



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

Le type d'attachement de la mère ayant un enfant handicapé mental

« Etude de 07 cas, réalisée au niveau du centre psycho
pédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaia »

Réalisé par :

HAMMAMI Sara

SAHLI Kamelia

Dirigé par :

Mme DOUAKH Alima

Année universitaire 2016/2017

Thème

Le type d'attachement de la mère ayant un enfant handicapé mental

*Etude de sept (07) cas au centre psychopédagogique
pour enfant handicapé mentaux de Bejaia*

Remerciements

Pour commencer, nous remercions Dieu, de nous avoir donné la force et le courage pour pouvoir mener ce travail à terme.

C'est avec une profonde reconnaissance et considération particulière que nous remercions notre encadreur Mm DOUAKH.A, pour ses conseils, encouragements et disponibilité durant l'élaboration de ce projet.

Aussi l'ensemble du personnel du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaia qui nous ont permis de réaliser ce travail et spécialement Mr le directeur et Mr FERCHOULI.B de nous avoir offert un climat de travail adéquat. Nous remercions Mme ABID NASSIMA et MASSIVA les psychologues cliniciennes du centre qui nous ont soutenus pour réaliser notre propre travail.

Et toutes les éducatrices du centres pour leurs accueilles

Nos remerciements à nos familles et à l'ensemble de nos amis qui nous ont été d'un soutien énorme.

Sans oublier tous les enfants du centre et leurs mères d'avoir accepté de travailler avec nous.

Et grand merci pour ceux qui ont cru en nous.

Sarah et Kamelia

Dédicaces

Avant tout, je remercie le seigneur pour son aide à atteindre ce jour.

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents qui ont cru en moi, à mon père pour son soutien. A la plus belle des perles, ma chère mère pour ses conseils précieux et son amour infini.

A la mémoire de mon très cher frère Massinissa, qui nous a quitté si tôt.

A mon grand frère Salah, symbole de courage et de sacrifice.

A chères sœurs Damia, Dania, Bahia, Warda et Massissilia.

A mes petits frères Mouhend cherif, djugurta (Goutta) et Aissa (Waghlis).

A mes princes et princesses, mes nièces et neveux adorées Alina, Massillas, Mari-belle, Léa, Léana, Daniel.

A ma binôme Sarah, son mari, et toute sa famille.

A ma grand-mère et grand-père que dieu les gardent.

A mes cousins et cousines.

A tout mes oncles et tantes.

A tout mes amis(es) sur tout Zakia et Djida.

A mes copines de chambre Wissam et Hadjilla.

& à la promotion 2016/2017 psychologie clinique.

Kamelia

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

A ma chère mère a qui je dois tout, pour ce quelle fais pour nos ses enfants de son soutien et son amour et ses sacrifices.

A mon cher père a ce qui je dois tout, pour son encouragement et ses efforts afin que nos ses enfants réussirent dans nos études et tout au long de notre vie.

A mon cher frère Karim.

À mes deux charmantes sœurs Anaïs et Kenza.

A mon mari.

A ma binôme kami et toute sa famille.

A ma belle famille.

A toute la famille « Mindjou, Hammami et Chelli »

A tous mes amis.

& à la promotion 2016/2017 psychologie clinique.

Sarah

Liste des abréviations

OMS organisations mondiale de la santé.

CIH classification internationale des handicaps.

QI quotient intellectuelle.

M.I.O model interne opérant.

CPPEHM centre psychopédagogique pour enfant handicapée mentaux.

UNAPEI union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales

Sommaire

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Introduction

Problématique et Hypothèses

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 01 : Le Handicap Mental

Préambule.....	12
1- Handicap.....	12
1-1 Histoire et origine du terme handicap.....	12
1-2 Définition de l'handicap.....	12
1-3 définition de l'handicapé.....	14
2- Les différents types d'handicap.....	14
2-1 Handicap mental.....	14
2-2 Handicap moteur	15
2-3 Handicap visuel.....	15
2-4 Handicap auditif.....	15
3- Handicap mental.....	15
3-1 Définition.....	15
3-2 Les différentes classifications du retard mental.....	16
3-3 Les formes du retard mental.....	16
3-3-1 Retard mental léger.....	16
3-3-2 Retard mental moyen.....	16
3-3-3 Retard mental grave.....	17
3-3-4 Retard mental profond.....	17
4- La clinique du retard mental.....	17

4-1 Prévalence	17
4-2 Evolution.....	17
4-3 Les critères diagnostic.....	18
5- Les causes de l'handicap Mental.....	19
5-1 Les facteurs génétiques.....	19
5-2 Les facteurs Environnementaux.....	19
5-3 Les facteurs psychosociaux.....	20
6- Le développement psychologique des enfants handicapés mentaux.....	20
6-1 Les problèmes Liés à l'attachement.....	20
6-2 Le fonctionnement cognitif.....	20
6-3 Le comportement adaptatif et le développement social.....	20
6-4 Le développement communicatif et linguistique.....	21
6-5 Le développement moteur et praxique.....	21
7- Les difficultés de l'handicap mental.....	21
7-1 l'apprentissage.....	21
7-2 L'adaptation	22
7-3 La communication.....	22
7-4 Le contrôle de soi.....	22
7-5 L'autonomie.....	22
8- L'évaluation d'un handicap mental.....	22
Conclusion.....	24

Chapitre 02 : La Mère (La Famille).

Préambule.....	27
1- La parentalité.....	27
1-1 Les facteurs influençant le processus de parentalité.....	28
2- Définition de la famille.....	28
2-1 La qualité de vie de la famille.....	28
3- les différentes fonctions de la famille.....	29
3-1 Rapport sexuels.....	29

3-2 La coopération économique.....	29
3-3 La reproduction.....	30
3-4 L'intégration sociale.....	30
4- Le vécu de la maternité.....	31
5- L'image du corps chez la mère.....	32
5-1 La symbiose mère-fœtus	33
5-2 Vivre la grossesse comme une évasion.....	33
5-3-Le corps de la mère qui porte un habitant intérieur.....	33
6- L'impact de l'handicap de l'enfant sur la mère.....	34
6-1 la santé.....	34
6-2 le couple.....	34
6-3 la fratrie.....	35
6-4 la vie quotidienne.....	35
6-5 la vie professionnelle.....	35
7- les réactions face à l'annonce du handicap.....	36
8- processus d'adaptation des parents face à l'handicap.....	37
8-1 chocs.....	37
8-2 La négation.....	38
8-3 Le désespoir.....	38
8-4 Le détachement ou l'adaptation.....	39
8-5 L'acceptation ou réorganisation	39
9- Les types d'impacts selon SUMMERS.....	39
Conclusion.....	41

Chapitre 03 : L'attachement

Préambule.....	45
1- Définition.....	45
2- La théorie de l'attachement.....	46
2-1- Figures d'attachement.....	47
2-2-le caregiving.....	47
2-3-les modèles internes opérants.....	48

3- les types d'attachement.....	48
3-1-Attachement sécurisant.....	48
3-2-Attachement insécurisant anxieux-évitant.....	49
3-3-Attachement insécurisant anxieux-ambivalent.....	49
3-4-Attachement désorienté-désorganisé.....	49
4- Style d'attachement de l'adulte.....	49
4-1-Différent style d'attachement chez l'adulte.....	50
4-1-1 styles d'attachement Évitant.....	50
4-1-2 Styles d'attachement craintif.....	50
4-1-3 Styles d'attachement sécurisant.....	50
4-1-4 Styles d'attachement Préoccupé.....	51
5- Le système comportemental d'attachement.....	51
6- Les facteurs influençant sur la qualité d'attachement.....	52
7- Les différentes phases du développement de l'attachement.....	53
8- Les émotions les plus importants dans la théorie de l'attachement.....	54
Conclusion.....	56

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 04 : La méthode de la recherche

Préambule.....	60
1- La méthode clinique.....	60
2- La pré-enquête.....	61
3- Présentation du lieu de recherche.....	61
4- Le groupe de recherche.....	65
5- Les outils de recherche.....	66
5-1 L'entretien clinique.....	66
5-2 Le guide de recherche.....	67
5-3 L'échelle AAS.....	68
6- Déroulement de la recherche.....	70
Conclusion.....	71

Chapitre 05 : Présentation analyse et discussion des résultats

1- présentation et analyse des cas.....	74
1-1 Présentation et analyse de cas Djouhra.....	74
1-2 Présentation et analyse de cas Naima.....	77
1-3 Présentation et analyse de cas Samia.....	80
1-4 Présentation et analyse de cas Djamila.....	82
1-5 Présentation et analyse de cas Leila.....	85
1-6 Présentation et analyse de cas Souad.....	88
1-7 Présentation et analyse de cas Nadia.....	91
2- synthèse générale des cas.....	95
3- Discussion des hypothèses.....	96

Conclusion général

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

NUMERO	TITRE	PAGE
01	Présentation de groupe de recherche	65
02	Présentation du score du cas Djouhra	76
03	Présentation du score du cas Naima	79
04	Présentation du score du cas Samia	82
05	Présentation du score du cas Djamila	84
06	Présentation du score du cas Leila	87
07	Présentation du score du cas Souad	91
08	Présentation du score du cas Nadia	94

Introduction

Introduction

La théorie de l'attachement est née dans le contexte historique de la guerre, qui entraîne séparations, pertes et deuils.

L'attachement est décrit comme un système de comportements, qui est activé lorsque l'enfant se sent en danger et que la figure d'attachement est éloignée ses signaux ayant pour but de faire revenir la figure d'attachement.

Avant même que l'enfant ne soit, le parent l'a conçu inconsciemment. Cette image inconsciente réalise la synthèse de deux héritages, celui de l'investissement œdipien et celui d'une position narcissique primaire. L'enfant imaginaire est une élaboration constitutive de l'inconscient de tout individu. A l'origine de cette élaboration : l'idéal du moi, une formation narcissique héritière du complexe paternel, et le moi idéal, une formation attachée au narcissisme primaire. Ces deux formations concourent à l'élaboration de l'enfant imaginaire, chacune d'elle en motive la nécessité et lui assigne donc une signification.

L'arrivée d'un enfant handicapé provoque forcément l'effondrement des rêves de perfection tissés au cours des mois de grossesse, qui consiste aussi à un bouleversement considérable des projets d'avenir. Que cet enfant ne sera jamais l'enfant dont ils ont rêvé. Ainsi l'anxiété et la douleur vont prendre la place de la joie liée à la naissance de cet enfant. Une confrontation pénible entre leurs désirs et la réalité. Ils reçoivent un choc qui se manifeste par des émotions très vives, et parfois des réactions extrêmes : ses réactions qui sont normales face à cette réalité et saines.

Notre travail se compose de deux parties ; partie théorique et partie pratique :

On a abordé une introduction générale suivi par la présentation de la problématique et hypothèse de notre recherche, en suite on a abordé la partie théorique qui se compose de trois (03) chapitre :

Dans le premier chapitre nous parlerons de l'handicap son origine, définition et ses types ensuite on va entamer le handicap mental définition, classification, ses formes, les causes et évaluation.

Le deuxième chapitre nous présenterons la mère (la famille) définition de la famille et mariage, les différentes fonctions de la famille, le vécu de la maternité et l'impact de l'handicap sur la mère.

Le troisième chapitre nous parlerons de l'attachement définition, la théorie de l'attachement les types d'attachement et le système comportemental d'attachement.

La deuxième partie comprend deux chapitres :

Le premier chapitre est méthodologique, dans lequel nous allons expliquer la méthode adoptée dans notre recherche, la présentation du lieu et des outils de la recherche.

Le deuxième chapitre inclut la présentation et l'analyse des cas étudiés, on suite viendra la discussion des hypothèses. Et enfin on aura une conclusion générale pour finir notre travail.

Pour pouvoir confirmer ou infirmer notre hypothèse, nous avons utilisé un entretien semi directif portant sur quatre (04) axes qui englobent des informations personnelles des mères et l'enfant, histoire de l'enfant, le vécu de la mère et l'attachement.

on a utilisé aussi l'échelle AAS.

Problématique et Hypothèses

Problématique

On peut définir l'attachement comme le lien affectif qui se développe entre un enfant et ses parents ou les personnes responsables de lui. Une relation d'attachement sécurisante avec les parents-responsables permet à un enfant d'évoluer dans un climat de confiance et de sécurité.

Selon Zazzo, (1974), l'origine de l'attachement du jeune enfant à sa mère n'est pas le résultat d'un apprentissage mais l'effet d'un besoin primaire et que, pour se réaliser, il dispose probablement de mécanismes innés.

La théorie de l'attachement a connu un très grand succès en psychologie du développement. Elle a suscité un nombre considérable de recherches qui ont permis de rendre compte de l'importance des premières relations tout au long de la vie. On sait depuis les travaux d'Ainsworth que des différences inter-individuelles dans la qualité de l'attachement avec les parents s'organisent dès la fin de la première année (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971 ; Ainsworth, 1983). Pour Bowlby (1978), ce sont les représentations que les enfants construisent de leurs relations d'attachement, les « Modèles Internes Opérants » (MIO), qui permettent d'expliquer l'influence des premières relations tout au long du développement. Ce sont précisément ces modèles que les différentes méthodes d'évaluation de la qualité de l'attachement permettent d'explorer. Enfin, contrairement à ce que pensait Bowlby (1958), il semble que les enfants ne construisent pas seulement un modèle de la relation qui les lie avec leur mère mais des modèles spécifiques de chacune de leurs relations d'attachement. (*Bacro Fabien, 2007, p ; 6*).

Ainsworth définit l'attachement comme : un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et la personne qui en prend en soin, ce lien persiste à travers le temps et l'espace sur un continuum. Hazan et Shaver (1990) ont élaborés un modèle des styles d'attachement, il porte sur trois styles d'attachement qui sont : sécurisant (autonome), anxieux-ambivalent et évitant. (*Bourouais Yassine, 2009, p ; 14*)

Problématique et Hypothèses

D'après M. Main l'aspect transgénéralisationnel d'attachement mettent en évidence que les parents ont tendance inconsciente à répéter les comportements de leurs parents sur leurs enfants, il reste médiateur entre le psychique et l'organique, il concerne les besoins physiologiques et psychologiques au début de la vie et agit sur le comportement tout au long de la vie.

Les théories de l'attachement et des relations d'objets soulignent le caractère central de la relation du nourrisson à la mère, prototype des relations ultérieures au monde extérieur.

L'attachement qui relie la mère et son enfant aura une influence sur les relations futures de l'enfant. C'est pourquoi, plus celui-ci sera adapté, mieux l'enfant se développera.

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. (*Baudier A et Céleste B, 2002, p ; 45-46*).

Les perturbations de l'attachement sont classé en trois catégorie qui sont ; L'absence d'attachement ; les personnes sont interchangeable pour ces enfants entrainant à long terme l'instauration de relations signifiantes affectives difficiles. La carence maternelle est au premier plan souvent liée à un placement, une rupture. L'attachement anxieux ou ambivalent ; une relation préférentielle de nature conflictuelle déclenchant différents comportements chez l'enfant en réaction avec cette figure de l'attachement, comme l'imprudence, une propension aux accidents ou l'enfant se met en danger par des comportements exploratoire qui ne sont pas compensé par ses comportements d'attachement. L'inhibition de l'exploration est une autre forme de réaction, comme pour s'éviter le danger face aux comportements parentaux imprévisibles, chaotiques. Ou bien encore une compétence précoce à

Problématique et Hypothèses

l'autoprotection chez des enfants qui ne peuvent pas s'appuyer sur leur mère. Les ruptures d'attachement par séparation ; elles suscitent une détresse chez le nourrisson.

La déficience mentale se caractérise par un arrêt, un ralentissement ou un inachèvement du développement mental chez un enfant. Elle peut être liée à un mauvais développement du cerveau, à une maladie, à des difficultés pendant la grossesse, l'accouchement. L'enfant se montre plus lent dans ses apprentissages, son autonomisation et prend plus de temps pour intégrer les consignes. La déficience mentale ne se manifeste pas par un signe mais par un ensemble de signes et peut être accompagnée de différents troubles du langage, du comportement ou du développement.

le handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant, d'une part, de déficiences ou d'incapacités et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux. (*Claude Hamonet, 2012, p ; 64*).

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 dyade (relation mère-enfant) varie et change selon l'état de santé de l'enfant avoir un enfant déficient perturbe la qualité d'entretenir l'enfant.

La présence d'un enfant handicapé provoque des changements profonds dans une famille et peut être une source de tensions et de stress. Pour les parents, la situation se traduit soit par une croissance personnelle, soit par une insatisfaction ou une inadaptation, pouvant influencer leur vie personnelle, conjugale, familiale et sociale. La naissance de l'enfant handicapé déclenche chez les parents toute une série d'émotions, de sentiments, de comportements et d'attitudes. Les parents sont placés dans une situation complexe et irrévocable. Ils doivent s'y adapter, s'organiser pour offrir des conditions favorables au développement de l'enfant, tout en tentant de préserver leur intégrité personnelle et familiale.

Problématique et Hypothèses

Ceci nous pousse à posés la problématique de la recherche de manière suivante ;

- *Quel est le type d'attachement de la maman d'enfant handicapé ?*
- *Est ce que la maman d'un enfant handicapé peut avoir un attachement sécore ?*

Hypothèses :

- Le type d'attachement peut être principalement sécurisant.
- Certaines mères peuvent avoir un attachement anxieux ou dépendant.

Les définitions opérationnelles :

Définition opérationnelle de l'handicap mental :

Le handicap mental est une forme de handicap, due à une déficience intellectuelle, il se différencie du handicap psychique dans le sens où il n'est pas la conséquence d'une maladie mentale. La trisomie 21 est un exemple de handicap mental les plus courants.

Caractéristique de l'handicap mental :

- difficulté langagière.
- retard du développement moteur particulièrement en motricité fine (coordination, œil- main).
- difficulté de compréhension, mémorisation et assimilation des informations.
- difficulté à se repérer dans le temps et dans l'espace.
- difficulté de comprendre les discours de l'autre.
- difficulté de verbaliser ses émotions.
- difficulté d'autonomie.

Définition opérationnelle de l'attachement :

Attachement est un sentiment d'affection de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose.

Caractéristique de l'attachement :

- La mère est la figure d'attachement principale.
- Fournir une base de sécurité à son enfant.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 01

L'Handicap Mental

Préambule

1-Handicap.

1-1 Histoire et origine du terme handicap.

1-2 Définition de l'handicap.

1-3 Définition d'handicapé.

2-Les différents types d'handicap.

3- Handicap mental.

3-1 Définition.

3-2 Les différentes classifications du retard mental.

3-3 Les formes du retard mental.

4- La clinique du retard mental.

5- Les causes de l'handicap mental.

6- Le développement psychologique des enfants handicapés mentaux.

7- Les difficultés de l'handicap mental.

