incapables d'investir émotionnellement dans la relation parents-enfants. (Bourouais Y, 2009, p54)
- La Transgénéralisation de l'attachement : les travaux de M. Main sur l'aspect transgénéralisationnel d'attachement mettent en évidence que les parents ont tendance inconsciente à répéter les comportements de leurs parents sur leurs enfants. (Baudier A et Céleste B, 2002, p 45-46).

6. Les différentes phases du développement de l'attachement

En 1969, BOWLBY distingue dans le développement quatre phases de l'attachement (Galien E, 2006, p 17)

6.1. L'orientation et les signaux sans discrimination d'une figure (de la naissance à 3 mois)

Dès la naissance le bébé cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Il est alors très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci va apporter à ses sollicitations. Les comportements d'attachement, présents dans cette phase ne sont pas dirigés

vers une figure particulière, mais le sont de façon préférentielle vers les adultes qui approche le bébé. Les études les plus récents montrent que dès la naissance, il existe déjà une orientation privilégiée, d'origine prénatale, du bébé vers ce qui est familier plutôt que vers ce qui est inconnu. Les caractéristiques sensorielles des interactions avec celle qui l'a porté pendant toute la grossesse jouent un rôle essentiel, en particulier pour la voix maternelle et ses odeurs.

6.2. L'orientation et les signaux dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées (entre 3 et 6 mois)

Le premier changement important est le développement de la capacité de l'enfant à contrôler ses systèmes de comportement. Il va de plus en plus activement chercher à obtenir la proximité de sa figure d'attachement potentielle en tendant les bras ou en s'accrochant. Le second changement est l'aptitude de l'enfant à différencier les gens qui lui sont familiers de ce qui lui sont étrangers (Guédeney N, 2010, p 19). En cas de détresse le bébé va diriger ses comportements, qui acquièrent de nouvelles qualités, de façon active vers ces dernières. Les cris ou les pleurs qui favorisent le rapprochement de l'adulte vont être mieux calmés par la mère que par une autre personne. Le sourire social sélectif apparaît à partir de trois à quatre mois. Vers quatre-cinq mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier ou pleurer, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. Les mouvements d'orientations différentielles visuelles et posturales apparaissent chez des enfants de seize à dix-huit semaines. (Guédeney N et A, 2009, p98)

6.3. Le maintien de la proximité avec une figure discriminée et par les signaux et la locomotion (de 6 à 9 mois)

C'est l'établissement du phénomène de base de sécurité. Cette phase est marquée par des changements importants dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant. Le développement de sa motricité lui permet d'être actif dans la gestion de la distance qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement. Cette phase se caractérise par le fait que l'enfant différencie ses figures d'attachement des autres personnes et envoie de manière spécifique ses signaux d'attachement à cette ou ces personnes. (Guédeney N, 2010, p20).

6.4. Partenariat émergent et partenariat corrigé quant au but (entre 2 ans et demi-3 ans et 4 ans)

Un nouveau changement dans la relation d'attachement apparaît grâce au développement des capacités cognitives de l'enfant. Une interaction complexe se développe que BOWLBY a appelé «partenariat» (Atger F, 2003, p 101). L'enfant peut inhiber son comportement d'attachement et intégrer les objectifs de l'adulte : il réalise un partenariat émergent.

À partir de trois-quatre ans, l'enfant devient de plus en plus capable d'anticiper et de planifier des séquences comportementales plus longues et plus complexes, grâce aux interactions précédentes et à l'acquisition de nouvelles capacités cognitives et langagières.

L'enfant et sa figure d'attachement vont construire « un partenariat corrigé quant au but » qui va être actif dans les situations clés réveillant l'attachement que sont les séparations et les conflits autour de l'autorité. Ils vont pouvoir atteindre un but commun en adaptant leur comportement et leurs intentions grâce à la reconnaissance de leurs états émotionnels.

Toutes ces capacités de partenariat qui conditionnent celles à négocier les conflits et les désaccords sont à cet âge-là un bon reflet de la qualité de l'attachement (Marvin et Britner, 1999). (Guédeney N et A, 2009, p 100-101).

7. Les troubles d'attachement

Plusieurs auteurs ont travaillé à caractériser le trouble de l'attachement qui est une pathologie à part entière et qui peut prendre plusieurs formes différents.

Charlez Zeanah et ses collègues(1993) ont établi un nomenclature des troubles d'attachements durant l'enfance. (Roullet J, 2013, p17).

7.1. Trouble d'absence d'attachement

Ces enfants ne semblent pas s'intéresser à établir une relation privilégiée. Il existe un détachement émotionnel rappelant la « personnalité dépourvue de tendresse » décrite par Bowlby à propos des jeunes délinquants. Ils ne manifestent pas d'angoisse de séparation. (Gallien E, 2006, p70)

7.2. Trouble d'attachements non sélectifs

Ces enfants ont tendance à s'attacher à tout le monde, à montrer des attachements indiscriminés. Ils peuvent utiliser l'attachement comme une sorte d'habilité social mais ne s'intenses pas vraiment à ces adultes et ne manifestent d'ailleurs pas d'angoisse de séparation à leur égard. Zeanah précise que certains de ces enfants présentent des comportements à risque et se mettent facilement en danger. Dans ce cas les comportements d'exploration sont exagères au détriment des comportements d'attachements.

7.3. Trouble d'attachement inhibe

Dans ce cas les comportements d'attachements sont exagères par rapport à l'exploration. L'enfant s'accroche de façon excessive à une figure d'attachements spécifique et s'intéresse peu à ses environnements. Cette catégorie rappelle l'attachement anxieux résistant. il existe une fort dépendance à la figure d'attachements et une extrême en cas de séparation.

7.4. Trouble d'attachement agressif

Ces enfants montrent des comportements qui dépassent la simple ambivalence de l'attachement anxieux résistant. L'agression verbale ou physique peut construire une stratégie destinée à obtenir l'attention du parent. Parfois, il peut y avoir une composante auto agressive.

7.5. Trouble d'attachement avec renversement des rôles

Cette catégorie inclut la « parenification » de l'enfant, qui va chercher à protéger sa figure d'attachement.

Cette attitude de contrôle du parent a été décrite par Mary Main chez des enfants qui avaient montré un type d'attachements désorganise lors de la situation étrange et qui avaient été revus a 6 ans dans une situation de séparation. (Idem, p71).

Conclusion

Parler d'attachement dans la théorie de l'attachement a une signification un peu différente de la langue courant. « Être attaché à quelqu'un » signifie seulement qu'en cas de détresse on se tourne vers cette personne spécifique pour y trouve un sentiment de sécurité. L'attachement est donc une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes. Si les premières relations d'attachement se construisant entre le bébé et ceux qui l'enlèvent, nous construisons des relations d'attachements tout au long de notre vie. Comme le disait Bowlby : « l'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe ».

Chapitre II :
Adolescence

Préambule

L'adolescence est une période de vie particulière car le jeune ressent divers changements. Non seulement concernant son corps, mais aussi au niveau de ses réflexions, de sa vie Sociale,... Le jeune se construit, devient un adulte dans le regard des autres. C'est un moment clef de l'existence

Dans ce chapitre en présentera l'historique de l'adolescence, sa définition, sa crise et en présentera, les changements physiques et leurs implications psychologiques et le développement cognitif puis ses troubles de comportements en finira par l'attachement à l'adolescence.

1.Perspectives historique

Etre adolescent dans l'antiquité, au moyen âge, au début de l'industrialisation ou à la fin du XX siècle n'a pas la même signification. Les anciens se sont intéressés au passage de l'enfance à l'état d'adulte. Ils voyaient dans cet entre-temps le moment où l'on accède à la raison mais aussi l'époque des passions et des turbulences. Ainsi Platon considérait que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme. Aristote envisageait plutôt des stades hiérarchisés où les jeunes enfants dominés par leurs appétits et leurs émotions : (Coslin.P.G, 2010, p 15-16)

La première période (8 à 14ans) est subordonnée à un contrôle et à des règles

La deuxième période (15 à 21ans) celle des passions, de la sexualité, de l'impulsivité et du manque de contrôle de soi ; mais c'était aussi le temps du courage et de l'idéalisme.

Il n'est pas moins vrai que jusqu'au XIX siècle, l'adolescence, au sens où nous entendons aujourd'hui n'est pas observable au sein de la société occidentale. Mais au Moyen Age, la croissance physique était considérée comme l'agrandissement graduel d'une créature de Dieu. On peut dire que dans les pays occidentaux industrialisés, l'adolescence a pris une place particulière au XX siècle, avec le retard de l'entrée dans la vie adulte. Cette évolution doit être également rapprochée à l'évolution démographique : le baby-boom de l'après-guerre dans les années 1950 a eu pour conséquence la constitution d'un groupe social correspondant à cette classe d'âge et qui s'est trouvée dans les années 1968. (Coslin.P.G, 2010, p 15-16)

C'est seulement à la Renaissance qu'apparaissent de nouvelles façons de concevoir le développement humain avec Comenius qui pose la nécessité d'établir des programmes scolaires en relation avec l'évolution des facultés de l'individu

2. Définition

Le terme adolescence provient du latin *adolescere*, qui signifie *grandir*, l'adolescence est l'âge du changement car grandir implique de changer. En arabe, l'adolescence se traduit à Morahaka (المراهقة) qui vient du verbe Arhaka (أرهب) qui signifie rendre fatigant (Bourouais.Y, 2009, p 55).

Certains auteurs suppriment la référence à l'adolescence, pour le remplacer par jeunesse comme équivalent (Cartron.A et Winnykamen.F, 2004, p 154).

En trouve dans un ouvrage intéressant, Sports de rue et insertion sociale « la jeunesse est donc aujourd'hui une catégorie aux contours incertains. Elle peut se définir très généralement comme une phase de transition entre l'enfance et l'installation familiale et professionnelle » (Duret et Augustini, 1993, p 21).

L'adolescence constitue pour P. Coslin un temps de transition, progression et de transaction :

- Transition : l'adolescence se déroule suivant des changements bouleversant l'équilibre interne du sujet, ces changements appellent à une restructuration du Moi et engendrent de nouveaux modes d'être au monde, c'est-à-dire la recherche d'un nouveau statut pour atteindre cet équilibre psychique qui renvoie à une transgression.
- Transgression : cette transgression se manifeste souvent sur les images parentales, ces images vont être dépassées par l'adolescent, il y a toute une recherche d'autonomie et l'accession à de nouvelles relations avec son environnement.
- Transaction : les changements psychophysiologiques et l'installation de la sexualité génitale influent sur la façon d'agir de l'adolescent, il progresse vers un nouveau mode de dialogue avec ses parents et son environnement. (Coslin. P, 2002, p. 13).

3. Les étapes de l'adolescence

Selon Blos (1962), l'adolescence est une période critique, une telle évolution, interprétée en termes de second processus d'individuation, peut s'analyser selon cinq phases :

3.1. La préadolescence

Elle se caractérise par une importante émergence pulsionnelle, car il n'y a pas encore de nouvel objet d'amour, de nouveau but pulsionnel. En suit temps de résurgence du pré génitalité, manifeste chez le garçon, fuit l'autre sexe dans la bonde et ses exploits. Pour la fille se jette dans l'hétérosexualité. (Helen. B et al 2002, p 111).

3.2. La première adolescence

Caractérisée par le primat génital et le rejet des objets internes parentaux. La libido reste flottante, chez la fille c'est le béguin homme ou femme, (le stade bisexuel intermédiaire d'hellène Deutsch). Tandis que pour le garçon, le stade de l'ami idéalisé qui prend place, mais sur un modèle narcissique plutôt qu'objectal.

3.3. L'adolescence

Cette étape est marquée par la résurgence des conflits œdipiens et le désinvestissement des anciens objets, et la découverte de l'objet hétérosexuel. Mais c'est en oscillant entre l'hétérosexualité et le narcissisme. Pour Blos le stade de narcissisme est une étape de désengagement, entre l'attachement aux parents et l'amour hétérosexuel d'un nouvel objet, création des nouvelles relations et de nouveaux liens d'attachement (pairs). (Idem, p112-113)

3.4. L'adolescence tardive

Période de consolidation et de réorganisation structurale de la personnalité et le post-adolescent ou l'état adulte est atteint. (Coslin P.G, 2002, p31)

Les fonctions et les intérêts de moi se consolident. Ce qui produit un fonctionnement ego-synodique, c'est-à-dire la représentation de moi se structure. Blos dit « le soi est héritier de l'adolescence » le sur moi codes et règles s'étant bien intériorisé, s'est solidement établi. L'identité sexuelle prend sa forme définitive. (Halen. B et al, 2002, p 114).

3.5. Post adolescence

On appelle cette période jeune adulte, ou l'état adulte est atteint. On arrive donc à l'âge de la profession le mariage, et la procréation, ceci fait référence à l'intégration beaucoup plus

et à l'adaptation, celle-ci est définie méta-psychologiquement et non par rapport à une réalité. (Ibid, p115)

4. Les changements physiologiques et leurs implications psychologiques

Les transformations physiques de l'adolescent sont un passage obligé mais, elles s'accompagnent et déclenchent des transformations psychiques chez l'enfant qui devient adulte par le passage de l'adolescence. (Raynaud J.P, 2008, p115). On observe une forte variabilité interindividuelle dans l'âge et de la durée de ses transformations. Les implications psychologiques de ses changements sont donc à envisager. (Tourette C et Gidetti M, 2013, p192)

4.1. Les changements physiologiques

L'adolescence commence avec la puberté qui survient après une poussée hormonale, qui peut augmenter les sautes d'humeur et qui entraîne pendant une période de deux ans un développement physique rapide. Elle commence généralement chez les filles vers l'âge de 11 ans et vers l'âge de 12 ans chez les garçons. C'est à la puberté que la taille moyenne des garçons va dépasser celle des filles. Durant cette poussée de croissance les organes reproducteurs s'appellent, caractères sexuels primaires se développent de façon importante. C'est le même cas pour les caractères sexuels secondaires qui correspondent aux traits masculins ou féminins ne participant pas à la reproduction tels que l'augmentation de la taille des seins ou des hanches chez les filles ou la pousse de la barbe de la mue de la voie chez les garçons, ou bien encore le développement pour les deux sexes de la politisé de pubis et des aisselles. (Myers D.G, 2004, 161-162).

Chez les filles, la puberté commence par le développement de la poitrine qui apparaît souvent dès l'âge de 10 ans. L'apparition des premières règles chez les filles, (qui surviennent vers 12 ans) et des premières éjaculations chez les garçons (vers 14 ans) et considérée comme des indicateurs de la puberté. (Tourette C et Gidetti M, 2013, p193).

4.2. Les implications psychologiques

4.2.1. L'image du corps

Compte tenu des changements corporels pubertaires, l'image du corps est fortement touchée et remaniée, le corps se transforme à un rythme de variable mais de manière globale,

l'adolescent a besoin de savoir à quoi il ressemble et si cette image est appréciable et acceptable, il cherche dans le regard de l'autre son image.

Marcelli et Braconnier (2008) voient que l'image du corps est bouleversée pendant l'adolescence, de ce fait, le corps devient :

- ✓ Le corps comme repère spatiale : comme il est signalé, l'environnement sert de référence pour la perception de son propre corps, A. Haim, 1970 voit l'adolescent comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé.
- ✓ Le corps comme représentant symbolique : le corps représente pour l'adolescent un moyen d'expression symbolique de ses conflits et des modes relationnels, les tatouages, le piercing, les cheveux longs ou courts, peuvent être le reflet d'une mode, mais peuvent être l'expression symbolique de l'identité sexuelle. (Marcelli et Braconnier, 2008, p22)

Ce bouleversement de l'image du corps est accompagné avec d'autres changements économiques et topiques au niveau de l'appareil psychique décrit par Freud,

4.2.2. Corps et dépression

La puberté exige des changements corporels totaux, ces changements sont rapides et brutaux et prennent une valeur traumatisante, l'adolescent est subi à ces changements et doit effectuer le deuil de son enfance. L'émergence du corps sexué le conduit à endeuiller son corps asexué perdu à cet âge de transformation. L'adolescence étant considérée comme travail du deuil, selon E. Kestemberg explique le vécu dépressif de l'adolescent par trois deuils successifs :

- Deuil du refuge maternel : il est vécu comme un abandon de la part de la mère, ce deuil n'est pas voulu par l'adolescent, il est imposé sur lui.
- Deuil œdipien : l'établissement d'un nouveau mode de relation avec les parents, le deuil de l'investissement œdipien et de la dépendance des parents, tout en aménageant le nouveau mode de relation interne avec eux.
- Deuil de bisexualité : étant le potentielle pour pouvoir faire le choix d'un nouvel objet d'amour. (Brousselle. *A et coll.*, 2001, p. 24)

A. Haim a écrit : « comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus, et, comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais, comme la dynamique de deuil normal permet d'entreprendre le travail, celle de

l'adolescence fait que rien ne se fixe ». Le deuil des personnes influentes de l'enfance, le deuil consiste en une perte d'objet au sens psychanalytique du terme, c'est la perte des objets infantiles qui sont l'objet primitif (la mère) et l'objet œdipien (le parent du sexe opposé), de ce fait, l'adolescent est amené à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation œdipienne. (Marcelli. D, Braconnier. A, 2008, p. 19).

4.2.3. Corps et identité

Le corps devient à cet âge un enjeu narcissique majeur pour l'adolescent qui donne un intérêt exagéré pour son corps, en même temps ce corps devient une source d'inquiétude lorsque ceci concerne son identité, l'adolescent craint de ne pas s'identifier de manière sûre. L'identité qu'il est en train de transformer et de construire s'appuie sur l'image du corps, la construction de l'identité trouve son essence dans l'enfance et dure toute la vie, en connaissant un développement majeur à l'adolescence. Dès que l'enfant découvre qu'il est l'auteur de ses gestes, il devient actif dans la construction de son identité (stade du miroir), à l'adolescence et face au bouleversement pubertaire et à la nécessité de prise d'autonomie vis-à-vis des parents, l'adolescent doit reconstruire son identité et l'individualiser par opposition conflictuelle avec ses parents, l'adolescent se positionne comme différent, unique, ayant sa propre valeur. (Dreyfus. A, et Reithmann. A, 2005, p. 30).

