

*République Algérienne Démocratique et Populaire*  
*Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique*  
*Université Mentouri Constantine*

*Faculté des sciences humaines et sociales*

*Département de psychologie*

*N° d'ordre :.....*

*N° de série :.....*

# *La qualité de l'attachement à la mère et le contexte familial de l'adolescent asthmatique*

*Mémoire présenté en vue de l'obtention de diplôme de Magister en psychologie clinique*  
*Option psychosomatique*

Par :  
BOUROUAÏS Yassine

Directeur de la recherche :  
Pr. KERBOUCHE Abdelhamid

Soutenue publiquement le : .....

## **Membres de Jury :**

Pr. CHELBI Mohamed

Président – Université Mentouri – Constantine

Pr. KERBOUCHE Abdelhamid

Rapporteur – Université Mentouri – Constantine

Dr. MERDADI Mourad

Examineur – Université Mentouri – Constantine

Dr. ABOUD Hayet

Examineur – Université Mentouri – Constantine

*Année universitaire : 2008-2009*



*Dédicace*

*A la mémoire de mon Père*

*A ma Mère*

*A ma sœur Nadia*

*A mes frères Samir & Bilal*

*A mes grands parents, oncles, tantes, cousins et cousines*

*A mes neveux et mes nièces, particulièrement :*

*Nazim, Amine, Mohammed & Khadidja*

*A tous mes amis*



*Hommage au maître*

**BOUSSALYA KAMEL**

*Puisse Dieu, dans son immense  
miséricorde, t'accueillir dans son  
paradis.*

*Yassine*

## *Remerciements*

*Ce travail de recherche a vu le jour grâce à l'aide et au soutien de personnes à qui j'adresse sincèrement tous mes remerciements. Le voyage a été long, il est vrai, pénible parfois, mais combien riche en expériences !*

*Je voudrais tout d'abord remercier Pr. KERBOUCHE Abdelhamid qui a dirigé ma recherche de magister et a su me guider tout au long de ce travail. Il a su me donner, à maintes occasions, la possibilité de présenter ma recherche et la faire valoir.*

*Je voudrais remercier aussi mon ami Mohamed, le conservateur de la bibliothèque de l'université de Bejaïa, et tout son personnel, pour son accueil et sa grande générosité.*

*Je remercie chaleureusement les responsables des Unités de Dépistage et de Suivi, pour la possibilité offerte lors de la réalisation de ce mémoire.*

*Je veux aussi exprimer ma profonde gratitude aux familles et aux enfants.*

*L'occasion m'est offerte, par ce mémoire, d'exprimer mes très sincères sentiments aux enseignants du département de psychologie, université de Constantine, pour leurs encouragements et leurs conseils tout au long de ma formation de licence et de magister.*

*Je remercie aussi les membres du jury : Pr. CHELBI Mohammed, Dr ABBUD Hayet, Dr MERDANI Mourad, pour leur sagesse et les rapports de ce mémoire et les soins qu'ils y ont portés.*

*Je remercie aussi mes collègues et amis du laboratoire et son directeur Pr. Malim Salah.*

*J'oublierais certainement quelques personnes... J'espère qu'elles voudront bien me pardonner.*

## *Table des matières*

Motivations et objectifs de la recherche .....	P : 10
Contexte général et problématique de la recherche .....	P : 14

### ***Chapitre 1 : La Famille***

1- Définition de la famille.....	P : 22
1-1 Définition biologique.....	P : 22
1-2 Définition psychologique.....	P : 23
2- Evolution et fonctions de la famille.....	P : 24
2-1 Analyse anthropologique.....	P : 24
2-2 Analyse psychologique.....	P : 26
3- La famille Algérienne et ses caractéristiques.....	P : 29
4- L'évolution de la famille algérienne.....	P : 33
5- L'éducation de l'enfant en milieu familial algérien.....	P : 37
6- La famille algérienne face à la maladie.....	P : 38
7- La famille psychosomatique .....	P : 40

### ***Chapitre 2 : Attachement et Adolescence***

#### ***I. L'attachement***

I. 1 Définition .....	P : 43
I. 2 Théorie de l'attachement .....	P : 44
I. 2.1 Le développement de l'attachement chez l'enfant .....	P : 45
I. 2. 2 Les types d'attachement .....	P : 52
I. 3 Facteurs influençant sur la qualité d'attachement .....	P : 54

#### ***II. L'adolescence***

II.1 Définition .....	P : 55
II. 2 L'adolescence vue par la psychanalyse .....	P : 56

II. 2. 1. Le corps de l'adolescent .....	P : 57
A. L'image du corps .....	P : 57
B. Corps et narcissisme .....	P : 58
C. Corps et dépression .....	P : 59
D. Corps et identité .....	P : 60
II. 3 L'adolescence algérienne .....	P : 62
II. 4 L'attachement à l'adolescence .....	P : 65
II. 5 Manifestations de l'attachement à l'adolescence .....	P : 67
II. 6 Stabilité des types d'attachement .....	P : 68

### ***Chapitre 3 : L'asthme***

1. Définition .....	P : 72
2. Signes et symptômes .....	P : 72
3. Aspects clinique d'asthme .....	P : 73
3. 1 Asthme à dyspnée intermittente .....	P : 73
3. 1. A La crise d'asthme .....	P : 73
3. 1. B L'attaque d'asthme .....	P : 74
3.2 L'asthme à dyspnée continue .....	P : 74
3.3 L'asthme aigu .....	P : 75
4. Epidémiologie de l'asthme en Algérie .....	P : 75
5. Approche psychologique de l'asthme .....	P : 76
5.1 Historique des études psychologiques et psychanalytiques sur l'asthme .....	P : 77
5.2 Psychisme et respiration .....	P : 79
5. 3 Asthme et adolescence .....	P : 80
6. La dynamique psychique de l'asthmatique .....	P : 82
7. La famille de l'asthmatique .....	P : 86
7.1 Le père de l'asthmatique .....	P : 86

7. 2 La mère de l’asthmatique .....	P : 88
7. 3 La dynamique familiale de l’asthmatique .....	P : 90

### ***Chapitre 4 : Méthodologie***

1. Les hypothèses de la recherche .....	P : 94
L’hypothèse générale .....	P : 94
Les hypothèses opérationnelles .....	P : 94
2. Méthodologie de recherche .....	P : 94
2.1 Type de recherche .....	P : 94
2. 2 Travail exploratoire .....	P : 95
2.3 La population et le lieu de l’étude .....	P : 96
2. 4 La méthode clinique .....	P : 97
2. 5 Les outils de la recherche .....	P : 99
A. L’entretien clinique .....	P : 99
B. L’observation clinique .....	P : 101
C. Le AAI .....	P : 101
D. Le PBI .....	P : 105

### ***Chapitre 5 : Analyse et Discussion***

I. Présentation et analyse des cas .....	P : 109
Cas 1 : Haytème .....	P : 110
Cas 2 : Zohra .....	P : 118
Cas 3 : Rym .....	P : 126
Cas 4 : Sonia .....	P : 133
II. Discussion .....	P : 141
III. Forces et limites de la recherche .....	P : 145
Conclusion.....	P : 149
Bibliographie .....	P : 152

Annexes : ..... P : 160

Appendice A : *Entretiens originaux*

Appendice B : *AAI*

Appendice C : *PBI*

Résumé en français

Résumé en arabe

Résumé en anglais

*Motivations et Objectifs de la  
recherche*

## **A. Motivations du choix de sujet :**

Ce qui a été à l'origine de cette recherche est une lecture d'un livre d'Alexander qui insiste sur une relation particulière chez les asthmatiques : "*un attachement excessif et non résolu à la mère*". Plus tard, nous avons rencontrés un article qui parle sur les styles d'attachement ayant des particularités spécifiques.