8- L'évaluation d'un handicap mental.

Conclusion

Préambule :

Le handicap peut donc être défini comme une déficience intellectuelle, ces causes sont le plus souvent congénitales, mais elles peuvent également survenir au début de la vie de l'enfant, avoir un handicap c'est un problème parfois difficile à assumer et à vivre quotidiennement.

Nous tentons dans ce chapitre d'aborder le handicap en générale et ses types, ensuite on a abordé le handicap mental, les différentes classifications et les formes, les causes, les conséquences et l'évaluation ensuite on termine par une petite conclusion.

1- Handicap :**1-1 Histoire et origine du terme handicap :**

Le terme « handicap » littéralement « hand in cap » en anglais signifie « le main dans le chapeau » apparaîtrait pour la première fois au XVI^e siècle en grande Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicaper un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants ». Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom du vainqueur. L'explication du passage de la limitation des capacités des chevaux à celle des hommes est inconnue. (*Michèle Guidetti, Catherine Tourrette, 2014, p ; 17*).

1-2 Définition de handicap

Selon la loi du 11 février 2005 : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 de santé invalidant ». (*Hélène romano, 2011, p43*).

Selon OMS Philip Wood en 1980 : « la conséquence désavantageuse de lésions et de perturbations fonctionnelles responsables d'incapacités ». (*Hélène romano 2011 p42*).

La CIH est adoptée par la France en 1988. Elle propose une définition centrée sur la notion « d'activité » de la personne et fait référence à une nomenclature précise : déficience, incapacité, désavantage. La représentation du handicap selon Wood est souvent schématisée comme suit : maladie-déficience-incapacité-désavantage.

L'objectif de définir le handicap à partir de ces paramètres et de cette causalité linéaire, était d'envisager les réponses à apporter et de proposer des modes de prises en charge plus adaptés.

La déficience : peut être durable ou transitoire et correspond à une atteinte ou une altération d'une fonction physique, psychique ou sensorielle.

L'incapacité : représente la conséquence de la déficience. Elle est évaluée en termes de diminution partielle ou total, temporaire ou définitive, de la capacité à accomplir une activité quotidienne.

Le désavantage social : correspond à toutes les conséquences et les restrictions sociales consécutives de la déficience et/ ou de l'incapacité. Il recouvre aussi le décalage entre le vécu de l'enfant ou de l'adulte atteint d'un handicap et les représentations que son entourage et que l'environnement social ont élaboré à son égard.

Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie : situation d'une personne qui se trouve désavantagé, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autre personne. (*Page 561*).

« le handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant, d'une part, de déficiences ou d'incapacités et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux » (*Claude Hamonet, 2012, p ;64*).

« Comme un désavantage, une infériorité. Il n'est pas spécifique mais dépend de l'environnement » (*Romain liberman, 1988, p ; 37*).

1-2 Définition d'handicapé:

« Est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité». (*Romain liberman, 1988, p ; 38*).

Oms : « est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement 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 trouve compromise ». (*Romain liberman, 1988, p ; 38-39*).

L'UNAPEI : « une personne handicapée mentale est une personne à part entière. Elle est ordinaire parce qu'elle connaît les besoins de tous, dispose des droit de tous, et accomplit les devoirs de tous. Elle est singulière parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens » (*Claude Hamonet, 2012, p ; 41*).

2- Les différents types d'handicap :

2-1 Handicap mental :

Le handicap mental peut être isolé ou associé à d'autres déficiences, il peut conduire à un retard plus ou moins grave du développement intellectuelle, il peut se manifester par des difficultés de communication et d'adaptation variables.

2-2 Handicap moteur :

La déficience motrice peut conduire à des difficultés pour se déplacer, exécuter des tâches manuelles (tenir un crayon) ou mobiliser une partie de son corps, l'expressivité du handicap est variable : il peut s'agir d'une fatigabilité handicapante ou de trouble pouvant conduire à la paralysie, il peut être acquis sans évolution (des amputations) ou s'aggraver du fait d'une dégénérescence (de la myopathie).

2-3 Handicap visuel :

La déficience visuelle a également des niveaux variables (malvoyants ou cécité totale), elle peut être acquise ou évolutive (diabète, accident, maladie dégénérative de l'œil).

2-4 Handicap auditif :

La déficience auditive a des degrés divers qui vont de simples difficultés d'audition à une surdité profonde, elle peut être acquise ou évolutive dans le temps, elle peut toucher une unique oreille ou être bilatérale. (*Romano Hélène, 2011, p ; 172-176*).

3- Le handicap mental :

3-1 Définition :

le handicap mental est la conséquence d'une déficience intellectuelle. La personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Elle ne peut pas être soignée, mais son handicap peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain, adaptés à son état et à sa situation.

3-2 Les différentes classifications:

Classification du DSM-IV-TR :

F70.x (317) **retard mental léger** : niveau de QI de 50-55 à 70 environ.

F71.x (318.0) **retard mental moyen** : niveau de QI de 35-0 à 50-55.

F72.x (318.1) **retard mental grave** : niveau de QI de 20-25 à 35-40.

F73.x (318.2) **retard mental profond** : niveau de QI inférieur à 20-25. (*American psychiatric association-DSM-IV, 1996, p47*).

Classification de l'OMS :

Arriération profonde : le QI est inférieur à 20.

Arriération sévère : le QI est entre 21à35.

Arriération modérée : le QI est entre 51à70. (*J.de Ajuriaguerra, manuel de Psychiatrie de l'enfant ,1980. P640*).

3-3 les formes du retard mental :

3-3-1Retard mental léger :

Le retard mental léger est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « éduicable ». Ce groupe représente la plus grande partie (environ 85%) de la population ayant un retard mental. En tant que groupe, les sujets atteints d'un retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (de 0 à 5 ans).

3-3-2 Retard mental moyen :

Le retard mental moyen est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « dressable ». Ce terme démodé ne doit plus être employé car il implique, à tort, que les sujets atteints d'un retard mental moyen ne

peuvent bénéficier de programmes éducatifs. Ce groupe représente environ 10% de la population totale des individus atteints de retard mental.

3-3-3 Retard mental grave :

Le groupe ayant un retard mental grave représente 3% à 4% des sujets atteints de retard mental. Pendant première enfance, ils ne développent que peu ou pas de communication verbale. A l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler et à prendre soin d'eux-mêmes de façon élémentaire. Ils ne profitent que peu de l'instruction qui est donnée à l'école maternelle, comme se familiariser avec l'alphabet et apprendre à compter, mais ils peuvent parvenir à déchiffrer quelques mots essentiels à leur « survie ».

3-3-4 Retard mental profond :

Le groupe ayant un retard mental profond représente 1% à 2% des sujets atteints de retard mental. La plupart des individus ayant ce diagnostic ont une pathologie neurologique définie, responsable de leur retard mental. Pendant la première enfance, ils présentent des perturbations considérables des fonctions sensori-motrices. (*American Psychiatric association DSM-IV, 1996, p47-48*).

4-La clinique du retard mental :

4-1 Prévalence :

Le taux de prévalence du retard mental est estimé aux alentours de 1%. Ce pendant, diverses études ont rapporté des taux de prévalence différents, qui dépendent des définitions utilisées, des méthodes d'évaluation et des populations étudiées.

4-2 Evolution :

Le diagnostic de retard mental implique que le début du trouble survienne avant l'âge de 18ans. L'âge et le mode de début dépendent de l'étiologie et de la sévérité du retard mental. Les retards les plus sévères, surtout s'ils sont associés à un syndrome ayant un phénotype caractéristique, tendent à être repérés tôt (p.ex., le syndrome de down est généralement diagnostiqué dès la naissance). En revanche, un retard mental

léger, d'origine inconnue, sera généralement détecté plus tard. Dans les retards sévères d'étiologie acquise, l'altération intellectuelle s'installera plus brutalement (p.ex., retard mental secondaire à une encéphalite). L'évolution du retard mental sera influencée par l'évolution des affections médicales sous-jacentes et par les facteurs environnementaux (p.ex., opportunités éducatives ou autres, environnement stimulant, prise en charge appropriés). Si l'affection médicale sous-jacente est stabilisée, l'évolution sera variable et dépendra des facteurs environnementaux. Le retard mental n'est pas nécessairement un trouble qui dure toute la vie. Les sujets qui ont eu un retard mental léger au début de leur vie, avec échec dans les acquisitions scolaire, pourront développer, avec un apprentissage adéquat et dans des conditions favorables, de bonnes capacités adaptatives dans d'autres domaines et ne plus présenter le niveau de perturbation requis pour le diagnostic de retard mental.

4-3 Les critères diagnostiques:

Le DSM 4-TR distingue trois critères :

- A- Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle (pour les enfants très jeunes, on se fonde sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne).
- B- Déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c.-à-d. de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.
- C- Début avant l'âge de 18 ans. (*American psychiatric association « DSM-4 », 1996, p.51-53*).

5- Les causes de l'handicap mental:

5-1 Les facteurs génétiques :

- La trisomie 21(syndrome de down ou mongolisme, consistant dans la présence d'un chromosome 21 surnuméraire)
- Le syndrome de l'X fragile.
- le syndrome XXY de klinefelter avec redoublement du chromosome X.

5-2 Les facteurs environnementaux :

Causes prénatales :

- la malnutrition fœtale.
- les intoxications par l'alcool ou la drogue.
- les intoxications par certain médicament prise par la mère pendant la grossesse.
- les maladies maternelles comme (l'hyperthermie, le diabète sucré, la varicelle et l'irradiation pendant la grossesse).

Causes périnatales :

- Sont notamment les problèmes à l'accouchement (comme un manque d'oxygénation du nouveau-né qui peut être dû à la strangulation par le cordon ombilical, à une césarienne trop tardive, une réanimation tardive).
- L'infection du nouveau-né.
- L'hypoglycémie non traitée.

Causes postnatales :

- De déficience mentale peuvent être des infections (comme la méningite).
- Des encéphalites.
- Des convulsions.
- le traumatisme crânien.

5-3 les facteurs psychosociaux :

- Carences affectives et relationnelles
- Carences en stimulations verbales ou sociales. (*Petot Djaouida, 2003, p ; 435-436*).

6- Le développement psychologique des enfants handicapés mentaux :**6-1 Les problèmes liés à l'évaluation:**

Classiquement, l'évaluation de la déficience mentale va se faire à partir de l'anamnèse et de la passation de tests. Ici encore plus peut-être que dans un autre handicap, les distorsions de l'anamnèse sont fréquentes. Le recueil des données d'anamnèse ne peut être conduit chez le sujet déficient mental lui-même, on doit donc interroger d'autres personnes, généralement les parents avec le problème de l'impact affectif de la présence d'un enfant handicapé mental dans une famille.

6-2 Le fonctionnement cognitif :

L'évaluation du développement intellectuel avec les épreuves classiques impose de ne pas donner simplement une donnée chiffrée, un QD ou un QI qui peut masquer de fortes dispersions entre les différentes catégories comportementales. Il est donc intéressant d'analyser le profil des performances obtenues ainsi que les résultats à chaque épreuve de façon à préciser l'entendue des acquis et des déficits.

6-3 Le comportement adaptatif et le développement social :

La notion de comportement adaptatif ou de compétence sociale recouvre en fait des conduites très diverses qui touchent aussi bien des acquis scolaires (apprendre à compter, à lire et à écrire), des conduites exigées par la vie quotidienne (utiliser des moyens de transport, faire la cuisine, être autonome) que des responsabilités personnelle et sociale (ne pas se déshabiller en public, ne pas s'automutiler et ou faire des crises de colère).

6-4 Le développement communicatif et linguistique :

Rondal (1985), dans l'ouvrage de synthèse écrit sur ce sujet, constate que les handicapés mentaux ont un retard marqué dans tous les domaines du développement du langage. Ces retards concernent donc à la fois le développement phonologique, lexical et syntaxique. Le développement phonétique et phonologique est retardé par rapport à celui de l'enfant standard, l'écart est particulièrement manifeste dès qu'il y a intervention du sens, c'est-à-dire quand l'émission des phonèmes vient composer les mots de la langue. Chez l'enfant plus grand, les troubles les plus fréquents sont des difficultés articulatoires, vocales et le bégaiement.

6-5 Le développement moteur et praxique :

Il est un facteur important du mode d'insertion sociale du handicapé mental. On constate une grande hétérogénéité des résultats en fonction de la tâche proposée. Zazzo (1979) a évoqué à ce sujet la notion d'hétérochronie, la déficience ne pouvant être assimilée à un simple retard de développement. Par exemple, l'étude du style moteur montre que les déficients mentaux ont plus de contrôle que les enfants normaux du même âge au cours de l'exercice mais ce comportement a un caractère rigide et entraîne une incapacité à s'adapter rapidement à une tâche inhabituelle. Au niveau praxique plus la tâche à réaliser est complexe plus les différences sont importantes entre enfants normaux et déficients intellectuels qui sont souvent maladroits. (*Michèle Guidetti/ Catherine toulrette. p107-112*)

7- les difficultés d'un handicap mental :

Des difficultés peuvent se situer sur un ou plusieurs de ces niveaux :

7-1L'apprentissage :

- Maintenir son attention.
- Comprendre, mémoriser et assimiler des informations
- Faires des liens entre des situations identiques.

7-2 L'adaptation :

- Lenteur dans la réaction et dans l'exécution.
- Faire face aux changements imprévus.
- Analyser et apporter un jugement.
- Gérer plusieurs consignes en même temps.
- Se repérer dans le temps et dans l'espace.

7-3 La communication :

- Comprendre le discours de l'autre.
- Comprendre un message écrit.
- Prendre conscience des conventions tactiles de la société.
- Exprimer clairement son point de vue se faire comprendre.

7-4 Le contrôle de soi :

- Prendre du recul face à une situation.
- Gérer son stress.
- Adapter son comportement.
- Verbaliser ses émotions.

7-5 L'autonomie :

- Prise d'initiative.
- Le manque de confiance en soi freine les réalisations. (*Lyliane JEAN, 2000, p ; 25-26*).

8- L'évaluation d'un retard mental :

Il est souvent difficile d'évaluer les troubles mentaux chez les personnes présentant un retard mental parce que les symptômes peuvent s'exprimer différemment de la population générale. Les symptômes apparaissent souvent sous forme de comportements problématiques. De plus, les difficultés de communication rencontrées chez une bonne partie de cette clientèle rendent le diagnostic encore plus difficile à

poser. Griffiths (1989) nous fournit des indicateurs qui suggèrent à quel moment une hypothèse de trouble mental devrait être envisagée :

- Escalade et exagération inexplicables des comportements problématiques comparativement à ceux observés au niveau de base.
- Apparition de comportements problématiques qui semblent provenir de nulle part, sans antécédent connu.
- Changements dans les routines comportementales (sommeil, nourriture, hygiène).
- Changements dans le niveau d'activité.
- Changements dans les contacts sociaux ou la sociabilité de la personne.
- Désorganisation de la pensée ou du comportement.
- Perte des acquisitions.
- Comportements problématiques se produisant de façon cyclique.

Il existe différents inventaires contribuant à l'évaluation des troubles mentaux chez les personnes présentant un retard mental. Les inventaires psychopathologiques ne doivent pas être utilisés seuls pour poser un diagnostic de trouble mental; ils ne sont qu'un élément du processus diagnostique global.

On doit en effet recueillir d'autres informations en consultant le client lui-même et les personnes qui interviennent auprès de lui (parents, intervenants, enseignants, etc.). L'observation directe ainsi que l'utilisation de grilles d'observation sont aussi des sources d'informations précieuses. Toutes les informations recueillies doivent être analysées par un professionnel de la santé (psychologue, médecin-psychiatre) qui lui, veillera à poser s'il y a lieu une hypothèse de trouble mental. L'évaluation est particulièrement importante puisqu'elle permet d'émettre des hypothèses et d'orienter vers des interventions spécifiques. (*Desrosiers Hélène, All, 1998, p ; 20-21*).

Conclusion :

Le handicap mental est un état permanent dans lequel les personnes ont des difficultés à apprendre et à comprendre en raison d'un développement intellectuel significativement inférieur à la moyenne et d'une réduction importante des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social.

Chapitre 02

La mère (la famille)

Préambule

- 1- La parentalité.
- 2- La famille
- 3- Les différentes fonctions de la famille
- 4- Le vécu de la maternité
- 5- l'image du corps chez la mère
- 6- L'impacte de l'handicap de l'enfant sur la mère
- 7- Les réactions face à l'annonce du handicap
- 8- Processus d'adaptation des parents face à l'handicap
- 9- Les types d'impacts selon SUMMERS

Conclusion

Préambule :

La femme est principalement faite pour être mère, c'est sa fonction dans la nature et dans la société. Elle est considérée dans ses rapports maternels est affectif avec ses enfants.

Nous tenons dans ce chapitre à aborder la parentalité, la famille et la qualité de vie de la famille et ses différentes fonctions, le vécu de la maternité, l'image du corps chez la mère, l'impact de l'handicap sur la mère et la réaction face à l'annonce en fin le processus d'adaptation des parents face à l'handicap, les types d'impacts selon SUMMERS en fini par une petite conclusion.

1- La parentalité :

*« Le marié est un étranger, un "homme du dehors", parfois un ennemi, et pourtant la femme s'en va vivre chez lui, dans son village, pour procréer des enfants qui ne seront jamais les siens. »*Claude Lévi-Strauss (1967). (BOUREGBA ALAIN, 2002, p 19).

Avant même que l'enfant ne soit, le parent l'a conçu inconsciemment. Cette image inconsciente réalise la synthèse de deux héritages, celui de l'investissement œdipien et celui d'une position narcissique primaire. L'enfant imaginaire est une élaboration constitutive de l'inconscient de tout individu. A l'origine de cette élaboration : l'idéal du moi, une formation narcissique héritière du complexe paternel, et le moi idéal, une formation attachée au narcissisme primaire. Ces deux formations concourent à l'élaboration de l'enfant imaginaire, chacune d'elle en motive la nécessité et lui assigne donc une signification. (BOUREGRA Alain, 2002, p ; 30).

La grossesse représente une période de vie singulière dans la vie d'une femme. Soumise à de nombreuses modifications hormonales et physiologiques, la femme enceinte fait également l'expérience de remaniements psychique importants. Dans un tel contexte, des états transitoires de stress et d'anxiété sont fréquents. Le têt d'anxiété

augmente chez la femme enceinte, au court du premier et du dernier trimestre de la grossesse. (ROSKAM Isabelle, MIKOLAJCZAK Moira, 2015, P 43).

1-1 Les facteurs influençant le processus de parentalité :

- L'état somatique et équipement neurobiologique du bébé, son aspect, son comportement.
- L'état de santé de la mère en particulier pendant la grossesse et autour de la naissance.
- Disponibilité et sécurité affective de la mère, elle-même liées aux conditions de vie matérielle, à la richesse de son réseau relationnel, le père occupe une place privilégiée, à une éventuelle psychopathologie maternelle.
- Evénements récents ou anciens, ayant un rôle traumatique : décès, séparation, violence, etc. (Raynaud Jean-Paul, 2008, p ; 48-48).