Pour Braconnier & Marcelli, l'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives du narcissisme, si ces relations précoces ont été satisfaisantes, ont permis un investissement du soi équilibré et continue, le sentiment de l'identité sera stable et assuré, dans ce cas, l'objet ne menacera pas le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a étayé l'investissement narcissique, et la survenue d'une adolescence marquée par un « besoin d'objet » n'effrayera pas l'assise narcissique.

A l'inverse, dans le cas de fragilité et d'incertain sentiment d'identité, le jeune enfant a connu et subi des défaillances excessives dans la qualité et la continuité de son investissement, qu'il a vécu des ruptures traumatiques ou qu'il n'a jamais pu faire l'expérience de brèves et positives séparations, les défaillances de l'objet précoce ont créé des brèches narcissiques. Le réveil pulsionnel de l'adolescence et son besoin objectal seront ressentis comme une menace potentielle pour l'assise narcissique et identitaire, cela contraint l'adolescent à une attitude d'opposition, de rejet ou de négativisme à cause de l'aspect anti-narcissique que prend l'investissement d'objet. (Marcelli. D, Braconnier. A, 2008, p. 26-27)

5. Le développement cognitif de l'adolescent

Les changements de développement cognitive à l'adolescence sont décrit à travers ce que Piaget a appelé le stade des opérations formelles qui va de 12 à 15ans. Piaget a avancé l'idée que cette dernière étape peut ne pas être atteinte par tous les individus et le développement cognitif peut s'arrêter avant, à la période opératoire concrète. (Tourrette.C et Guidetti.M, 2013, p195)

La période opératoire formelle va constituer un changement du rapport au monde, l'intelligence se situe au plan des relations entre le possible et le réel. la pensée opératoire formelle est hypothético-déductive ; c'est-à-dire que l'adolescent devient capable de formuler et de raisonner à partir des hypothèses (Guidetti.M, 2002, p99) en utilisant des plans d'expérience pour les vérifier. Il fait l'inventaire de tous les possibles et le réel qui était le seul possible envisageable. Alors que Piaget à distinguer deux étapes successives dans l'avènement de cette période qui correspondent à une phase assimilatrice égocentrique (la combinatoire) suivait d'une phase d'accommodation au réel qui fait sortir le sujet de l'égoцентризм et favorise une meilleure adaptation au réel (la logique des propositions). (Tourrette.C et Guidetti.M, 2013, p195)

6. Crise d'adolescence

Dans le champ psychopathologique une crise est comme « un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable ; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes (Marcelli D. et Braconnier A, 1999, p 40) .L'adolescence comme crise paraît la première explication compatible, pour les premiers utilisateurs du terme, avec la brutalité des événements et les formes excessives des manifestations adolescentes.

G. Stanley Hall (1904) accentue ainsi dans le premier ouvrage sur l'adolescence l'aspect dramatique de la période; M. Debesse (1936) en fait la « crise d'originalité juvénile» E. Erikson (1969), une «crise d'identité». Cette expression qui la relie aux déterminants historiques et culturels, amorce la conception ultérieure de continuité psychologique. (Coslin P G, 2010, p137).

Dans le modèle explicatif qui pense l'adolescence dans la ligne développementale, cette période prolonge des mécanismes psychologiques mis en place dans la petite enfance. Notamment, celui de séparation-individuation, déjà en exercice dans les relations complexes d'attachement et de recherche d'autonomie, voire d'opposition, qui se jouent entre l'enfant et sa mère, avec son entourage, à l'école. L'adolescent, certes, vit intensément cette double recherche d'identité personnelle, et de sécurité.

Peter Blos (1971), Pierre Mâle (1980) soulignent bien la fonction relationnelle et identitaire des amis, des groupes de pairs dans la perspective adaptative de la crise. (Saint Marc.C, 2003, p19)

De nombreuses psychanalystes en ont ainsi proposé une réflexion relative à l'adolescence en terme de crise. Ana Freud, Laufer, Evelyne Kestemberg, et bien d'autres considèrent que la crise d'adolescent renvoie à un « conflit de développement » qui serait éprouvé par tous les adolescents, car elle est selon eux un moment de réorganisation psychique, débutant par la puberté, dominée par la dépression sous-jacente, par des interrogations sur l'identité et par une idéalisation de la nouvelle vie qui s'offre à eux et qu'ils attendaient imaginativement et inconsciemment. Il s'agit bien d'une crise car le jeune vit des changements, des conflits, des contradictions. (Coslin. P. G.2010, p140)

✓ Les causes de l'adolescence en crise

- L'adolescence en crise est le reflet d'une crise du monde adulte qui projette ses questions et ses problèmes sur les adolescents : manque de repères cohérents donnés par les adultes. Or les adolescents sont en constante recherche de balises pour transiter vers l'âge adulte et les incohérences ne manquent pas (messages alcool et conduite),
- fin des rites de passage : service national, bizutage, ... d'où perte de repère de la « fin » de l'adolescence
- désarroi croissant des parents : absence de lignes directrices données par la société, absence de modèle éducatif familial,
- développement des familles monoparentales et recomposées, dans lesquelles l'ado peut avoir des difficultés à trouver sa place. (Dargent.F, 2006, P4)

7.Troubles de comportement à l'adolescence

Les troubles de comportements témoignent d'une souffrance psychique qui ne peut se dénommer ni même parfois se penser. Ils doivent parallèlement être décodés comme des manifestations des difficultés de l'adolescent pour s'assurer de sa valeur et de l'estime de soi. Parmi ces troubles en trouve :

7.1. Suicides et tentatives de suicide

Le suicide est dans la majorité des pays européens la deuxième cause de mortalité après les accidents de circulation pour la tranche d'âge des 15-24 ans. Ils représentent 15% de la mortalité

Les travaux qui se sont penchés sur la prévention du suicide chez les adolescents montrent que quatre types de signaux peuvent alerter l'entourage sur l'immanence d'une tentative de suicide du jeune adolescent. D'une part une humeur dépressive, des perturbations concernant le sommeil, la nourriture, d'un déclin des performances scolaires. D'une autre part un retrait graduel par rapport au groupe social accompagné de cessation de communication avec les parents et les membres importants de la famille (Pierre et al, 2002, p120).

7.2. Consommations de produits toxiques

La toxicomanie comprend l'usage de dépendance. Les substances toxiques sont consommées par les adolescents peuvent être légaux (tabac, alcool, médicaments...) comme ils peuvent être illégaux (drogues dures). (Mitt.P et al,1994, p199) Ils sont la première cause d'accidents mortels. Peut-être de 50 à 70% des victimes des suicides (15-25ans) ont une histoire d'abus de substance. Bénony H, 2005, p55). Ces comportements sont pour l'adolescent sont un moyen de retenir l'attention de l'adulte. (Mitt.P et al,1994, p199)

7.3. Violences et conduites transgressives

Souvent, les mots violence et adolescence sont associés, en particulier dans les médias. Dans l'enquête Baromètre Santé Jeune, 8% des adolescents (12.2% des garçons, 3.5% des filles) reconnaissent avoir eu un comportement violent au cours des 12 mois précédents.

Dans les statistiques produites par le Ministère de la Justice, on a constaté, de 1998 à 2001, une augmentation des conduites violentes, aussi bien contre les objets (vandalisme,

saccage, destruction, incendies volontaires : + 20 %) que contre les personnes (Idem.p 117-118).

Les conduites agressives, violentes ou sous forme de passages à l'acte plus « ordinaires » (fugues, bagarres, cris et injures, crises de nerf...) sont surtout le fait des jeunes adolescents, dans la tranche des 12-15 ans. Ces conduites tendent à diminuer de fréquence avec l'âge. Elles concernent principalement les « collégiens », ce qui explique en grande partie les difficultés rencontrées par les établissements scolaires qui accueillent les jeunes de cette tranche d'âge. Mais, il ne faut pas oublier que, de façon tout aussi constante, les adolescents eux-mêmes sont victimes de violence familiale ou extrafamiliale

7.4. Adolescence et risques d'organisation psychopathologique

7.4.1. Les troubles du comportement alimentaire

Anorexie et boulimie apparaissent électivement à la puberté et au sein de nos sociétés occidentales, offrant un exemple des intrications complexes entre souffrance psychique et expression somatique, trouble de l'individu et pathologie familiale, voire sociale (le manuel de résident, 2009, p1) Ces problèmes sont toujours la conséquence d'une détresse ou d'un malaise profond. L'anorexie touche 2 % des femmes. Ce refus de s'alimenter traduit un mal-être profond et peut avoir des conséquences dramatiques sur la santé (Chapoutier k, 2003, p69)

Le début le plus fréquent se situe à 13-14 ans ou 16-17 ans pour l'anorexie, et plus tardivement, 19-20 ans pour la boulimie (caractérisé par des accès incoercibles de fringale, avec absorption massive et ininterrompue de grandes quantités de nourriture, suivis de vomissement provoqués ou d'endormissement. (Bloch H et al, 1999, p122) ces troubles signent que éprouve des difficultés à s'adapter à son nouveau corps ainsi qu'à la sexualité. (Rougeul F, 2006, p146).

7.4.2. La schizophrénie

Pathologie mentale traditionnellement rattachée à l'adolescence, elle débute souvent entre 12 et 18/19 ans, même si des enquêtes épidémiologiques documentées confirment que l'âge moyen d'apparition, en réalité «de diagnostic retardé » de cette maladie, se situe plus tard, en début de l'âge adulte (27,4 ans). (Raynaud J.P, 2009, p118)

7.4.3. Les troubles anxieux

Les études indiquent que 2 à 3 des adolescents souffrent de troubles anxieux, il s'agit d'un état de tension intense, d'une crainte vague, d'un danger imminent. Ils sont constituent un mode d'entrée dans les troubles névrotiques (Bénonny H, 2005, p57).

7.4.4. Les troubles majeurs de l'humeur

Débutent généralement après la période d'adolescence ; mais le début des formes graves, en particulier familiales, est fréquent et trop souvent méconnu aussi car de séméiologie atypique (troubles du comportement aspécifiques).

8. L'attachement à l'adolescence

Dans l'enfance, l'attachement est défini 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 défini comme un lien avec une personne proche qui offre un engagement affectueux au sujet, cette autre personne peut être une figure parentale, un partenaire intime ou même un ami proche. (Cottraux J, 2007, p 31).

Il est évident que la relation parent-enfant se modifie à l'arrivée de l'adolescence. L'adolescent sexualise cette relation, l'inceste devient de plus en plus réalisable avec le parent de sexe opposé, contraignant l'adolescent d'une certaine manière de s'éloigner de ce parent pour s'en protéger, le protéger et contrôler cette excitation pubertaire. L'adolescent cherche à s'éloigner des figures parentales, l'agressivité consciente ressentie à l'égard d'un ou des parents est souvent une façon de les mettre à distance et une tentative de s'en séparer. Mais ce mouvement conscient n'est rien d'autre que le contre-investissement d'un mouvement beaucoup plus profond, inconscient et directement pulsionnel « l'envie des parents ». (Alvin. P et Marcelli D, 2005, p 37).

Zimmermann (2000), écrit « à mesure que l'enfant vieillit, les manifestations de cette recherche de proximité se transforment et prennent une forme plus psychologique », au cours des premières années de vie, la disponibilité physique et affective des figures d'attachement est essentielle pour permettre à l'enfant de s'adapter au monde, et construire sa personnalité et réguler son attachement. (Trabulsy M, 2000, p 188)

A l'adolescence, cette disponibilité affective et émotionnelle devient plus importante, car l'adolescence est une période de remaniement psychique et corporelle. Les pertes peuvent être traumatiques et entraînent des désordres de la personnalité et de la relation d'attachement. Une réévaluation de ses expériences d'attachement devient possible, procurant une nouvelle possibilité de changement identitaire. (Ibid, p188).

La plus part des adolescents s'adaptent avec succès aux changements physiques cognitifs...mais cette adaptation entrain un mélange d'excitation et d'anxiété qui guinée un sentiment d'insécurité.

L'attachement toute étant stable pendant l'adolescence, reste très sensible à l'environnement psycho-sociale. (Guedeney N et A, 2009, p113)

Conclusion

A partir de de ce qui précédé on peut dire que la période de l'adolescence est une phase qui permet le passage d'un enfant fragile incapable à un adulte autonome et épi. Ce qui fait de cette période une étape très sensible. Qui impose aux parents et éducateurs ainsi qu'aux chercheurs dans le domaine, une tâche importante qui est de mieux interagir avec cette tranche d'âge afin de bien le comprendre.

Chapitre III :
Infirmité motrice
cérébrale

Préambule

L'infirmité motrice cérébrale est une pathologie complexe entraînant des incapacités motrices plus ou moins importantes et des déficits associés. Ces troubles sont la conséquence de lésions cérébrales précoces dont l'origine est péri ou post-natale.

Dans ce chapitre on va aborder la terminologie l'infirmité motrice cérébral puis la définition de l'IMC, types et l'éthnologie et diagnostique d'IMC, puis les troubles associés, en abordera aussi l'adolescent IMC, et les parents d'adolescent atteint infirmité motrice cérébral et en termine avec la prise en charge d'IMC.

1.Terminologie

Le terme handicap « hand-in-cap » en anglais signifie « la main dans le chapeau » apparaîtrait pour la première fois au XVI^e siècle en grande-Bretagne pour distinguer un jeu dans lequel les concernés disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. (Guidetti.M, tourrette.C ,1999, p7).

La notion de « handicap » évoque un déficit, des faiblesses par rapport à un norme qui reflétait le moyen des capacités des individus vivant au sein de la même société

Le terme d'infirmité motrice cérébral a été proposé en 1954 par G.Tardieu pour distinguer des sujets porteur de séquelles motrices de lésions cérébral infantiles de sujets encéphalopathies atteints de déficiences mentale profonds et de trouble moteurs associés.(Ibid.p31).

Les anglo-saxons, quant à eux, regroupent le terme « cerebral palsy » ce terme est reconnu depuis les années 1947-1948, ce terme est défini comme « un ensemble de troubles du mouvement ou de la posture et de la fonction motrice. Ces troubles étant dus à un désordre, une lésion ou une anomalie non progressive d'un cerveau en développement ou immature. » (Regina.C, 2012, p28).

2. Les Définitions

2.1. Les définitions du handicap : Ce terme connaît plusieurs définition nous retenons ici les plus courantes :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : « l'handicap est défini comme une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes ». (Bloch et al, 2003, p421)

Selon la loi du 11 février 2005 le handicap : « Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble invalidant » (Labbé, J., 2000, p4).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (L'OMS) : Pour qui « est handicapé, un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». (Guidetti, M et Tourrette, C, 1999, p7)

2.2. Définition du handicapé moteur

Le handicap moteur parfois appelé déficience motrice, désigne un ensemble de troubles qui entraînent une perte totale ou partielle de la motricité.

On distingue classiquement les handicaps moteurs d'origine cérébrale appelés infirmités motrices d'origine cérébrale IMOC, ou les handicaps moteurs cérébraux IMC ou les handicaps moteurs d'origine non cérébrale ou l'on différencie les handicaps temporaires, définitifs et évolutifs. (Guidetti, M et Tourrette, C, 1999, p29).

2.3. Définition d'Infirmité motrice cérébrale

Définition universelle de l'infirmité motrice cérébrale est la suivante « l'IMC n'est pas une maladie mais un syndrome qui associe un trouble de la posture et un trouble du mouvement, résultat d'une lésion cérébrale non progressive et définitive survenue sur un cerveau en voie de développement ». (Elkholti, Y, 2008, p8)

Selon Guy Tradieu l'infirmité motrice cérébrale IMC « regroupe des troubles moteur prédominants et non évolutifs dus à une lésion cérébral prénatale, prénatal ou postnatal précoce, pouvant s'accompagner d'atteintes sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures, à l'exception d'une déficience intellectuelle » (Recina.C, 2012, p28).

Selon l'OMS, l'IMC « est la perte ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Elle se caractérise par une restriction plus ou moins importante de la motricité volontaire résultant d'une atteinte nerveuse, musculaire ou osseuse. Elle entraîne des incapacités. C'est à dire des « rééducation partielles ou totaliser la capacité d'accomplir une activité » et pour entraîner « un désavantage social qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal ». (Lacert.Ph, 1980, p3)

3. Les types d'infirmité motrice cérébrale

Il en existe trois grandes formes chez l'infirmité motrice cérébrale

3.1 Le type spastique

Correspond à une exagération du réflexe d'étirement, par conservation de l'hypertonie de naissance. Ce qui se traduit à l'examen clinique par des réflexes ostéo-tendineux vifs, un réflexe de Babinski en extension et un arrêt dans l'amplitude articulaire à la mobilisation rapide. Sur le plan fonctionnel par des mouvements volontaires ne pouvant sortir de schémas moteurs stéréotypés, par exemple, le schéma le plus classique est celui de la marche en adduction de hanche, rotation interne, flexion de genoux et équin, ou bien au niveau des membres supérieurs, une approche de l'objet en flexion de coude, pronation et flexion de poignet. (S.Tiemko Oumar Lautholy, 2013, p30).

3.2. Type athétose ou dyskinésie d'infirmité motrice cérébrale

Ici le tonus musculaire est mélangé. Parfois il peut être trop relâché ou hypotonique et parfois il peut être trop serré ou hypertonique. L'Hypotonie se produira habituellement avant de 1 an. Le tonus musculaire grimpe avec l'âge et le progrès jusqu'au Hypertonie.

Les dégâts se produisent au système extrapyramidal de moteur et/ou à la région pyramidale et aux noyaux gris centraux. Ils se produisent dans des pour cent de 10% à de 20%

de tous les cas. L'infirmité motrice cérébrale d'Athetoid peut être vue dans les nouveau-nés qui ont eu l'ictère sévère et le kernicterus.