Nous avons pensé à faire une liaison entre la découverte d'Alexander dans les années quarante et un nouveau courant de la psychologie et de la psychopathologie nommé la théorie d'attachement. Un phénomène qui commence au début de la vie ou bien avant à la vie prénatal et dure jusqu'à la fin de la vie. De plus, le mode d'attachement établit à l'enfance reste le même à l'adolescence et à l'âge adulte.

Nos observations sur un asthmatique ont donnés un vif sentiment que la problématique de l'asthme réside dans l'attachement, et que cette attachement ne peut être étudié que dans un cadre familial ou évolue l'enfant et interagit. Nous avons discutés et échangés nos idées avec certains de nos enseignants, et qui ont aboutis finalement aux recherches précédentes comme celle de P. Marty qui a décrit un mode particulier de relation d'objet appelé relation d'objet allergène et allergique.

C'est le départ, comment l'asthmatique s'attache t-il à sa mère ?

De plus, les chiffres présentés dans le Chapitre III sur l'ampleur de l'asthme nous interpellent à entreprendre une recherche dans le domaine. Les spécialistes sont d'accord que l'asthme est encore aujourd'hui, la maladie à caractère chronique la plus fréquente chez les patients d'âge pédiatrique (5-10 % dans les pays à haut développement économique selon Burr) et elle présente tant un accroissement de l'incidence de la mortalité (Elliot, Benatar indiquent un risque fatal élevé, de l'ordre de 1 à 2 % dans les formes sévères d'asthme).

Lors de la journée d'étude organisée le 07 juin 2007 dans le cadre de la célébration de la Journée nationale des malades atteints de difficultés respiratoires, à Alger, les chiffres révélés par le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière sont 04 % d'Algériens souffrent d'asthme. Ces chiffres demeurent alarmants dans un pays ou la population est en majorité jeune.

Donc, faut-il répondre à quelques questions, pourquoi s'intéressé à l'asthme ? Pourquoi la famille ? Pourquoi l'attachement ?

L'asthme est une maladie très fréquente chez le jeune enfant, sa dynamique psychique inconsciente tourne autour de la séparation d'avec le parent ;

L'attachement, un courant moderne de la psychologie et de la psychopathologie, il est au centre de la problématique de l'asthmatique ;

La famille, le lieu du développement de la personnalité, le comportement de parent influe de façon concomitante sur la qualité de l'attachement. La défaillance des rôles parentales peut entraîner une défaillance psychique, voir psychosomatique tel que l'asthme.

### **B. Intentionnalité de la recherche :**

Cette recherche a une finalité préventive, dont nous voulons fournir des indications pour les parents, les psychologues, les éducateurs, les médecins, les psychosomaticiens, les instituteurs.... Nous voulons attirer leurs attentions sur les besoins affectifs du jeune enfant en général, particulièrement la qualité d'attachement, son influence sur le développement de la personnalité, la genèse des pathologies psychiques et des *maladies psychosomatiques* tel que l'asthme.

### **C. Objectifs de la recherche :**

Cette étude vise à *identifier* les styles d'attachements d'adolescents asthmatiques, et de *décrire* les principales caractéristiques de leurs parents, et d'*analyser* la mise en œuvre du processus de l'attachement dans la maladie de l'asthme.

Pour ce faire, nous s'inscrivons dans une perspective psychanalytique freudienne. Il y a plusieurs raisons à ce choix, la première est qu'à l'origine de nos réflexions sur ce sujet, nous avons été inspirées par les travaux psychanalytiques. Une deuxième raison est que malgré certains critiques à cette théorie psychanalytique. Cette dernière reste la plus pratique de toutes les théories modernes de la psychopathologie et de la psychosomatique. Enfin une dernière raison, qui nous semble la plus importante : alors que toutes les concepts au centre de notre schéma – relation objectales, angoisse, conflit, corps, fixation, régression, inconscient, attachement, dépendance, deuil, défense, traumatisme, complexe d'œdipe,

identification – sont les concepts essentiels de la pensée psychanalytique, toutes les autres sciences du comportement ont accordé peu d'attention à ces concepts. De même, en psychosomatique, actuellement, deux courants semblent exercer leur prédominance : les disciplines médicales proprement dites, dans leurs ensembles, d'un côté, et la psychanalyse de l'autre.

*Contexte général et  
problématique de la recherche*

### **Contexte général et problématique de la recherche :**

L'influence parentale et familiale agit de façon importante au cours des premières années de vie d'un individu, jouant un rôle manifeste dans le développement de sa personnalité. L'attachement, processus primaire débutant dans les tous premiers moments de la vie, est un phénomène ayant été largement étudié et documenté, notamment par l'apport important des recherches cliniques du psychanalyste Bowlby (1969).

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. Nous nous référons à ce modèle. (Sperling. M, 1994, p. 53).

De nombreux auteurs (Bowlby, 1969 ; Ainsworth, 1978 ; Main, 1985) ont explorés les comportements d'attachement et les réactions manifestées chez l'enfant, suite à la séparation temporaire du lien avec sa mère, ces auteurs ont tentés d'expliquer les impacts émotionnels et comportementaux. Autrement dit dans différentes réactions émotionnelles observées chez l'enfant, dont la peur, la colère et la tristesse, dès lors que le parent quitte la pièce.

De plus, ces études révèlent que les séparations répétées auxquelles l'enfant est exposé ont d'importantes répercussions sur sa vie relationnelle. En fait, des comportements d'attachement inadaptés sont alors cristallisés. Après une certaine période de temps, l'enfant marqué par la tristesse de la séparation avec sa mère adopte des comportements de détachement en démontrant un désintéressement lors des contacts avec celle-ci. L'enfant manifeste également des attitudes moins expressives et spontanées.

Des psychanalystes, et plus particulièrement D. Burlingham et A. Freud (1949), ainsi que R. Spitz (1958) avaient constaté l'apparition de troubles importants du comportement chez les enfants privés de soins maternels ou séparés de leurs parents. R. Spitz a développé les notions de « dépression anaclitique » et d' « hospitalisme ». Le syndrome que présentent tout d'abord ces enfants est le suivant : pleurs, puis indifférence, et enfin léthargie. La dépression anaclitique est ainsi ramenée par R. Spitz en référence à la perte de « l'objet aimé » servant de support au développement de l'enfant, donc perte d'étayage. Ces troubles

de l'humeur s'accompagnent de perturbations somatiques ; ce tableau peut s'aggraver si l'enfant est privé par une longue période (au-delà de 5 mois) de toute relation avec l'objet aimé tel que la mère. Il s'agit alors d'hospitalisme. (Ferragault. E, 2000, p. 67)

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

Thibeault (2002) précise que les impacts des ruptures vécues par l'enfant ou par l'adolescent sur son développement et ses capacités d'attachement se traduisent par des troubles de l'attachement qui engendrent des conséquences dont la gravité varie en fonction de divers facteurs. Ces facteurs sont l'âge du jeune, la relation mère-enfant avant la séparation, les caractéristiques personnelles de l'enfant ou de l'adolescent, les expériences antérieures de séparation, la durée de la séparation, la situation du jeune à la suite de séparations successives et les effets de l'environnement étranger. Les répercussions des ruptures de l'attachement chez le jeune enfant et l'adolescent peuvent également se situer à différents niveaux, soit comportemental, soit affectif, soit psychique, soit relationnel.