2- Définition de la famille:

En latin familia, ensemble formé par le père la mère (ou par les deux parents) et les enfants, Chef de famille, Fils de famille, fils d'une famille aisé.

Sociologie. Famille nucléaire ou conjugal : groupe domestique réunissant au même foyer uniquement le père, la mère et les enfants non mariés.

Famille composée : famille conjugale : famille conjugale ou les enfants sont issus d'une union antérieure de chacun des conjoints. (*Le petit Larousse illustré, Larousse, 2008, page ; 408*).

2-1 La qualité de vie de la famille :

La qualité de vie familiale (QDVF), est une extension de recherche sur QDV individuelle. Le concept (QDV) existe depuis plus de cent ans. Et commence à se développer dans les recherches internationales sur les familles d'enfants handicapés,

de manière assez importante au cours des dernières années. (Ajuwon, p. & Brown, I, 2012).

La notion de la qualité de vie familiale, à un sens dynamique du bien-être de la famille, La qualité de vie est défini par « le niveau de satisfaction des besoins des membres de la famille, la manière dont ils peuvent passer du temps ensemble et faire les choses qui sont importante pour eux ». (*Achachera Asma, 2015, p ; 25*).

3- Les différentes fonctions de la famille:

La famille à double carrière est une famille où mari et femme participent tous les deux aux rôles professionnels et domestiques. Elle vise à structurer la relation conjugale sur une base, d'interchangeabilité des rôles et non plus sur leur ségrégation en fonction du sexe. (*Michel Andrée, 1972, p ; 153*).

La famille remplit quatre types essentiels de fonctions nécessaires :

3-1 Rapport sexuels :

La sexualité représente une force puissante, qui représente le pouvoir constant de réorganiser, les rapports de coopération nécessaires au maintien de la famille et de la société. Et que chaque société, réprime à sa façon l'expression de la sexualité, la famille nucléaire offre au mari et à la femme, un certain privilège sexuels, qui constitue à satisfaire leur besoin fondamental. Par contre le plaisir sexuel au sein du milieu familial, tend à resserrer le lien marital, tout en tissant autour du couple un réseau plus large, et solide de relations et de responsabilités familiales.

3-2 La coopération économique :

Le lien sexuel marital est renforcé par la coopération économique, entre le mari et la femme. Cette coopération découle en partie des différences biologiques qui existe, entre hommes et femmes. Et que chaque culture suit un climat propre à elle, pour définir cette coopération.

Les femmes qui portent déjà le fardeau de la maternité, vont devoir assurer les tâches de ménage, ainsi que prendre soins des enfants. Les activités économiques du mari et de la femme se complètent. Ce qui va participer à un fonctionnement efficace, à renforcé la relation maritale et celle entre enfants.

Dans certaines sociétés, l'apport économique des jeunes enfants, ne consiste qu'à des tâches légères, d'ordre domestique. Et c'est aux parents de satisfaire la plupart des besoins de leurs enfants. Dans le cadre qu'ils passent d'un état de dépendance, vers un état de maturité croissante. En se confiant de plus en plus à des tâches plus nombreuses. Comme par exemple, aider les enfants plus jeunes que lui, et subvenir à leur besoins.

3-3 La Reproduction :

Parmi les fonctions les plus importantes de la vie nucléaire, c'est la reproduction. Un couple marié, se doit de donner naissance à des enfants. Dans il devra assumer la nourriture et les soins, les parents qui refusent de remplir cette fonction, de manière satisfaisante envers leurs enfants, vont avoir des sanctions sociales graves.

Dans certaines sociétés, le mari a droit de dissoudre le mariage, s'il peut prouver la stérilité de sa femme. Mais reste certain que la fonction productrice reproductrice renforce les liens, au sein de la cellule familiale.

3-4 L'Intégration sociale :

L'apprentissage social du jeune enfant, est lié à son bien-être physique. L'intégration sociale doit être assurée par la famille. Jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de remplir leur rôle d'adulte convenablement. La formation sociale, ainsi que l'éducation des enfants, constituent un processus difficile. Qui requiert les efforts conjoints, des deux parents ainsi que les autres enfants.

Le père est appelé à jouer un rôle plus actif, avec une coopération plus équilibrer des responsabilités, entre lui et la mère. Tandis que pour transmettre les rôles masculins adultes, c'est au père de les transmettre à son fils. Et c'est à la mère de

transmettre à ses filles, la formation qui va la préparer, à remplir l'ensemble de leurs rôles féminins.

Enfin, de nombreux aspect du processus d'intégration sociale, exigent les efforts conjoints des deux parents, et que partager cette activité contribue, à resserrer les liens de famille. (*Murray Eloïse, 1981, p ; 8-9*).

4- Le vécu de la maternité :

La maternité est un concept de Paul Claude RACAMIER, un psychiatre qui c'est intéresser aux psychoses du poste patrum, en regroupant l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent, et s'intègrent chez la femme pendant sa maternité. Le terme de maternité est une condensation de, maternel, maternité, et natalité.

Catherine BERGRET AMSELEK. Dans son ouvrage « Le mystère des mères », élargie le terme de maternité, en « une étape existentielle clef, dans l'éclosion de l'identité d'une femme, sur le parcours de sa féminité en pleine croissance ». La femme commence par, le désir de l'enfant réalisé, et se poursuit pendant la grossesse et après l'accouchement, qui vas s'arrêter à la séparation, de la mère et de son enfant, qui est une « séparation psychique », qui à lieu à la première année.

La féminité n'est pas acquise, mais plutôt elle se remodèle lors de l'avènement d'évènement précis, et qui s'enchaîne par la suite, l'adolescence, la maternité, la ménopause. La femme ne naît pas mère, mais elle le devient. Durant le temps de la maternité « la crise normale », consiste à remettre en cause narcissique, qu'une femme peut émuvoir dans son identité, et faire intégrer et vivre des événements enfouis de sa vie passée. Pour elle c'est une étape « d'après coup » en référence à « la théorie du traumatisme »,

Selon WINNICOTT, avec la notion de « crainte de l'effondrement ». C'est un temps où la mère est contrainte à des hautes turbulences émotionnelles, par des questions existentielles, qui touche aux origines, la sexualité, et à la mort. Le parcours de la maternité passe par un système de renoncement, à l'intégrité de son corps, à la

mère imaginaire, à la petite fille qu'elle était, à l'enfant imaginaire. Et à celui du désir. Ce système va permettre à la séparation de cette mère elle-même, avec sa propre mère, et avec la petite fille qu'elle été, pour qu'elle puisse préparer la séparation avec son bébé.

La crise de la maternité, est en relation avec la grossesse ultérieure, et chaque femme adopte des organisations défensives, en rapport avec son histoire. Pour éviter de fissurer son identité propre à elle. Il parle aussi de « la préoccupation maternelle primaire », qui est une relation symbiose, de la femme enceinte avec son bébé, qui se prolonge pendant les semaines qui suit l'accouchement. (*Lamarche, constance, 1985, p ; 37-40*).

5- L'Image du corps chez la mère :

Le stade de miroir, est particulièrement important, sa décrit l'instant où l'enfant se met à penser, son être corporel, alors même, qu'il peut avoir conscience, de son intégrité par le biais de son équipement sensori-moteur, encore immature. En se voyant égarer dans les bras de sa mère, face au miroir, c'est par le psychisme qu'il anticipe la globalité de son être corporel. En quelque sorte, le psychisme prend l'avance, sur l'expérience sensorimotrice. L'image du corps se différencie ainsi du schéma corporel d'où elle est issue.

La féminité et la maternité doivent être obligatoirement liées, si la femme veut devenir mère, elle doit décider. Cette perspective est mise en place depuis la jeune enfance, il s'agit ainsi d'une psychogenèse qui précède la maternité. (*DELASSUS Jean-Marie, 1995, p ; 117*).

L'interaction fantasmatique de la mère vient tempérer la théorie originale, la mère à son histoire a elle, ses fantasmes et ses investissements narcissiques ainsi que ses propres élans d'imaginaire, la relation maternelle est programmée et principalement déclenchée par le bébé, par des réactions propres à la mère, en particulier des effets en relation avec sa situation œdipienne. (*Delassus Jean-Marie, 1995 ; p66*).

5-1 La symbiose mère-fœtus :

Dans le corps de la femme enceinte, la femme et le fœtus se trouvent fusionnés dans un même organisme. Il partage le même sang, la même chair, ainsi que mêmes besoins et désirs. La notion d'être un seul corps, de constituer une seule unité est la base de « l'instinct maternel ». La femme devient le porte-parole naturel du bébé qui va naître : personne ne connaît mieux les besoins du fœtus, qui est à la fin, elle-même, c'est pour ça qu'il faut satisfaire les "envies" de la femme enceinte, une liaison très subjective de la femme, entre corps et celui de l'enfant qui va naître : le désir non satisfait de la femme, pendant la grossesse reste marqué sur le corps de l'enfant, tout au long de sa vie (Imaz,2002). C'est ainsi que le corps féminin arrive à retrouver son équilibre, pendant la grossesse, la femme trouve plénitude dans la maternité (Langer, 1983).

5-2 Vivre la grossesse comme une évasion :

Dans cette deuxième image de la maternité est le revers de l'image antérieure, la grossesse est vue à la fois comme une agression corporelle et comme une maladie. (Rouch, 1986). La croissance du fœtus s'approprie du sang des nutriments, de cheveux et des dents de la femme. La femme renonce à sa santé, à son intégrité physique pour son enfant. (Rich, 1996). La femme accepte avec soumission, et avec une absence d'autonomie féminine, par contre les femmes qui ne partagent pas l'image du corps enceinte, renonce à la maternité.

5-3 Le corps de la mère qui porte un habitant intérieur :

La troisième image, est la progressive conception du fœtus, comme quelqu'un distinct de la mère. Le fœtus est la fois un corps différencié, et dépendant du corps de la mère. La relation fœtus - mère est potentiellement conflictuelle, car la volonté et les besoins sont différents l'un de l'autre, d'autre part le fœtus se distingue du corps maternel, et devient un sujet de droit, ce droit est seulement de naître. (Imaz Martinez, Elixabet, 2005, p 189,190).

Une mère présentant une difficulté maternelle met son enfant dans une situation de souffrance plus ou moins importante. La barrière placentaire ne joue plus et elle n'est pas encore remplacée par la barrière du moi. Le bébé est une éponge par rapport aux sentiments de sa mère ; il souffre et exprime ce qu'en général, elle va cacher. Le bébé devient alors le symptôme de problèmes maternels. (*DELASSUS Jean-Marie, 1995, 2002, p33*).

6 - l'impacte de l'handicap de l'enfant sur la mère :

6-1 La santé :

La santé des mères d'enfants handicapées, commence à apparaître comme digne d'intérêt dans différents études. (Lonsdale1978). Les mères d'enfants handicapés ou malades chroniques. Environ un tiers des mères ont un mauvais état de santé psychique. Elles se sentent déprimées et somatique. Elles se plaignent de fatigue, de douleurs dorsales, et de troubles du sommeil, symptômes que certains rapporteront plutôt à la dépression, qu'aux efforts physique réalisés pour remplir toutes les taches concrètes, en particulier celle de soulever et de porter un enfant handicapé. (*Zucman Elizabeth, 1982, P ; 70*).

6-2 Le couple :

L'arrivée d'un enfant porteur de déficience dans la vie d'un couple est souvent associée, à une fracture conduisant à distinguer un avant et un après. L'événement engendre indéniablement une brisure sur le plan personnel, familial et social. Les parents doivent une concession et aménager leur temps pour cet enfants handicapé, cet organisation comprend deux éléments : « l'enfant » et « la déficience ». Les contraintes matérielles et règles sociales ou les rituels qui régissent la qualité de parents, est plus importante plus importante pour les parents d'enfant handicapé.

Selon une étude réalisé dans le cadre européen Equal, 54,3 % des parents interrogés estiment que leurs enfant, tout âge et tout handicap confondu, à besoin de soutiens en termes de repas, d'hygiène, d'habillement, ou de déplacement. Ils sont aussi nombreux

à insister sur la répétitivité qu'exigent les limitations fonctionnelles de leur enfant. Ces répétitions apparaissent souvent pesantes et lassante. (Guyard, Audrey, 2013, P ; 08).

6-3 la fratrie :

Les frères et sœurs sont également affectés par l'arrivée d'un autre enfant dans la famille. Celui-ci les obligent à penser « Grand » puisque les parents lui annonce u « petit ». (Marcel Rufo, Psychiatre), explique que le handicap transforme profondément les relations fraternelle : les rivalités et les jalousies se jouent sur un tout autre registre. Les frères et sœurs se trouvent obligés, de reconstruire leur relation avec les parents et d'en établir un nouveau avec le bébé. Selon Equal, 61% des parents interrogés estiment manquer de disponibilité pour la fratrie, car leur enfant handicapé accapare tout leur temps.

6-4 La vie quotidienne :

La « servitude » des parents se réfère à leur impression de ne pas disposer suffisamment de temps, pour s'occuper de leur enfant et de la fratrie et à la « circulation du temps », dans laquelle ils sont plongés. En étant incertain, en s'organisant essentiellement autour de l'enfant, en exigeant une forte disponibilité, en étant générationnel, le temps à perdu toute linéarité et prend un caractère circulaire. Une telle « circulation du temps » participe à l'épuisement des parents, et entrave leurs possibilités de projection dans le futur. La confrontation à cette circularités du temps, leurs obligent à créer le sens de leur existence, tandis qu'à l'avenir lui, il reste incertain.

6-5 La vie professionnelle :

L'enquête Equal, à révèle que 60% des enquêtes, impute une incidence professionnelle au handicap de leur enfant. 34% des parents ont été contrains d'aménager ou de réduire leurs horaires de travail. 31% estiment avoir du abandonner certaines ambitions, activités professionnelle ou géographique. Malgré la part

croissante des femmes sur le marché de l'emploi qui est de 71%, cette situation professionnelle diffère selon l'appartenance sexuelle et les mères sont plus nombreuses à sacrifier leur carrière professionnelle que les pères. 80% des mères d'enfant handicapé estiment avoir connu des changements professionnels. Les raisons pour lesquelles Les mères qui se sont retirées du marché du travail, est de s'occuper de leur famille. Par des activités domestiques et éducatives, le retrait professionnel de ses mères, est pour objectif d'assurer l'épanouissement de l'enfant, et l'organisation du quotidien. (*Manuel Flora, 2009, p ; 36-39*).

7- Les réactions face à l'annonce du handicap :

Les expériences de vie peuvent causer ou encore symboliser une transformation du *self*. Ces expériences de vie qui transformatives se caractérisent par deux dimensions, à savoir leur valence et leur caractère normatif. D'une part la valence fait référence aux conséquences positives ou négatives de l'événement de la vie sur l'individu. Cette dimension n'est pas évidente à évaluer. Dans le cas de la parentalité, la naissance d'un enfant est un événement hautement positif. Ainsi cet événement peut provoquer du stress, de l'incertitude, des difficultés financières ou encore de nouveaux enjeux tels que la conciliation des ambitions professionnelles et familiales. (*ROSKAM Isabelle, MIKOLAJCZAK Moira, 2015, P61 ; 62*).

L'arrivée d'un enfant handicapé provoque forcément l'effondrement des rêves de perfection tissés au cours des mois de grossesse, qui consiste aussi à un bouleversement considérable des projets d'avenir. Que cet enfant ne sera jamais l'enfant ils ont rêvé. Ainsi l'anxiété et la douleur vont prendre la place de la joie liée à la naissance de cet enfant. Une confrontation pénible entre leurs désirs et la réalité. Ils reçoivent un choc qui se manifeste par des émotions très vives, et parfois des réactions extrêmes : ses réactions qui sont normales face à cette réalité et saines.

L'annonce constitue une atteinte extrême et directe du narcissisme parental. « L'annonce constitue un traumatisme inévitable, qui se manifeste chez les parents par une situation brutale. De catastrophe, un sentiment de culpabilité, une vacillation de

leur identité, selon des modalités, et des intensités variables, pour chacun des parents » Roy et visier (1985).

Rufo (1999), décrit les réactions parentales à l'annonce du handicap, comme un état de choc émotionnel, suivi d'un deuil qui signifie, la perte de l'enfant imaginaire. Et une condamnation à vivre avec l'enfant réel, Cet enfant est l'enfant trisomique. « Est bien là, c'est lui qu'il s'agit et non plus de l'enfant imaginaire, et déclenche des images archaïques de mort, de monstre, ou de mutilation » Roy (1995). (*Mebarek Bouchaala Fateh, 2011, p ; 52*).

8-Processus d'adaptation des parents face à l'handicap:

Pour que les parents puissent s'adapter de façon satisfaisante à leur situation, ils doivent passer par un cheminement complexe.

Selon Evans(1976) et Drotar et al (1975), le cheminement des parents peut être divisé en cinq étapes :

- Le choc
- La contestation ou la négation
- Le désespoir
- Le détachement ou l'adaptation
- L'acceptation ou la réorganisation.

Ses les sentiments qui traduit le chagrin des parents par des émotions vives, et intenses, à l'égard de l'enfant imaginé tant attendu et désiré.

8-1Le choc :

Selon Evan (1976), une personne est en état de choc lorsque, une personne est placée devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité. La naissance d'un enfant handicapé signifie la perte de l'enfant normal.

Butani (1974), affirme que les parents vivent un processus de deuil de l'enfant désiré, l'écart entre le désir et la réalité déclenche une crise importante, l'état de choc peut se manifester par une démotivation, et par une indifférence apparente. Ainsi que des confusions, et d'égarement.

8-2 La négation :

Pendant cette période de négation, les parents souhaitent que la réalité se transforme et que par magie leur chagrin disparaît. Et certains résistent, et refusent d'entendre toute information sur l'état de leur enfant d'autre refuse le diagnostic du médecin, et cherchent l'avis des autres médecins. Et d'autre affichent une indifférence. Ce comportement qui peut nuire à l'enfant, Et c'est en canalisant leur agressivité sur les autres, qu'il arrive à réduire la colère à l'égard de l'enfant.

Lorsqu'il s'aperçoit que la situation est inévitable, qu'ils se révoltent devant l'injustice du sort, qui va s'exprimer de différentes façons :

- L'apitoiement sur soi
- Un sentiment d'échec et de honte
- L'anticipation d'un rejet social
- La crainte de faire partie ou d'être ridicule
- Crainte de perte de prestige.