Ces patients ont la panne se retenir dans un montant, position régulière pour se reposer ou marcher, et affichent souvent des mouvements involontaires. Pour ces patients il est difficile de réunir leurs mains ou membres pour n'importe quelle forme de travail concentré. (Henning R.Miriam.D, 1989, p213)

3.3. Type ataxique

Ce type d'infirmité motrice cérébrale se produit du pour endommager au cervelet ou à la partie plus inférieure du cerveau au fond de la tête. Cette zone traite normalement le mouvement, la démarche et la coordination.

C'est un les types moins communs d'infirmité motrice cérébrale formant environ 10% de tous les cas. Il peut y avoir des tremblements ou secousse supplémentaires. Ces enfants ont des problèmes avec d'autres habiletés motrices comme l'écriture, tapant, utilisant leurs doigts de bons mouvements ainsi qu'ont des problèmes de reste tout en marchant. Ils peuvent également avoir des ennuis avec le traitement visuel et ou auditif. (Ibid, p13).

4.Étiologies de l'infirmité motrice cérébrale

L'infirmité motrice cérébrale peut avoir plusieurs origines car les lésions cérébral peuvent survenir avant la naissance, pendant la naissance, pendant l'accouchement ou encore après la naissance dans les deux premier années de vie de l'enfant dans tous les cas, ces lésion cérébral se produisant sur un cerveau qui n'a pas encore atteint sa maturité.

4.1. Causes prénatales

L'infirmité motrice cérébrale peut être engendrée par des malformations, des maladies maternelles (infection, rubéole, toxoplasmose...), des syndromes divers, une hémorragie cérébrale, une hypoxie, un placenta endommagé, un accident vasculaire cérébral ; une incompatibilité de facteur rhésus. (Regina.C, 2012, p29).

4.2. Causes périnatales

La souffrance périnatal s'accompagne fréquemment d'anoxie (réduction de l'oxygéné parvenant au cerveau). Le sang insuffisamment oxygéné devient acide et crée des lésions cérébrales. Elle est à l'origine de 50% des cas d'infirmité motrice cérébrale. (Guidetti.M Eet Tourette.C, 2004, p31).

4.3. Causes post-natales

Ils surviennent Dans la période postnatale, seul peuvent laisser des séquelles motrices et à condition qu' cours des premiers mois les encéphalopathies aiguës (liées a une déshydrations pouvant être consécutive à une forte diarrhée), les infections aiguës du système nerveux central (méningites), les traumatismes crâniens et éventuellement les accidents anesthésique. (Ibid, p32).

5.Diagnostic d'infirmité motrice cérébrale

5.1. Les signes révélateurs

La lésion cérébrale est responsable essentiellement d'une atteinte motrice, mais d'autres Fonctions cérébrales peuvent aussi être impliquées. Les signes révélateurs, souvent signalés Par les parents, peuvent être repérés à un âge variable suivant la gravité de l'atteinte. Une écoute attentive des parents et la surveillance rapprochée des enfants à risque doivent conduire à un diagnostic précoce.

Les premiers signes faisant suspecter l'IMC sont des difficultés :

Dans le développement de la motricité par exemple un enfant qui ne tient pas sa tête, qui ne peut ramper en s'aidant des membres inférieurs, qui tarde à se tenir assis seul, qui n'utilise qu'une seule main ;

Un peu plus tard dans le développement, ce seront des signes évoquant un contrôle moteur anormal, des membres inférieurs raides, une main toujours fermée, une tenue du tronc asymétrique. Chez les enfants nés prématurément et ayant un risque de constituer une IMC, doivent bénéficier d'une surveillance permanente. (S.Tiemko Oumar Lauthly, 2013, p35).

5.2. Le Diagnostic para-clinique

Il doit être précoce surtout chez le prématuré. L'électroencéphalogramme (EEG) et l'échographie transfontanellaire répétée dans les premières semaines de vie, constituent les meilleurs prédicteurs de séquelles motrices liées aux lésions cérébrales. Quand l'échographie est faite de façon itérative dans les premières semaines de vie, elle permet de voir des zones hyperechogènes qui se pérennisent de façon trop prolongée voire faire place à une cavitation évoquant les leucomalacies péri ventriculaires.

Une fois constituées, ces lésions peuvent être visibles sur les examens tels la tomodensitométrie (TDM), mais surtout l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permet d'apprécier le moment de leur constitution.

5.3. Le diagnostic selon l'âge

Les signes cliniques étant calqués sur le développement psychomoteur de l'enfant avec des repères d'âge clé, c'est en comparant le niveau d'évolution motrice atteint par un enfant avec celui d'un enfant de même âge que l'on va pouvoir diagnostiquer l'IMC. Deux notions sont à retenir :

- L'état du nourrisson est un état dynamique et non un état statique ;
- Il existe des variations dans l'évolution motrice.

Entre 4 et 18 mois le diagnostic précis est possible .Il repose sur une bonne anamnèse et un examen neurologique adapté à l'âge de l'enfant. Entre 0 et 3 mois le diagnostic sera basé sur l'anormalité et/ou l'absence des réflexes archaïques, sur les troubles du tonus et de la motricité spontanée.

L'élément important est la prise en compte de la globalité de l'enfant à travers ses particularités individuelles ; car dès l'âge de :

- 0 à 3 mois ce sont les signes d'alarme (bébé à risque) ;
- 4 à 8 mois ce sont les signes d'orientation ;
- 9 à 10 mois ce sont les signes de certitude, de confirmation de l'IMC.

Le diagnostic est probable dès l'âge de 5 à 6 mois, mais certain seulement vers l'âge de 9-10 mois.

A partir de l'observation fine du comportement de l'enfant et d'une évaluation chiffrée, si possible à l'aide d'outils cliniques, de développement de l'enfant seront réalisés ensuite proposés des soins adaptés au cas par cas. (Idem,36).

6. Les troubles associés

Ces troubles ne sont pas constants mais fréquents ; quand ils existent, ils peuvent être d'intensité variable et se combiner. Ils peuvent être, dans certains cas. Prévenus ou compensées par des mesures éducatives et thérapeutiques appropriées.

6.1. L'épilepsie

L'épilepsie est un due dysfonctionnements du system nerveux, chez les IMC on peut retrouver des crises de convulsion avec perte de connaissance, suivants les auteurs et suivant la nature des atteintes, entre 20%et 60%ses IMC. Leur caractère répétitif et surtout les accidents qu'elles peuvent provoquer vont perturber la vie familiale et sociale d'une IMC, grâce à un traitement médicamenteux qui doit être suivi régulièrement, il est possible de stabiliser ces attaques convulsives. Cependant, plus le niveau intellectuel est faible, plus les crises se répètent et son difficiles à prévenir avec un traitement. L'épilepsie est plus fréquent chez les spastique que chez les athétosique ou elle rare, et plus fréquente dans les hémiplegies (37 à 44% des cas) que dans les diplégies. (Guidetti.M et Tournette.C, 2012, p33)

6.2. Les troubles de la vision

Les déficiences visuel sont fréquentes chez les sujets atteinte de L'infirmité motrice cérébral, la coordination oculomotrice se met difficilement en place. Ainsi 69% des sujets IMC sont atteints de strabisme, 20% des IMC sont atteints d'amblyopie unilatérale (diminution de l'acuité visuelle qui ne concerne qu'un seul œil). (Sandrez.P, 2013, p14).

Les sujets atteints de l'infirmité motrice cérébral se montrent souvent incapables d'interprète les symboles visuel, beaucoup d'IMC ont un dysfonctionnement visuel c'est ta à dire ils sont du mal à comprendre les formes, a distinguer des formes qui peuvent paraitre semblables, à isoler un dessin de l'arrière plant et voire les différences de direction de ligne ou de formes. (Henning.R et Mariam.D, 1989, p9)

6.3. Les troubles auditives

Les troubles de l'audition toucheraient près d'un quart des personnes avec IMC. Certaines d'entre eux peuvent passer inaperçus car ils ne concernent que des fréquences précises (son aigue ou graves). Ils donc à rechercher précocement afin de prévenir tout conséquences intellectuelles, en particulier sur l'acquisition de la langue. (Association des paralysés des France, 2011, p38).

6.4. Les troubles de la sensibilité

Les troubles de la sensibilité ne sont pas rare chez les hémiplegiques, il s'agit en général de troubles du transfère intermodal ou astéréognosie : ils ne peuvent reconnaître l'objet avec leurs main sans le contrôle de vue. (Guidetti.M et Tourrette.C, 1999, p35).

6.5. Les troubles de déficiences sensibles

Le cortex sensitif primaire situé derrière le cortex moteur peut fréquemment être atteint chez l'enfant IMC il n'est donc pas rare de trouver en cas d'atteinte motrice importante des troubles de la sensibilité (troubles de la dissimulation tactile, de la localisation, du sens des positions, ou de mouvements et de la stéréognosie). Lorsque le cortex sensitive secondaire est lésé un troubles de l'intégration et une désorientation visuo-spatiale peuvent être retrouvés. (Regina.C, 2012, p31).

6.6. Troubles de langage

Les sujets IMC peuvent être atteints d'un trouble de la parole ou du langage en plus de leur atteinte motrice. Ils peuvent être de cinq types. L'enfant peut être mutique à cause d'un trouble phasique. Il peut être dysarthrique, et c'est la réalisation motrice de la parole qui est touchée. Il peut présenter un trouble sévères du langage ou dysphasie (de type lésionnelle), ou plus simplement un retard de parole et ou de langage.

En ce qui concerne l'atteinte du module langagières l'enfant peut présenter divers degrés et types d'atteintes. Sa pathologie langagière peut minime et être de l'ordre du retard de langage et ou de parole mais, elle peut être sévères et durables, et donc être définie comme dysphasique.

La classification des dysphasies de grand classe les dysphasies en trois catégories : les dysphasies réceptives, expressives et globales. Les dysphasies réceptives font référence au mode d'entrée verbal, elles peuvent toucher la compréhension du discours et l'identification des mots (surdité verbal) ou concerner la discrimination des oppositions phonologiques. Les dysphasies expressives touchent les voies de sortie. Elles peuvent être de deux types : phonologique-syntaxique et phonologique avec une atteinte de la programmation phonologique. Les voies de sortie peuvent aussi être atteinte par une apraxie bucco-faciale (impossibles à réaliser des mouvements volontaires complexes) qui entre dans certains syndromes dysphasiques. (Ibid, p33).

6.7. Les troubles instrumentaux

Les troubles praxiques sont les plus importants par leur fréquence (presque 100% des IMC). L'apraxie est la représentation intériorisée d'une succession d'actes en vue d'un objectif. Il s'agit d'un programme qui détermine les gestes à réaliser dans diverses situations. Écrire, s'habiller, taper dans un ballon ou simplement porter une cuillère à la bouche sont des apraxies. La personne IMC est souvent dyspraxique, cela signifie qu'elle possède des programmes moteurs inadaptés. Chez l'IMC, la dyspraxie est en général consécutive aux troubles du regard. L'enfant construit mal son espace en raison des mauvaises informations visuelles qu'il possède. D'autre part, son déficit d'expériences sensori-motrices ne lui a pas permis une construction de l'espace par cette voie d'apprentissage. (Jennes.A et Colin.C, 2012 /2013, p23)

7.L'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale

L'adolescence est marquée par une prise de conscience aiguë du handicap qui intervient dans une période où, comme les autres, le jeune IMC doit effectuer de nombreux choix pour son avenir et vivre de nombreux deuils aussi. Elle génère parfois des sentiments négatifs ou des états dépressifs qui plongent l'adolescent dans une forme de déni de ses déficiences motrices et intellectuelles, et remettent en question des acquis. Ainsi certains adolescents désinvestissent-ils alors leurs séances de rééducation, d'autres leur scolarité. Certains, à ce moment de leur vie, peuvent se raccrocher à l'idée qu'ils pourront marcher. Cette idée peut être alimentée par le fait qu'une intervention chirurgicale va être subie par l'adolescent.

La croissance accélérée aggrave les déformations et les douleurs. La faiblesse musculaire et les rétractions peuvent limiter la marche acquise au préalable. La question de l'autonomie se pose avec une acuité particulière. Le travail avec les adolescents IMC devra contribuer à reconnaître le corps en devenir adulte, malgré les limites cognitives et les représentations sociales infantilisantes. Il s'agira pour les professionnels de :

- Travailler à l'instauration d'une distance affective et relationnelle « socialisée » et socialisante.
- Poursuivre les informations sur le corps, sur le sens des règles (qui n'est pas celui d'une blessure).
- Aider parfois le jeune à dépasser les peurs ressenties face à son propre corps et à celui de l'autre.
- Instituer des séances d'éducation sexuelle spécialisée, en individuel ou en groupes, prodiguées par des professionnels, dans le cadre de l'éducation à la santé, par exemple. Pourront y être les sentiments d'amitié et les sentiments amoureux, parfois le désir de parentalité, l'envie et la crainte de quitter les parents...
- Reconnaître la valeur de nouveaux états d'âmes ou de nouveaux comportements identitaires
- Marquer la majorité sexuelle en informant quant aux nouveaux droits, mais également quant aux nouveaux devoirs.
- accompagner le jeune dans sa projection dans l'avenir en l'aidant à construire son projet professionnel.
- respecte ses croyance et projets, mais sans leurrer, l'adolescent a besoin de passer par des stades ou il se confronte à ses difficultés car cela contribue au réaménagement psychique pendant cette période. C'est l'accompagnement familiale, pluridisciplinaire et de ses pairs qui l'aident à se construire de façons sereine. (<http://www.opf.asso.fr/>)

8. Les parents d'adolescent atteint infirmité motrice cérébrale

La conséquence du handicap de l'enfant sur la vie familiale touche des dimensions variées, sante psychologique et physique, relation social et familiale. Les premières conséquences est psychologique, suit à la découverte d'un problème moteur chez l'enfant,

selon l'origine soupçonnée de l'atteinte, un sentiment de culpabilité peut être développé par les parents.

Les parents d'adolescent atteint infirmité motrice cérébrale ont un risque de développer des troubles psychologique et psychique plus important que les parents de la population général. (Guyard.A, 2013, p17).

Les parents d'adolescent atteint infirmité motrice cérébral ont une perturbation dans leur qualité de vie et ressentent généralement un niveau de stress élevé, typiquement la mère assume la principale responsabilité des soins médicaux de l'enfant IMC de ce fait les mères ont une moins bonne qualité de vie que les pères.

La souffrance des parents est plus accentuée a l'âge de l'adolescence que durant l'enfance, d'après les études il existe un lien de corrélation entre le soutien social perçu , la qualité de vie et le stress perçu, ainsi le soutien social y compris celui du conjoint améliore la qualité de vie psychique et favorise la diminution du stress et il contribuerait à diminuer la charge que représente le fait de prendre soin et d'éduquer un enfant et plus particulièrement un adolescent souffrant d'une infirmité motrice cérébral spécialement vrai pour la mère.(Mouilly.M, 2014, p105).

9.La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale

La prise en charge d'IMC se fait à partir des troubles observés. Il est cependant important de comprendre que les choix thérapeutiques sont définis à partir d'une analyse systémique de la personne handicapée dans son contexte socio-familial. Cette démarche s'applique à toutes les personnes en situation d'handicap.

La prise en charge de la personne IMC est complexe. Elle doit se réaliser dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire intégrant : un suivi médical, des rééducations, ergothérapies, kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, orthoptie, il a besoin aussi d'un suivi éducatif, et un suivi psychologique. (Jennes. A et Colin.C,2002/2003, P27).

9.1 .Objectif de la prise en charge

9.1.1. Education thérapeutique

Elle doit débiter précocement et dont le but est essentiellement destiné à développer au maximum les capacités restantes de l'enfant et, si possible, de développer des suppléances aux fonctions défaillantes. Elle sera assurée par des techniques rééducatives : kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, orthophonie, orthoptie, selon les besoins. (S.Tiemko Oumar Lautholy, 2013, p38).

9.1.2. La Prévention

Une prévention des attitudes vicieuses et des déformations orthopédiques sera mise en œuvre avec, notamment, des techniques d'installation correcte du prématuré dans le service de réanimation néonatale, des postures, des orthèses pouvant être portées le jour ou la nuit selon leur type et leur indication (sièges moules, orthèses de verticalisation, orthèses pédieuses, orthèses de mains, orthèses du tronc, des membres inférieurs etc...).

9.1.3. Le traitement

Un traitement des troubles neuromusculaires avec des plâtres de posture, une chirurgie d'allongement musculo-tendineux ou des transpositions musculo-tendineuses ; c'est l'utilisation de technique de lutte contre la spasticité, soit médicamenteuses, soit neurochirurgicales.

9.1.4. Education et Scolarisation

Elles doivent être adaptées aux possibilités réelles de l'enfant, pouvant mettre en œuvre des techniques d'apprentissage spécifiques.(Idem,p38)

Conclusion

De façon globale dans ce chapitre on a vu que l'infirmité motrice cérébral est un terme regroupant un large ensemble des pathologies handicapant qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

On a vu aussi que les adolescents atteint d'une infirmité motrice cérébrale ont besoins d'une attention particulière pour pouvoir s'épanouir.

Partie pratique

Chapitre IV :
Méthodologie de la
recherche

Préambule

Chaque recherche scientifique exige l'utilisation d'une ou de plusieurs méthodes, de technique et d'outils d'investigation. La recherche en psychologie ne se limite pas au côté théorique, mais elle doit être fondée sur le côté méthodologique, qui est un canal médiateur entre le côté théorique et le côté pratique.

Dans cette partie, on va présenter les différentes étapes d'élaboration de notre travail.

1. La pré-enquête

La pré-enquête est définie comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation » (Chauchat.H, 1990, p19)

Selon Mucchielli la pré-enquête est l'essentiel de la phase répertoire de l'enquête, elle est une étape de recherche des hypothèses possibles, mais des hypothèses vérifiables. (R.Mucchielli, 1993, p 13)

La pré-enquête est une phase du terrain assez précoce, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le plus possible d'information sur notre thème de recherche, ce qui nous permettra d'être aidé à construire une problématique précise et surtout de formuler notre hypothèse qui sera valide et facile à argumenter par la suite.