Thibeault voit que l'enfant âgé de la naissance à 3 ans, les ruptures fréquentes dans les relations d'attachements auprès des personnes significatives, représente un facteur qui augmente le risque de développer des troubles de comportements sérieux. D'autre part, Gauthier (2000) avance que la qualité de la relation entre un enfant et ses parents au cours des 2 ou 3 premières années de sa vie joueraient un grand rôle dans la façon de percevoir le monde et d'interagir avec lui. Cet auteur avance que pour un enfant, les trois (03) premières années de sa vie d'un enfant sont cruciales pour la formation d'un attachement de qualité de la relation avec la personne significative est comprise. (Bee. H et *Coll.*, 2003, p. 121). Et bien avant Gauthier et depuis longtemps, les psychanalystes ont été unanimes à reconnaître que la première relation humaine de l'enfant est la pierre angulaire de sa personnalité.

M. Main suggère que le type d'attachement est programmé et transmis à partir du type d'attachement qu'on peut observer chez la mère – aspect transgénérationnel-. Il y avait continuité entre le comportement de soins maternels, les patterns relationnels au sein de la dyade mère-enfant, et le développement de l'enfant. Car ces parents tendent à répéter, inconsciemment avec leurs enfants les caractéristiques relationnelle qu'ils ont

expérimentées avec leurs propres parents, cela implique que le style éducatif des parents est à prendre en compte, la famille est étudiée comme un système en action, une unité fonctionnelle où chaque action de l'un provoque des réactions des deux autres. (Bénoy. H, 2001, p. 46).

L'influence d'un milieu familial chaotique et incohérent, où l'enfant est soumis à des ruptures, à des changements constants de figures protectrices et à de la violence, a une influence majeure sur la qualité de l'attachement et, par conséquent, sur tout le développement de l'enfant. En effet, l'enfant qui n'a pas pu bénéficier, dans les premières années de vie, d'une présence parentale apte à favoriser l'apparition de liens affectifs stables et continus, en raison de ruptures répétées ou encore de l'incapacité de la figure parentale à être sensible à ses besoins, risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché.

Le contexte environnemental dans lequel évolue la dyade parent-enfant est déterminant pour la qualité de cet attachement (Bowlby, 1982; Crittenden, 1985). Un enfant difficile, un contexte socio-économique défavorable, la monoparentalité, le jeune âge du parent, le manque de connaissances reliées aux besoins de l'enfant et au développement de celui-ci ainsi que l'absence d'un réseau de support social sont autant les facteurs qui influenceront la qualité des nombreuses interactions vécues entre le parent et son enfant et en retour, teinteront la qualité de la relation d'attachement.

L'existence humaine est une existence corporelle, l'interaction du corps à corps avec la mère est le support des représentations d'un lien initial sécurisant, le corps inachevé de l'enfant qui est en état de dépendance absolue à l'autre rencontre le corps de la mère qui, en tant qu'elle se situe dans le champ du symbolique, va lui donner forme. Montagu (1971) le résume bien « *À travers la preuve tangible du corps de sa mère, le bébé va prendre conscience de son corps et de celui de sa mère* ». Ainsi va-t-il passer de l'indifférenciation d'avec l'objet au processus de séparation psychique et d'individuation. L'autre vient limiter l'excitation et permettre à l'enfant de sortir de la jouissance sur le corps, les zones érogènes. Ces traces constituent la texture du psychisme.

D. Anzieu (1995) dans son ouvrage « Le Moi peau » aborde la question d'attachement à la mère et la construction du Moi, par le fait que l'expérience tactile soit

transitoire, l'expérience du rythme, de la discontinuité du contact avec sa mère, permet à l'enfant de comprendre qu'il continue à vivre quand sa mère ne le touche plus et peut alors supporter la solitude qui lui permettra de se penser. La mère du corps à corps est incorporée et prend valeur psychique de réassurance. On conçoit qu'une mère trop envahissante, un contact trop prolongé ou intense ne permet pas cette distanciation et l'acquisition d'une identité stable.

De même, s'il n'y a pas de cohérence entre le toucher et les mots qui l'accompagnent, l'enfant vit une expérience floue. Les sensations corporelles, faute de sens, restent sous l'emprise de l'imaginaire (le sien étant confondu avec celui de sa mère) et hors du champ de la parole. L'enfant ne peut avoir une expérience unifiée de lui-même et l'acquisition d'un corps propre est rendue difficile. L'enfant reste coincé dans la peau de la mère et soumis à son désir sans pouvoir reconnaître le sien propre, il reste aliéné à l'autre.

Ainsi voyons-nous le rôle du contact mère-enfant. L'enfant doit être entouré d'une enveloppe narcissique permettant l'instauration du Moi-peau. Celui-ci passera ainsi du fantasme d'une peau commune entre lui et sa mère au fantasme d'une peau arrachée, pour finalement aboutir progressivement à une séparation et la constitution d'un Moi-peau personnel, qui le place comme sujet unique. (Le contact doit donc permettre cette Moi-psychique de se différencier de son Moi-corporel tout en concevant comme intègre, dans une unité psychosomatique). Lorsque psyché et soma sont dissociés nous sommes en face d'une régression au clivage primaire. La régression aux stades antérieurs du développement résulte la somatisation, -selon les auteurs il y a deux modalités de somatisation ; somatisation par déliaison pulsionnelle et la somatisation par régression-

L'asthme est une maladie psychosomatique majeure (Haynel. A, 1987, p. 133), il survient de la petite enfance, comme à l'adolescence. Cette période est connue par ces remaniements psychiques et la réactualisation des conflits internes refoulés est non résolues pendant les premiers stades du développement. Pour certains auteurs, l'asthme est une réactualisation du conflit œdipien, le retour de l'œdipe est également un mouvement régressif, car il se maintient en suspens, avant son déclin définitif, son propre destin. Selon certains auteurs (De Boucaud, De M'Uzan, Kreisler), il y a des asthmes qui régressent à la période critique que représentent les manèges psychiques de l'adolescent, la

redistribution des cartes étant susceptible de reprendre dans l'après coup, ce qui reste au plan de l'œdipe, les bouleversements physiologiques de la puberté font du corps ; un changement central dont les modifications réelles (génitales) donnent lieu à un investissement imaginaire et symbolique du corps, c'est-à-dire un travail psychique.