8-3 Le désespoir :

Le désespoir est une étape, qui succède à la négation. C'est alors que les parents se rendent compte de l'incapacité réelle, et la déficience de l'enfant. Les parents mettent en question leurs sort, et se demande pourquoi c'est à eux que ça arrive. Avec une colère qui se manifeste vers soi-même, vers l'enfant, vers les professionnels ou l'entourage.

Ils se sentent inadéquats, et coupable et se doutent d'eux –même. L'équilibre atteint avant la naissance de l'enfant, joue un rôle très important, dans l'intensité de la culpabilité ressentie.

8-4 Le détachement ou l'adaptation :

Cette phase se caractérise par, l'acceptation des limites de l'enfant. Les membres de la famille assument ses responsabilités au même temps en évitant de communiquer et partager leurs sentiments vers cet enfant handicapé. Les parents commencent à s'organiser en fonction de la réalité, sans pouvoir tout de même maîtriser tout leurs sentiments, et leurs émotions. C'est comme une phase transitoire, entre le désespoir et la réorganisation.

8-5L'acceptation ou réorganisation :

Dans cette phase les parents manifeste, une acceptation et une réorganisation des limites de l'enfant, et de son potentiel. Ils admettent aussi les contraintes, et les limites des professionnels, ainsi qu'aux programmes prescrits pour l'amélioration de l'enfant. Ils participent plus, et même qu'ils prennent l'initiative dans son éducation. L'enfant devient plus claire et cohérent, par le regard de ses parents. Il est traité selon ses besoins, et au même titre que les autres membres de la famille. (*Lamarche, constance, 1985, P ; 37-40*).

9- Les types d'impacts selon SUMMERS :

(2005). Fait une recherche sur la qualité de vie à long –terme, de la famille ayant un enfant en situation d'handicap. Il décrit trois (03) types d'impacts qui sont :

- Le stress psychologique.
- Le fonctionnement familial.
- L'adaptation éco-culturelle.

Pour lui les problèmes de comportement chez l'enfant est lié au niveau de stress des parents, aux services de soutiens familial, et au stress lié à la protection de

cet enfant. Le développement de l'enfant lui est lié aux relations familiales, cette fonction qui serait le fruit de l'implication des parents, dans les programmes de développement de l'enfant. Tandis qu'à adaptation éco-culturelle, elle correspond à la modification de la routine familiale, des habitudes de travail sociales, depuis la naissance de cette enfant présentant une déficience. Cette adaptation dépend des besoins médicaux, des comportements de l'enfant, ainsi que les ressources de cette famille, et de son éventuelle pauvreté. En d'autre partie, la qualité de vie de ces familles est associée, aux relations familiales, aux croyances religieuses et culturelles, aussi à la situation d'emploi des parents. Ainsi que ses familles en besoin du soutien pratique, de la part de l'entourage, et des services publics liées à l'handicap. (*Guyard Audrey, 2013, p ; 29*).

Conclusion :

La famille est le fruit d'une union fait par une union entre l'homme et la femme, dans les liens du mariage, dans le but de la procréation. Cette famille comprend des fonctions différentes qui se définissent par le rapport sexuel, la coopération économique, la reproduction et l'intégration sociale. La maternité et le parcours de la féminité en plein croissance, une étape existentielle clé dans l'éclosion de l'identité d'une femme, sur le parcours de sa féminité en plein croissance. La femme commence par le désir de cet enfant, pendant la grossesse et avant l'accouchement. L'enfant imaginaire est une élaboration consécutive de l'inconscient de tout individu, un investissement œdipien et celui d'une position narcissique primaire. Parmi les facteurs qui influence la parentalité, l'aspect du bébé et son comportement, la relation maternelle est programmée et principalement déclencher par le bébé. La mère qui présente une difficulté maternelle, met son enfant dans une situation de souffrance plus ou moins importante. Il devient l'éponge de sa mère et représente les symptômes de ses problèmes. Ce qui est le cas de l'arrivée d'un enfant handicapé mental, qui engendre une blessure narcissique profonde chez la mère et une brisure sur le plan personnel, familial et social.

Chapitre03

L'Attachement

Chapitre 1 : l'attachement.

Préambule

1- Définition.

2-La théorie de l'attachement.

2-1-Figures d'attachement.

2-2-le caregiving.

2-3-les modèles internes opérants.

3-les types d'attachement.

4-Style d'attachement de l'adulte.

4-1-Différent style d'attachement chez l'adulte.

5-Le système comportemental d'attachement.

6-Les facteurs influençant sur la qualité d'attachement.

7-Les différentes phases du développement de l'attachement.

8- Les émotions les plus importants dans la théorie de l'attachement.

Conclusion

Préambule :

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain.

L'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard.

Nous tentons dans ce chapitre a d'aborder la théorie d'attachement, figures d'attachement caregiving modèles internes opérants, en suite on a abordé les types, les styles d'attachement chez l'adulte et ses différents types, les comportements d'attachement, les facteurs qui nuisent a l'attachement et les facteurs influençant sur la qualité d'attachement et bien sur on fini par une petite conclusion.

1- Définition :

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. (*Nathalie SAVARD, 2010 ; p10*)

Selon le dictionnaire des sciences humaines : « attachement est un lien affectifs qui s'expriment par un besoin de contact physique et de proximité entre le nourrisson et sa mère ». « Attachement est un **besoin primaire** du nourrisson et non un **besoin secondaire consécutif** aux soins et à la nourriture apportés par la mère. En d'autres termes l'enfant a un besoin spécifique de contact, de relation et de chaleur affective, et cet attachement à une personne est nécessaire à son équilibre affectif. Le bébé est pourvu d'un répertoire de comportements innés qui lui permet d'établir et de maintenir

le contact avec ses proches, et en particulier sa mère. (*Dictionnaire des sciences humaines, 2004, p32-33*).

L'attachement défini comme suit dans l'internaute encyclopédie(2012) : « sentiment d'affection, de sympathie durable qui lie aux personnes ou aux choses ». Pour Freud. La notion d'attachement était rattachée à la mère car c'est elle qui répondait aux besoins de l'enfant. Il considérait l'attachement comme un besoin secondaire, conséquence de la réponse aux besoins primaires. (*Costa Stéphanie, 2012, p 9*).

Selon le dictionnaire de la psychologie : « l'attachement est un ensemble des liens qui se sont établis entre un bébé et sa mère à partir des sensation et des perceptions du nourrisson vis-à-vis de cette dernière et réciproquement, de la mère à l'égard de son enfant ». (*Norbert Sillamy, 2004, p30*).

2- la théorie de l'attachement :

John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, s'inspirant des travaux du psychanalyste Spitz (1947) et des éthologues Lorenz (1970) et Harlow (1958), qui a théorisé le concept d'attachement (1969). Le contexte de la Seconde Guerre mondiale avait conduit ces spécialistes à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces, mettant en évidence des états dépressifs chez des nourrissons isolés.

La théorie de l'attachement est donc définie par Bowlby (1969) comme un besoin primaire et inné, résultant d'attitudes ayant pour but la recherche puis la continuité d'une personne désignée. C'est la « *figure d'attachement* », appelée également « *caregiver* ». Bowlby, qui sera critiqué par les psychanalystes, écrit que

« *la seule théorie existant à cette époque était que l'enfant se lie à sa mère parce qu'elle le nourrit* ». Il se différencie de Freud, pour qui les seuls besoins du nourrisson

sont ceux du corps, l'attachement n'étant que secondaire au fait de nourrir. Selon Freud, la naissance de l'objet interne est le résultat de l'étayage du désir sur les expériences de plaisir du besoin nourricier. (*Magalie Guillot, 2016, p ; 12*).

2-1-Figures d'attachement :

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement. Selon Bowlby (1969), la mère est en générale la première personne pour tenir cette fonction. De nos jours, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale avec l'enfant et qui sera capable de répondre à ses besoins sera susceptible de devenir une figure d'attachement. La mère reste la figure la plus importante, suivie du père, puis, pour une bonne partie des enfants, d'un grands-parents, d'un autre membre de la famille ou encore d'une personne familière.

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

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

2-2-Le Caregiving :

Caregiving pourrait être traduit par « donner des soins ». L'ontogenèse du système de caregiving est très précoce. Dès son plus jeune âge, l'enfant lorsqu'il joue par exemple à la maman, utilise ce système de manière immature et non fonctionnelle et cependant influencée par l'expérience des soins maternels. Ceux-ci provoquent en effet la construction d'un sens du soin et des représentations sur la façon de donner des

soins. Ce système va se transformer à l'adolescence et se développera surtout durant la période de transition vers la parentalité.

En 1988, Bowlby va définir le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement (Bowlby, 1988). Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune 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 ».

2-3-Les modèles internes opérants :

On ne saurait parler de la théorie de l'attachement sans aborder la notion développée par Bowlby (1973), des « internal working models » ou des « modèles internes opérants » (MOI). Ce sont des représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles l'individu perçoit les événements, entrevoit le futur et construit ses plans. Au fil de ses interactions avec sa figure parentale privilégiée, l'enfant intériorise la relation et se forge un modèle interne opérant qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. ce M.I.O. va servir de schéma mental pour ses relations futures. ainsi, les M.I.O. se construisent à partir des échanges avec l'entourage familial qui permettent à l'enfant d'interpréter et comprendre les comportements de ses proches et d'anticiper les réactions d'autrui. Le modèle interne opérant commence à s'établir entre 6 et 9 mois et se stabilise vers 5-6ans. Sauf événements de vie critiques (décès, maladies, ruptures, etc.), le M.I.O. reste le même tout au long de la vie. (*Nathalie Savard, 2010, p10-12/ p14-15*).

3-les types d'attachement :

3-1-Attachement sécurisant :

Les enfants ayant un attachement sécurisant se caractérisent par une activation de leur système d'attachement en cas d'absence du parent uniquement. Leur sentiment de sécurité de la présence, ou non de leur parent lorsque celui-ci n'est pas là,

ils manifestent de la détresse et retrouvent rapidement, lors du retour du parent, leur calme et leur envie d'explorer. Ces enfants ont intégré que leur parent est celui qui garantit leur sécurité.

3-2-Attachement insécurisant anxieux-évitant :

Les enfants développant ce type d'attachement détournent leur attention du parent pour se focaliser principalement sur leur environnement. Ils montrent souvent une apparente tranquillité avec une absence de préoccupation pour leur sécurité. Cela résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne rien attendre d'autrui afin de ne pas être déçu. Ils tentent de se suffire à eux même.

3-3-Attachement insécurisant anxieux-ambivalent :

Les enfants anxieux-ambivalents exagèrent leurs signaux d'attachement afin d'attirer l'attention sur eux. Ils montrent très vite une grande détresse lorsque leur parent s'éloigne. Ce comportement continue lorsque leur figure d'attachement se rapproche, le parent ne parvenant que très difficilement à les consoler. Ces enfants vivent une relation de dépendance avec leur parent et ne s'investissent que très peu en dehors de cette relation.

3-4-Attachement désorienté-désorganisé :

Les enfants désorganisés présentent des comportements d'évitement et d'ambivalence et ne peuvent adopter une stratégie d'attachement cohérente. Leur comportement sont incomplets, non dirigés. Quelles que soient les configurations, ces enfants sont craintifs et confus. (*Jean-Louis Simoens, 2013, p3-4*).

4- style d'attachement de l'adulte :

Le terme de « style d'attachement » chez l'adulte est utilisé pour signifier

« L'équivalence fonctionnelle » à l'âge adulte (Hazan et Shaver, 1987; Perdereau et Atger, 2002) du système d'attachement décrit initialement chez l'enfant par Bowlby

(1978 a). En effet, le système d'attachement ne concerne pas uniquement l'enfance puisqu'il continue à fonctionner tout au long de la vie (1976 b, 1984). En ce sens, les styles d'attachement à l'âge adulte sont constitués comme chez les enfants dans la situation étrange - de comportements et de sentiments ayant pour objectif la recherche du sentiment de sécurité auprès des figures relationnelles actuelles. A l'instar de l'enfant, les styles d'attachement correspondent à des différences individuelles générales et stables pouvant être examinées empiriquement par l'observation. (Matthieu Reynaud, 2011, p ; 106).

4-1 Différent Styles d'attachement chez L'adulte :

4-1-1 styles d'attachement évitant :

Recherchent un haut degré d'indépendance, et semblent souvent dans le même temps éviter l'attachement. Ils se perçoivent eux-mêmes comme auto-suffisants, non sensibles aux sentiments d'attachement et n'ayant pas besoin de relations proches, tendent à faire taire leurs sentiments, traitant le risque de rejet en gardant eux-mêmes à distance leurs partenaires, dont ils ont souvent une assez pauvre opinion.

4-1-2 Styles d'attachement craintif :

Ils éprouvent des sentiments partagés au sujet des relations proches, désirant et à la fois se sentant mal à l'aise avec la proximité émotionnelle. Ils ont tendance à se méfier de leurs partenaires et se voient eux-mêmes comme indignes.

4-1-3 Styles d'attachement sécurisant :

Tendent à adopter une vision positive d'eux-mêmes, de leurs partenaires et des relations qu'ils nouent. Ils se sentent à l'aise dans l'intimité comme dans l'indépendance, équilibrant les deux.

4-1-4 Styles d'attachement préoccupé :

Recherchent un haut niveau d'intimité, d'approbation et de responsiveness de la part de leurs partenaires, se montrant excessivement dépendants.

Ils ont tendance à être moins confiants, à adopter une vision moins positive d'eux-mêmes et de leurs partenaires, ils sont susceptibles au sein de leurs relations d'exprimer à un haut degré leurs sentiments, leurs soucis et leur impulsivité. (*Bond Sharon, PH.D., 2013, p ; 21-27*).

5-Le système comportemental d'attachement :

Le système comportemental d'attachement peut être divisé en deux catégories de comportements (Bowlby, 1969). Elles sont chacune composées de trois comportements de « signal » ou d' « approche » qui sont génétiquement déterminés. Les comportements de signal sont ceux qui permettent d'amener la mère à l'enfant :

_ *les pleurs*, amènent la mère à agir pour protéger, nourrir ou reconforter son bébé.

_ *le sourire*, à partir du deuxième mois, permet de prolonger l'interaction sociale.

_ *le babillage, et plus tard l'appel*, sont généralement interprétés par la mère comme le désir d'être pris dans les bras.

Les comportements d'approche, à l'inverse, permettent d'amener l'enfant vers la mère et de le tenir près d'elle :

_ *L'approche*, comprend à la fois la recherche et la poursuite visuelle ou motrice

_ *L'agrippement*, est un réflexe présent à la naissance qui est provoqué par la nudité et le changement de centre de gravité avant d'être généralisé à toutes les situations de détresse auxquelles l'enfant est susceptible d'être confronté.

_ *La succion*, au-delà de sa fonction alimentaire, permet à l'enfant de rester en contact étroit avec la mère.

Dès la naissance, les bébés utilisent leur système comportemental d'attachement pour satisfaire leurs besoins de sécurité, de proximité et de réconfort. Pour Bowlby (1969) les réponses maternelles aux comportements d'attachement des enfants sont déterminantes dans l'établissement de la relation mère-enfant. Ils vont peu à peu les mémoriser et se représenter, au niveau cognitif, la relation qui les lie à leur mère. (Fabien Bacro, 2007, p ; 7-8).

6- 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.

6-1-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.

6-2-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.

6-3-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.

La plupart des auteurs insistent sur le caractère interactif de la construction de l'attachement, il se construit en fonction des réponses que l'enfant reçoit. (*Baudier A et Céleste B, 2002, p ; 45-46*).

7- Les différentes phases du développement de l'attachement :

En 1969, Bowlby distingue quatre phases dans le développement de l'attachement:

7-1 Premières phases : l'orientation et les signaux sans discrimination de figure :

De la naissance jusqu'à 8 à 12 semaines ; le bébé s'oriente préférentiellement vers des stimuli venant d'êtres humains et se tourne vers les personnes sans distinction.

7-2 Deuxièmes phases: l'orientation et les signaux dirigés vers une figure discriminée (ou plusieurs) :

De huit semaines à environ 6 mois ; l'enfant continue à se comporter vis-à-vis des personnes de la même façon amicale mais il le fait de façon plus nette vis-à-vis d'une figure particulière, la figure maternelle le plus souvent. Par ailleurs, il prend de plus en plus souvent l'initiative

7-3 Troisièmes phases : le maintien de la proximité avec une figure discriminée au moyen de la locomotion aussi bien que des signaux :

Elle débute habituellement vers 6 à 7 mois. L'enfant manifeste de plus en plus de discrimination dans la façon dont il traite les individus et son répertoire de réponse s'étend. Certaines personnes sont choisies comme figures d'attachement auxiliaires ; les étrangers sont traités de plus en plus avec précaution. Cette phase persiste durant les deuxième et troisième années.

7-4 Quatrièmes phases : la formation d'une association rectifiée quant au but :

L'enfant apprend à élaborer des stratégies qui tiennent compte des buts assignés de l'adulte et tente de les influencer. Il acquiert une compréhension des intentions de l'autre. Une interaction complexe se développe que BOWLBY a appelé partenariat. (Elise Gallien, 2006, p ; 17-18).

8- Les émotions les plus importants dans la théorie de l'attachement :

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

L'angoisse : pour Bowlby (1973), l'angoisse a la présence 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 comportement 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 et donner lieu à des réponses réconfortantes.

Peur : la peur est au cœur de la théorie de l'attachement. Le vécu de peur traduit l'exposition du bébé à une menace pour sa survie physique ou psychologique, que cette menace soit interne ou environnementale. La peur constitue une des menaces maximales pour l'homéostasie physiologique et psychologique du bébé, sa régulation est donc une priorité dans le développement de celui-ci. Cela explique pourquoi l'activation du système d'alarme-vigilance et du système d'attachement est préemptive sur tous les autres systèmes, et la dynamique de l'attachement si essentielle dans les premières années de la vie.

Colère : la colère joue également un rôle important dans 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.

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.

Émotions positives : les émotions positives les plus spécifiques de la théorie de l'attachement sont le sentiment de sécurité lié à la figure d'attachement : c'est un état de détente, de bien-être et de confort, ou tout est sous contrôle. La proximité dans l'attachement est un indice externe spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité, qui est lui, un état émotionnel subjectif interne. C'est la double notion de proximité et de sécurité qui définit l'objectif externe et interne du système d'attachement. (Guédeney. N, Guédeney. A, 2009, p ; 13-14).

Conclusion:

L'attachement est l'expression unique et caractéristique du lien affectif qui permet d'ajouter un sentiment de confort et de sécurité dans la relation. John BOWLBY et Mary Ainsworth définit le lien affectif comme « un lien permanent, non transitoire impliquant une personne particulière interchangeable avec une autre et impliquant une relation émotionnellement significative. » La qualité de l'attachement varie en fonction de la rapidité et de la façon dont le parent va répondre aux besoins de l'enfant.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 04

Méthodologie de la recherche

Préambule

1-La méthode clinique.