Notre pré-enquête en relation avec notre thème de recherche. Et nous avons réalisé dans l'association « ASIMC/ BEJAIA », ce que nous permet de rencontrer des spécialistes et des psychologues, qui nous ont permis de faire des rencontres avec les handicapés avec infirmité motrice cérébrale, ce qui a attiré notre attention, c'est la présence des adolescents avec infirmité motrice cérébrale avec leurs parents, et en a demandé leur accord à travailler avec eux.

Nous avons appliqué les techniques de notre recherche à savoir l'entretien clinique avec un guide d'entretien et une échelle Adult Attachment Scale « AAS ».

2.La méthode de recherche

Nous avons choisi la méthode clinique dont on a appliqué la technique de l'étude de cas.

2.1.La méthode clinique

La recherche en psychologie clinique est spécifiée par la méthode clinique qui s'applique à tous les secteurs de la conduite humaine.

La méthode clinique n'est pas nécessairement celle que le psychologue utilise « auprès du lit du malade ». Les psychologues cliniciens considèrent souvent que la méthode clinique s'applique aussi bien aux conduites adaptées qu'aux désordres de la conduite. Elle est aussi une méthode de recherche qui peut croître nos connaissances générales en psychologie, et non pas seulement la méthode d'une certaine catégorie de praticiens. (Reuchlin.M, 2002, p97)

Elle permet de comprendre et d'expliquer l'état et le fonctionnement psychologique d'un individu en réduisant progressivement ses particularités les plus évidentes à des phénomènes plus simples et à leurs causes décelables. (ibid, p103)

La méthode clinique regroupe un ensemble de techniques qui visent à produire des informations concrètes sur la personne, telle que l'entretien, les échelles d'évaluation, les tests, et l'observation pour développer une étude de cas approfondie.

2.2.L'étude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est plus appropriée à la compréhension profonde de phénomène, d'un individu ou d'un groupe. Yin(1984) la définit comme « une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporaine dans son contexte de vie réelle, et le contexte ne sont pas nettement évidents, et dans lequel des sources d'information multiples sont utilisées ». La méthode de l'étude de cas consiste donc à rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et à l'analyser pour voir comment se manifeste et évolue aux quels le chercheur s'intéresse. (Mucchielli. A, 2004, p92).

Par l'étude des cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses difficultés circonstances de survenue actuelle et passées. (Chahraoui, KH et Bénony, H, 2003,p 125.26).

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondre à des opérations spécifiques, la première étape est celle de travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet, et la deuxième étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces fondamentaux. (Pedinielli, 2005).

Selon W. Huber elle vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais la méthode d'étude de cas cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes ». (Pednelli, J, 2005, p64)

3. Le groupe de recherche

Notre avons sélectionné d'une manière volontaire cinq (5) cas des adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale IMC, âges entre (14 à 17), dans une association de soutien aux infirmes moteurs cérébraux, selon les critères suivants :

3.1. Les critères de la sélection : les critères de sélection de notre population de recherche sont les suivants :

- Les adolescents sont tous des infirmités motrices cérébrales.
- Ils ont un âge de 14 ans et demi à 17 ans.
- Ils sont tous classés dans l'association « ASIMC/ BEJAIA ».

3.2. Les caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon se constitue des adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale, en est constitué 5 cas, 4 garçons et une fille, leurs âges sont variés entre 14 ans et 17 ans.

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre échantillon.

Tableau n°1 : récapitulatif des caractéristiques des adolescents IMC

Nom	Sexe	Age	Type d'handicap	Cause d'handicap	Niveau d'études
Amine	Masculine	17	Quadriplégie spastique	Périnatale	Non scolarisé
Zina	Féminine	14	Hémiplégie Spastique	Post-natale	3 ^{ème} année CEM
Halim	Masculine	14	Diplégie spastique	Post-natale	2 ^{ème} année CEM
Kamel	Masculine	14	Quadriplégie spastique	Post-natale	3 ^{ème} année primaire
Karim	masculine	17	Diplégie spastique	Périnatale	2 ^{ème} AS

Le tableau récapitulatif des caractéristique des adolescents IMC sélectionne selon leur âge, leur cause d'handicape, ainsi que leur niveau scolaire, ils sont de nombre de 5 adolescent qui sont de saxe masculine et féminine, classé au niveau de l'association.

4. La présentation du lieu de la recherche

ASSOCIATION POUR LE SOUTIEN AUX INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX DE LA WILAYA DE BEJAIA

4.1.Présentation

L'ASIMC/BEJAIA (Association de Soutien aux Infirmes Moteurs Cérébraux de la Wilaya de Bejaia) est une association à caractère humanitaire, qui permet d'orienter et d'accompagner les handicapés IMC avant et après le diagnostic de leurs handicape vis à vis des structures sanitaires et sociales pour faire valoir leurs droits.

Sa mission est de lutter contre l'exclusion et la marginalisation des personnes souffrant d'Infirmite Motrice Cérébrale. Et Contribuer à leur insertion et réinsertion sociale (familiale et professionnelle) Aussi Apporter le soutien moral-psychologique et favoriser l'autonomisation.

La spécificité de l'ASIMC/BEJAIA est qu'elle est une association qui assurera un soutien sous toutes formes: (Psychologique, Recensement, Information, Sensibilisation, Orientation, Accompagnement, Insertion et Loisirs).

4.2. Le fonctionnement de l'association

L'association fonctionne selon son statut tiré des dispositions de la loi 06/12 relative aux associations, l'assemblée général compose de membres fondateurs et adhérent, trace le programme d'action lors de ses réunions ordinaires tenues obligatoirement une fois par an.

4.3. Le Personnel

- Gestionnaire des Ressources Humaines
- Secrétaire
- Psychologues Cliniciennes
- Orthophoniste
- Chirurgienne pédiatre

4.4. Population Ciblée par l'association

L'association compte aujourd'hui plus de 90 IMC répartis sur toutes les communes de la wilaya de BEJAIA

4.5. Mission d'ASIMC Bejaïa

- Orienter et accompagner les Infirmes Moteurs Cérébraux avant et après le diagnostic de leurs handicaps vis à vis des structures sanitaires et sociales pour faire valoir leurs droits.

- Lutter contre l'exclusion et la marginalisation des personnes souffrant d'IMC.
- Contribuer à leur insertion et réinsertion sociale (familiale et professionnelle).
- Apporter un soutien aux IMC sous toutes formes : Psychologique, Information, Orientation, Sensibilisation, Accompagnement, Recensement, Insertion, Loisirs et favoriser l'autonomisation.

- Être un trait d'union entre les parents des IMC et tous ceux qui peuvent apporter aide, soins, soutien et assistance.

4.6. Objectifs

- Défense des droits des IMC afin qu'ils participent aux activités scientifiques, éducatives, culturelles, socio-économiques notamment aux activités de divertissement et sportives.

- Amélioration des capacités et des aptitudes professionnelles et fonctionnelles des IMC à travers des programmes d'entraînement éducatifs et professionnels.

- Soutien des IMC pour l'accès aux centres de préparation spécifiques et œuvrer à la création d'un établissement aménagé à cet effet ou réorganiser les dispositifs existants (école ou centre d'apprentissage) en collaboration avec les autorités légalement compétentes.

- L'écoute et la prise en charge psychologique des IMC à travers la création d'une cellule d'écoute et de suivi composée de psychologues, de médecins et d'éducateurs spécialisés dans le domaine.

- Organisation de journées d'études, des séminaires et d'espaces débats en relation avec l'handicap en général et l'IMC en particulier.

- Organisation de programmes de divertissement et de détente au profit des IMC et de leurs familles.

Création d'un espace sportif pour les IMC et leurs familles et participation aux manifestations sportives en collaboration avec d'autres associations ayant les mêmes objectifs.

5. Les outils d'investigation

5.1. L'entretien clinique

L'entretien est un instrument privilégié dans la recherche en psychologie clinique, il est considéré comme un moyen fondamental dans le travail d'un psychologue clinicien, car il lui permet de recueillir le maximum d'information sur le sujet afin de bien comprendre sa situation et son problème.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives de sujet, il vise à apprendre et à comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet en 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 au sujet lui-même, à l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale et la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité...est. (Chahraoui.KH et Benony.H, 1999, p 11-12)

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

La condition d'entretien clinique répond à certains principes. Le psychologue se situe dans une position de neutralité bienveillante, ce qui signifie que son avis ses propres jugements ne doivent pas intervenir dans l'entretien, que son attitude ne doit être ni rigide ni distante. (Pedenelli.J, 2005,39)

L'entretien clinique inscrit dans une activité de recherche, ici, le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de chercheur. (Charaoui.KH, et Benony.H, 2003, p 142)

L'entretien clinique de recherche est produit à l'initiative de chercheur. C'est lui qui est en position de demande à la différence de l'entretien thérapeutique où il y a d'abord une demande explicite ou non de la part du sujet. Cela signifie que l'intérêt n'est pas immédiat pour le sujet, même si la recherche elle-même vise à plus long terme des retombées positives pour le groupe de patient dont est issu de la recherche. (Chahraoui.KH et Benony.H, 1999, p 62)

Dans l'entretien clinique, il existe trois types : l'entretien directif comporte l'entretien à question ouvertes où le sujet ne répond que à la question posée sans développer sa réponse. L'entretien non directif, ce type est centré sur la personne. L'entretien semi-directif où le chercheur pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet sans l'interrompre, et c'est le modèle que nous avons utilisé dans notre recherche.

Il est davantage prédéfini. Le clinicien sait où il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques il veut lui voir aborder. Il a donc déjà en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider de cet entretien, ou au moins les modalités de celui-ci et dont l'abord constitue un objectif majeur de l'entretien.

Même si les questions du clinicien peuvent demeurer ouvertes, celui-ci oriente le discours de son interlocuteur, vers les thèmes qu'il a prédéfinis, bien souvent par écrit.

Chaque question ; même assez large ; a pour objectif d'aborder ou de préciser certains aspects qui font l'intérêt du clinicien. (Mareau.Ch, 2012, p 48)

L'utilisation de l'entretien dans notre recherche a pour but de recueillir le maximum d'information concernant notre thème.

5.2. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif une partie de travail accompli a le guide d'entretien qui comprend les axes thématique a traité dans le lequel le clinicien intervient auprès des sujet qui constituent sa population d'études, il est plus ou moins structure, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'investigation de l'entretien. (Benony et Chahraoui, 1999).

5.3. Le guide d'entretien

Pour que l'objet de recherche soit atteint, nous avons établi une grille d'entretien qui comporte (4) axes, chaque axe est constitué des questions en relation directe avec notre recherche, les questions sont posées en langue française et en kabyle.

Les informations personnelles : son objectif c'est de relever plus d'informations personnelles de sujet.

1. **Axe N°1** : les renseignements sur la mère : c'est pour avoir des informations sur la grossesse et l'accouchement.
2. **Axe N°2** : les renseignements sur l'annonce de la maladie : dans cet axe nous essayons de savoir la réaction de la mère face à l'annonce de la maladie, et les conséquences sur la vie quotidienne de la mère.
3. **Axe N°3** : les renseignements sur le développement de l'enfant : l'objectif de cet axe c'est avoir des informations sur le développement psychique et psychomoteur d'enfant IMC.
4. **Axe N°4** : l'attachement : ce dernier axe comprend des questions relatives à l'attachement.

5.4. Présentation de l'échelle Adult Attachment Scale (AAS)

L'échelle Adult Attachment Scale a été officiellement élaborée par Collins, N.L et Read, S .j. (1990), en rapports test-reteste pour une période de deux 02 mois développé avec un échantillon d'étudiants de premier cycle. Les auteurs cherchent à mesurer les dimensions de style d'attachement adulte y compris le confort avec la proximité et l'intimité des modalités de travail, et la qualité des relations, construites sur les travaux antérieurs de Hazen et Shaver (1987) et Levy et Davis (1988) par la décomposition des trois descriptions originales prototypique sur l'attachement à l'adulte.

L'inventaire de l'attachement AAS contient un ensemble des items d'auto évaluation destiné à mesurer les styles d'attachement chez les sujets à partir de l'âge adolescence en référence à la théorie de l'attachement de Bowlby. Sur la base de conceptualisation et d'instruments d'évaluation de recherche sur la l'attachement. L'échelle AAS est un instrument reflétant les attitudes liées à l'attachement, dans laquelle mesure une personne se sent proche de son partenaire, est capable de compter sur l'autre, et combien a peur de prendre un partenaire intime.

L'échelle comporte une série de 18 items. Chaque élément est évalué sur une échelle de 5 points allant de un (1) qui signifie pas du tout caractéristique a cinq (5) qui signifie très caractéristique.

1-----2-----3-----4-----5	
Pas du tout	très
Caractéristique	Caractéristique
de moi	de moi

Cet instrument (AAS), contient trois sous-échelle chacune composées de six éléments a moyenne de note les réponses du sujet. Les trois sous-échelles sont « sécuritaire », « dépendant », « anxieux ». L'échelle « sécuritaire » mesure dans laquelle une personne est à l'aise avec la proximité et l'intimité. L'échelle « dépendant » mesure dans laquelle une

personne se sent/elle peut dépendre des autres. Les mesures sous-échelle anxiété dans laquelle la personne est inquiet d'être abandonnées ou mal-aimé par autrui.

5.2.1. La notation

La note à l'AAS est en additionnant les indices numériques des 18 items étant coté de un (01) à cinq (05) puis on calcule la moyenne pour les six (06) éléments qui composent chaque sous-échelle comme indiqué ci-dessous.

Il faut faire attention pour les articles marqués d'un astérisque (*) doivent être inverse avant le calcul de la moyenne de la sous-échelle.

Les items de chaque sous-échelle

1. SECURE = (1 7 9 13* 15* 17*)
2. DEPENDANT = (3* 6 8* 14 16* 18*)
3. ANXIEUX = (2* 4 5 10 11 12)

- A. Le score plus élevé au sous échelle « sécuritaire » indique sentiment de confort avec proximité et d'intimité.
- B. Le score plus élevé au sous échelle « dépendant » indique que le sujet est dépendant des autres.
- C. Le score plus au sous échelle « anxieux » indique une plus grande inquiétude d'être rejetés et mal aimé.

5.2.2. La consigne

Cette échelle contient dix-huit (18) articles d'énoncés. Veuillez lire avec soins chacun de ces items, puis placez un nombre compris entre un (1) et cinq (5) dans l'espace prévu à la droite de chaque énoncé qui décrit le mieux vos caractéristique. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque article. (N. Collins, 2008, p 02-05)

6. Déroulement de la pratique

Notre étude sur le terrain a duré 2 mois, nous avons en premier lieu commencé par nous informer sur le lieu de travail, la population cible par l'association, et sur notre échantillon, et nous avons sélectionné notre groupe d'études.

L'entretien se déroule dans le bureau du psychologue, et nous avons élaboré deux entretiens la premier avec les mères ou le substitut maternel, la seconde avec les adolescents IMC, l'entretien a duré de 45 minutes pour chaque cas.

Après l'entretien, on a fait la passation de l'échelle Adult Attachment Scale (AAS), avec les adolescents IMC, l'échelle a duré 20 minutes pour chaque cas, dans un climat favorable.

Nous avons effectué l'entretien et l'échelle en langue « kabyle » la langue maternelle, et avec la langue française avec les cas qui ont maîtrisé la langue française.

Les circonstances dans lesquelles on a effectué notre recherche sont favorables, ainsi pendant le déroulement de notre recherche, on n'a pas trouvé des difficultés ni avec les mères, ni avec les adolescents, et on a établi de bonnes relations avec le personnel de l'association.

6.1. La passation de l'entretien

Nous avons élaboré deux guides d'entretien, le premier a été effectué avec les mères ou le substitut maternel, le second avec les adolescents IMC. et nous avons traduit le guide d'entretien en dialecte kabyle selon la langue parlée du patient.

6.1.1. L'entretien avec les mères

L'entretien réalisé avec les mères des adolescents IMC, avait l'objectif de s'informer sur la grossesse et l'accouchement, et l'annonce de la maladie, le développement de l'enfant jusqu'à l'adolescence, ce qui nous permette de mieux comprendre l'histoire et les comportements l'adolescent IMC.

6.1.2. L'entretien avec les adolescents IMC

Le second entretien a été réalisé avec les adolescents IMC, cet entretien avait pour objectif de nous savoir leur attachement.

6.2. La passation L'échelle Adul Attachement Scal (AAS)

Nous avons sélectionné au départ de notre recherche un échantillon que se compose de 7 cas, et nous avons appliqué l'échelle (AAS) sur 2 cas qui ne fait pas partie de notre population de recherche, l'objectif de passation de l'échelle avec les 2 cas, est de savoir le déroulement et la manière d'appliquer l'échelle.

Et Nous avons fait la passation de l'échelle Adul Attachement Scal (AAS) avec notre échantillon qui se compose de 5 cas des adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale, sa durée environ 20 minute, on a appliqué l'échelle de (AAS) traduit en dialecte kabyle selon la langue parlée du patient. L'objectif de passation de l'échelle est de mesurer les dimensions de style d'attachement.

Résumé

Notre pratique s'est déroulée au niveau de l'association «ASIMC/BEJAIA), notre population est constituée des adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale IMC, leur âge est situé entre 14 ans à 17 ans.

Dans notre recherche nous avons utilisé deux techniques d'investigation qui sont : l'entretien semi-directif pour but de recueillir le maximum d'information, et l'échelle Adult Attachment Scale (AAS) réalisée avec les adolescents IMC.

Dans le prochain chapitre nous présenterons les données récoltées et leur analyse.

Présentation
et analyse
des résultats

Présentation et analyse des résultats des Cinq cas

1. Présentation et analyse de premier cas (Amine)

1.1. Présentation et analyse de l'entretien :

Il s'agit d'Amine, un jeune adolescent âgé de 17 ans, atteint d'une infirmité motrice cérébrale de type spastique quadriplégie associée à des troubles de langage. Il est l'aîné dans la fratrie qui se comprend 3 enfants ; un frère âgé de 13 ans et une sœur âgée de 11 ans. Amine n'a jamais fréquenté l'école à cause de son handicap qui ne lui a obligé à se déplacer avec un fauteuil roulant, et aussi parce qu'il n'est pas accepté par l'administration scolaire.