La psychanalyse attribut un portrait psychologique de l'asthmatique, qui commence, dès l'enfance par la peur de perdre l'amour de la mère. L'insécurité profonde du caractère rapproche l'asthmatique du névrosé phobique et de la position dépressive névrotique. F. Alexander, T.M. French et Ben Rappaport décrivent les points essentiels de la psychodynamique de l'asthme : la séparation d'avec la mère est le point principal, et ils sont les premiers à parler sur le «*cri refoulé*». Ils notent la fréquence des troubles respiratoires de l'enfant futur asthmatique. *La puberté réactive cette première ébauche et l'asthme est ensuite en rapport avec la pulsion sexuelle refoulée*. P. Marty décrit la relation objectale allergique comme une saisie instantané et fugace de l'objet, cette saisie est aussi fusionnelle. Pour eux, la personnalité de l'asthmatique se caractérise par l'intensité des besoins affectifs doublée d'une faiblesse des moyens autonomes pour y pouvoir. Il en résulte un besoin impérieux et incessant d'accrochage aux personnes et à l'environnement dans une proximité fusionnelle, c'est-à-dire la dépendance à la mère. (Ey. H, 1977, p. 1032). Vue cette dépendance nous pouvons nous interroger sur les conditions minimales afin d'assurer un attachement de qualité à l'enfant, cette dépendance, comment se traduit-elle en qualité d'attachement ? Quel style d'attachement correspond à la dépendance de l'adolescent asthmatique ? Cet adolescent qui est entre dépendance exigée par son asthme, et l'indépendance exigée par les changements psychophysiologiques.

Au sujet de la famille, le lieu des interactions de l'enfant, le lieu de son développement et la genèse de son attachement et de sa maladie, la maladie d'asthme, en tant qu'atteinte vitale et chronique, affecte de façon directe les membres de l'entourage qui sont liés au malade par une relation d'attachement. Elle atteint en fait le lien d'attachement lui-même. De ce fait, cette famille a des caractéristiques spécifiques en termes de sa façon d'implication dans la problématique de la maladie. Une recherche de M. Vannotti et M. Célis-Germant intitulé : *l'expérience plurielle de la maladie chronique. Maladie pulmonaire et famille (1999)*, suppose que la maladie pulmonaire éveille des menaces de mort, les différents membres de la famille sont exposés à l'angoisse de perdre le malade et à la

possibilité de la séparation et du deuil. Le caractère persistant de ces menaces, la maladie chronique induit des transformations dans le style de la relation que chaque membre de la famille entretient avec le patient. La maladie chronique atteint le système familial en son niveau d'organisation profond (les règles qui structurent les échanges, les attentes et les rôles réciproques, c.à.d. le niveau de l' « éthique » familiale). (Vannotti. M, 1999, p. 117)

La famille de l'asthmatique a été prise comme modèle dans des études systémiques (Onnis 1989), bien avant la psychanalyse a montrée la défaillance dans les fonctions parentales, père dominée, passif, souffrant des attitudes d'une mère trop présente dans le vécu de l'enfant, envahissante de ces désirs, trop espérante, anxieuse et hyperprotectrice.

Il est important de signaler que le nœud central de la problématique de l'asthmatique est l'attachement non-résolu à la mère ; cette mère qui a été au début rejetante, l'enfant en sentant ce rejet maternel s'attache à elle d'une façon excessive en essayons de ne pas perdre. La mère de sa part, par le biais de formation réactionnelle, devient surprotectrice et envahissante, en prenant un double rôle, le père sera écarté.

Du point de vue de la théorie de l'attachement, l'adolescence est une période de profondes transformations au cours desquelles ont lieu :

1. La création de nouveaux liens affectifs.
2. Une mise à distance des figures d'attachement initiale et une transformation des relations d'attachement avec ces figures.
3. L'émergence de systèmes comportementaux sexuels et de soins parentaux qui s'imbriquent étroitement avec le système de l'attachement.
4. Le développement de capacités à devenir une figure d'attachement.

Une étude récente de « *The American Psychosomatic Society* », intitulée « *Attachment and Psychosomatic Medicine : Developmental Contributions to Stress and Disease* » (2001), suppose que l'attachement insécurisant est associé à la pathologie de l'adulte. Les études sur les animaux et les expérimentations sur l'homme supposent la contribution de l'attachement à l'apparition du stress, quand l'attachement est associé aux stress la maladie apparaîtra. Une autre recherche de la même société, intitulée « *Mapping*

*The Road From Childhood Trauma To Adult Somatization : The Role Of Attachment* »(2006), cette recherche est menée sur les deux (02) sexes, elle a comme résultat que les traumatismes de l'enfance sont associés, à un très haut niveau, avec la somatisation de l'adulte et l'attachement insécurisant.

Toute fois, l'attachement est associé à la pathologie de l'adulte, 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, ce qui nous amène à poser un certain nombre de questions :

Quel est la caractéristique de l'attachement des adolescents asthmatiques ?

Quel est le style d'attachement qui favoris la somatisation asthmatique ?

Pourquoi ce style d'attachement est le plus somatisant chez l'adolescent asthmatique ?

Quelles sont les caractéristiques parentales de l'adolescent asthmatique ?

Nous essayons d'évaluer cet attachement à l'âge d'adolescence, en mettant en évidence, que l'asthme prend la forme asymptotique à cet âge d'indépendance et d'autonomie. La disparition des symptômes de l'asthme est due à la résolution de l'attachement et aux nouvelles représentations des parents chez cet adolescent, objet de notre étude.

# *Chapitre I : La Famille*

Le thème famille prend de diverses conceptions contemporaines, depuis l'antiquité, il ne cesse plus d'évoluer, cette unité sociale sert de cadre ou évolue l'enfant, le couple et la société. Il n'est certes pas question de faire ici l'historique des études sur la famille à travers les temps, mais d'illustrer les modalités d'organisations selon lesquelles cette dernière est susceptible de répondre aux besoins de sécurités relationnelle et affective de ses membres.

### **1- Définition de la famille :**

La famille est souvent vue comme l'unité de base de toute société. C'est une institution dont la définition n'a jamais fait d'unanimité, d'autant qu'il existe plusieurs définitions selon les disciplines, biologique, juridique, sociologique et psychologique.

Etymologiquement, la famille dérive du latin classique *familia*, dérivé de *famulus* qui veut dire « serviteur » ; la *familia* romaine est l'ensemble des *famuli*, esclaves attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même toit, maîtres et serviteurs, et sur qui règne l'autorité *pater familias*, le chef de la famille. Enfin, *familia* s'applique à la parenté, en latin médiéval (VIII<sup>e</sup> siècle), elle désigne un ménage de serfs. (Encyclopédie universalis, DVD, 2007).

En langue Arabe, la famille est appelée « *Ayla*<sup>1</sup> » du verbe *Aàla*<sup>2</sup>. On dit : l'homme *Aàla* signifie il a beaucoup d'enfants, et signifie aussi le gouverneur qui a tendance à l'injustice. (ابن منظور، 1997)

#### **1-1 Définition biologique :**

La définition biologique de la famille semble être la plus simple des définitions : c'est les « liens du sang », c'est-à-dire de parentalité-filiation (la consanguinité). Cette définition ignore le cas de l'enfant adoptés, et quelle filiation attribué aux enfants issus de « mères porteuses » ? Cette définition ne répond pas, aussi, aux accouchements sous X, qui garantissent dans certain pays l'anonymat de la mère abandonnant immédiatement et définitivement son bébé.

---

1

2

## **1-2 Définition psychologique :**

En psychologie, plusieurs définitions ont été proposées, selon Karine & Thierry Albrnhe, l'une des plus intéressantes semble être celle qui, s'inspirant du mouvement psychanalytique Kleinien, pour R. Neuburger « *la famille est : une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ; un lieu de communication, matrice relationnelle pour l'individu ; un lieu de stabilité, de pérennité, malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer ; un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission trans-générationnelle : la filiation* ». Cette définition souligne que la famille a des fonctions comme la protection et la sécurité, et que la famille est un système en changement répondant à un groupe social, selon cette définition, nous distinguons la famille externe (actuelle) qui fournit la protection et la sécurité, et la famille externe (passé ou d'origine) qui fournit l'identité individuelle à travers son système de socialisation.