2- La pré-enquête.

3-Présentation du lieu de recherche.

4-Le groupe de recherche.

5-Les outils de recherche.

5-1L'entretien clinique.

5-2Le guide d'entretien.

5-3 L'échelle AAS.

6- Déroulement de la recherche.

Conclusion.

Préambule :

La méthodologie est l'étude du bon usage des méthodes et techniques. Autrement dit, les méthodes et techniques retenues dans une recherche donnée doivent être les plus aptes à rendre compte du sujet étudié et à mener le chercheur vers les buts qu'il s'est fixés en termes d'aboutissement de son travail.

Dans ce présent chapitre, on va commencer par une pré-enquête ensuite on va présenter la méthode sur laquelle on s'est appuyé, ainsi que, le terrain où on a mené notre recherche, le groupe de recherche et enfin les outils qu'on a utilisés

1-La méthode clinique :

La psychologie clinique étudie et traite tout « fait » ou « événement » psychologique normal ou pathologique indépendamment de sa cause connue ou supposée. Elle vise la mobilisation des processus proprement psychologiques au sein d'une relation donnée. Le psychologue joue sur les effets de rencontre avec un autre qui permettront se soulager la souffrance psychique tout en analysant son propre engagement au sein de cette relation.

La méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits.

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas clinique. cette étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement », il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. (Khadija Chahraoui & Hervé Bénony, 2003, p ;11-12).

2-La pré-enquête :

la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses.

Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci. Il existe plusieurs types de pré-enquêtes qui sont généralement combinés sous forme d'étapes successives dans la même pré-enquête. (*Omar Aktouf, 1987, p ; 102*).

On a réalisé une pré-enquête au niveau de centre psychopédagogique d'enfant handicapée mentaux de Bejaïa.

Notre recherche a été faite avec des enfants handicapés et leurs mères, nous sommes déplacés au CPPEHM de Bejaïa pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude. En premier lieu on a contacté le responsable pédagogique et la psychologue pour nous accordé l'avis favorable pour l'exercice de notre recherche.

3-présentation du lieu de recherche :

Notre stage a été effectuée au sein du centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux de Bejaïa, qui prend en charge les enfants et adolescents présentant une déficience mentale (légère, moyenne, profonde) sur les plans pédagogique, clinique, orthophonique et médicale. Cette prise en charge concerne les enfants âgés à partir de 3 ans jusqu'à un âge indéterminé. Et ce dans un régime demi pensionnat.

L'établissement est crée par décret exécutif n: 08-282 de 06-09-2008 portant création de CPPEHM de Bejaïa. Il a ouvert ces portes le 05-01-2010, à cette date de

nombre d'enfant admis était de 21, et maintenant le nombre d'enfants accueillies au centre est de 73.

Le centre est sis au centre-ville de Bejaïa, dans le quartier nommée « **Laazib Oummamer** ».

L'établissement accueille des enfants et adolescents présentant une déficience mentale légère, moyenne, sévère et profonde. ne sont pas admis les enfants présentant une pathologie grave, telles que les polyhandicapés, les cas grabataires, et les troubles majeurs du comportement et ce en raison des difficultés inhérentes a leurs pathologie.

Le nombre d'enfant total accueillis en cette année scolaire 2016/2017 et de 73 répartis comme suit : 29 filles, et 44 garçons.

2-1 L'équipe pluridisciplinaire :

L'équipe est composée de :

- **01 chef du service pédagogique :** il coordonne le travail entre les membres de l'équipe psychopédagogique, ainsi que entre le service pédagogique et administratif.
- **01 psychologue clinicien :** qui assure une prise en charge individuelle des enfants présentant des difficultés d'adaptation et de stabilité ou des problèmes de comportement divers, il fait aussi des observations sur le terrain pour les différents enfants. en plus de ca le clinicien fait des consultations externes et la guidance parentale.
- **02 psychologues pédagogiques :** c'est eux qui sont chargé d'élaborer les programmes pédagogiques et les emplois du temps annuels pour les différentes classes, ils assirent aussi un suivi individuel pour les enfants présentant des difficultés d'apprentissages. ils participent aussi aux différentes réunions institutionnelles.
- **02 psychologues orthophonistes :** elles s'occupent de la rééducation du langage, de la parole et de l'articulation notamment pour les enfants présentant

un grand retard du langage. elles donnent des conseils, oriente et dirigent aussi les éducatrices à travers des exercices de motricité buccale et nasale pour les appliquer à leurs élèves. comme elles assurent aussi des consultations externes et les guidances parentales.

- **01 médecin** : elle fait des consultations pour les enfants souffrants de malaise ou de maladies, elle participe aussi aux différentes réunions institutionnelles, comme elle fait aussi les consultations externes pour les enfants en instance d'intégrer l'établissement.
- **01 assistante sociale** : elle assure les enquêtes sociales sur le terrain ainsi qu'elle assure la liaison entre l'établissement et les parents et les guidances parental.

2-2 les classes et les niveaux :

Les enfants du centre sont reparties en 09 niveaux (classes) :

Classe précoce 01 : cette classe est composée de 6 enfants dont l'âge ne dépasse pas les 5 ans, ils ont un programme adaptés à leur niveau intellectuel et à leurs capacités, orientés beaucoup plus vers l'expression et les jeux ; ainsi que vers le plan développement des facultés sensorielles et motrices de l'enfant.

Classe précoce 02 : cette classe est composée de 6 enfants dont l'âge ne dépasse pas les 5 ans aussi, le programme de cette classe c'est le même que celui de précise 01.

Stimulation 01 : elle comprend 9 enfants qui représentent une déficience mentale sévère, comme son nom l'indique, le programme de cette classe vise à stimuler l'enfant sur le plan sensorielle et psychomoteur.

Stimulation 02 : elle comprend 5 enfants, le programme de cette classe c'est le même que celui de stimulation 01.

Éveil 01 : elle se compose de 6 enfants, comme le niveau précédent, ils ont un programme varié avec l'introduction de quelques notions et thèmes nouveaux.

Éveil 02 : elle se compose de 10 enfants, ils ont un programme riche comme celui de la classe d'éveil 01.

Éveil 03 : elle se compose de 11 enfants, cette classe a un programme riche, varie qui synthétise des différents programmes des classes précédentes. on a introduit quelques axes et notions qui préparent les enfants de cette classe à intégrer la classe supérieure qui est parascolaire A.

Parascolaire A : elle comprend 10 enfants, qui a un programme riche, varié, ambitieux, qui est à la hauteur des attentes et du niveau de ses enfants. Leur programme touche presque a tous les thèmes et notions utiles et indispensable à l'enfant afin de mieux faciliter sa vie quotidienne et son adaptation au sein de la société.

Parascolaire B : elle comprend 9 enfants, comme la classe parascolaire A, ils ont un programme riche, varié touchant presque tous les thèmes différents habilités. Leurs programme et plus enrichie par rapport au niveau précédent ; vu que les enfants de cette classe ont un niveau et un potentiel acceptable en termes de capacités intellectuelles.

4-Le Groupe de recherche :

Le groupe de notre recherche sont les mamans des enfants atteints d'un handicap mental de nature différents au sein du CPPEHM de Bejaña.

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre groupe de recherche.

Tableau n°01 : regroupe les mères.

Les cas	Age De la mère	Fonction de la mère	Situation	L'handicap de l'enfant	Le rang dans la fratrie	Age de l'enfant	Sexe
1- Djourhra	50 ans	Femme au foyer	Mariée	Trisomie 21	unique	9 ans	Féminin
2- Naima	42 ans	Fonctionnaire	Mariée	IMC	Dernier	5 ans	Masculin
3-Samia	42 ans	Femme au foyer	Mariée	Trisomie 21	Deuxième	13 ans	Masculin
4- Djamila	48 ans	Femme au foyer	Mariée	Trisomie 21	Cinquième	6 ans	Masculin
5-Leila	39 ans	Femme au foyer	Mariée	Retard mental léger	Troisième	17 ans	Masculin
6- Souad	43 ans	Femme au foyer	Mariée	Trisomie 21	Dernier	9 ans	Masculin
7- Nadia	47 ans	Femme au foyer	mariée	Trisomie 21	Troisième	11 ans	Féminin

5- Les outils de recherche :

La psychologie clinique renvoie à une méthode qui consiste à appréhender l'individu en « situation et en évolution », en adoptant une certaine attitude selon le problème à étudier et les fins visées dans chaque recherche. Dans notre recherche on utilise deux outils de recherche qui sont :

5-1 L'entretien clinique.

5-2 L'échelle AAS.

5-1 l'entretien clinique :

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont resituées dans leur cadre de référence : l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou de soins psychologiques.
- De diagnostic ou d'évaluation psychologique.
- Ou de recherche clinique. (Bénony, H. Chahraoui, KH, 1999, p; 11-13).

5-1-1 l'entretien semi-directif :

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre.

L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (*Chahraoui KH, Bénony H, 2003, p ; 143*).

5-1-2 guide d'entretien :

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, il structure l'entretien et en est un des ses fondements. (*Gallon Elise, 2012, p ; 181*).

Pour que l'objectif de notre recherche soit atteint, nous avons établi une grille d'entretien qui comporte quatre (04) axes ou chaque axe regroupe un certain nombre de question pour recueillir des informations possibles sur la relation mère-enfant ayant un retard mental.

Axe N° 01 : renseignement sur les informations personnelles de la mère et de l'enfant.

Axe N° 02: Regroupe des questions sur l'histoire de l'enfant concernant la grossesse et l'accouchement.

Axe N° 03 : dans cette axe ces de recueillir le maximum d'information sur le vécu de la mère, on ce basant sur la découvert et l'annonce de l'handicap de son enfant, quel était sa réaction, et les conséquences dans sa vie du couple, famille, social et travail...

Axe N° 04 : ce dernier axe porte des questions d'attachement sur la mère face à l'handicap de son enfant.

5-2 présentations 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 modèles de travail, et la qualité de la relation, construites sur les travaux antérieurs de Hazen et Shaver (1987) et Levy et Davis (1988) par la décomposition des trois descriptions originales prototypiques 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'instrument d'évaluation de recherche sur 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 les autres, et combien a peur de perdre un partenaire intime.

L'échelle comporte une série de 18 items. Chaque élément est évalué sur une échelle de 5 points allant de un (01) qui signifie pas du tout caractéristique à cinq (05) qui signifie très caractéristique.

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

Cet instrument (AAS), contient trois sous-échelle chacune composée de six éléments à moyenne de noté 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 inquiète d'être abandonnée 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 élevé 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 (01) et cinq (05) dans

l'espace prévu à la droite de chaque énoncé qui décrit le mieux vos caractéristiques. Assurez vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque article. (Collins N, 2008, p ; 02-05).

6-Déroulement de la recherche :

Dans le déroulement de notre recherche, on à procéder a une pré-enquête au niveau de centre psychopédagogique pour enfant handicapée mentaux de Bejaïa.

Nous nous sommes déplacés au CPPEHM de Bejaia dans le but de vérifier si nous pouvons trouver notre population de recherche. En premier lieu on a parlé avec le directeur du centre qui nous a par suite orienter vers le responsable pédagogique, pour avoir un accord d'accès.

Notre demande a eu une suite favorable et on a peu commencé notre travail de recherche sous l'encadrement de la psychologue clinicienne du centre permis.

On a consacré les premiers jours à connaître le lieu, l'ensemble des responsables et les enfants placé au centre. Par la suite la psychologue nous a permis d'accédé au dossier d'enfants handicapés ce qui nous on a permit de choisir notre groupe de recherche qui sont sept (07) mères d'enfant handicapé.

Nous avons pris contact avec les mamans, a qui on a appliqué le guide d'entretien et l'échelle AAS qui a été traduit en langue kabyle (tamazight) afin de facilité le travail avec eux on rapportés leurs réponses en langue française dans un but pédagogique, qui ces dérouler au bureau de la psychologue, le temps pris pour chaque cas et de une heure et demi (1h30m), les mères ont étaient collaboratifs, compréhensive et spontané dans leurs réponses.

On a effectué notre stage pratique pour une période de trois (03) mois

Conclusion :

Ce travail que nous avons abordé a été basé sur des méthodes cliniques, notre groupe de recherche est formé de sept (07) cas, afin d'évaluer la qualité d'attachement des mères ayant un enfant handicapé mental, ce travail est effectué au sein du centre psychopédagogique des enfants handicapés mentaux de Bejaïa, nous avons utilisé deux outils de recherche l'entretien semi-directif et l'échelle AAS.

Chapitre 05

Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule

- 1- présentation et analyse des cas
 - 1-1Présentation et analyse de cas Mme Djouhra
 - 1-2Présentation et analyse de cas Mme Naima
 - 1-3 Présentation et analyse de cas Mme Samia
 - 1-4Présentation et analyse de cas Mme Djamila
 - 1-5 Présentation et analyse de cas Mme Leila
 - 1-6 Présentation et analyse de cas Mme Souad
 - 1-7 Présentation et analyse de cas Mme Nadia
- 2- synthèse générale des cas
- 3- Discussion de l'hypothèse

Préambule :

Dans cette partie, une présentation minutieuse vous sera présentée, de notre stage pratique, que nous avons effectué au niveau du CPPEHM « Centre Psychopédagogique Pour Enfants Handicapés Mentaux » de Bejaia. Nous allons présenter sept (07) cas, avec lesquels nous avons travaillé sous la médiation du psychologue du centre. L'objectif est de découvrir le type d'attachement chez chacun des cas. Chaque cas sera présenté avec un résumé, une analyse de l'entretien et de l'échelle AAS afin de pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses.

1-présentation et analyse des cas :**1-1 Présentation et Analyse du cas Mme Djouhra:**

Mme Djouhra est une femme mariée, âgée de 50ans, elle n'a jamais été à l'école. Elle vit dans une famille nombreuse, d'un statut socioéconomique faible et partage un appartement avec sa belle famille.

Au cours de la grossesse la maman souffrait énormément à cause de la mauvaise position du bébé (fœtus), en étant enceinte la maman prenait des médicaments sans arrêt par ce qu'elle souffrait d'un goitre. Elle a vécu mal son l'accouchement, il s'agit d'une grossesse désirée, d'un accouchement avec césarienne à terme (9 mois), elle avait 41 ans lors de l'accouchement elle a une seule fille (unique) qui présente une trisomie 21.

Sa fille, dénommée Sarah est âgé de 9 ans, inscrite au sein du CPPEHM de Bejaia depuis 06/01/2013 en classe éveil 2, elle souffre d'une trisomie 21. Selon sa mère l'enfant ne présentait aucun problème de santé à sa naissance, son poids était de 2kg 500, sa première marche fut à 18 mois. C'est une fille très agitée.

Trois (03) jours après l'accouchement, la maman découvre qu'elle a donné naissance à une fille handicapée de nature trisomique du type 21, elle a mal vécu

l'annonce qui a provoqué un énorme choc, elle n'a pas accepté cette enfant, par la suite elle a pris dans ses bras, et transmis toute son amour.

En voici des propos de la maman tels que nous les avons rapportés « *je souhaitais avoir un enfant normal comme les autres mamans, mais au bout d'un temps j'ai fini par accepter l'handicap de ma fille* »,

C'est une maman qui a souffert énormément, elle avait le goitre, elle a subi une ablation du sein, elle se sentit délaissée par sa belle famille et que la situation de sa fille leur est indifférente.

D'après Mme Djouhra, la famille représente le tout, elle dit avoir de bons souvenirs avec ses parents, ses relations avec sa fratrie étaient bonnes sauf avec deux (02) d'entre eux, une sœur et un frère.

Ses parents l'aimaient plus que tout, sa mère encore un peu plus, elle se sentit aimée par sa famille mais parfois, il lui arrive de penser que son partenaire ne l'aime plus.

Il s'agit d'une femme qui a peur de se retrouver toute seule face aux complications de la vie. Elle dépend d'autrui afin de prendre ses décisions et d'accomplir ses tâches quotidiennes, elle n'aime pas rentrer en contact avec les autres. Elle ne fait confiance qu'à son mari. Après l'ablation de son sein, elle se sentait inférieure, elle préférerait s'isoler et elle ne partage aucun secret avec les autres sauf avec sa sœur, sa mère et son mari.

Présentation des résultats de l'échelle AAS de cas Mme Djouhra :

Tableau N° 02 : présentation des scores du cas Mme Djouhra

Sous-échelle	Score
Sécurisant	16
Dépendant	11
Anxieux	24

Mme Djouhra obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « ANXIEUX », cela renvoie à la présence successive de chiffre (5) pour les items ; (2) (4) (5) (10) (11) et (12) ce qui traduisent son instabilité émotionnelle et le fait qu'elle ne se soucie pas d'être abandonnée, dans les relations elle craint qu'elle soit abandonner par son partenaire. Le chiffre (1) pour l'item (3) « je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres ». Et le chiffre (5) pour l'item (10) « Dans les relations elle s'inquiète souvent que son partenaire ne voudra pas rester avec elle ». Le chiffre (5) pour l'item (12) ; elle trouve des difficultés a fusionné avec l'autre ; et le fait qu'elle ne veut pas fusionner avec l'autre pour la présence du chiffre (2) pour l'item (11).

Par rapport aux deux autres sous-échelles ; « Sécurisant » est plus élevé que « Anxieux » pour la présence (4) et (2) pour le premier et le chiffre (1) pour l'item (2) (6) et (8) pour la deuxième sous-échelle. « Elle ne trouve pas difficile de se permettre de dépendre des autres ». Et la présence du chiffre (1) pour l'item (16) ; « je trouve qu'il est difficile de faire confiance à l'autre complètement ». Son champ amical est restreint car elle n'est pas à l'aise de fusionné avec l'autre. Ce qui nous a poussées à dire que Mme Djouhra appartient au style d'attachement «Anxieux ».

Synthèse du cas.

D'après l'analyse de l'entretien on constate une instabilité dans les relations avec les autres, et une crainte qu'elle n'est pas aimer pas son partenaire, son sentiment que les autres sont retissons de se rapprocher d'elle, l'empêche de rentré en relation et préfère garder distance, ainsi que sa peur d'effrayer l'autre pour son désir de fusionnement. Sa peur de resté seule explique qu'elle se soucie d'être abandonnée. En ce qui concerne l'échelle AAS Mme Djouhra est dans la sous-échelle « Anxieux » pour le score élevé de 30.

1-2 présentation et analyse du cas de Mme Naima :

Mme Naima est une femme marié âgée de 48 ans, son niveau d'instruction est de 6eme année primaire, sa situation socioéconomique est moyenne, elle vit dans un appartement avec son mari et ses cinq enfants (4 fille et 1 garçon).