Lors de l'entretien avec la mère d'Amine, nous lui avons posé nos questions à la période de la grossesse et l'accouchement. Elle nous a révélé qu'elle a souhaité avoir cet enfant et surtout sa famille. Le fait qu'elle a tombé enceinte l'a rendu la femme la plus heureuse, d'ailleurs elle a bien respecté ses rendez-vous médicaux régulièrement alors tout était normal à propos de sa santé physique. On insistait sur ça, elle nous a avoué qu'elle n'était pas bien psychologiquement à cause de son mari qui est déprimé «il détruit tout ce qui vient devant lui et il crie beaucoup ». Malgré ça la mère reste patiente et courageuse devant ces problèmes, alors sa grossesse a mené à terme. Mais elle rencontre des complications à cause d'un accouchement mal programmé qui devrait être par césarienne mais à cause de manque de moyens dans la polyclinique, la mère a subi un accouchement normal qui est suivi des résultats inattendus et compliqué par conséquent son cas à exiger une hospitalisation pendant 15 jours. Cela a permis au médecin de personnaliser le cas du nouveau-né et d'annoncer la mauvaise nouvelle aux parents qu'avec le temps le bébé aura un retard psychomoteur et qui demande un traitement et une rééducation. Cette déclaration a démoralisé la mère qui a une douleur profonde car elle a souhaité avoir un bébé complet, mais malgré ça elle reste courageuse, consciente, accepte la réalité. La réaction de la mère face à cet événement a été très difficile, selon ses propos « ce n'est pas facile d'accepter l'idée que mon bébé sera pas comme les autres parce que c'est un bébé Allah ybarek fort physiquement mais Allah ghaleb c'est le destin, on n'y peut rien ». Face à cet événement la mère a été soutenue par sa famille proche sauf son mari à cause de son cas.

Discutons sur le père, la mère exprime d'une façon directe et franche sa maladie. « C'était après quelque jour de mariage que j'ai découvert qu'il a été déprimé ». Mais après quelques mois la mère a tombé enceinte dont elle était occupée de son cas et c'était très

difficile pour la femme enceinte de vivre avec des problèmes et surtout quand le père est le responsable au lieu de soyez avec elle car elle a besoin de lui dans cette période plus qu'avant. Dès la naissance d'Amine les problèmes ont augmenté, car le père s'innerve trop de son fils qu'il ne marchera pas et il ne parle pas comme les autres enfants de son âge, alors il sera très agressif avec lui. Au moment où la mère pensa au divorce, sa famille ont refusé ça et pour que les choses vont revenir bien entre le mari et sa femme, ils ont décidé de s'occuper de l'handicapé, qui est pour eux la cause des problèmes. Cette séparation avec son fils est difficilement supporté par elle «...C'était vraiment dur de m'éloigner de mon fils, malgré que je vais tous les matins et tous les soirs chez mes parents pour son allaitement ». Un mois passé rien a changé, le père est toujours agressifs alors les membres de sa famille ont lui disant qu'il faut combattre pour sauver ton mariage. La mère nous a assuré que sa famille pensent à son mariage sans comprendre la situation de leur fille et son point de vue. Dans la famille traditionnelle, les parents par leurs autorité, peuvent choisir l'homme à leur fille et peuvent le divorcé et le remarier et c'est réciproque pour l'homme. Après la troisième grossesse de cette femme qui été dessus, elle dit qu'elle a mal supporté les comportements de son mari qui l'ont forcé à sortir de la maison en prenant ses deux fils et vivre chez ses parents. Alors elle demanda le divorce et ça y aura. La mère garde ses trois enfants en droit. C'est pourquoi elle prend toute sa responsabilité envers ses enfants surtout de son fils qui est trop besoin d'elle (rééducation, besoins, suivies...). Malheureusement quand amine avait 12 ans, la mère se retrouve face à une situation difficile et délicate; son fils grandi, devient lourd, manque de moyen et de viécule... tout ça a en poussé la mère d'arrêté la rééducation.

D'après ce que la mère nous a raconté sur le développement d'Amine on a constaté qu'il prononcé ses premiers syllabe, il suivit le regard de personne autour de lui, il sourit, il fusait ses premiers pas en l'aidant par sa mère, tortoré par son père pour faire avancer. Mais avec le temps la mère découvre la grande déférence entre lui et l'autre de même âge. La situation d'Amine s'empire de plus en plus par négligence de la rééducation à peine quelque utilisations (les touches de téléphone portable, la télécommande...) Selon ses propos « j'ai remarqué que mon fils il a un retard de développent par apport aux autre enfants a son âge ». Or que cela il ne fait pas beaucoup de chose sauf pour utiliser le téléphone portable et la télécommande, La preuve qu'il ce manque pas d'intelligence mais, ce qui s'innerve la mère qui pense objectivement qu'il doit faire de son mieux pour s'améliore. Mais seulement la façon de la mère dont elle le conseiller, elle n'est pas étudier car d'ailleurs elle fait la

comparaissant entre le fils et son père « Fait des efforts ne compte pas toujours sur moi, ne soit pas comme ton père »

En ce qui concerne son comportement, la mère nous affirmer que son fils est très gentil, calme, sensible même quand il est touché par une parole il préfère de se trouvé seul et même pleuré que de s'exprimé méchamment, contrairement à l'état normal. Il aime être entouré par des gens car il est toujours peur de resté seul par conséquent la violence de son père pendant son enfance.

Notre entretien avec Amine demandé des efforts supplémentaires de notre part pour le comprendre à cause de sa timidité, mais malgré ça son sourire indiquait qu'il est à l'aise.

En abordant les antécédent familiaux, Amine commença à nous raconter certains de ses souvenirs « Je ressens à l'aise avec ma famille surtout le jour de l'aïd quand ont visiter mes grands-parents, je leurs montré ma Hanna et ont m'embrasé les mains je ressentais une très chaleureuse tendresse, ils m'ont donné des pièces d'argents, je me senti comblé de bonheur mais le mauvais souvenir le jour de la rentrée scolaire ou j'ai senti de mon in capacité »

Parlant de son père, Amine nous a raconté qu'il a été passé son enfance avec lui et qu'il a été peur de lui à cause de son comportement « Avant j'éété peur de lui parce qu'il est agressif, mais actuellement j'ai comprer qu'il est malade w Rabbi ychafih et qu'il n'était pas conscient et je pense que malgré tout il restera mon père ». Après le divorce de ses parents et jusqu'à ce jour il vit avec sa mère et sa fratrie dans la maison de ses grands-parents.il nous a avancé qu'il était très attaché à ses grands-parents et surtout son oncles « J'aime beaucoup la vie dans la maison de mes grands-parents et surtout mon oncle qui nous aime énormément ». Cette période est qualifiée par lui de vie harmonieuse malgré l'absence de la figure paternelle.il se sent aimé par tout le monde en premiers lieu bien sûr par sa famille, par exemples il aime passé du temps avec son frère qu'il lui fait sortir et sa sœur qui joue avec lui, et surtout très attaché à sa mère qu'elle les aime tous de la même manière. Amine nous a assuré qu'il n'aime pas rester seul sans dire exacte la cause mais la mère nous à avancer que la cause est ce qui a vécu avec son père.

Quand nous avons proposé à notre cas de nous parler de son vécu relationnel, d'après ses réponses nous avons repérer une sorte de timidité mais malgré ça il reste sociable et toujours apte aux nouvelles relations « J'ai peur de contacté les autres en premier lieu mais

après quelques échanges je serai mieux et je me sens à l'aise». Il nous a rajouté qu'il préfère passer son temps avec autrui et même quand il jeu au téléphone portable ou quand il voit la télévision.

L'absence d'une vision négative envers son père montré par des rapports affectueux, ses relations avec les membres de la famille et ses paires caractérisés généralement par une bonne entente et de la compréhension mutuelle, malgré l'absence de figure parental, notre cas se sent de la joie et de l'amour avec tout le monde qui lui entoure surtout sa mère qui été fidèle à ses enfants nous a conduit à saisir que les assise d'attachement d'Amine sont de nature sécurée.

Tableau n°02 : résultats de l'échelle (AAS) de Amine

Sous-échelle	Résultats
Sécurée	25
Dépendant	22
Anxieux	6

On voit que les résultats de l'échelle de (amine) se situent dans le modèle sécurée d'un score 25.

1.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle de (AAS)

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentres en relation avec autrui, cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à item N 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres »

Le contacte et la proximité semblent ne pas déranger Amine, on trouve cela dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi », et aussi dans sa réponse par le chiffre un (01) à item N° 15 « Je suis nerveux quand quelqu'un s'approche trop de moi »

1.3. Synthèse du cas :

Amine atteint d'une infirmité motrice cérébrale de type quadriplégie spastique depuis sa naissance, il a un retard dans son développement psychomoteur. Il est dépendant dans la plupart des tâches mais, il ne manque pas d'intelligence. Ses parents sont séparés. Nous sommes face à une famille monoparentale, la mère garde ses trois enfants, en droit, alors elle joue deux rôles en même temps; le rôle du père et celui de la mère. C'est grâce à l'aide de cette dernière et le soutien de sa famille proche qu'Amine vit dans un milieu favorable malgré l'absence de la figure parentale. Avec leurs capacités à percevoir, interpréter et réagir proprement aux besoins de notre cas le rendent heureux et il se sent aimé et en sécurité. De plus, il a la confiance en la disponibilité de sa figure d'attachement, il a une perception positive des autres, trouve du plaisir quand quelqu'un s'approche de lui et surtout il cherche la proximité physique avec l'adulte. Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (AAS), nous avons confirmé notre hypothèse que les adolescents atteints d'une infirmité motrice cérébrale ayant un attachement sécurisé.

2. Présentation et analyse de l'entretien du deuxième cas (Zina)

2.1. Présentation et analyse de l'entretien

Le cas est dénommé Zina, une jeune adolescente âgée de 14 ans, souffrante d'une infirmité motrice cérébrale d'une forme hémiplégié spastique. Associée à des troubles de la parole Elle est scolarisée en 3^{ème} année moyenne, elle est brillante dans ses études. Issu d'une famille pauvre, Elle est la cadette d'une fratrie qui se compose de trois(3) demi-sœurs et un demi-frère.

Zina est orpheline de mère, qui est décédée quand elle avait 7 ans. De ce fait le sujet est élevé par son père et sa demi-sœur (Fadhila) âgé de 48 ans qui est célibataire.

Notre entretien avec Fadhila s'est bien déroulé au bureau du psychologue de l'association, elle répond à la plupart de nos questions sans difficulté et elle nous a informé qu'elle était la seule qui accompagnait sa petite sœur car la mère est morte et le père est un vieil homme. A ce moment-là on lui a demandé de nous raconter l'histoire de Zina avec sa mère depuis que cette dernière était enceinte et jusqu'à sa mort.

D'après ses témoignages, nous avons constaté que la mère a perdu sa première grossesse et après 3 ans elle a eu Zina qui était désiré « La mère était très contente de cette bonne nouvelle... ». La sœur nous a rajouté que sa belle-mère était malade et elle prenait un traitement mais elle éngniore sa maladie « Je ne sais pas de quoi elle était malade elle était bouffi depuis toujours mais son accouchement a été plus normalement ». D'après ses dires, sa relation avec sa belle-mère est très conflictuelle.

Concernant la santé de Zina, elle était normal, elle n'avait pas de problème avant et elle a fait tous ses vaccins mais toute à changer à partir de sa deuxième année. Notre cas est tombé malade, transporté à l'hôpital. Le médecin annonce au père qu'ils ont trop tardé pour la soigné et elle lui faut une rééducation et pourtant Fadhila à remarquer avant que sa petite sœur avais des problèmes du développement psychomoteur. Cette information a choqué toute la famille en plus ils ont aucune information sur cette maladie. Selon sa sœur c'est ça qui a perturbé toute sa famille « Ont été choqué et triste...Moi par exemple je suis tombé malades depuis cette annonce et je suis en traitement jusqu'à ce jour ». Vers 10 mois Zina tient assise avec aide et elle a essayé de marcher vers l'âge de deux ans et quelques mois mais elle a commencé de résoudre ce problème de la marche à l'âge de 3 ans après avoir une rééducation. De plus, elle rencontre un trouble du langage mais elle avait toujours besoin des autres pour effectuer ses taches car elle n'arrive pas à utiliser le côté gauche de son corps, alors cette difficulté qu'elle lui à causer une dépendance mais cela n'a pas influencé sur ses études, elle est forte et courageuse « Elle est forte plus que moi, et intelligente...Mais son problème c'est la peur, surtout dans notre maison qui était ancien...Dommage elle mérite le meilleur... ».

Zina était attaché à ses parents et aussi à sa demi-sœur pendant 7ans, mais toute à coup la mère est tombé gravement malade, ce qui a nécessité une hospitalisation de quelque jour mais pendant le deuxième jour elle ressent que c'est l'heure de rejoindre le bon Dieu, elle dit à Fadhila « Si c'était à choisir j'aurai choisi qu'elle meurt Zina avant moi, afin de ne la laisser après moi et que je me repose éternellement après ma mort ».Ce qui signifier que la mère s'inquiète à propos de l'avenir de sa petite fille et elle la confie à personne. Mais Fadhila lui a dit qu'elle aime et qui a participé à sa prise en charge. À ce moment, la mère a demandé de voir sa petite fille pour la dernier fois, malheureusement n'a pas pu ouvrir ses yeux pour la voire mais elle la touché avec tendresse et tristesse. La nuit même a quitté la vie.

Après cette évènement, Fadhila a pris la responsabilité de sa petite sœur qui est sage et gentille et qu'elle l'aime beaucoup et elle est remplacé sa mère alors elle devenu sa figure d'attachement principale « Elle m'évite jamais...Elle n'a aucune réaction d'agressivité envers moi...Au contraire, elle est gentille et elle m'aime beaucoup plus que mon père et c'est réciproque pour moi et je fais tout ce que je peux pour elle » Dit-elle. On a compris que Fadhila sacrifie de sa vie privé, la preuve est toujours célibataire par conséquent qu'elle ne peut pas laisser sa sœur seul car ces tout ce qu'elle a dans cette vie « Elle a toujours peur d'être loin de moi et pourtant elle est sociable ». Enfin, Fadhila souhaite qu'elle ne mourra pas jusqu'au jour que sa sœur aura tout dont elle a besoin pour sa bien indépendance.

Lors de l'entretien, Zina se présenté au bureau de psychologue de l'association. On a remarqué sa timidité, malgré ça elle répond à nos questions facilement.

On abordant les antécédents familiaux, Zina a définit la famille: « Les parents et leurs enfants et l'amour qui circule au sein de la famille. Elle ajoute : « Si quelqu'un manque, la famille devient moins heureuse, parce que quand je voie mes amis avec leur mère, je me sens triste ». Notre cas s'est montré très émotionnelle et commença à nous révéler certains de ses souvenirs « J'avais 5 ans quand on m'a fêté mon anniversaire, y' avait beaucoup de monde qui m'entoure et surtout la présence de ma mère, elle était encore en vie... J'étais très heureuse ... ». Elle a dit ça avec un beau sourire. Mais, le mauvais souvenir est le décès de sa mère « J'ai rien compris lors de décès de ma mère... J'étais petite...Je n'ai pas pleuré du tout mais, au fond de moi ça va pas... J'étais très triste, j'avais mal au cœur », dit-elle avec tristesse.

Par ailleurs, elle évoque une description positive de sa demi-sœur, elle dit en souriante : « J'aime ma sœur... Je me sens bien avec elle car elle m'aime beaucoup et elle s'occupe de moi...Elle est toujours à mes côtés... ». Elle ajoute : « J'aime aussi mon père qui m'aime et les autres aussi...Mais pas tout le monde ».

En lui a demandé de nous parler de ses relations, notre cas nous a assuré qu'elle tisse des liens facilement. Nous avons constaté qu'elle éprouvait du plaisir à partager des moments avec autrui « J'aime avoir mes amis autour de moi... Je me sens à l'aise quand je reste avec eux ». Zina avait 3 amis et une qui est son ami intime. Selon ses propos : « Oui elle partage ses secret avec moi dés fois mais moi non je n'ai pas de confiance total, à vrai dire je n'ai pas de secret, j'ai peut mais je les partage avec ma sœur ». Elle nous a ajouté qu'avec ses amis elle discute seulement sur les études.

Parlant de ses études, le sujet s'est montré optimiste. Elle reconnaît qu'elle avait des bons résultats et elle est excellente, elle dit : « J'ai 16 de moyenne et je souhaite la réussite toujours et une autre chose...J'espère que nous aurons une belle maison car la nôtre est vieille et c'est difficile pour moi de vivre comme ça... ». Sa chambre est en haut, ça donne de la peine pour la rejoindre, les portes sont devenues fragiles, elle dit : « L'escalier me souffre, la cuisine loin, les portes sont fragiles... J'ai peur d'en rester seul ».

Malgré sa position d'orphelin et l'absence de la mère, sa demi-sœur devienne son substitut maternel avec son amour et ses sacrifices pour elle, elle nous apparaît qu'elle se sent la très heureuse avec son père et sa demi-sœur. Et aussi le plaisir d'entrer en contact avec autrui et son confiance en eux ont fait que le modèle d'attachement de Zina soit dans la catégorie sécurisée.

Tableau n°03 : résultats de l'échelle (AAS) de Zina

Sous-échelles	Résultats
Sécurisée	23
Dépendant	18
Anxieux	16

On observe que les résultats de Zina se situent dans le modèle sécurisé d'un score de 23.