De ce fait, Karine & Thierry Albrnhe proposent :

- **La famille nucléaire où étroite où conjugale:** constituée par l'assemblage, Père + Mère + Enfants non mariés.
- **La famille multi générationnelles où famille souche où famille maison :** unie à la verticale, en ce sens qu'elle correspond à un assemblage pluri générationnelle : Parents + Enfants + Petits-enfants. Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir autour d'un père ou d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale ; cette famille correspond à la famille traditionnelle Algérienne que nous d'aborderons à la fin de ce chapitre.
- **La famille communautaire :** élargie à l'horizontale : les enfants mariés ou non agglutinés en cellules conjugales pouvant cohabiter. (Albernhe. K, 2004, p. 104)

Donc, la famille est un espace privé où l'enfant et ces parents peuvent développer leur intériorité et s'épanouir vraiment, cette espace correspond à une société et à une culture déterminée, cela emprise sur la dynamique et l'enjeu de la famille.

## **2- Evolution et fonctions de la famille :**

La famille a longtemps été conçue autour de l'institution conjugale, en tant qu'union hétérosexuelle stable, destinée à assurer la légitimité de la lignée et de transmission des valeurs. Elle a connu d'importants bouleversements structurels et contextuels, elle prend de nouvelles formes qui peuvent apparaître « primitives ».

### **2-1 Analyse anthropologique :**

Dans certaines sociétés, l'on est d'abord d'une parenté avant d'être une famille, c'est à dire que l'on appartient à un groupe d'individus vivant sur un même espace social ; dans d'autres, au contraire, l'on est d'abord membre d'une famille, c'est à dire d'un petit groupe social.

Durkheim dans sa description d'Engels, les hommes auraient d'abord été rassemblés en clans ou en tribus, puis, par « rétrécissement du cercle », serait apparus les groupes familiaux proprement dits. Les premiers groupes sociaux semblent avoir été formés d'hommes, de femmes et d'enfants, pas nécessairement liées par des liens du sang, tournés vers la défense des intérêts communs et la satisfaction de besoins collectifs (affectifs en particulier). Dans ces sociétés primitives sont réunis tous les descendants d'une même mère, pour cette raison, la paternité est incertaine, c'est le matriarcat : la filiation est établie à partir de la mère. Il semble que la division sexuelle du travail ait été très tôt observée. Aux hommes la tâche de se procurer la nourriture du groupe, aux femmes, celle de donner les soins aux enfants et de préparer la nourriture pour tous. Il semble aussi que les liens sexuels aient été, dans les premières communautés, très lâches et l'idée du couple absente. Engels estimait du reste qu'à cause de cette souplesse les individus ne devaient guère être sujets à des émotions comme la jalousie ou la colère, propres aux sociétés monogamiques. Mais chez les mâles, d'après Freud, apparait le souci croissant d'avoir des partenaires et demeure un premier pas vers la famille moderne. (Fize. M, 2005, p. 15)

Par ce biais s'installe plusieurs lois spécifiquement humaines : une forme légalisée du mariage et de l'union sexuelle, la prohibition de l'inceste. D'une manière générale, la famille devient l'ensemble des personnes du même sang, réglant ainsi les principes de la filiation qui classent et répartissent les membres de la parentèle dont les rapports entre eux

sont prescrits par des droits et des obligations. (Robinson. B, 2006, p. 195). Il y a un passage du matriarcat au patriarcat que résume Wilhelm Reich parfaitement : « *l'accomplissement volontaire du travail est remplacé par les exigences de la moralité ; la relation amoureuse, volontaire, heureuse est remplacée par le "devoir conjugal", la solidarité du clan est remplacée par des liens familiaux et la révolte contre eux* ». Freud s'est permis la définition d'un schéma de domination prenant la forme d'une pyramide : au sommet, le mâle protecteur et autoritaire, dominant économiquement et sexuellement la femme ; à l'étage médian, la mère exerçant son contrôle sur les jeunes enfants comme une compensation à la domination masculine subie ; au bas de la pyramide, la progéniture liée à la mère dans les premières années de son existence, placée sous la coupe du père ensuite. (Fize. M, 2005, p. 16-17).

Sous l'influence des exigences économiques, la famille devient progressivement nucléaire ou conjugale, lieu de repli, refuge contre la société, cette évolution est assez nette : la famille était un mode d'accès à une appartenance sociale, c'était même le social par excellence, elle est devenu un refuge contre les dangers de la vie collective publique. Actuellement, le modèle de la famille nucléaire reste l'unité de base de l'organisation sociale dans la plupart des sociétés occidentale modernes, cette centration sur la famille nucléaire va changer le contenu relationnel, l'éducation est prise en charge par l'état ou par des institutions privées, c'est le lieu d'apprentissage abstraits et théoriques. Les parents géniteurs et maîtres d'apprentissage du moyen âge laissent la place à des parents plus centrés sur la vie sentimentale et affective, la famille se repliant sur l'enfant. Cette transformation se fait par étapes, au VIII<sup>e</sup> siècle, dans un monde artisanal, ouvrier et commerçant, intervient la scolarisation des filles. Le biais de scolarisation sert du passage d'une famille basée sur l'apprentissage sociale à une famille basée sur l'école et l'enfant, et entraîne des effets à différents niveaux.

Dorénavant, les anciennes pratiques familiales qui privilégiaient le fils aîné dans la transmission du patrimoine n'ont plus cours : les enfants, par la scolarité, sont mis sur le même pied d'égalité, respectés par la famille moderne en particulier, cela témoigne du glissement de la famille maison vers la famille sentimentale. On donne à l'affection des parents et des enfants, cette nouvelle valeur que la famille fait reposer sur elle toute sa réalité grâce au rapprochement entre les enfants et les parents, c'est une source nouvelle

d'intimité. Cette intimité familiale est devenue la règle qui inaugure la famille moderne, même si du XII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle la famille conserve un rôle de sociabilité important. La famille moderne, s'étant retranchée progressivement du social, s'oppose à la société en tant que groupe solitaire des parents et des enfants.

Au XX<sup>e</sup> siècle, toute l'énergie du groupe est dépensée pour la promotion des enfants, le modèle dominant de ce siècle est celui des nobles, des bourgeois, des riches laboureurs du XVII<sup>e</sup> siècle, même si on a oublié cette origine aristocratique et bourgeoise. Certaines familles actuelles ne suivent pas ce modèle pour des raisons socio-économiques, c'est dans cette famille bourgeoise que Freud voit et entend dans les paroles des névrosés qui lui permettront d'y déceler les effets de la réalité inconsciente du sujet humain. Il paraît évident que ce repli sur la réalité sentimentale et érotique dans la famille accentue l'intensité des complexes inconscients (œdipe et castration) sur le destin de l'enfant. (Robinson. B, 2006, p.p. 195-200).

Nous avons vu que l'évolution de la famille tourne autour des liens sexuels organisés par la loi morale, toute une analyse psychologique du phénomène évolutive de la famille est nécessaire, c'est ce que nous verrons dans l'exposé en suite.