Pendant la grossesse, la maman souffrait à causes de la mauvaise position du foetus. En étant enceinte la maman présentait un problème d'infection urinaire, il s'agit d'une grossesse non désiré dont elle dit « *je ne voulais pas de cette grossesse* », et d'un accouchement avec césarienne à terme (9 mois), la maman a enfanté 5 enfants (4 filles et 1 garçon) dont le petit dernier présente une trisomie 21, la maman avait 42 ans lors de cette dernière grossesse.

Son garçon est dénommé Dylane, âgé de 6 ans, inscrit au sein du CPPEHM de Bejaïa depuis 06/09/2015 en classe précoce 01, présente une trisomie 21. Selon la maman, l'enfant souffrait des problèmes de santé, il a subi une opération d'hernie a l'âge de 2 ans ensuite il a était hospitalisé pour une bronchite pendant 15 jour a l'âge de 3 ans, son poids était de 2kg 80. Sa première marche fut à 18mois, c'est un garçon très calme, il est le dernier d'une fratrie de cinq enfants, 4 parmi eux sont des filles.

Ce n'est qu'après une période après son accouchement que la maman découvre qu'elle a donné naissance à un garçon pas comme les autres, ce dernier avait un

handicap de nature trisomie du type 21, la découverte de la maladie est faite par son frère. L'annonce de la nouvelle a été mal vécue par la maman et lui a causé un choc.

En voici certains de ses propos tels que nous les avons rapportés *«comme j'ai eu que des filles, mon rêve était d'avoir un garçon, un garçon normal»* et ajoute *«comment je vais me comporter avec un enfant aux besoins particuliers »*.

La maman s'est orientée vers un psychologue pour l'aider à surmonter cette blessure qui est une blessure narcissique.

La maman nous a révélé aussi que sa vie quotidienne a changé, qu'elle était une femme sociable qui aime sortir, passer du temps avec sa famille, mais après la naissance du Dylane, elle se ferme sur elle, elle dit *« les gens me blesse »*.

Par la suite elle a peu accepté son enfant comme il est, et lui a donné tous son amour et son affection, elle dit *« il est devenu le chouchou de la famille »*.

D'après Mme Naima, la famille représente tout pour elle, son havre de paix bonheur, elle dit avoir de bon souvenirs avec ses parents, elle en ajoute cette anecdote *« un jour mon père a acheté un bijou, chacune de mes quatre sœurs croyait qu'il lui est destiné, finalement c'est vers moi que mon père s'est dirigée pour me l'offrir »*. Concernant les mauvais souvenirs avec ses parents, elle évoque le jour où son père la forcé à quitter l'école, en voici ses propos tels que nous les avons rapporté *« le jour de mon arrêt forcé de l'école est gravé à jamais dans ma tête»*, ses relations avec sa fratrie étaient très bonnes.

Ses parents l'aime beaucoup mais sa mère l'aime plus que tous, elle se sentit aimer par sa famille et aussi par sa belle sœur, et parfois il lui arrive de s'inquiéter que son partenaire ne l'aime pas autant.

Il s'agit d'une femme qui a peur de se retrouver toute seule face aux complications de la vie. Elle ne s'appuie que sur son mari pour de prendre ses décisions accomplir ses taches quotidiennes. Elle n'aime pas rentrer en contact, ni être entourée d'autres personnes, elle ne fait confiance qu'à son mari et ses filles.

La maman ne partage aucun secret avec les autres sauf sa petite famille (ses enfants et son mari).

Présentation et discussion des résultats de l'échelle AAS du cas Mme Naima :

Tableau N° 03 : présentation des scores de cas Mme Naima

Sous-échelle	Score
Sécurisant	10
Dépendant	19
Anxieux	21

Mme Naima obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « Anxieux », cela renvoie à la présence successive de chiffre (5) et (1) pour les items ; (2) (4) (5) (10) (11) et (12). Ce qui traduit son instabilité émotionnelle et le fait qu'elle ne se soucie pas d'être abandonner, dans les relations elle craint qu'elle soit abandonner par son partenaire. Le chiffre (5) pour l'item (2), « je trouve difficile de me permettre des autres ». Le fait de faire peur aux autres pour son désir de fusionnement, pour la présence du chiffre (1) pour l'item (12).

Par rapport aux deux sous-échelles ; « Dépendant » est plus élevé que « Dépendant » pour la présence des chiffres (5) et (1) pour le premier et les deux chiffres (1) et (4) pour la deuxième, la présence du chiffre (5) pour l'item (6) qu'elle est à l'aise dépendre des autres. Le chiffre (5) pour l'item (18) ; elle est sur qu'elle peut compter sur les autres lorsque elle a besoin d'aide.

Synthèse du cas

D'après l'analyse de l'entretien on constate une instabilité émotionnelle chez madame Naima, elle se soucie d'être abandonnée et craint souvent que son partenaire ne l'aime pas vraiment, c'est une femme qui s'inquiète de rester toute seule face à la complication de la vie, sa peur de fusionner avec l'autre est due au fait qu'elle n'aime pas d'être entourée des autres. En ce qui concerne l'échelle AAS, Mme Naima est dans la sous-échelle « Anxieux » pour un score supérieur de 21

1-3 Présentation et analyse du cas de Mme Samia

Mme Samia est une femme mariée âgée de 42 ans, fonctionnaire à l'université de Bejaïa, elle partage un appartement avec ses enfants et son mari, ce dernier est d'un statut socioéconomique bon.

Au cours de la grossesse Samia souffrait d'une grippe et beaucoup de fièvre, ailleurs, c'est ce qui a déclenché son accouchement, d'une grossesse désirée et d'un accouchement normal à terme (9 mois), elle avait 38 ans lors de l'accouchement, c'est une maman qui a enfanté 3 enfants (2 filles et 1 garçon) dont le dernier présente une infirmité motrice cérébrale (IMC) et une Micro céphalée.

Son garçon prénommé Nassim âgé de 5 ans, inscrit au sein du CPPEHM de Bejaïa depuis 18/09/2016 en classe précoce 02, souffre d'une IMC. Selon la mère l'enfant était resté dans une couveuse pendant 42 jours, son poids était d'un 1kg 200. Sa première marche fut à 5 ans, c'est un garçon très calme, il est le dernier d'une fratrie de trois enfants, lui et (2 filles).

D'après la maman, les médecins ne pouvaient pas envisager l'handicap de son enfant puisqu'il n'avait pas de malformation. Samia avait toujours des doutes que son enfant n'était pas normal. Ce n'est qu'après 3 ans qu'elle a découvert avoir donné naissance à un garçon handicapé de nature IMC, en voici des propos rapportés de la maman « *la découverte de son infirmité m'a détruit* », elle a mal vécu la nouvelle et

cela pour le fait qu'elle a découvert tardivement la maladie de son fils, c'est toute la famille qui était choquée suite à cette découverte surprenante de l'handicap.

Malgré que son état n'a pas été diagnostiqué dès sa naissance est le choc qu'elle a vécu, la maman a su prendre la relève et chercher une solution pour la guérison, elle a peu transmettre un bon attachement a son enfant.

La maman nous a affirmé que cette nouvelle situation lui a chamboulé la vie, notamment, en ce qui concerne sa vie professionnelle, elle était contrainte de quitter son travail et de s'occuper de son enfant jusqu'à ce qu'il a atteint ses 5 ans, l'âge où elle a incérer dans un centre spécialisé.

Pour Mme Samia la famille représente le milieu affectif pour tous, elle dit avoir de bon souvenir avec ses parents et aucun mauvais souvenir avec eux, ses relations avec sa fratrie était très bonnes aussi.

Ses parents l'aimaient beaucoup, elle se sentit aimer par sa famille, quant aux sentiments de son mari envers elle, le doute était persistant.

Il s'agit d'une femme qui a peur de se retrouver seule face aux contraintes de la vie, Samia ne dépend que d'elle-même pour prendre ses décisions et exécuter ses taches quotidiennes. Elle n'aime pas rentrer en contacte avec les autres et ne fait confiance qu'a son mari. En dehors de sa famille, elle ne partage aucun secret avec les autres

Présentation et discussion des résultats de l'échelle AAS du cas Mme Samia :

Tableau N° 04 : présentation des scores de cas Samia

Sous-échelle	Score
Sécurisant	19
Dépendant	10
Anxieux	12

Mme Samia obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « Sécurisant », cela renvoie à la présence successive de chiffre (2) et (5) pour les items (1) (7) (9) (13) (15) et (17), qui traduisent sa stabilité émotionnelle et le fait de fait qu'elle trouve une facilité de se rapprocher des autres, elle est une personne de sociable d'un champ amical est vaste, se qui justifie la présence du chiffre (4) pour l'item (7) « je ne m'inquiète pas que quelqu'un se rapproche trop d'elle », le chiffre (2) pour l'item (9), elle est à l'aise d'aller vers les autres. Les chiffre (5) pour les items (15) et (17) «Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi », et qu'elle ne se souci pas que son partenaire veut qu'elle soit plus proche.

Par rapport aux deux sous-échelles ; « Anxieux » et plus élevé que « Dépendant » par la présence de chiffre (1) pour le premier et les chiffres (3) et (1) pour le deuxième score, « elle ne se souci pas d'être abandonner », son assurance pour l'amour de son conjoint explique qu'elle ne s'inquiète pas qu'il ne voudra rester avec elle.

Synthèse du cas

D'après l'analyse de l'entretien on constate une stabilité émotionnelle chez Mme Samia, elle est à l'aise que les autres dépende d'elle, c'est une personne très

sociable, qui ne s'énerve pas quand quelqu'un est trop près d'elle, malgré qu'elle présente une petite inquiétude que son mari ne l'aime pas assai et qu'elle se retrouve seul face aux obstacles de la vie, elle ne s'inquiète pas qu'il désire qu'elle s'approche de lui. En ce qui concerne l'échelle AAS, Mme Samia est dans la sous-échelle « Sécurisant » pour un score de 19.

1-4 Présentation et analyse du cas de Mme Djamila :

Mme Djamila est une femme mariée âgée de 39 ans, femme au foyer son niveau d'instruction est de 6ème année primaire, partage un appartement qu'avec sa famille, d'un statut socioéconomique moyen, elle est mère de quatre enfants (3 garçons et 1 fille).

Au cours de la grossesse la maman n'a rencontré aucun problème de santé ou de complication, il s'agit d'une grossesse désirée d'un accouchement normal à terme (9mois) elle avait 22 ans lors de sa troisième accouchement.

Son garçon, prénommé Mayas, âgé de 17 ans est inscrit au sein du CPPEHM de Bejaïa depuis 05/01/2010 en classe parascolaire A, il souffre d'un retard mental léger. Selon sa mère, l'enfant n'a présenté aucun problème de santé lors de sa naissance. Son poids était de 3kg600, sa première marche fut à 18 mois, il avait du retard dans l'usage de parole, c'est un garçon calme, issu d'un mariage consanguin, il est le troisième d'une fratrie de quatre enfants (2 garçon et 1 fille).

Après l'accouchement, la maman a découvert par elle-même, qu'elle a donné naissance à un garçon handicapé de nature retard mental, ce qu'il lui a facilité de détecter la maladie est le fait qu'elle eu déjà un enfant qui présentait les mêmes symptômes, en voici des propos de la maman tels que nous les avons rapportés « *la découverte de l'handicap de Mokrane m'a provoqué un grand choc et m'a complètement détruite* ».

La maman a très mal vécu cette découverte, elle dit « *j'ai très mal d'voir mes deux garçons dans cette situation* ».

La maman nous révélé que malgré l'handicap de ses deux garçons elle a su gérer la situation en partageons son amour et son affection pour tous ses enfants.

La maman nous a révélé aussi que sa vie quotidienne n'a pas totalement changé, puisqu'elle a obtenu de l'aide de tous les membres de sa belle famille.

D'après Mme Djamila, la famille représente tout pour sa vie, elle dit avoir de bons souvenirs avec ses parents et aucun mauvais souvenir, ses relations avec sa fratrie étaient bonnes aussi.

Ses parents l'aiment beaucoup, sa mère encore un peu plus. Elle se senti aimée par sa famille et aussi par sa belle sœur et parfois il lui arrive de s'inquiétée que son partenaire ne l'aime pas autant, elle dit « *mon mari est tout pour moi* ».

Il s'agit d'une femme qui a peur de se retrouvés toute seule, elle dépend toujours des autres pour prendre ses décisions et accomplir ses taches quotidiennes, elle n'aime pas rentrer en contact, ni être entouré des autres, elle dit « *avant, j'ai toujours aimé être entouré des autres mais plus maintenant* », elle a perdu sa confiance aux autres personnes. La maman ne partage aucun secret avec les autres sauf avec sa sœur.

Présentation et discussion des résultats de l'échelle AAS du cas Mme Djamila:

Tableau N° 05 : présentation des scores de cas Mme Djamila

Sous-échelle	Score
Sécurisant	9
Dépendant	23
Anxieux	25

Mme Djamila obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle «Anxieux », cela renvoie à la présence du successive du chiffre (5) pour les items ; (2) (4) (5) (10) (11) et (12), ce qui traduisent son instabilité émotionnelle et relationnelle, pour la présence du chiffre (5) présent pour l’item (4) dans les relations, la peur de rester seul la pousse a craindre que son partenaire ne voudrait pas rester avec elle. Pour les Items (5) et (11) la présence des chiffres (5) et (4) justifie sa peur de fusionner avec les autres par son malaise d’être entourer par les autres.

Par rapport aux deux autres sous-échelles ; « Dépendant » est plus élever que « Sécurisant » par la présence de chiffre (5) pour la première et le chiffre (1) pour la deuxième, le chiffre (5) pour l’item (3) « je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres », son champ amical est restreint car elle n’est pas à l’aise en étant entourée par les autres.

Synthèse du cas

D’après l’analyse de l’entretien on constate une fragilité et une instabilité émotionnelle remarquable chez Mme Djamila, avant elle aimait être entouré par les autres mais depuis la découverte de la déficience mentale de ses deux enfants, elle a changée, se qui explique qu’elle ne veut pas fusionner avec l’autre. Elle garde distance avec autrui, n’apprécie pas raconter ses secret au autres, et refuse carrément écouter s’eux des autres. En ce qui concerne l’échelle AAS, Mme Djamila est dans la sous-échelle « Anxieux » par un score de 25.

1-5 Présentation et analyse du cas Mme Leila.

Mme Leila est une femme au foyer âgé de 47 ans, sa situation socio-économique est normal, mère de cinq enfants, 2 garçons et 3 filles. Son niveau d’instruction est de troisième année secondaire. Le troisième enfant, une fille, est atteint d’une trisomie 21. Sa grossesse était désirée, et l’a passé dans de très bonnes conditions, avant la grossesse, son visage est devenu noir et gonflé, ce qui l’a choqué, elle, et son entourage. Son bébé ne bouge plus à l’intérieur de son ventre. Elle a, par la suite, accouché très facilement sans aucune complication. Le poids du bébé dépassait à

peine les 2 kg, sa maman ne trouvait pas du courage à prendre soins d'elle. Vu son faible poids et sa peur de lui faire du mal, c'était sa belle sœur qui en prenait soin. A part tout ça, tout était normal comme l'allaitement, elle dit qu'aucun de ses enfant n'à pris le biberon.

Sa fille dénommée Imen âgée de 11 ans, elle était admise au centre le 12 /12/2011 et occupe la classe éveil 03. Elle a quelques problèmes de santé : au niveau de la gorge. Les yeux constamment pleins de larmes et gonflés, ainsi qu'un problème cardiovasculaire qui a nécessité une intervention chirurgicale à l'hôpital qu'elle a fait y'a un an de ça, elle y passa 15 jours. Elle a fait son premier pas et a commencé à marcher suite à un incident particulier, en suivant son ombre sur un mur, à l'âge de 2 ans et demi. La fille est de nature très calme, parfois têtue.

L'annonce de son handicap n'était pas faite par les spécialistes de la santé, mais plutôt par sa belle mère. D'après ses dires, elle était choquée et elle a beaucoup pleuré, mais elle a fini par accepter sa situation. Elle s'est remis à dieu, et accepta ça comme un don du ciel, et décéda d'en prendre soin. Cette fille est adorée par son père, il n'aime pas qu'on lui fasse du mal, elle est aussi aimée par sa fratrie. Mme Leila n'avait pas une idée sur la trisomie 21 jusqu'à ce qu'elle donna naissance à Imen parce qu'elle n'a pas d'autres enfants malades.

Ses habitudes ont été chamboulées, elle dit qu'elle a raté des fêtes et des occasions pour prendre soin de sa fille. Par contre, ses beaux parents ne voulaient pas d'elle, « *Elle n'est pas acceptée, des fois je sens qu'ils sont injustes avec elle, d'ailleurs ils n'aiment pas tous mes enfants* ». Elle se sent qu'elle est délaissée par tout le monde, que personne ne l'aide. D'après elle n'a personne au monde, sauf son mari, ses enfants et le bon Dieu. Autre fois, elle faisait de la broderie et de la couture pour elle-même, mais plus maintenant, elle ne trouve pas du temps et le consacre pour cette fille.

D'après Mme Leila, la famille doit être un lieu de sécurité, qu'elle doit l'avoir à ses cotées les moments difficiles. Leur situation socio-économique était affectée par l'inactivité de son mari, pendant ses premières années de mariage. Elle n'a pas eu

l'aide de sa belle famille malgré la bonne pension qu'il touche son beau père. Elle dit qu'elle a juste eu l'aide de ses parents malgré leur mauvaise situation.

Mme Leila garde de bons souvenirs avec ses parents, « *mes parents sont très ouverts, ils faisaient du camping en mer, je remercie le bon Dieu d'avoir profité au maximum pendant mon jeune âge, depuis mon mariage tout est fini* ». Elle entretient de bonne relation avec ses parents, frères et sœurs, et se sent aimé par tout le monde, sur tout par son père. Elle est aimé et aidée d'avantage par son mari et ses enfants, elle dit que seul l'amour qu'elle porte pour son mari qui l'a aidé à supporter et ne pas demander le divorce. Sa belle mère lui enlève le peu d'argent qu'il avait, et leur fait d'énormes problèmes. Cette situation est aggravée depuis que sa belle sœur est venue vivre chez eux.

Elle a peur de rester seule un jour, sur tout lorsque son mari s'énerve. Elle obtient l'aide de sa grande fille et son mari pour les tâches quotidiennes. Elle aime être entourée par les gens qu'elle aime. Elle ne fait confiance qu'à sa famille et son mari et ne partage ses secrets qu'avec eux et elle garde et apprécie les secrets partagés avec elle.