2.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (AAS)

Notre cas présente un caractère sécurisé vu que le contact et la proximité semble ne pas déranger Zina, cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N° 07 « Je m'en inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi » et aussi dans sa réponse par le chiffre deux (02) à l'item N° 09 « Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres »

Notre sujet constitue une source d'assurance pour les autres, cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre un (01) à l'item N°15 « Je suis nerveux quand quelqu'un s'approche trop de moi »

2.3. Synthèse de cas :

Zina une jeune adolescente atteint d'une infirmité motrice cérébrale sous forme d'hémiplégie spastique des membres inférieurs, associée à des troubles de langage. Elle est la cadette d'une famille monoparentale dont la mère est décédée. Elle est autonome dans la marche mais dépendante dans quelques autres tâches car elle n'arrive pas à utiliser beaucoup son côté gauche. Durant notre entretien, on a perçut la sécurité de notre cas malgré sa position d'orpheline car elle reçut le réconfort régulier et prévisible de son donneur de soins (son père et sa demi-sœur). Elle est coopérative, courageuse, elle est en confiance par rapport à la disponibilité de sa demi-sœur son substitut maternel en cas d'alerte et elle nous a assuré qu'elle est très attachée à sa demi-sœur qui s'est sacrifiée même de sa vie privée pour la rendre heureuse. Nous avons constaté que Zina avait des sentiments de plaisir et d'intimité dans ses relations avec les autres on recherche la proximité et le maintien. Selon toutes ses données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle(AAS) nous avons constaté que l'attachement de Zina est d'un modèle sécurisé.

3. Présentation et analyse de l'entretien du troisième cas (Halim)

3.1. Présentation et analyse de l'entretien

Il s'agit de Halim, un jeune adolescent âgé de 14 ans, scolarisé en 3^{ème} année moyenne, issu d'une famille économique moyenne. C'est l'aîné de la famille et il a une sœur plus jeune que lui.

Halim présente une infirmité motrice cérébrale sous forme de diploplégie spastique des membres inférieurs mais il est autonome.

Nous avons reçu la mère de Halim dans le bureau du psychologue de l'association, elle avait l'air enthousiaste et prête à travailler avec nous. Après quelques échanges, on a compris que la mère avait l'habitude de voir des stagiaires presque chaque année. Elle nous a révélé que sa grossesse était désirée et son accouchement était normal, et l'allaitement du nouveau-né a duré jusqu'au 18^{ème} mois. Mais, le problème a commencé quand ce sujet avait 4 mois. Il souffrait fréquemment d'une fièvre, accompagnée des pleurs et des douleurs. En consultant le médecin, ce dernier déclara aux parents que l'enfant aurait un retard. Par contre, avec le temps la mère a remarqué que son enfant présentait une autre chose secondaire de ce retard. Elle dit : « Au début le développement psychomoteur de mon bébé était normal. Il

faisait toutes ses positions et même il avait une avance de parole ; il a prononcé le mot grand-père quand il avait 4 mois...En faisant ces premiers pas sur sa trotteur, il la poussa en arrière ». Mais la réalité de son handicap n'a pas été découvert jusqu'au 11^{ème} mois, quand le pédiatre annonce son infirmité motrice. Cette annonce était inattendue pour les parents et surtout pour la mère «...Ce n'est pas facile d'avoir un enfant malade et différents des autres, mais Allah ghaleb. C'est le destin ». Malgré ce destin, la présence de cet enfant IMC dans la famille n'a pas changé la vie du couple ; en conséquence, la mère, par exemple, aimait s'habiller bien, était bien présentable et bien vivante avant. Après la naissance de cet handicapé, elle ne s'occupait que de lui. Elle dit : « Quand je reste avec un groupe d'amies on discutait entre nous, subitement je me sentais désintéressée par leurs sujets car il y avait en moi une plus forte préoccupation. C'était bien la guérison de mon fils ; ce qui m'éloignait du groupe en me retrouvant ailleurs pensant à mon problème ». Bien sûr, on a remarqué que le courage de cette mère pour affronter cet obstacle n'est pas venu facilement, mais bien entendu avec le soutien chaud et amoureux de son mari qui lui-même travaille dur pour rétablir son cas financier. La mère a combattu avec les soins et la rééducation de son fils. « Je lui ai fait tout ce qu'il voulait et tout ce que je pouvais... J'ai consacré tous mon temps pour lui ». Après la rééducation avec l'aide de la mère bien sûr, notre sujet a commencé à marcher avec des biquets vers l'âge de trois ans et demi. Enfin, après plusieurs années de soins et d'interventions chirurgicales ainsi que le suivi de rééducation, Halim s'est amélioré.

Concernant la relation de Halim avec sa sœur, cette dernière était jalouse de lui. Elle croyait que ses parents s'intéressaient beaucoup plus à l'ainé de la famille, qui était malade, et qu'ils l'aimaient plus qu'elle; surtout la mère qui s'occupait de lui. « Quand il avait 8 ans, il a fait des opérations chirurgicales ce qui nécessitait une hospitalisation de quelques mois. J'étais obligé de rester avec lui car il avait besoin d'assistance. Alors, j'ai laissé la petite toute seule avec son père ». La mère ajoute : « Elle m'a dit qu'elle aime son père plus que moi...Car c'est lui qui s'occupe d'elle ». On a constaté à travers les dires de la mère que sa relation avec son fils est co-dépendante « Je me suis jamais séparé de lui et je ne le confie à personne par ce qu'il a toujours besoin de moi et que c'est moi qui répond à ses besoins facilement, lui-même n'accepte pas qu'une autre personne s'occupe de lui ». Lors de l'entretien nous avons remarqué la présence d'inquiétude et de soucis chez la mère vis-à-vis de l'avenir de son enfant infirme.

Parlant du comportement de Halim, la mère nous a révélé qu'il est quelqu'un de timide et calme ; mais il a commencé à s'énerver depuis deux ans. Après quelques échanges, on a compris que cette attitude constituait une opposition caractéristique de la phase d'adolescence. « J'ai compris aussi qu'à cette âge l'enfant est dans la phase d'adolescence alors c'est normal que son comportement va se changer ». La première année de scolarisation de Halim était en échec. Il a refusé carrément l'école. Cet échec est dû à l'angoisse de sa séparation avec sa mère, puis son incapacité physique a émergé chez lui la timidité et l'inhibition à l'école. Alors, la mère l'a amené au psychologue pour le suivre. Après plusieurs séances il s'est amélioré. « Je l'aime beaucoup... C'est mon bébé qui a besoin de moi et d'être suivi... Si j'arrête ses soins c'est comme si je l'assassine. Par conséquent, je donne le courage aux autres mères qui ont un enfant handicapé de sacrifier et de faire tout leurs possible pour le rendre heureux » dit-elle.

Notre entretien avec Halim s'est bien déroulé dans le bureau du psychologue de l'association. Notre sujet s'est montré coopératif dès le départ en répondant à nos questions sans difficulté car il n'avait pas de problème de langage.

Nous avons abordé les antécédents familiales, Halim a défini la famille : « C'est ce qui est proche de toi ». Parlant de ses souvenirs, il a commencé à nous raconter : « J'ai des bons souvenirs avec mes parents soit à la plage soit à Alger, à Bejaia... et la plupart de mes souvenirs vécus avec ma mère qui était très proche de moi. Par contre mon père est toujours occupé par son travail ». À propos de sa sœur, il nous a révélé qu'elle l'aime malgré sa jalousie « Par exemple, quand je lui demande de me ramener un verre d'eau, elle refuse ; mais après elle me le ramène ». Il nous a parlé aussi de son grand-père qui l'aime beaucoup, sort avec lui et lui achète tout ce qu'il désire. A ce moment, on lui a demandé de nous parler de ses relations avec autrui (à part sa famille). Halim s'est déclaré être quelqu'un qui tisse des liens facilement et il trouve du plaisir à partager des moments avec les autres. Il a des amis mais il préfère avoir un seul intime avec lequel il partage ses secrets. «... Oui je l'aime parce qu'il est mon meilleur ami, je le trouve quand j'ai besoin de lui vraiment, en plus il partage avec moi ses secrets et c'est réciproque ». Selon ses propos, Halim s'est montré heureux quand il nous a raconté ses relations avec autrui. Il nous a assuré qu'il se sent bien quand les autres l'entourent. Il n'aime pas rester seul et c'est tout le monde qui l'aime. Il ajoute « J'aime participer aux compétitions du volleyball, et j'aimerais bien garder mes bons résultats scolaires comme d'habitude ». Avec fierté, Halim nous a assuré qu'il obtient 14-15 de moyenne.

Nous avons remarqué que le sujet répond à nos questions brièvement et clairement et il est droit au but.

L'amour qu'a reçu Halim à l'égard de ses parents et les autres, lui a offert la sécurité, le confort et la confiance. De plus le plaisir de se rapprocher des gens, de participer aux activités et sa confiance en soi, nous a ramené à comprendre que notre cas a un attachement sûr.

Tableau n° 04 : résultats de l'échelle (AAS) de Halim

Sous-échelles	Résultats
Sûre	25
Demandant	20
Anxieux	11

On observe que les résultats de notre sujet se situent dans le modèle sûr d'un score de 25.

3.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (AAS)

Notre sujet présente un caractère sûr, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres » cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N°07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi »

Halim présente un caractère sûr sur le plan relationnel montré dans sa réponse par le chiffre un(01) à l'item N° 15 « Je suis nerveux quand quelqu'un s'approche trop de moi »

3.3. Synthèse du cas :

Le jeune adolescent, atteint d'une infirmité motrice cérébrale sous forme de diplopie spastique des membres inférieurs. Son développement a connu des événements remarquables. Après une longue durée de soins, il arrive à utiliser des biquets pour se déplacer. Il fait presque toutes ses tâches tout seul et c'est grâce au courage, aux sacrifices et aux attitudes de

la mère en tant que première figure d'attachement puis l'aide du père bien sur qui travail jours et nuits pour les soins de son fils, aussi bien que le soutien de la famille, que Halim développe des sentiments d'amour, de la joie et de confiance envers autrui. Par exemple, il nous a assuré qu'il partage ses secrets avec sa mère, qui est très attaché à lui, et son ami intime qui l'aime trop. D'après l'analyse de l'entretien et le score 25 dans la sous-échelle (sécure), nous avons constaté que notre cas développe un attachement sécure.

4. Présentation et analyse des résultats du quatrième cas (Kamel)

4.1. Présentation et analyse de l'entretien :

Il s'agit de Kamel, un jeune adolescent âgé de 14 ans, atteint d'une infirmité motrice cérébrale de type quadriplégie spastique, il est le deuxième d'une fratrie de 4 enfants, d'un niveau scolaire de 3^{ème} année primaire.

Nous avons reçus la mère dans le bureau du psychologue de l'association, qui était prête à travailler avec nous. En premier lieu nous avons remarqué que la mère présente une tristesse, malgré ça elle répond à nos questions d'une façon fluide et spontanée.

On a abordé la discussion avec des questions sur la grossesse et l'accouchement. La mère nous a révélé que son fils a été désirée tout comme les autres enfants. Concernant la grossesse tout était normal c'est-à-dire menée à terme jusqu'au jour de l'accouchement là ou une césarienne a insurgés en urgence en donnant lieu à une hospitalisation de 6 jours. Le nouveau-né a été accompagné par sa grand-mère. Après quelques jours, il tomba gravement malade. Il eut une fièvre de 38° nécessitant une hospitalisation de 11 jours ; alors après cette évènement le médecin traitant annonce une mauvaise nouvelle aux parents que l'enfant serait handicapé, ce qui a provoqué un choc pour eux et surtout chez la maman qui était traumatisée et stressée. Elle dit : « J'étais choqué et avais peur de ce qu'il lui arrivera plus tard ». Face à cet évènement difficile, la mère a été soutenue par son mari et sa famille.

Concernant le développement psychomoteur du Kamel, la mère nous déclare que la majorité des acquisitions n'ont pas été faite à temps tel que la position assise, mais après la rééducation, il s'est améliorée on quelque sorte. Elle nous a dit qu'il n'a jamais pu marcher, il utilise toujours le fauteuil roulant pour se déplacer et il a toujours eu besoin d'une assistance pour effectuer la plupart de ses besoins. Elle ajoute « Il déteste quand je dis à quelqu'un qu'il

n'arrive pas à marcher tout seul et quand il me pose la question si ses frères ont eu le même problème, je lui réponds oui... ne t'inquiète pas tu marcheras un jour... »

Lors de l'entretien, on a constaté le changement du comportement de Kamel depuis des années, la mère nous a dit « Mon fils est devenu agressif surtout quand on lui refuse ses besoins ». Elle ajoute « Et dans la plupart des cas il s'isole quand il se sent ennuyé ». Ce qui signifie que notre sujet est en pleine crise d'adolescence. D'après ses dires, elle ne s'est jamais séparée de lui, car elle sait qu'il a toujours besoin d'elle et qu'il accepte difficilement le contact avec les autres.

Au moment où la mère de Kamal nous l'a confié, on a remarqué tout de suite le comportement agressif de son fils envers elle, alors qu'elle cherche son intimité à travers nous « Peut-être il va vous avouer qu'il a besoin d'une petite amie » dit la mère.

Notre entretien avec Kamal, qui s'est passé dans le bureau du psychologue de l'association, a demandé des efforts supplémentaires de notre part afin de l'encadrer et aussi des efforts pour le comprendre car il parle rapidement.

D'abord, on a commencé notre entretien en posant la question sur la signification de la famille pour lui : « La famille c'est tout pour moi » nous répond-il. Nous avons remarqué que notre sujet avait un grand besoin de parler et d'être écouté, il a commencé à nous révéler quelques souvenirs avec ses parents « ...Je garde de bons souvenirs avec mes parents. Je me souviens le jour de mon anniversaire qui s'est bien passé avec eux et les autres membres de ma famille ainsi que mes sorties avec eux à la plage pendant l'été ... J'ai vécu des moments heureux sur tout avec mon frère ».

A propos de sa relation avec sa fratrie, il nous a avancé qu'il est en bonne relation avec son frère et même il le considère plus qu'un frère. Contrairement à ses sœurs « Je garde de bons souvenirs avec mon grand frère. Il me prend avec lui à la ville sur sa moto, il me présente à ses amis, il a fait même des sacrifices en retardant son service militaire »

De plus notre sujet se sent aimé par ses parents, selon ses propos : « Franchement je me sens aimé par mes parents, plus que mes frères ». Ce qui signifie que Kamel peut compter sur ses parents pour répondre à ses besoins. « Je sais quand je veux quelque chose, il me la réalise tôt ou tard » déclare-t-il. Il ressent aussi d'être aimé par les autres.

D'après les dires de Kamal, ce dernier n'a jamais peur de ce retrouvé seul, « Non je n'ai pas peur d'être seul...je dois avoir peur de quoi ? » dit-il avec confiance en soi. Ce qui nous confirme les dires de sa mère sur la question de l'isolement.

Durant notre entretien, nous avons découvert que Kamel prend tout seul ses décisions sans l'aide des autres, la preuve quand il avait 8 ans, il avait décidé de quitter l'école définitivement tout seul sans avoir le point de vue de ses parents. Il a fait tomber sa trousse à stylo par terre alors l'enseignant l'a lui avait ramassé méchamment ! C'est ce geste qui a démoralisé notre sujet.

En lui demandant de nous parler de ses relations avec autrui, Kamel paraissait ne pas être quelqu'un qui fait des liens facilement. Il nous a assuré qu'il se sent gêné quand quelqu'un se montre très gentil avec lui, comme étant par pitié. Par conséquent, il le rappelle de son handicap. D'après les dires de notre cas, nous avons constaté qu'il n'aime pas être contrarié. C'est vrai qu'il reste un peu avec les gens mais, c'est exigeant, l'heure de repos c'est 20h. De plus, il préfère passer son temps seul à jouer à des jeux électroniques sur téléphone portable. Nous avons constaté que Kamal n'a pas confiance en tout le monde d'après un proverbe « Notre ami c'est ce qu'on possède ».

A la fin de notre entretien, la mère nous a posé la question sur le comportement de son fils, la preuve qu'elle s'inquiète s'il est normal au agressif.

Son agressivité avec sa mère, sa moindre fréquentation avec les autres et son évitement de faire confiance en tout le monde, son hésitation à entrer en relation avec les autres, ses distances à l'égard du personnel ont conduit notre cas à construire un attachement dépendant.

Tableau : résultats de l'échelle (AAS) de Kamel

Sous-échelles	Résultats
Sécure	22
Dépendant	23
Anxieux	9

En remarque que les résultats de notre sujet se situent dans le modèle insécure (dépendant) d'un score 23.

4.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS

Notre sujet présente notamment un caractère de dépendance dans ses relations à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre un(1) a item n° 03 « Je trouve difficile de me permette de dépendre des autres », cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (1) n° 08 «Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on en a besoin »

Son caractère de dépendance dans ses relations à autrui est étayé par sa conviction que les autres seront là a chaque fois qu'il en aura besoin cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (5) l'item n°14 « Je sais que les gens vont être là quand j'aurai besoin d'eux ».

4.3 Synthèse du cas

Kamel est un jeune adolescent gâté atteint d'une infirmité motrice cérébrale de type quadriplégie spastique, il est dépendant dans la plus part des taches. Il est marqué par une instabilité, agressivité ainsi qu'une sensibilité à la proximité de l'enseignant et un isolement, un manque de confiance envers les autres, ce qui l'empêche de faire des liens avec eux. Notre cas a un score de 23 pour la sous échelle (dépendant). Alors, les résultats nous laissent penser que Kamal est de type insécure ambivalent.

5. Présentation et analyse de cinquième cas (Karim)

5.1. Présentation et analyse de l'entretien

Karim est un jeune adolescent âgé de 17 ans, atteint d'une infirmité motrice cérébrale sous forme de diplégie spastique associée à des troubles visuels, Il est scolarisé en deuxième année secondaire, il est l'aîné d'une fratrie qui se compose de 3 garçons. Karim reconnaît dans ses dires qu'il est sage, gentil et surtout calme et cultivé, il maîtrise bien la langue française.

Karim a été accompagné par son père, qui est plus proche de lui.