## **2-2 Analyse psychologique :**

Pour la psychanalyse, la famille est un lieu institué par un ensemble de personnes, par la parenté ou l'alliance, où se reconnaissent les rôles père, mère, enfants dans la famille moderne dite nucléaire. Elle s'organise autour du lien sexuel entre les ascendants et prend forme symboliquement par la transmission, génération (engendrement et descendance). L'intérêt de la psychanalyse est d'amener sa découverte des processus inconscients à la psycho-sociologie de la famille, son apport se distingue et s'oppose de la fonction sociale de la famille. Selon B. Robinson (2006), la psychanalyse repère trois fonctions essentielles de la famille :

- a) La famille est le lieu d'élaboration de l'identité psycho-sexuelle du sujet, on devient garçon ou fille, homme ou femme, à travers des processus inconscients, un travail subjectif, qui se trouve mis en place, mis en forme, dans les échanges familiaux avec le père, la mère, les frères et les sœurs. Cela veut dire que l'enfant d'aujourd'hui est

le père de demain, notre enfance familiale est la source de notre identité d'adulte, l'enfant en nous génère l'homme et la femme adulte.

- b) La famille est le lieu d'éclosion des complexes nucléaires qui structurent le devenir psychosexuel : complexe d'œdipe et complexe de castration. Le désir humain se structure dans les échanges sexués avec les parents, la femme représente le pôle de l'objet du désir dont la satisfaction immédiate est toujours attendue par le psychisme sous l'emprise du principe du plaisir. L'homme représente le pôle de la loi qui donne au désir sa compétence d'échange social en exigeant de suspendre la satisfaction au nom d'une éthique qui dépasse le rapport duel immédiat.
- c) La famille est aussi le lieu d'élaboration des idéaux par la voie des identifications et des rivalités, sorte de matrice de tout sentiment social qui sera la base même de fonctionnement des institutions humaines.

Donc, selon la psychanalyse, la famille est le creuset même de la formation du sujet en tant que sujet de l'inconscient et en tant que sujet social, elle est la matrice pulsionnelle du sujet et du social. Mais tenons en compte que, le psychisme est fondamentalement histoire, de sorte que l'individu est activement marqué par les générations précédentes, chaque génération laisse dans le psychisme infantile les sédiments des générations précédentes, par des mécanismes inconscients traduit en termes d'idéalisation, de projection, d'identification, d'investissement sexuel et de répétition.

Aujourd'hui, il est admis que Freud aurait entrepris la toute première thérapie familiale en traitant le petit Hans par l'intermédiaire du père de l'enfant, dans son œuvre, il y a plusieurs formules qui abordent la structuration psychique individuelle à partir de trans-génération, par exemple : « *le Surmoi est l'héritier du complexe d'œdipe* » et « *le Surmoi de l'enfant ne se forme pas à l'image des parents, mais bien à l'image du Surmoi de ceux-ci ; il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition de tous jugements de valeur qui subsistent ainsi à travers les générations* ». Au sein de la famille et entre les parents et l'enfant, des transmissions conscientes et inconscientes s'opèrent. (Robinson. B, 2006, p.p. 201-203).

Freud a bien étudié la dimension psychique du groupe, dans son ouvrage *Psychologie collective et analyse du Moi*, il intervient que dans le groupe, l'idéal du Moi individuel est abandonné au profit d'un idéal du Moi commun aux membres de ce groupe. L'amour égal du père pour ses enfants est le noyau de la formation de la famille solide et unie. (Freud. S, 1921, p. 59)

D. Anzieu s'est permis de développer les cinq organisateurs psychiques inconscients du groupe, qui sont :

1. le fantasme individuel,
2. l'imgo,
3. les fantasmes originaires,
4. le complexe d'œdipe,
5. l'image du corps et l'enveloppe psychique.

Le groupe est soumis à un imaginaire groupale, la circulation fantasmatique dépend aux expériences avec les parents, il ajoute que le fonctionnement psychique de l'appareil groupal découle de trois principes :

- 1) Principe d'indifférenciation : les expériences du groupe permettent à l'individu membre de découvrir une groupalité psychique interne propre à lui ; par le biais de ce principe, chaque groupe a une individualité externe qui le distingue des autres groupes, et une individualité interne propre à ces membres.
- 2) Principe d'autosuffisance : le groupe a deux niveaux de fonctionnement ; dans le niveau des *présupposés de base*, le groupe cherche à satisfaire la résonance fantasmatique et imagoïque entre ses membres ; le deuxième niveau *groupe du travail* où le groupe se donne une organisation appropriée en fonction de la réalité extérieure.
- 3) Principe de délimitation : le groupe est à la fois un dedans et un dehors, ce principe les distingue, cela permis de se localiser dans l'appareil psychique groupal, tenant en compte les processus psychiques interindividuels. (Anzieu. D, 1999, p.p. 201-225)

Revenons sur le concept d'identification, qui peut être considéré comme la voie royale de transmission, et de l'identification projective en particulier pour la transmission psychique inconsciente.

La famille reste, dans la plupart des civilisations, la cellule de base, la pièce maîtresse de l'organisation sociale. Elle est la première communauté de vie, le refuge, un point d'ancrage fort. A ce jour, aucune société n'a pu se passer complètement d'elle, en raison de la nécessité d'élever les enfants, d'assurer leur éducation. La famille apparaît comme une alliance de générations incontournable, c'est aussi, le lieu de l'amour et de l'affection. Mais elle a certainement des particularités si l'on insère dans une perspective sociale, chaque société a des caractéristiques, ce qui nous oblige de se situer au niveau de notre société algérienne et nous devons aborder la famille Algérienne.

### **3- La famille Algérienne et ses caractéristiques:**

Il est admis que la famille soit une unité de la société ou une société, son enjeu est réciproque avec cette dernière, la société algérienne a connu des bouleversements qui ont agi de façon importante sur la famille, l'éclatement économique, la décennie rouge, le phénomène d'acculturation sous l'influence des médias et les nouveaux programmes scolaires, ces éléments et d'autres entraînent des modifications qui touchent profondément l'unité de base de la société algérienne.

La composition de la société algérienne nous oblige à délimiter les concepts de *ménage* et de *famille*, l'É.S.F.M<sup>3</sup> 1966, lors du premier recensement national, donne la définition suivante au ménage. « *Un ménage ordinaire est un groupe de personnes vivant dans le même logement préparant (et prenant en général) les principaux repas ensemble. Une personne vivant seule dans un logement constitue un ménage. Un ménage est composé d'une seule ou plusieurs familles. Parmi les membres d'un ménage, on peut trouver outre le chef de ménage, son (ou ses) épouse(s) d'autres parents (père, mère, belle-mère ...) mais aussi d'autres personnes non parentes (domestiques, pensionnaires ...)* » (Hadj Ali, 2006, p. 35).

---

<sup>3</sup> État et Structures des Familles et Ménages.

Le même auteur définit la famille : « *La famille étant un sous ensemble du ménage a été définie de la manière suivante : Une famille est composée d'un homme, son (ou ses) épouse(s), ses enfants non mariés. Une famille pouvait comprendre également d'autres personnes isolées ...* » (Hadj Ali, 2006, p. 18).

Hadj Ali avance que les deux propositions contenues dans la définition du ménage ci-dessus, jointes à la définition de la famille posent problème.