Présentation et discussion des résultats de l'échelle AAS du cas Mme Leila :

Tableau N°06 : Présentation des scores du cas Mme Leila

Sous-échelle	Score
Sécurisant	21
Dépendant	10
Anxieux	20

Mme Leila obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « Sécurisant » cela renvoie à la présence successive du chiffre (5) pour les items (1) (7) (9) (13) (15) (17) qui traduisent sa stabilité émotionnelle et la présence du chiffre (3) le fait qu'elle ne s'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près d'elle pour l'Item (7). Ainsi que pour l'Item (1) elle trouve que c'est relativement facile de se rapprocher des autres. Elle se sent à l'aise en présence des autres, et c'est par la présence du chiffre (1) pour l'Item (9) ; le chiffre (1) pour l'Item (13) « Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi » ; la figure du chiffre (2) pour l'item (15) « je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi » ; ainsi que la présence du chiffre (3) pour l'item (17) « Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sentirai confortable ».

Par rapport aux deux autres sous-échelles ; « Anxieux » est plus élevé que « Dépendant » par la présence des chiffres (5) et (1) pour les items (3) et (6) ; pour la deuxième la présence des chiffres (1) pour l'item(6) et (5) pour l'item (3) « Je suis à l'aise de dépendre des autres ». Ce qui n'est pas du tout caractéristique d'elle. Pour l'item (3) elle a des difficultés de dépendre des autres. Cette analyse nous a poussées à conclure que Mme Leila appartient au style « Sécurisant ».

Synthèse du cas

D'après L'analyse de l'entretien on constate une stabilité chez Mme Leila, elle rentre relativement et facilement en contact avec les autres, Ce qui facilite qu'elle se rapproche d'autrui. Elle ne s'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près d'elle, son champ amical est vaste car elle est à l'aise en étant proche des autres. Madame Leila est dans la sous-échelle « Sécurisant » par un score de 21.

1-6Présentation et analyse du cas Mme Souad

Mme Souad est une femme au foyer âgée de 42 ans, obtient le niveau du terminal, mère pour 3 garçons dans le deuxième est porteur d'une trisomie21. Son

mari qui travail à temps partiel n'arrive pas a couvrir tout les besoins de la famille, ils ont obtenue une assurance par le bai de l'handicap de leur enfant.

Son enfant prénommé wassim, est âgé de 13 ans, est porteur d'une trisomie21. A intégré le centre CPPEHM le 12/09/1012, occupe la classe éveil 03. Selon sa maman il ne présente pas des problèmes de santé, à l'âge de 27, elle est tombé enceint, sa grossesse n'été pas passé dans de bonnes conditions, elle avait le diabète et une anémie. Un jour d'après ce qu'elle a raconté, elle c'est évanouie dehors et transportée à l'urgence. Elle a fait un accouchement normal sans complication. IL est né avec 2 dents et présenté un poids faible de 2 Kg 06, placé dans la couveuse pour 22 jours. Le développement moteur été trop lent, sa maman le déplacer avec une poucettes jusqu'à l'âge de 4 ans. Et n'a réussi à marcher qu'à partir de 4 ans et demi. C'est un enfant de nature très calme et présente de l'insomnie.

Mme Souad a eu le pressentiment que son fils présente une anomalie, après 15 jours d'hospitalisation, elle a eu l'annonce de l'handicap de son enfant par le pédiatre de la clinique. « *J'éété terriblement choqué et traumatisé, j'ai beaucoup pleuré, j'ai vraiment très mal vécu l'annonce* ». Elle ne voulait pas de son enfant, elle le voyer comme une condamnation pour sa vie. Elle n'avait pas des informations sur le handicap, c'est pédiatre qui lui a fait des explications sur la trisomie21 et de ses causes.

L'avenue de cet enfant handicapé lui a causé une grande blessure narcissique, en plus à l'apport défavorable de sa belle famille, « *ils m'accusaient de son handicap, et me blaise constamment* ». Elle avait honte de son enfant, cache à la maison « *personne ne savait que j'avais un enfant handicapé jusqu'au jour ou il est sorti pour aller au centre* ».

Elle est devenue antisocial a l'arrivé de cet enfant, elle se culpabilisait et avait la honte que quelqu'un sache qu'elle a un enfant trisomique. Malgré tout sa relation avec son mari qu'elle aime beaucoup n'a pas changé, au contraire ça à contribuer à

souder leur relation d'avantage. Aussi elle est aidée par sa famille à elle, ils ont placé l'enfant dans un centre spécialisé, et pris en charge pendant 3ans.

Mme Souad est tombée enceinte pour la troisième fois, et a accoucher d'un 3 garçon d'une grossesse non désiré « *s'étais un accident dit-elle* ». Elle ne voulait pas de cet enfant et l'a donné à sa mère pour prendre soin de lui, « *premièrement je ne voulais pas de lui, deuxièmement je ne pouvais pas m'occupé de lui, j'ai peur d'avoir un autre enfant malade* ».

Malgré ça elle à réussi par le temps d'accepté son troisième enfant, en plaçant wassim dans un centre spécialisé, elle a pus récupérer son troisième enfant et s'en occupé, malheureusement cet enfant présente un échec scolaire, malgré qu'il a eu une autre figure d'attachement qui est sa grand-mère.

La famille présente le tout pour elle, elle dit qu'elle ne vos rien sans elle. Des bons souvenirs elle en garde avec ses parents, « *Il m'aime beaucoup, j'ai vécu des bons moments, il mon laisser faire le lycée* ». Sa relation avec ses frères et sœur est superbe, elle dit qu'elle raconte tout à son grand frère. Elle aime et respect son mari et se sent très aimer par lui ainsi que ses proche « *Il est toujours à mes cotées lorsque j'ai besoin de lui* ».ça bonne relation avec autrui, et l'apport favorable de sa famille et son mari l'a beaucoup aidée a surmonté peu à peu sa crise.

Elle souhaite avoir une fille pour l'aider dans les taches quotidiennes, n'aime surtout pas être entouré par les autre, elle aime plutôt rester seul et n'aime pas trop parler. Et préfère plutôt garder la distance par rapport à autrui, ne fait confiance à personne a part son mari et sa sœur. Refuse carrément qu'une autre personne lui confis ses secrets.

Présentation et discussion des résultats de l'échelle AAS du cas Mme Souad :

Tableau n°07 : présentation des scores du cas Mme Souad.

Sous –échelle	Score
Sécurisant	12
Dépendant	14
Anxieux	09

Mme Souad obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « DEPENDANT » cela renvoie à la présence successive du chiffre (5) pour les items (3) (6) (8) (14) (16) (18). Qui traduisent son instabilité émotionnelle et le fait de vouloir que les autres se rapprochent plus d'elle, ses relations interpersonnelles se caractérisent par la dépendance, le chiffre (1) pour l'item (3) ; « Je trouve des difficile de me permettre de dépendre des autres » et le chiffre (1) pour l'item (6) ; « Je suis à l'aise de dépendre des autres ».

Par rapport aux deux autres sous-échelles ; « SECURISANT » est plus élevé que « ANXIEUX », par la présence des (1) et (3) pour le premier et les deux chiffres (1) et (2) pour la deuxième, le chiffre (1) pour l'item (1) « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ». Son champ amical est très restreint, et préfère rester seul, elle n'est pas à l'aise que les autres se rapproche d'elle. Ce qui nous a poussées à dire que madame Souad appartient au style « DEPENDANT », par un score de 14.

Synthèse du cas

D'après l'analyse de l'entretien on constate une instabilité des relations chez Mme Souad, ainsi qu'un manque de confiance envers les autres, ce qui empêche de faire des liens avec eux, preuve qu'elle été affecté par l'annonce du handicap de son enfant, la blessure narcissique, patente avec la honte et la culpabilité. Madame Soude est dans la sous-échelle « DEPENDANT » pour un score de 14.

1-7 Présentation et analyse du cas Mme Nadia

Mme Nadia est une femme au foyer âgé de 43 ans, mère pour 3 garçon le plus jeune est atteint d'une trisomie 21. le niveau d'étude est la sixième année, , leur situation socio-économique est plutôt bien.

Elle a désiré sa grossesse malgré le danger qu'elle présenté pour elle, puisque elle prenait un traitement pour une anémie ainsi qu'un problème au niveau de foi. *« J'avais une petite faiblesse, je m'évanouissais trop »*. L'accouchement c'est dérouler sans complication, vu le poids de ce dernier enfant qui états de 2kg200,

Son enfant Racym est actuellement âgé de 9ans, a intégrer le CPPEHM de Bejaia, le 06 /01/2011, et occupe la classe éveille 02, c'est un enfant calme et très gentil, qui ne présente aucune maladie, elle dit qu'il était si petit qu'elle avait peur de lui changer ses couche, c'états sa belle sœur qui lui changer les premiers temps. Il a commencé à marcher à 18 mois,

L'annonce de l'handicap de l'enfant ne l'a pas affecté, au contraire elle à su l'aimer plus que ses deux autres enfants, elle dit qu'elle à pleurer un peut, car il ne va pas être un enfant normal comme les autres, juste après elle l'à pris entre ses bras et l'à accepté et aimer *« qu'est ce que tu veux que j'en face !! C'est une partie de moi, c'est mon fils »*.

Le soutien qu'elle a eu par son mari, sa famille et voisinage n'a pas affecté ses habitudes, malgré que Racym ne la stimulait pas, elle cherche après lui et lui donne toute son affection, il n'avait pas de problème de sommeil, et qu'elle le laisse avec sa belle sœur ou chez la voisine et sort, d'ailleurs jusqu'à présent il s'endorme trop vite, et ne la dérange pas sur se plant, elle dit qu'il est folle d'elle, il l'aime plus que son père, d'ailleurs elle déteste quant c'est son père qui va le chercher au centre. Elle réussit à passer son temps libre à faire du ménage, et à confectionner des robes pour elle.

La famille pour elle est tout ce qui est de plus beau, elle entreprend de bonne relation avec chacun, s'aiment et se respect mutuellement. Son père les a abandonner et c'est son grand frère qu'elle considère comme son père, elle dit qu'il a beaucoup souffert pour les voir grandir, et qu'elle lui raconte tout ce qu'elle veut, ses relations avec ses sœurs sont aussi très bonne, sur tout avec sa sœur jumelle, elle sait qu'elle est aimé par ses parents, sur tout sa mère car c'est elle qui l'a élevé seul, elle est aussi aimé par ses oncles et ses voisins. Et ne se doute pas de l'amour de son mari, et confirme qu'il lui fait tout ce qu'elle désire, et adore l'a présenter en tant que son épouse. Elle dit qu'elle est aimé et populaire comme son fils, tout le monde l'aime, il est sociable, et tout le monde cherche après lui, *«il fut un temps ou en avais pas assai d'argent pour acheter le mouton pour la fête de l'aïd, le mari a ma sœur jumelle c'est précipité, et a acheter un mouton, il n'a pas accepter le fait que l'enfant passe l'aïd sans qu'il Y est un »*.

Mais tout cela suit à la maladie de son mari, lui qui a le diabète ainsi que des hémorroïdes, il a développer un stress il s'est replier sur lui-même ne sortait pas de la maison, parfois il parlait tout seul et sa dérangeais ses fils, il n'aime pas le fait que sa femme parle de lui à quelqu'un, et refuse de se soigner. L'état de son mari est devenu insupportable pour elle, puisque toute la charge et la responsabilité est tombé sur ses épaules. *«Il me rend folle, toute seul je suis fatiguer, je ne supporte plus »*.

Elle cherche à être entourer par sa famille et les gens qu'elle aime, signe de bonne attachement et préfère avoir l'avis des autres dans sa prise de décision, pour ne pas se tromper. Concernant les gens qu'elle ne connaît pas elle préfère garder un peut de

distance. « Dans les fêtes la ou je connais personne, si en me parle je discute normal si non, je prends ma place et je me tais ». Pour la confiance elle ne la donne pas a tout le monde, sauf sa famille et son mari, mais si il arrive que quelqu'un veut lui raconter son secret, elle n'à pas de problème elle l'écoute et garde son secret avec elle.

Présentation et discussion des résultats de l'échelle AAS du cas Mme Nadia:

Tableau N° 08 : présentation des scores du cas Mme Nadia

<i>Sous-échelle</i>	<i>Score</i>
Sécurisant	20
Dépendant	19
Anxieux	13

Mme Nadia obtient le score plus élevé dans la sous-échelle « Sécurisant », cela renvoi à la présence du chiffre (5) pour les items (1) (7) (9) (13) (15) et (17) qui traduisent sa stabilité émotionnelle, et le fait que les autres se rapprochent plus d'elle, elle tisse des relations interpersonnelles, elle est une personne de sociable chiffre (5) pour l'item (1) ; elle trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres. Ainsi qu'au chiffre (3) pour l'item (7) « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi ». Le chiffre (3) et (5) pour les items (9) et (13) ; elle est à l'aise que les autres se rapproche d'elle et d'avantage que les autre s'approche d'elle. Et la présence des chiffres (5) et (4) pour les items (15) et (17) ; elle ne s'énerve pas que son partenaire s'approche trop près d'elle ainsi qu'elle ne trouve pas de difficultés qu'elle s'approche d'avantage.

Synthèse du cas

D'après l'analyse de l'entretien on constate une stabilité et comportement sociable chez Mme Nadia, ainsi qu'une confiance envers les autres, se qui l'a favorise a faire des liens avec les autres, épreuve qu'elle a sue tissé une relation forte avec son fils Racym, malgré le choc de l'annonce. Le score final est de la sous-échelle « sécurisant », par un score de 20.

2- synthèse générale des cas :

Durant l'entretien et la passation de l'échelle AAS, nous allons synthétiser les résultats obtenus de nos sept (07) cas, ont a obtenu des scores différent dans notre groupe de recherche.

Les cas Mme Samia, Mme Leila et Mme Nadia ont obtenus le score le plus élevé dans la sou-échelle « sécurisant ». *Mme Samia* est une personne très sociable, qui ne s'énerve pas quand quelqu'un est trop près d'elle, malgré qu'elle présente une inquiétude que son mari ne l'aime pas assai et qu'elle se retrouve seul face aux épreuves de la vie, elle ne s'inquiète pas qu'il désir qu'elle s'approche de lui. *Mme Leila* elle rentre relativement et facilement en contacte avec les autres, Ce qu'il aide à ce collaboré avec autrui. Elle ne s'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près d'elle, son champ amical est vaste car elle est à l'aise en étant proche des autres. De même *Mme Nadia* on constate une équilibre et comportement sociable, ainsi qu'une confiance envers les autres, se qui l'a favorise a faire des liens avec les autres, épreuve qu'elle a sue tissé une relation forte avec son fils malgré le choc de l'annonce.

Le cas Mme Souad a obtenu le score le plus élevé dans la sous-échelle « dépendant ». *Mme Souad* on constate une instabilité des relations, ainsi qu'un manque de confiance envers les autres, ce qu'évite de faire des liens avec eux, preuve qu'elle été affecté par l'annonce du handicap de son enfant, la blessure narcissique, patente avec la honte et la culpabilité

Les cas Mme Djouhra, Mme Naima et Mme Djamila obtiennent le score le plus élevé dans la sous-échelle « anxieux ». On constate chez *Mme Djouhra* une instabilité dans les relations avec les autres, et une crainte qu'elle n'est pas aimer pas son partenaire, son sentiment que les autres sont retissons de se rapprocher d'elle, l'empêche de rentré en relation et préfère garder distance, ainsi que sa peur d'effrayer l'autre pour son désir de fusionnement. Sa peur de resté seule explique qu'elle se soucie d'être abandonnée. *Mme Naima* on constate une déséquilibre émotionnelle, elle se souci d'être seule et crains souvent que son partenaire ne l'aime pas vraiment, c'est une femme qui s'inquiète de rester toute seul face à la complication de la vie, ca peur de fusionner avec l'autre est due au fait qu'elle n'aime pas d'être entourer des autres. *Mme Djamila* on constate une faiblesse et une instabilité émotionnelle remarquable, avant elle aimait être entouré par les autres mais depuis la découverte de la déficience mentale de ses deux enfants, elle a changée, se qui explièèque qu'elle ne veut pas fusionner avec l'autre. Elle garde distance avec autrui, n'apprécie pas raconter ses secret au autres, et refuse carrément écouter s'eux des autres.

3- Discussions des hypothèses

Les analyses des entretiens et les discussions des résultats de l'échelle AAS, des sept (07) cas qui sont des mères ayant un enfant handicapé mental, âgé de 39 à 50 ans, nos a permis d'arriver à voir qu'il ya une relation significative entre le type d'attachement acquis chez ses mères, et le fait qu'elle puisse en offrir d'avantage a son enfant.

Après l'analyse des données recueillis par l'entretien clinique semi-directif et l'échelle AAS, qu'en a fait passer aux mères afin de confirmer ou d'informer notre hypothèse on a constaté la présence de différents types d'attachement chez les sept (07) cas de notre groupe de recherche. 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.

On constate chez notre groupe de recherche qu'une partie d'entre elles approuve la peur et se soucie d'être abandonner, une crainte patente qu'elles ne soient pas aimé par le partenaire. Qu'elles ressentent que les autres ne veulent pas s'approcher d'elles, une peur de rester seul et d'être abandonner, dans les cas qui présentent un type d'attachement « anxieux ». Pour ce qui concerne le deuxième type d'attachement « dépendant », ses cas ne sont pas à l'aise et trouvent, difficile de se permettre de dépendre de l'autre, elles présentent un très grand doute par apport, est ce que l'autre soit la lorsque elles ont besoins. Enfin elles préfèrent garder distance dans les relations et ne pas faire confiance à autrui et garder n'y même de s'investir a écouter leurs secrets. Enfin le type d'attachement « sécurisant », ses mères s'approche facilement des autres, et ne présente pas d'inquiétude qu'une personne s'approche d'elles, et n'est pas des sentiments négatifs lorsque quelqu'un s'approchent d'elles. Elles entretiennent de bonne relation avec leur partenaire. Selon A. Guedeney et N. Geudeney (2002) « une figure d'attachement une figure vers la quelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Sera susceptible de devenir une figure d'attachement toute personne qui s'engage dans une interaction social animé et durable, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches ». 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.

Nos hypothèses « Le type d'attachement peut être principalement sécurisant ». «Certains mères peuvent avoir un attachement anxieux ou dépendant »

A été confirmé chez les sept (07) cas de notre groupe de recherche.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

Dans cette étude, on a tenté d'aborder la question de l'attachement chez la mère ayant un enfant handicapé mental, dont on a réalisé une étude clinique de sept (07) cas. En a utilisé des méthodes cliniques qui sont, l'entretien semi-directif et le test AAS.

L'entretien semi-directif a pour objectif, de préparer les sujets pour le test et aussi récolter des données sur la vie antécédente de ses mères. L'épreuve de l'échelle AAS à pour objectif d'évaluer le type d'attachement chez ses mères.

Notre recherche s'est déroulée dans le centre psycho pédagogique pour enfant handicaps mentaux de Bejaia. La première étape été la passation de l'entretien avec chacun de nos sujets, la deuxième étape est l'administration de l'échelle AAS, dont l'objectif et évaluer le type d'attachement chez chacune des mères ayant un enfant handicapé mental.