Notre entretien avec le père s'est déroulé au bureau de psychologue de l'association dans de bonnes conditions. Il répond à nos questions sans difficulté. Quand nous lui avons dit : « Pourquoi ce n'est pas la mère qui s'est présentée avec nous », il nous a répondu que c'est mieux de faire l'entretien avec lui qu'avec la mère car c'est lui qui est le plus proche de son fils. On peut dire que c'était sa figure d'attachement primaire et d'ailleurs il a même fait

un agenda concernant son fils depuis qu'il été fœtus. Alors, nous lui avons demandé de nous raconter l'histoire de Karim et sa maladie depuis sa naissance.

Après ses témoignages, nous avons constaté que Karim a été désiré par sa mère et surtout elle a bien suivie ses rendez-vous avec le gynécologue. Elle a fait tous ses vaccins. Mais la maladie de Karim a été une erreur médicale ; le médecin déclara à la maman qu'elle avait une hypertension qui nécessite un traitement jusqu'au jour de l'accouchement où elle avait rencontré des complications. La mère lui fallait une césarienne mais à cause de manque de moyennes elle accoucha avec force. Alors le nouveau-né a eu une infection « C'est une erreur médical. Le médecin l'a poussé à accouché normalement malgré qu'il savait que c'était risqué et qu'il lui fallait une césarienne...A cause de cette erreur, la mère et son bébé souffraient vraiment et surtout la mère qui avait seulement 22 ans ». Concernant la santé du nouveau-né, le père nous a révélé que depuis sa sortie, et surtout le soir, il pleurait sans cesse comme si il avait mal. Alors deux jours plus tard, il le transporta à l'hôpital où les médecins ont constaté qu'il était infecté au niveau du cordon. Ce qui a nécessité une hospitalisation de 22 jours en présence de sa mère bien sûr. Le père est inquiet de son fils et après quelques jours, il consulta le carnet de santé de son fils où c'était écrit (La naissance Chaptal, posté). « ...Ça m'a fait poser beaucoup de questions au médecin en le suppliant de me dire ce que mon fils avait et qu'elle était le genre de maladie qu'il avait. Il m'a répondu qu'il ne savait pas exactement qu'elle zone ou partie du cerveau était atteinte au moment de ses crises, et par la suite peut-être il ne pourra pas voire ou marcher...C'est un léger retard ».

L'annonce du médecin a choqué les parents « ça été très très dure d'avoir un enfant malade avec le manque des moyens. C'était vraiment un choc terrible. La maman pleurait et posa la question si c'était ce qu'on mérite tout ça dans la vie». Le père nous a informé que la mère est très sensible car, quand elle avait 4 ans, son père les a abandonné en quittant son patrimoine pour vivre en France loin de sa famille. A son retour, il divorça sa femme. Alors, on constate qu'elle vie d'une détresse à une autre. L'arrivé de cet enfant handicapé a bouleversé considérablement leurs projets d'avenir « Avant ça, nous avons monté un plan, mais on s'est retrouvé face à une maladie dont on ne s'est même pas préparé, ni psychiquement ni matériellement ni financièrement... On était jeune ». Nous avons comprît que l'anxiété et la douleur ressentie remplacent la joie normalement associé à la naissance. Les parents vivent un processus de deuil de l'enfant désiré. Le père qui aime beaucoup parlé continu à nous raconter la maladie de son fils en nous assurant que Karim n'a pas d'autre maladie, mais juste des crises épileptiques. Comme le père note tous, il a remarqué que ces

crises reviennent le jour de son anniversaire. Il dit « Je pense quand il est sur excité, il n'arrive pas à supporter ; alors, durant le sommeil, la crise lui revient». Plus tard, le père l'emmena chez un neurologue puis un pédiatre qui lui ont subis des tests. Les résultats ont démontré que notre sujet est intelligent et supérieure, en même temps il a un petit peu de retard mental. Le père découvre avec le temps que le médecin avait raison que Karim a fait les différents mouvements au début mais à partir de 6 mois ils ont remarqué son retard qui était moteur. Concernant son intelligence, à l'âge de 30 mois il savait compter jusqu'à 50 et il citait l'alphabet de A à Z par cœur et bien classé. A l'âge de deux ans, le père s'inquiétait vraiment de la maladie de son fils et l'accompagnait chez un autre pédiatre qui l'a diagnostiqué. Ce dernier a dit au père que cette maladie s'appelle IMC (IMOC). A ce moment-là, le père fit une recherche sur internet concernant cette maladie car il en n'avait aucune information. Il lui a fait suivre des cours de rééducation quotidiennement. Plus encore, il lui a aménagé toute une salle pour la rééducation dans sa maison.

A propos du développement de Karim, son père nous apporte que quelques acquisitions n'ont pas été faite à temps, telle que la position assise et la marche et surtout cette dernière «...Sa première marche a été à l'âge de 6 ans où il acquit son autonomie, mais avant il a essayé mais il crispé... C'était difficile pour lui, il avait peur... ». Avec la rééducation et surtout l'aide des parents, il s'est amélioré et aussi il a été soutenu par les autres. C'est tout le mande qu'il l'aime. La maladie de notre cas a lui causé le refus de son dossier d'entrée à l'école, mais le père comme d'habitude a fait toutes ses possibilités pour qu'il soit accepté. Il rappela au directeur qu'il avait le droit d'entrée à cette école car c'est une école publique et il n'avait aucune raison de le refusé. Le sujet a réussie a entré à l'école. Le père demanda à mainte reprise un visa dans le but d'aider son fils. Après une année de sa scolarisation dans son pays, le père a reçu son visa. A ce moment-là, le père a réussi enfin à amener son fils à l'étranger afin de le soigner. Pendant deux mois de suivi, les spécialistes ont lui a fait un bilan général pour sa maladie. A la fin, ils ont pris la décision de lui faire suivre une rééducation dans son pays. A l'âge de 11 ans, le père retourna en France en amenant son fils de nouveau pour le soigner. Les médecins acceptent de suivre le cas de Karim jusqu'au bout. Alors, Karim a été scolarisé dans une école spéciale «... C'était bien passé là-bas. Il y a des moyens et il y a tous ce dont on a besoin... Pendant son séjours en France, il garda le contact avec sa mère et ses frères ». Avec la mémoire fraîche de Karim, il a pu apprendre la langue française dans peu de temps. Le père a fait tous pour rendre son fils heureux et il ne sente pas de manque dans ce pays étranger. De temps en temps, il lui fait des surprises; il

appelle ses amis pour les inviter dans son domicile pour passer des moments avec lui. Alors ce départ avait des avantages comme il avait des inconvénients. Par rapport aux avantages, Karim est amélioré vraiment et a bien suivi sa rééducation ; il a été sous traitement pour ses crises jusqu'en 2012. Il a fait seulement une crise pendant 4 ans. Actuellement, Karim a fait toutes ses tâches tout seul. Il devient autonome, et aussi il est intégré au sport.

Mais malheureusement, Karim a raté une année de scolarisation normale, pire encore, sa mère et ses deux frères ont vécu une période dure de cette absence qui a vraiment créé un vide énorme dans la famille.

Nous avons demandé au père de nous parler du comportement de Karim et ses relations avec autrui, il nous a assuré que son fils est sage, calme, sociable et surtout populaire. Nous avons constaté que sa relation avec son fils est formidable ; ils ont partagé toutes les choses c'est comme s'ils sont des amis intimes « J'étais sincère avec lui depuis le début, je lui dis qu'il est malade mais rien ne l'empêche de vivre mieux et que c'est un chemin à suivre et qu'il faut combattre pour vaincre ». Karim a été défiant de ses frères, le père dit avec fierté « Il est curieux, aime découvrir et surtout il est bien organisé ». Ce qui concerne ses relations, nous avons confirmé qu'il accepte facilement le contact avec les autres et qu'il n'est pas timide. Il n'a pas de problème de relations.

Lors de l'entretien avec le Jeune Karim qui s'est présenté dans notre bureau paraissait à l'aise à partir de son sourire et sa bonne humeur. Il s'est montré coopératif en répondant à nos questions sans difficulté, malgré son trouble de langage.

Nous avons abordé la discussion sur les antécédents familiales, Karim définit la famille : « La famille c'est un tous, parce que si la famille est bonne automatiquement elle donne un bon fils et si elle est mauvaise elle donne un mauvais fils, alors c'est la cellule principale ». Parlant de ses souvenirs, il s'est montré très émotionnel et commença à nous raconter « J'ai passé des bons moments avec mon père en France, on a fait tout un tour du pays, on a rencontré de belles places et j'étais scolarisé là-bas dans une école spéciale... C'était formidable, et bien sûr j'ai des souvenirs avec ma mère quand elle m'accompagne à Bejaia pour les séances de rééducations, mais le mauvais souvenir quand j'étais parti en France pour la première fois ; ma mère et mes frères pleuraient par ce qu'on était parti tous les deux en même temps ». On a remarqué que Karim a parlé premièrement de ses souvenirs avec son père après avec sa mère, ce qui signifie qu'il est très attaché à son père car il passe beaucoup de temps avec lui. Il nous a ajouté que ça été difficile pour lui durant les premiers

temps mais avec l'aide de sa figure d'attachement et le soutien de son oncle et sa tante ça été bien passé.

On lui demandant de nous parler de ses relations, Karim nous a assuré qu'il aime beaucoup sa famille et les autres s'est réciproque pour eux, surtout il aime ses frères et beaucoup plus le premier après lui car il l'aide toujours dans ses études ou dans d'autre choses. Il nous a assuré aussi qu'il tissait des liens facilement et qu'il éprouvait du plaisir à passés des moments avec autrui « J'aime avoir des gens autour de moi...J'ai des bons amis parmi eux j'ai deux amis intime...L'un est un ami d'enfance et l'autre en s'est rencontrer au collègue », d'après ses dires, il se sent à l'aise et en toute sécurité.

A propos de ses études, Karim souhaite devenir un professeur de langue étrangère. Il nous a ajouté qu'il est fière de son père qui a tout fait pour son bien-être.

L'histoire de Karim avec sa maladie et son départ en France pour ses soins avec les sacrifices du père pour le rendre autonome a donné de bons résultats sur sa personnalité, sa confiance en soi et le sentiment d'être aimé par les autres. Avec son sourire et sa bonne humeur, il nous a déclaré qu'il est vraiment en sécurité.

Tableau n° 06 : résultats de l'échelle (AAS) de Karim

Sous-échelles	Résultats
Sécuré	23
Dépendant	20
Anxieux	18

On voit que les résultats de Karim se situent dans le modèle sécuré d'un score de 23.

5.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (AAS)

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres »

Karim constitue une source d'assurance pour lui-même et pour les autres. Cela est déclaré dans sa réponse pare le chiffre cinq (05) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand

quelqu'un s'approche trop de moi ». Cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (01) à l'item N° 09 « Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres »

On a repéré aussi chez lui un sentiment de plaisir dans ses relation avec autrui, cela est démontré dans sa réponse par le chiffre un (01) à l'item N° 17 « Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour me sentir confortable »

5.3. Synthèse du cas :

Karim est un jeune adolescent atteint d'une infirmité motrice cérébrale sous forme de déplégie spastique des membres inférieurs, mais il est autonome, calme, coopératif, gentil, courageux, d'un fort caractère et d'une grande confiance en soi. Il a réussi à accepter son handicap par suite d'encouragements, de sentiments d'amour, de sécurité et bienveillance de ses parents, et surtout la confiance en la disponibilité de son père qui ont fait naître en lui un très bon attachement qui l'a aidé à explorer son environnement et a développé ses capacité de façon optimale. Ce qui est capable de confirmer cette constatation est sa bonne humeur ainsi que l'amour qu'il a éprouvé de son père et qui pourrait être un indicateur de la constitution d'un bon substitut maternel aussi bien que son plaisir d'entrer en contact avec autrui, de partager ses secrets avec eux et sa participation aux différentes activités.

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle (AAS), nous avons constaté que Karim vit un attachement sécuritaire.

Déscussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

A partir des résultats obtenus grâce à l'analyse, l'interprétation, de l'entretien et de l'échelle AAS, portant sur les cinq adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale âgés entre quatorze ans et dix-sept ans, montrent que :

L'hypothèse qu'on a supposée, qui est : « la qualité d'attachement chez les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale est Sécure » a été confirmée, car nous avons remarqué à travers notre études sur nos groupe de recherche que la plupart des cas présentent un type d'attachement « sécure ».

Cela est manifeste dans les quatre cas de notre groupe de recherche Zina, Karim, Amine et Halim qui ont présentent le type d'attachement « sécure » ce qui peut se voir dans les scores élevé pour la sous-échelle « sécure », l'attachement de ces cas est un attachement sécure caractérisé par le sentiment de sécurité, et la confiance au monde extérieure, l'adolescent serait généralement coopératif, enthousiaste, l'adolescent ayant une organisation sécure utiliserait la figure d'attachement comme base de sécurité pour explore son environnement, tout en gardant la possibilité de faire appel à celle-ci dans des situation où il ressentait de l'anxiété ou s'il était confronté à un danger. Ce que nous avons constaté chez les quatre cas de notre groupe de recherche. De nombreux facteurs sont nécessaires pour la construction d'une bonne qualité d'attachement tel que, une mère suffisamment bonne, ou une bonne substance maternelle.

Selon Bowlby (1969), la mère est en générale la première personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, de nos jours, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale avec l'enfant et qui sera capable de répondre à ses besoins sera susceptible de devenir une figure d'attachement. Après 7 mois, une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne privilégiée, s'établit, Bowlby (1969) parle alors de monotropisme, c'est-à-dire d'une seule et unique relation. La mère ou le substitut maternel, constitue une base de sécurité pour son enfant. (Savard.N, 2010, p10)

Nous avons remarqué chez les quatre cas des adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale d'après des analyses des entretiens que les caractéristiques de type d'attachement sécure est indiquée à leur qualité d'attachement qui se manifeste d'après leur relation avec leur figure d'attachement qui est la mère ou le substitut maternel qui on le utilise comme base de

sécurité, et la confiance au monde extérieure qui se manifeste dans leur relations avec autrui. Ils ont rencontré pas des difficultés a rentre en relation avec autrui, malgré leur handicapé.

Étudiant l'attachement sécure chez l'adolescent, des auteurs (Allen et al. 2003) ont fait le pont entre l'attachement de l'enfant et l'attachement de l'adolescent pour sa mère. En effet, les adolescents seraient capables d'explorer leur indépendance et leur autonomie intellectuelle et émotionnelle à partir de la base sécure que constitue une relation positive avec leur mère. Ces auteurs expliquent que ce processus d'établissement de l'autonomie intellectuelle, à partir de la base sécure d'une relation bienveillante et soutenant avec un parent à l'écoute de son enfant, apparaît hautement analogue au processus des jeunes enfants qui expérimentent leur indépendance physique à partir de la base sécure qu'est la figure d'attachement sensible et disponible. La sécurité apportée par le parent est étroitement liée à la sensibilité que la mère développe face à l'image qu'a l'adolescent de lui-même et qui rend la mère plus apte à le soutenir dans le développement de son identité. (Coté. M, 2004, P19)

Tandis que la deuxième hypothèse « certain adolescents atteint d'infirmité motrice cérébrale ont un type d'attachement insécure ambivalent » a été confirmée, ce qui s'exprime par la sou-échelle « DEPENDANT », présentée chez un cas de notre groupe de recherche Kamel. L'attachement de cas de Kamel est un attachement insécuroisant caractérisé par l'anxiété et l'ambivalence. La personne ayant le style d'attachement insécure-ambivalent désire vivre beaucoup d'intimité avec sa figure d'attachement quand bien même cette dernière est proche ou désire s'éloigner. Hazan et Shaver (1987), expliquent que l'enfant présentant un style d'attachement insécure-ambivalent recherche désespérément le contact avec la figure significative ayant été ambivalent. Cette personne démontre un faible niveau d'autonomie et une peur marquée d'être abandonné par sa figure d'attachement. Ces résultat confirmé par le entretien chez le cas de kamel qui est marqué par l'agressivité, le refus de fréquenté l'école. Il accepte de faire n'importe quelle tache demandée tout seul sans aucune aide des autres. Selon Ph. Mazet « l'individu n'a aucune confiance dans le fait que, s'il recherche des soins, il lui sera répondu de manière utile, mais il s'attend au contraire d'être repoussé. Il tente de vivre sa vie sans amour ni soutien de la part des autres, il essaye de suffire a lui-même sur le plan affectif et peut être diagnostiqué comme « narcissique ou ayant un faux-self » (Bouraouais.Y, 2009, p14).

En générale ce que a pu remarquer c'est que les adolescences handicapé moteur on particulièrement l'infirmité motrice cérébrale ils ont un attachement sécure comme nous à

présenter nos cas, ce qui signifie que le handicap n'influence pas sur la quantité d'attachements des handicapés. Et ils ont peut représenter aussi un attachement insécurité-ambivalent comme nous a présenté un cas dans notre groupe de recherche, ce qui ne constate que la période d'adolescence influence sur certains l'adolescent handicapé et sur sa qualité d'attachement.

Après avoir analysé nos cas, on a abouti en fin de notre recherche à confirmer notre hypothèse générale et partielle.

Conclusion générale

Conclusion

Conclusion

La théorie de l'attachement, apporte une nouvelle compréhension des phénomènes psychologiques et cliniques. Elle confirme l'importance de la relation interpersonnelle, indispensable à l'épanouissement du fonctionnement humain.

Bowlby, nous enseigne que l'attachement est un lien interpersonnel qui constitue un besoin affectif, primaire nécessitant le contact et la proximité. Il s'organise dès le début de la vie, en premier lieu avec les parents, particulièrement la mère, ces premiers liens aboutissent à la construction d'un modèle d'attachement spécifique.

Les représentations que les enfants construisent de leurs relations d'attachement, les « modèles internes opérants » permettent d'expliquer l'influence des premières relations tout au long du développement, en particulier pendant la phase d'adolescence. Qui est une période critique, pour Fine Witting l'adolescence est présentée comme l'avènement du développement de l'enfant, ainsi le temps des grands bouleversements physiques, intellectuels et psychiques, dans le but de permettre de devenir un adulte structuré et responsable.