En effet reprenons-les dans les énoncés suivants :

- A. « *une personne seule constitue un ménage* »;
- B. « *un ménage comprend une ou plusieurs familles* »;
- C. « *Une famille est composée d'un homme, son (ou ses) épouse(s), ses enfants non mariés. Une famille pouvait comprendre également d'autres personnes isolées...*».

Il poursuit qu'il y a à ce niveau vraisemblablement *une contradiction de logique formelle*. En effet, si les propositions (B) et (C) sont vraies, alors (A) est fausse: le ménage ne peut pas être à la fois constitué d'une seule personne et contenir au moins une famille, telle que définie en (C) !

Nous devons se référer à la typologie familiale retenue en 1966 :

1. Couple avec enfant(s) non mariés ;
2. Couple sans enfant(s) non mariés ;
3. Père ou mère avec enfant(s) non mariés ;
4. Sans couple et sans enfants.

Le dernier type est défini de la manière suivante : « *le type 4 est exclu des familles biologiques et on parle souvent dans ce cas pour désigner en général une personne vivant seule. Dans la définition de la famille il est dit qu'une personne vivant seule forme une famille (cette idée est à retenir dans le cas général mais pas dans le sens biologique).*

Et, voilà de quelle manière la contradiction repérée dans la définition du ménage individuel est résolue ! Rappelons-nous que les trois (03) premiers types sont des familles biologiques.

Les deux définitions sont éclairantes sur la composition de la famille algérienne, parfois grande famille (traditionnelle), autre fois famille conjugale moderne, elles abordent quelques caractéristiques que Boutefnouchet a bien mentionnées :

- ✓ La famille algérienne est une famille souche, où un ou plusieurs couples avec ou sans enfants vivent dans la grande maison.
- ✓ Le patriarcat est dominant dans la famille algérienne, le père ou le grand-père est le chef spirituel de l'organisation familial, il est le sage que ses paroles sont des ordres non dépassés par les membres de la famille.
- ✓ La filiation dans la famille algérienne est paternelle, l'origine de l'enfant demeure de son père, non de sa mère ; la mère et la femme demeurant dans la généalogie de son père.
- ✓ La famille algérienne est liée solidement ensemble, indivise et cohésive, les descendants masculins ne quittent pas la grande maison lors du mariage, au contraire les descendants féminins doivent quitter la grande maison au mariage.

Nous dégageons les traits principaux de ces types de famille (traditionnelle et moderne), d'abord la famille traditionnelle est soumise à des défis de survie; elle est orientée vers la reproduction de la vie et centrée sur la transmission, de génération en génération, d'un patrimoine biologique, matériel et symbolique. Cette famille est avant tout et surtout une institution dont les normes, les lois, les coutumes, les représentations collectives sont celles de toute la société et de la culture commune. Toutes les conduites doivent s'y régler, et cela jusque dans la conscience et la subjectivité. Les rôles sont définis comme allant naturellement de soi, comme des réponses viables, nécessaires et indiscutables à de multiples contraintes, y compris des impératifs religieux qui les sacralisent. «Père et mère tu honoreras ...» «On accepte les enfants que le Dieu nous donné.»

Claude Lévi-Strauss a montré le fort caractère structurant des systèmes de parenté arrimés à des ordres symboliques correspondants pour fonder l'institution familiale et la société traditionnelle. Cette rigoureuse structuration devait compenser la singulière précarité biologique de la condition humaine individuelle et collective.

Les parents-plus-que-couple livraient à l'enfant-héritier un message du genre: «Tu es notre fils, notre fille. Tu appartiens à une lignée dont tu dois te montrer digne. Voici ton nom qui désigne ta place dans la famille, dans la société. Voici tes devoirs et tes droits. À toi de répéter un jour notre histoire, comme nous avons répété nous-mêmes celle de nos parents.»

A l'opposé la famille moderne où nucléaire se caractérise par :

- ✓ La recherche du bonheur passe de plus en plus par l'affectivité, le sentiment amoureux.
- ✓ Le rapport à la famille comme institution se veut plus rationnel et moins tributaire d'une tradition répétitive et de règles sacrées intouchables, indiscutables.
- ✓ Non plus la survie, mais l'avenir à faire à travers les enfants; un avenir seul chargé de sens.
- ✓ Émergence d'une individualité irréductible à l'unique logique familiale.
- ✓ Chacun, chacune, acteur de sa propre vie, de sa propre histoire.

Le discours de cette famille est formellement menace la solidarité de la famille, l'enfant n'est plus un héritier, mais plutôt un délégué, investi par ce message: «Tu es notre raison de vivre. Voici les sacrifices que nous faisons pour toi. Agis de telle sorte que ceux-ci ne soient pas vains. Tu vas entrer dans un monde qui est meilleur que le nôtre. Tu y occuperas une place plus élevée. À toi de te forger un nom. Que nos rêves, en toi, se transforment en réalité.» (Grand' Maison. J, 1993, p. 07-08)

La famille algérienne n'est pas une famille fusionnelle, toute expression d'affectivité et d'amour est strictement inhibé, on n'apprend pas à son enfant de partager l'affectivité, tout rapprochement de la mère où du père est atténué par un déficit d'élaboration, les

énoncés amour " Maman je t'aime... Papa je t'aime" renvoie à un registre « incestueux ». De ce fait, l'expression de l'affectivité prend d'autres formes symboliques, en profitant les journées des fêtes pour transmettre des valeurs ; la tendance vers la nucléarisation de la famille algérienne aura pour but, à notre avis, de compenser l'amour parental non exprimé et le vivre avec l'enfant.

La famille traditionnelle algérienne était l'unité sociale fondamentale. Elle était basée sur le principe de l'indivision dont la fonction sociale consistait à maintenir la cohésion de groupe familial. Elle constituait de ce fait une communauté des biens fondée sur l'unité des intérêts économiques. Les moyens de production étaient assurés par la force du travail de l'homme. Mais, cette famille traditionnelle commence à disparaître avec l'explosion socioculturelle, la famille algérienne devient de plus en plus nucléaire, c'est le caractère que la famille a connu durant son évolution.

#### **4- L'évolution de la famille algérienne :**

Avant l'indépendance et durant cent trente ans, l'Algérie a été une colonie française. Le colon a fait tout son possible pour altérer la personnalité de l'algérien, par ces politiques infernales. Il n'a pas pu détruire la famille musulmane algérienne, elle a résisté, elle est restée fidèle à ces principes de religion, de solidarité, et de l'honneur, mais la guerre de libération en 1954, a entraîné à nouveau des nouvelles perturbations, les hommes ont quitté leurs domiciles et rejoint les maquis, les femmes aussi ont participé à la guerre de libération. Les mouvements d'exodes vers les villes ont augmentés durant la guerre, les villages ruraux ont été largement bombardés. De ce fait, la famille algérienne commence à se disperser.

Après l'indépendance, la famille traditionnelle existera encore, les *Arches* (les tribus) sont réunies, la famille est souvent patriarcale, agnatique et indivise en milieu rural. En ville, la famille nucléaire commence à prendre place dans la société, par la subdivision de la grande famille, des familles simples commencent à se constituer (couples et enfants) ou composées (couple, enfants et autres membres de la famille : frères/sœurs, ascendants/descendants, cousins...).