Nous avons conclu, que le handicap mental d'un enfant constitue un traumatisme dans la psyché parentale qui a un impact sur le développement des liens parents-enfants. C'est surtout autour de la relation mère-enfant, qu'existe des particularités car le handicap de l'enfant les sépare ou les attache à jamais.

D'après l'analyse des données on a constaté à travers l'épreuve de l'échelle AAS, la présence du style d'attachement sécurisant, car la mère qui a un attachement sécurisant, elle ne va pouvoir transmettre que cet attachement qui est Secure, même en ayant un enfant handicapé mental, et c'est par rapport a l'aspect transgénérationnel, qui joue un rôle très important dans la transmission l'attachement.

La liste bibliographique

Ouvrages

1. Ajuriaguerra. J, 1980 « **manuel psychiatrie de l'enfant** » 2^e édition, Paris, New York, Barcelone, Milan, Masson.
2. Alain Bouregba, 2002, «**les troubles de la parentalité ; approche clinique et socio-éducative** », 1^{er} édition, paris, France, Dunod.
3. American Psychiatric Association (APA) 1996 « **DSM-IV-TR, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** » 4^e édition, Masson, paris.
4. André Michel, 1986, « **sociologie de la famille et du mariage** » 3^e édition, Vendôme, France, edition PUF le sociologue.
5. Baudier A et Céleste B, 2002, « **Le développement affectif et social du jeune Enfant**», 2eme édition, Paris, France, Nathan.
6. Guidetti M et Tourrette C, 2014, « **handicap et développement psychologique de l'enfant** » 3^e édition, paris, France, cursus Armand Culin.
7. Guidetti Michèle, Tourrette Catherine, 2004 « **handicaps et développement psychologique de l'enfant** » 2^e édition, cursus, paris.
8. Hamonet Claude, 2012 « **Les personnes en situation de handicap** », Ed presses universitaires de France, paris.
9. Jean-Marie Delassus, 1995, « **le sens de la maternité** » 1^{er} édition, paris, France, Dunod.
10. Khadija Chahraoui & Hervé Bénony, 2003 « **méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** » édition Dunod, Paris, France.
11. Khadija Chahraoui, Bénony Hervé, 1999, « **l'entretien clinique** » édition Dunod, paris, France.
12. Liberman Romain, 1988 « **handicap et maladie mentale** », Ed presses universitaires de France, paris.
13. Nicole et Antoine. Guédeney, 2009 « **l'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée** », 3^{eme} édition Masson SAS.

14. Omar Aktouf, 1987 « **méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique** », les presse de l'université du Québec, Montréal, canada.
15. Petot Djaouida, 2003, « **l'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant** », Paris, France, Dunod
16. Romano Hélène, 2011 « **la maladie et le handicap à hauteur d'enfant** ».Ed Fabert, paris.
17. Roskam Isabelle, Mikolajczak Moira, 2015, « **stress et défis de la parentalité** » 1^{er} édition, Belgique, Bruxuelle, édition de book.

Articles

1. Bond Sharon, PH.D., 2013 « **Attachement à l'âge adulte et les relations conjugales**», Montréal.
2. D'Arcy Laurence, 2016, « **Liens entre style d'attachement et Dépendance chez l'adulte** », Québec.
3. Desrosiers Hélène, All, 1998, « **guide professionnel pour l'évaluation et le diagnostic du retard mental** », Québec.
4. DIEDERICH Nicole, MOYSE Danielle, 1995, « **interactions et images de soi chez des personnes dites handicapée mentales** », vol.2 N°5.
5. Eloïse Murray, 1981, « **la famille, premier milieu éducatif choix de textes sur l'économie familiale** », Unesco.
6. Guillot Magalie, 2016, « **la théorie de l'attachement tout au long de la vie** », Bourgers.
7. Imaz Martinez, Elixabet, 2005, « **réflexion sur quelques images pour pauser le corps de la femme enceinte** », Bilbao, Espagne.
8. Lyliane JEAN, 2000, « **Handicap mental, Handicap psychique, De quoi parle-on ?** », Loire-Atlantique.
9. manuel flora, 2009, « **enfant handicapé, famille, travail, parentalité : une conciliation impossible?** », Grenoble, France.

10. Raynaud Jean-Paul, 2008, « **Développement affectif du nourrisson installation précoce de la relation mère-enfant et son importance** », 1^{er} partie.
11. SAVARD Nathalie, 2010 « **la théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfant** », dossier thématique ONED, paris. France.
12. Zucman Elizabeth, 1982, « **famille et handicap dans le monde** », paris, France.

Dictionnaire

1. Dortier Jean-François, 2004, « **le dictionnaire des sciences humaines** », France.
2. Larousse, 2002 « **dictionnaire fondamental de la psychologie** », France.
3. Larousse, 2008, « **Le petit Larousse illustré** », France.
4. Norbert Sillamy, 2004, « **Dictionnaire de psychologie** », Larousse, France.

Thèses

1. Achachera Asma, 2015, « **handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en Algérie ; validation d'un instrument** », thèse pour obtenir le grade de docteur en psychologie option psychopathologie du développement, université Paul Valéry-Montpellier.
2. Costa Stéphanie, 2012, « **attachement mère-enfant et prématurité : quel rôle pour l'infirmière de néonatalogie ?** », mémoire de fin d'étude filière soins infirmiers, n° 08580110, Genève.
3. Elise Gallien, 2006, « **le lien d'attachement et son évolution : concepts et incidences psychopathologiques** », mémoire pour le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, faculté de médecine, université d'Angers.
4. Fabien Bacro, 2007, « **Spécificité des liens entre l'adaptations socio scolaire, la qualité de l'attachement au père et la qualité de l'attachement a**

- la mère des enfants de 3 A 5ans** ». Thèse présenté en vue de l'obtention de titre de docteur en psychologie spécialité développement, université de Nantes.
5. Gallon Elise, 2012, « **cancer du sein et sentiment de guérison: impact de l'hormonothérapie lors de l'après-cancer chez la femme ménopause** », de l'université Aix-Marseille 1.
 6. Guyard Audrey, 2013, « **retentissement du handicap de l'enfant sur la vie familiale** », thèse pour obtenir le grade de docteur spécialiste, méthodes et algorithmes en biologie, université de Grenoble, France.
 7. Mebarek Bouchaala Fatah, 2011, « **la révélation de la trisomie de l'enfant aux parents : entre le choc psychologie et la blessure narcissique** », mémoire de magister pour l'obtention de diplôme en psychologie clinique option : psychopathologie de la violence et trauma psychique, université Mentouri, Constantine.
 8. Reynaud Matthieu, 2011, « **Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression** », Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'université, Mention : Psychologie Clinique et Psychopathologie, l'Université de Bourgogne.

Annexes

Annexe n ° 1 :

Guide d'entretien

Axe n°01: Renseignement sur la famille.

La mère :

Prénom :

Nom :

Age :

Fonction :

Marié ou divorcé :

Niveau d'étude :

Nombre d'enfant :

Situation socio-économique :

L'enfant :

Prénom :

Nom :

Age :

Sexe :

Niveau scolaire :

Rang dans la fratrie :

Axe n°02 : Histoire de l'enfant

- Grossesse et accouchement.
 - ❖ Avez-vous désiré cette grossesse ?
 - ❖ Avez-vous des problèmes de santé avant au durant la période de grossesse ?
 - ❖ Avez-vous rencontré des complications durant l'accouchement ?
- Est-ce que votre enfant à présente des problèmes de santé ?
- Quel est La nature de l'handicap ?
- A ce qu'il a déjà était Hospitalisé ?
- A quel âge votre enfant a commencé de marcher ?
- Est-ce que votre enfant présente t-il d'autre trouble comme trouble du comportement ou du sommeil ?
- est ce que votre enfant et autonome ou dépendant ?
- Quel est son niveau scolaire ?

Axe n°03 : le vécu de la mère.

- comment vous-avez découvre l'handicap de votre enfant ?
- Comment vous-avez vécu l'annonce de l'handicap ?
- Quelle était votre réaction ?
- Avez-vous des connaissances sur l'handicap mental ?
- Avez-vous des problèmes de santé au par avant ?
- Avez-vous d'autre enfant malade ?
- quelles ont été les conséquences de la naissance de votre enfant sur votre vie familiale, couple, social, travail ?
- est-ce que l'arriver de votre enfant a affecté votre vie quotidienne ?
- Est-ce que vous-avez été soutenu ?
- Que faite vous pendant votre temps libre ?

Axe n° 04 : attachement.

- C'est quoi la famille pour vous ?
- Est-ce que vous avez de bons souvenirs avec vous parents ?
- Est-ce que vous avez de mauvais souvenirs avec eux ?
- Est-ce que vous êtes proche de vos frères et sœurs ?

- Sentez-vous aimé par vos parents ?
- Sentez-vous aimé par une personne quelconque ?
- Vous inquiétez que votre partenaire ne vous aime pas autant ?
- Avez-vous peur de vous retrouver seul ?
- Avez-vous toujours besoin de l'aide des autres pour prendre vos décisions ?
- Avez-vous toujours besoin de l'aide des autres pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- Cherchez-vous à être entouré par des autres ?
- Vous leur faites confiance ?
- Avez-vous tendance à partager vos secrets avec les autres ?
- Appréciez-vous que les autres partagent leurs secrets avec vous ?

Annexe n° 2 :

Attachement adulte échelle (Collins & Read, 1990) :

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	1 2 3 4 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	1 2 3 4 5
3	Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 2 3 4 5
5	Je trouve que les autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 2 3 4 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
7	Je ne m'inquiète pas si quelqu'un s'approche trop de moi	1 2 3 4 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 2 3 4 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas rester avec moi.	1 2 3 4 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 2 3 4 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	1 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	1 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 2 3 4 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	1 2 3 4 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 2 3 4 5
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 2 3 4 5
18	Je ne suis pas sûr que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 5

Annexe n° 3 :

استمارة التعلق للبالغين

يرجى قراءة كل العبارات التالية :

- لإظهار المدى الذي يصف مشاعرك حول العلاقات وكيفية الاستجابة من حيث شعورك بشكل عام في هذه العلاقات.
 - إذا كانت عام لديك علاقات كيف تعتقد أنك ستشعر.
 - الرجاء وضع دائرة حول الرقم (1 إلى 5) المناسب لإجابتك.
1. غير مطابق لي إطلاقاً.
 2. غير مطابق نسبياً.
 3. مطابق لي.
 4. مطابق لي نسبياً.
 5. مطابق لي جداً.

5 4 3 2 1	1- أجد أن هذا سهل نسبيا من التقرب من الآخرين
5 4 3 2 1	2- أنا لا أقلق من أن أكون مهمل
5 4 3 2 1	3- أجد من الصعب أن أكون تابع للآخرين
5 4 3 2 1	4- في العلاقات، غالبا ما يقلقني أن شريكي لا يحبني حقا
5 4 3 2 1	5- أجد أن الآخرين متحفظون (مترددون) من الاقتراب مني كما أرغب
5 4 3 2 1	6- أنا مرتاح من أن أكون تابع للآخرين
5 4 3 2 1	7- أنا لا أقلق من تقرب الآخرين مني
5 4 3 2 1	8- أنا أجد أنه لا وجود للآخرين حينما أحتاجهم
5 4 3 2 1	9- أنا منزعج نوعا ما من تقرب الآخرين مني
5 4 3 2 1	10- في العلاقات، غالبا من أقلق أن شريكي لا يريد البقاء معي.
5 4 3 2 1	11- أريد الاندماج كليا مع شخص آخر
5 4 3 2 1	12- رغبتي في الاندماج أحيانا ما تضيق الآخرين
5 4 3 2 1	13- أنا مرتاح من تبعية الآخرين لي
5 4 3 2 1	14- أنا أعلم أن الآخرين يكونون حاضرين حينما أحتاج إليهم
5 4 3 2 1	15- أنا أستاء (أنزعج) من تقرب الآخرين مني
5 4 3 2 1	16- أجد صعوبة في وضع ثقة مطلقة في الآخرين
5 4 3 2 1	17- غالبا إرادة الشركاء من الاقتراب منهم أكثر تجعلني أقل راحة
5 4 3 2 1	18- لست متأكد أنني أستطيع دائما الاتكال على الآخرين من أن يكونوا هنا عندما أحتاج إليهم

Annexe n° 4 :

Échelle attachement adulte (traduite en Tamazight)

Di leenaya-k yer meṛra tinfaliyin-a ukessar, tqiseḍ ar wanda i wwḍen iḥulfan-ik deg wayen yeenan assayen n tayri. Di leenaya-k xemmem ar wassayen n tayri akk i tesεeddaḍ (ama weqbel ama tura) terreḍ-d s kra n wawalen amek i tettḥulfuḍ sumata deg wassayen-a i d-teaceḍ. Ma yella di leemer teaceḍ-d kra n tedyant n tayri err-d s kra n wawalen yef amek i tzemreḍ ad s-tḥusseḍ.

Di leenaya-k ssexdem tiseddarin-a (seg 1 arma d 5) taruḍ-d yiwet ar tama tayeffust n yal tanfalit!

1 (pas de tout caractéristique de moi) (Ur yi-teeni ara akk nekki)

5 (Très caractéristique de moi) (Teena-yi yerna aṭas)

1	yur-i yeshel mlih uqerreb ar wiyad	1 2 3 4 5
2	Ur yi-d-clie ara ma yella ggan-iyi wiyad	1 2 3 4 5
3	Yuex-iyi ad qebley ad iliy ddaw n leenaya n wiyad	1 2 3 4 5
4	Deg wassay n tayri, zgiy ttugadey dakken win/ tin d wi tedduy ur yi-ihemmel ara	1 2 3 4 5
5	Ittbin-iyi-d belli wiyad xeddmn-iyi-d ahebbus iwakken ur ttqerribey ara yur-sen	1 2 3 4 5
6	Ttafey iman-iw mi ara iliy ddaw leenaya n wayed	1 2 3 4 5
7	Ur tqelliqey ara mi ara d-iqerreb yiwen yur-i s waṭas	1 2 3 4 5
8	Ittbin-iyi-d belli medden ur ten-ttafey ara mi ara ten-uhwaḡey	1 2 3 4 5
9	Ur ttafey ara atas iman-iw mi ara yiliy qerbey mlih ar wiyad	1 2 3 4 5
10	Deg wassay n tayri, zgiy ttagadey ma yella win/tin d wi tedduy ur ibyi ara ad iqqim yid-i	1 2 3 4 5
11	Byiy ad cerkey atas d wemdan nniḡen	1 2 3 4 5
12	Lebyi-w n ucrak d wiyad tikwal issexlae imdanen	1 2 3 4 5
13	Ttafey iman-iw d wid yellan ddaw n leenaya-w	1 2 3 4 5
14	Elmey belli ad afey ar tama-w imdanen mi ara ten-uhwaḡey	1 2 3 4 5
15	Ttefqaḡey mi ara yili yiwen yezga s waṭas yur-i	1 2 3 4 5
16	Ittbin-iyi-d belli yuex ad tamned mlih imdanen-nniḡen	1 2 3 4 5
17	Win/ tin d wi tedduy yezga yebya ad iliy qerbey mlih yur-s iwakken ad afey iman-iw	1 2 3 4 5
18	Ur hsiy ara belli zemrey dima ad ttkalayey f wiyad ad ten-afey tick ii ten-uhwaḡey	1 2 3 4 5

Nom : Djouhra

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3	Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7	Je ne m'inquiète pas si quelqu'un s'approche trop près de moi	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas rester avec moi.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18	Je ne suis pas sur que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Nom : Samia

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
3	Je trouve difficile de me permets de dépendre des autres.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
7	Je ne vous inquiétez pas pour quelqu'un d'obtenir trop près de moi	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas restez avec moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
18	Je ne suis pas sur que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5

Nom : Souad

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	<input type="checkbox"/> 2 3 4 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
3	Je trouve difficile de me permets de dépendre des autres.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
7	Je ne vous inquiétez pas pour quelqu'un d'obtenir trop près de moi	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas restez avec moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
18	Je ne suis pas sur que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>

Nom : Naima

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	1 2 3 4 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	1 2 3 4 5
3	Je trouve difficile de me permets de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 2 3 4 5
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 2 3 4 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
7	Je ne vous inquiétez pas pour quelqu'un d'obtenir trop près de moi	1 2 3 4 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin	1 2 3 4 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi..	1 2 3 4 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas restez avec moi.	1 2 3 4 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 2 3 4 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	1 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	1 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 2 3 4 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	1 2 3 4 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 2 3 4 5
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 2 3 4 5
18	Je ne suis pas sur que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 5

Nom : Djamila

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
3	Je trouve difficile de me permets de dépendre des autres.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
7	Je ne vous inquiétez pas pour quelqu'un d'obtenir trop près de moi	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas restez avec moi.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètements.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/>
18	Je ne suis pas sur que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5

Nom : Nadia

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	1 2 3 4 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	1 2 3 4 5
3	Je trouve difficile de me permets de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 2 3 4 5
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 2 3 4 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
7	Je ne vous inquiétez pas pour quelqu'un d'obtenir trop près de moi	1 2 3 4 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin	1 2 3 4 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 2 3 4 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas restez avec moi.	1 2 3 4 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 2 3 4 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	1 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	1 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 2 3 4 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	1 2 3 4 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 2 3 4 5
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 2 3 4 5
18	Je ne suis pas sur que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 5

Nom : Leila

Attachement adulte échelle

S'il vous plait lire chacune des affirmations suivantes et évaluer la mesure dans laquelle il décrit vos sentiments à propos de relations amoureuses. S'il vous plait penser à tous vos relations (passés et présents) et de répondre en termes de comment vous vous sentez généralement dans ces relation amoureuse, répondre en termes de la façon dont vous pensez que vous vous sentiriez.

s'il vous plait utiliser 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 à d'autres.	1 2 3 4 5
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.	1 2 3 4 5
3	Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1 2 3 4 5
5	Je trouve que d'autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.	1 2 3 4 5
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.	1 2 3 4 5
7	Je ne vous inquiétez pas pour quelqu'un d'obtenir trop près de moi	1 2 3 4 5
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand j'en ai besoin	1 2 3 4 5
9	Je suis un peu mal à l'aise lorsque les autres s'approchent trop de moi.	1 2 3 4 5
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudra pas rester avec moi.	1 2 3 4 5
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne	1 2 3 4 5
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	1 2 3 4 5
13	Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.	1 2 3 4 5
14	Je sais que les gens vont être là quand j'ai besoin d'eux.	1 2 3 4 5
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.	1 2 3 4 5
16	Je trouve qu'il est difficile de faire confiance à d'autres complètement.	1 2 3 4 5
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche d'eux que je me sens être inconfortable.	1 2 3 4 5
18	Je ne suis pas sûr que je peux toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin.	1 2 3 4 5