L'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale marque par une prise en compte de son handicap ce qui peut influencer sur leur qualité d'attachement.

Dans le cadre de notre travail de recherche sur « la qualité d'attachements chez les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale » on a tenté de démontrer que le handicap n'a aucune influence sur la qualité d'attachement chez les adolescents IMC.

Nos questions de départ étaient :

- Est-ce que l'infirmité motrice cérébrale a une influence sur la qualité de l'attachement reçu ?
- Quelle est le type de l'attachement le prépondérant chez les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale ?

pour la réalisation de notre recherche et de vérifier nos hypothèses, on a suivi la méthode clinique et on a constitué un échantillon qui se compose de cinq adolescents âgés de quatorze ans (14ans) à dix-sept ans (17ans), placés dans l'association « ASIMS /BAJAIA », notre étude a été effectuée à partir des entretiens avec les adolescents atteints d'infirmité motrice cérébrale et leur mères ou bien le substitut maternel, l'entretien nous a permis de recueillir le maximum d'informations sur chaque cas, on s'est notamment dotée de l'échelle

Conclusion

AAS pour explorer les qualités d'attachement de nos groupe de recherche, que nous a permis de confirme nous hypothèse.

A partir des outils de recherche qu'on a suivi on a confirmé notre premier hypothèse qui est « la qualité d'attachement chez les adolescents atteint d'infirmité motrice cérébrale est sécure » et la deuxième hypothèse que « certain adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale ont un type d'attachement insecure ambivalent », chez nous groupe de recherche.

Cependant, on ne peut pas généraliser les résultats de notre recherche sur l'ensemble de la population des adolescents (IMC) puisque ces résultants ne sont pas absolus et notre groupe de recherche n'était pas assez large pour avoir ce mérite.

Enfin, malgré les difficultés qu'on a rencontré dans cette recherche, comme le refus et le non disponibilité de temps chez les adolescents et leurs parents, à cause de leur condition géographique, il reste à dire que cette recherche est un bonne expérience pour nous, elle nous a permis de découvrir le monde des adolescents atteint d'infirmité motrice cérébrale ; leurs style d'attachement, leurs comportements, et surtout leurs souffrance à cause de manque de prise en charge, le manque des écoles et des centres spécial pour cette catégorie. De plus, cette étude nous a ouvert les yeux d'avoir une expérience sur un travail méthodique et scientifique.

Cette étude peut permettre à d'autre étudiante d'approfondir sur d'autres aspects de ce sujet, comme la qualité d'attachement chez la fratrie de l'adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale, la qualité d'attachement chez les mères ayant à un enfant IMC ...ect.

Liste bibliographie

Liste bibliographique

Bibliographie

Ouvrages

1. Alvin. P et Marcelli. D, (2005), « **Médecine de l'adolescent** ». Masson, Paris.
2. Baudier A et Céleste B, (2002) « **Le développement affectif et social du jeune enfant** », 2^e éd, Nathan, Paris.
3. Bénont H, (2005), « **L'examen psychologique et clinique de l'adolescent** », Armand Colin, Paris.
4. Bénony H et Chahraoui KH, (1999), « **L'entretien clinique** », Dunod, Paris.
5. Charaoui KH et Benony H, (2003) « **Méthode, évolution et recherche en psychologie clinique** », Dunod, Paris.
6. Cartron. A et Winnykman.F, (2004), « **Les relations sociales chez les enfants** », édition Arnod colin, paris.
7. Chauchat H, (1990), « **L'enquete en psychologie** », 2^e ed, Puf, Paris.
8. Coslin P.G, (2002), « **Psychologie de l'adolescent** », 3^e ed, Armand colin/Vuef, Paris.
9. Coslin P.G, (2010), « **Psychoogie de l'adolescent** », 3^e ed, Armand colin, Paris.
10. Cottraux J, (2007), « **Thérapie cognitive et émotions** », Masson, Paris.
11. Dorie N et Le Hénaff D, (2013), « **Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à 2 ans** », Quebec, Canada.
12. Gerring.R, Zimbardo.P, (2008), « **Psychologie** », 18 ed, Pearson, France.
13. Guedeney N et A, (2009), « **L'attachement approche théorique du bébé à la personne âgée** », 3^e ed, Masson, Paris.
14. Guedeney N, (2010), « **L'attachement un lien vital** », Fabert, Paris.
15. Guidetti M, (2002), « **Les étapes de développement psychologique** », Armaund colin/Veuf, Paris.
16. Guidetti M et Tourette C, (2014), « **Handicap et développement psychologique de l'enfant** », 3^e éd, Armand colin, Paris.
17. Guidetti M et Tourette C, (2004), « **Handicap et développement psychologique de l'enfant** », 2^e ed, Armand colin, Paris.
18. Halen. Bee et all, (2002), « **Psychologie du développent** », Renouveau, Quebec.

Liste bibliographique

19. Hening. R et Mieriam. D, (1989), « **les enfants atteints d'infirmitté motrice cérébrale grave** », 7^{ème} ed, unesco.
20. Marcelli.D et Braconnier.A, (1999), « **Adolescent et psychopathologie** », Masson, Paris.
21. Marcelli.D et Braconnier.A, (2008), « **Adolescent et psychopathologie** », 3^e ed, Masson, Paris.
22. Mareau C et al, (2012), « **Réussir son 1^{er} cycle de psychologie** », 8^e ed, Studyrman, Paris.
23. Mitt et al (1994), « **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, Maloine, Paris.
24. Muchielli R, (1993), « **Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale** », 10^e ed, Esf.
25. Myers D.G, (2004), « **Psychologie** », 7^e ed, Flammarion, Paris.
26. Pedenelli J, (2005), « **Introduction à la psychologie clinique** », Armand colin, Paris.
27. Pierre G et al, (2002), « **Psychologie de l'adolescent** », Armand colin, Paris.
28. Reuchlin M, (2002), « **Les méthodes en psychologie** », puf, Paris.
29. Rougeul F, (2006), « **Comprendre la crise d'adolescence** », Armand Colin/Vuef, Eyrolles, Paris.
30. Tourette C et Guidetti M, (2013), « **Introduction à la psychologie du développement de bébé à l'adolescent** », 3^e ed, Armand colin, Paris.

Dictionnaire

1. Bloch.H et al, (1992), « **grand dictionnaire de la psychologie** » ed, Larousse. Paris.

Thèses

1. Audrey.G, (2013), « **retentissement d'handicap de l'enfant sur la vie familiale** », Université de Genoble.
2. Regina. C, (2012), « **à l'aventure dénombre, le dénombrement chez l'enfant infirme moteur cérébral** », Université de lille 2.
3. Leblanc.S, (2007), « **la théorie d'attachement pour comprendre les difficultés d'apprentissage et les troubles du comportement chez les jeunes de milieu défavorable risque de mauvais traitements** », Université de montréal.
4. Labbé.I,(2006), « **la théorie d'attachement** », Université Laval.

Liste bibliographique

5. Paul. Sandrez, (2013), « **un être en développement, un sujet en devenir réflexion autour de la pertinence d'un regard psychomoteur sur l'accompagnement d'enfant infirmes moteur** » cérébraux, université Bordeaux Sagalen.
6. Samou, Tiemko, Oumar lauhoy, (2013), « **profil épistémologique et clique des infirmités motrices cérébral** », Université de Bobo Dioulasso.
7. Gagnon. A, (2008), « **les styles d'attachements, le contexte familiale et les troubles de comportements sérieux chez l'adolescents et l'adolescentes prise en charge par le centre jeunesse du Saguenay- lac- saint –jean** » , université de Québec.

Reuves

1. Lacert, ph, (1980), « **les infirmités motrices cérébraux** », in revue « **réadaptation** », ONISEP, N° 408, paris.
2. Mouilly.M et al, (2014), « **qualité de vie des parents d'enfant et adolescents souffrant d'infirmité motrice cérébrale** », Maroc.
3. Robillard.R et Boutet.Ch, 2013, « **savoir lire l'attachement de son enfant** ».
4. Savard.N, (2010), « **la théorie de l'attachement** », dossier thématique ONED, N°13.
5. Trabuhsy. G M, (2000), « **Attachement et développement** », Puq, Québec.

Site web

1. <http://www.opf.asso.fr/> le 02 /10/17 à 10:40
2. <http://naitre et grandir.com/fr> le 10/ 03/17 à 09 :30

Annexess

Annexe n° 01 : Le guide d'entretien (semi-directif)**Renseignement personnelle**

1. Nom :
2. Prénom :
3. Age :
4. Date de naissance :
5. L'emplacement dans la fratrie :
6. Niveau d'étude :
7. Année scolaire :

Axe n° 01 Renseignement sur la mère :**Grossesse et accouchement**

- 1 .Avez-vous désiré cette grossesse ?
2. Pouvez-vous nous parlez sur le déroulement de votre grossesse ?
- 3 .Avez-vous des problèmes de santé avant ou durant la grossesse ?
- 4 .Avez-vous rencontré des complications durant l'accouchement ?
5. Est-ce que votre enfant présentait des problèmes de santé ante natale périnatale ou post natale ?
6. 7. Est-ce que votre enfant a fait toute ses vaccins ?

Axe n° 02 Renseignement sur l'annonce de la maladie

1. Quand avait su que votre enfant sera infirme ?
- 2 .Qui vous l'avez appris ?
3. Comment vous l'avez appris ?
- 4 .Quel était votre réaction ?

5. Avez-vous été soutenue ?
6. Avez-vous des connaissances sur l'infirmité motrice cérébrale ?
7. Est-ce l'arrivée de votre enfant a affecté votre vie quotidienne ?

Axe n° 03 : Renseignement sur le développement de l'enfant

1. Est-ce que votre enfant a effectué les différents mouvements ?
2. A quel âge votre enfant a commencé à marcher ?
3. Est-ce qui a besoin d'aide pour effectuer une tâche ?
4. Est-ce que votre enfant est autonome ou dépendant ?
5. Est-ce que votre enfant a un comportement d'évitement envers vous ?
6. Est-ce que votre enfant est agressif envers vous ?
7. Est-ce qu'il s'isole ?
8. Etes-vous déjà séparé de votre enfant ?
9. Comment était sa réaction à votre départ ?
10. Comment était sa réaction à vos retrouvailles ?
11. A qui vous le confiez pendant votre départ ?
12. Accepté-il le contact avec les autres ?

Axe n° 04 : L'attachement

1. C'est quoi la famille pour vous ?
2. Est ce que vous avez de bons souvenirs avec vous parents ?
3. Est-ce que vous avez de mauvais souvenir avec eux ?
4. Est-ce que vous été proche de vos frères sœurs, demi frères demi sœurs ?
5. Sentez-vous aimé par vos parents ?
6. Sentez-vous aimer par une personne quelconque ?

7. vous inquiétez que votre partenaire ne vous aime pas autant ?
8. avez-vous peur de vous retrouver seul ?
9. avez-vous toujours besoin de l'aide des autres pour accomplir vos taches quotidienne ?
10. avez-vous toujours besoin de l'aide des autres pour prendre vos décisions ?
11. Cherchez-vous à être entouré par les autres ?
12. Vous leurs faites confiance ?
13. Avez-vous tendance à partager vos secrets avec les autres ?
14. Appréciez-vous que les autres partageant leurs secrets avec vous ?

Annexes n° 02: Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990)

Please read each of the following statements and rate the extent to which it describes your feelings about romantic relationships. Please think about all your relationships (past and present) and respond in terms of how you generally feel in these relationships. If you have never been involved in a romantic relationship, answer in terms of you thinks you would feel.

Please use the scale below by placing a number between 1 and 5 in the space provided to the right of each statement.

1-----2-----3-----4-----5
Not at all very
Characteristic characteristic
Of me of me

1. I find it relatively easy to get close to others. _____
2. I do not worry about being abandoned. _____
3. I find it difficult to allow myself to depend on others. _____.
4. In relationships, I often worry that my partner does not really love me. _____
5. I find that others are reluctant to get close as I would like. _____
6. I am comfortable depending on others. _____
7. I do not worry about someone getting too close to me. _____
8. I find that people are never there when you need them. _____
9. I am somewhat uncomfortable being close to others. _____
10. In relationships, I often worry that my partner will not want to stay with me. _____
11. I want to merge completely with another person. _____
12. My desire to merge sometimes scares people away. _____
13. I am comfortable having others depend on me. _____
14. I know that people will be there when I need them. _____
15. I am nervous when anyone gets too close. _____
16. I find it difficult to trust others completely. _____
17. Often, partners want me to be closer than I feel comfortable being. _____
18. I am not sure that I can always depend on others to there when I need them. _____

Scoring instruction for the original Adult Attachment Scale

The scale contains three subscales, each composed of six items. The three subscales are CLOSE, DEPEND, and ANXIETY. The CLOSE scale measures the extent to which a person is comfortable with closeness and intimacy. The DEPEND scale measures the extent to which a person feels he/she can depend on others to be available when needed. The ANXIETY subscale measures the extent to which a person is worried about being abandoned or unloved.

Original scoring:

Average the rating for the six items that compose each subscale as indicated below.

<u>Scale</u>	<u>items</u>
CLOSE	1 7 9 13* 15* 17*
DEPEND	3* 6 8* 14 16* 18*
ANXIETY	2* 4 5 10 11 12

*items with an asterisk should be reverse scored before computing the subscale mean.

Alternative scoring:

If you would like to compute only two attachment dimensions--attachment anxiety (model of self) and attachment avoidance (model of other) – you can use following scoring procedure:

<u>Scale</u>	<u>items</u>
ANXIETY	2* 4 5 10 11 12
AVOID	1* 3 6* 7* 8 9 13* 14* 15* 16 17 18

*items with an asterisk should be reverse scored before computing the subscale mean.

Traduction de l'échelle en langue français**Attachements Adulte Echelé (Collins & Read, 1990)**

Si vous plait lisez chacune des affirmations suivants et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de vos relations amoureuses. Si 'il vous plait pensez à tout vos relations (passées et présents) et répondez en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relations. Si vous n'avez jamais été impliqué dans une relation amoureuse, répondez en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiez.

Si 'il vous plait utilisez l'échelle ci-dessous en plaçant un nombre compris entre 1 et 5 dans l'espace prévu à la droite de chaque énoncé.

1-----2-----3-----4-----5

Pas du tout

très

Caractéristique

caractéristique

de moi

de moi

1. Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres. _____
2. Je ne me soucie pas d'être abandonné. _____
3. Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres. _____
4. Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment. _____
5. Je trouve que les autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais. _____
6. Je suis à l'aise de dépendre des autres. _____
7. Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi. _____
8. Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on en a besoin. _____
9. Je suis un peu mal à l'aise en état proche des autres. _____
10. Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi. _____
11. Je veux fusionner complètement avec une autre personne. _____
12. Mon désir du fusionner parfois effraie les gens. _____
13. Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent. _____
14. Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin. _____
15. Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi. _____
16. Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres. _____

17. Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que me sentirai confortable. _____
18. Je ne suis pas sûr que je peux toujours compter sur les autres pour être la quand j'en ai besoin. _____

Marquant instructions pour l'adulte d'origine Attachement échelle

L'échelle contient trois sous-échelles, chacune composée de six éléments. Les trois sous-échelles sont proches, DEPENDANT, et ANXIEUX. L'échelle SECURE, la mesure dans laquelle une personne est à l'aise avec la proximité et l'intimité. Le DEPENDANT l'échelle de la mesure dans laquelle une personne se sent / elle peut dépendre des autres pour être disponible en cas de besoin. Les mesures anxiété, sous-échelle de la mesure dans laquelle une personne est inquiète d'être abandonnée ou mal-aimée.

La notion d'origine

La moyenne des notes pour les six éléments qui composent chaque qui composent chaque sous-échelle comme indiquée ci-dessous.

Articles échelle

SECURE	1	7	9	13*	15*	17*
DEPENDANT	3*	6	8*	14	16*	18*
ANXIEUX	2*	4	5	10	11	12

*Articles marqués d'un astérisque doivent être inversés avant le calcul de la moyenne de la sous-échelle.

Notation alternative

Si vous souhaitez calculer que deux dimensions de fixation- fixation anxiété (modèle d'auto) et attachement évitant (modèle des autres) – vous pouvez utiliser la procédure de notation suivante :

Articles échelle

ANXEUX	2*	4	5	10	11	12						
EVITANT	1*	3	6*	7*	8	9	13*	14*	15	16	17	18

*Articles marqués d'un astérisque doivent être inversés avant le calcul de la moyenne de la sous-échelle.

Annexe N°03 : les réponses du premier (1) cas Mr (Amine) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.					x
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.					x
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	x				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	x				
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	x				
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.		x			
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi.					x
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.		x			
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.	x				
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.	x				
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	x				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	x				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.		x			
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.		x			
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi	x				
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.		x			
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.	x				
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.	x				

Annexe N°04 : les réponses du deuxième cas M^{elle} (zina) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.				x	
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.					x
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.				x	
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.					x
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.					x
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.					x
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi.					x
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.					x
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.		x			
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.	x				
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.			x		
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	x				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.			x		
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.				x	
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi	x				
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.				x	
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.		x			
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.		x			

Annexe N°05 : les réponses du troisième(03) cas Mr (halim) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.					x
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.				x	
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.				x	
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	x				
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.			x		
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.				x	
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi.					x
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.		x			
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.	x				
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.			x		
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	x				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	x				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.		x			
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.				x	
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi	x				
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.				x	
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.	x				
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.		x			

Annexe N°06 : les repenses de quatrième (04) cas Mr (Kamel) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	Réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.					x
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.					x
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	x				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.					x
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.			x		
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.		x			
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi.					x
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.	x				
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.	x				
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.		x			
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	x				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	x				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.				x	
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.					x
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi		x			
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.					x
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.	x				
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.	x				

Annexe N°07 : les réponses du cinquième (05) cas Mr (Karim) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.					x
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	x				
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	x				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.					x
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	x				
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	x				
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi.					x
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.		x			
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.	x				
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.				x	
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.		x			
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	x				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.				x	
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.				x	
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi					x
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.			x		
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.	x				
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.			x		