Les mutations socio-économiques, le développement démographique, l'introduction de la technologie, la scolarisation obligatoire, ont des effets remarquables dans l'évolution

de cette famille, la femme s'introduit au milieu du travail, alors que son rôle était à l'intérieur de la maison, cela entraîne de nouvelles relations sociales au sein de la famille, la dominance de l'homme sur la famille commence à être touchée par ces bouleversements :

- ✓ Le père algérien passe de la position de dominateur et autoritaire avec ses enfants vers le père démocrate, il est le gardien de systèmes des valeurs traditionnelles et du legs moral.
- ✓ Le fils prend une certaine liberté de la tutelle paternelle, il joue un rôle de citoyen possédant des atouts financiers qui lui permettent l'autonomie. Cette position n'est pas conflictuelle à l'égard du père, le succès du fils est la fierté du père.
- ✓ La fille ou la femme ne reste plus sous l'autorité du père, du frère et du mari, elle garde le respect de ses parents et désormais, peut prendre la parole et diriger sa propre vie, à condition d'éviter les contradictions avec sa famille.
- ✓ La mère acquiert un statut économique important, si elle travaille, elle ramène des ressources financières au foyer, si elle ne travaille pas, elle gère le budget familial. (Boutefnouchet. M, 1980, p.p. 220-225)

Le présent tableau éclaire l'évolution de la famille algérienne après l'indépendance:

Type de ménage		isolé	*S.S familiale	Nucléaire	Élargi	Étendu	Total
R.G.P.H	Résidence						
1966	Urbaine	6,14	1,48	<b>61,30</b>	14,14	16,94	100,00
	Rurale	3,92	0,91	<b>58,12</b>	12,90	24,15	100,00
	Total	4,81	1,14	<b>59,39</b>	13,40	21,27	100,00
1977	Urbaine	3,64	1,23	<b>59,08</b>	17,76	18,29	100,00
	Rurale	3,51	0,92	<b>58,58</b>	13,73	23,26	100,00
	Total	3,56	1,05	<b>58,79</b>	15,39	21,21	100,00
1987	Urbaine	3,73	0,94	<b>65,99</b>	10,94	18,40	100,00
	Rurale	2,75	0,55	<b>64,27</b>	9,17	23,26	100,00
	Total	3,25	0,75	<b>65,14</b>	10,07	20,80	100,00
1998	Urbaine	2,32	0,72	<b>70,88</b>	10,40	13,60	<b>97,92</b>
	Rurale	2,41	0,52	<b>71,33</b>	9,36	14,33	<b>97,96</b>
	Total	2,36	0,64	<b>71,06</b>	9,99	13,89	<b>97,93</b>

Sources indiquées par l'auteur :

- (1) R.G.P.H. 1966 : Structures des ménages en Algérie, série c
  - (2) R.G.P.H. 1977 : Ménages et familles en Algérie, sept 1981
  - (3) R.G.P.H. 1987 : Sondage au 1/300
  - (4) R.G.P.H. 1998 : Données exhaustives, Données statistiques n° 314, ONS, novembre 2000
- \* S.S. familiale : « sans structure familiale » ou « sans famille biologique ».
- \*\* Les différences à 100 sont liées aux ménages de type « autre »

Tableau montrant l'évolution de la structure des ménages entre 1966-1998

Auteur Office National des Statistique.

En novembre 2000, l'O.N.S\* publiait la T.M.F\* 1998, dont les auteurs mettent en perspective les résultats avec ceux de l'É.S.F.M\* 1966. Les auteurs relèvent l'ampleur du changement : « *l'élément essentiel à signaler est la faible cohabitation des familles au sein d'un ménage. Les ménages formés d'une seule famille passent de 59 % en 1966 à 71 % en 1998* ». Ces chiffres paraissent imparables.

Les chercheurs se pressent alors de confectionner la série complète. La T.M.F. 1998 ne donnant, quant à elle que les chiffres de l'E.S.F.M 1966, il leur fallait donner les chiffres de 1977 et ceux de 1987, ce qu'ils feront. Cette série de chiffres semble confirmer que le lien familial, n'est plus *parental* mais qu'il est désormais *conjugal*. Pour certains chercheurs le processus de nucléarisation est lent, au contraire de ceux-ci, d'autres chercheurs pensent que la progression du ménage du type nucléaire est, malgré tout, importante. (Kateb. K, 2003, p.p. 95-110)

Ce qu'il faut retenir, c'est surtout le fait que les ménages de type nucléaire, c'est à dire ceux qui se réduisent au maximum, au couple avec enfants non mariés, progressent : ils passent d'un peu plus de 59 % en 1966 à un peu plus de 71 % en 1998. Le tableau montre donc que le type de ménage nucléaire gagne environ 12 points. A la lecture du tableau 1 on comprend d'ailleurs que la T.M.F 1998 introduit un nouveau type de ménage : « *autre* » qui n'existait pas auparavant. Ouadah-Bédidi (2001) l'intègre dans le type de ménage « *sans famille biologique* », qui a 2,07 % de l'ensemble des ménages. (Hadj Ali, 2006, p. 29)

La tragédie nationale des années 90, n'a pas passé sans aucune influence sur la famille algérienne, des nouveaux changements sont apparus, la famille est totalement dispersée, il y a tendance à la nucléarisation (comme l'indique les chiffres au tableau), et la tendance à l'individualisme, les taux de célibat et de chômage ont augmentés, de nouveaux types de familles sont apparues comme la situation des enfants abandonnés, des femmes divorcées, des vieux expulsés par leur enfants. Reste à savoir, comment la famille d'aujourd'hui s'occupe-t-elle de son enfant et comment elle l'éduque ?

---

\* Office National des Statistiques

\* Typologie des Ménages et des Familles

\* État et Structures des Familles et Ménages

## **5- L'éducation de l'enfant en milieu familial algérien :**

L'enfant occupe une place fondamentale dans la famille algérienne, la famille est sensiblement concernée par sa naissance. Elle fête la naissance surtout s'il est le premier et qu'il est du sexe masculin, car la famille algérienne est, une famille agnatique, masculine et patriarcale. Le couple doit avoir beaucoup d'enfants le plus vite possible dans sa vie, pour des raisons politiques, l'Algérie est un pays sortant de la guerre ; culturelles, un nombre important d'enfants symbolise la virilité et la puissance de la famille ; et religieuse, le couple augmente le nombre de « *Umat Mohamed* », l'accroissement des musulmans fidèles au prophète Mohamed.

La famille algérienne traditionnelle ordonne des paliers pour l'éducation de son enfant, dès le premier jour de sa vie, la mère commence à emmailloter le nouveau-né, afin de l'empêcher de bouger, son corps est encore un liquide, en expression populaire, « *machi jamed* » *il n'est pas congelé*, des exercices gymnastiques et des étirements doux sont fait, par souvent la grande mère, en utilisant l'huile d'olive et quelques médications traditionnelles basées essentiellement sur des plantes. Le nourrisson est alimenté au sein maternel jusqu'à l'âge de deux ans, son sevrage est brutale, il entre directement à la cuisine adulte, il n'a pas de régime alimentaire particulier, tout les membres de la famille portent le bébé pour aider la mère, dès qu'il peut trainer seul, la mère le lâche avec les autres enfants pour jouer ; à l'âge de la différenciation des sexes, l'enfant découvre cette différence par les jeux enfantins et le discours des parents, la circoncision et la scolarisation rendent cette différenciation plus nette. L'entrée à l'école ou à l'école coranique éclaire souvent les sexes, les garçons ne partagent pas les tables qu'avec les garçons, idem pour les filles.

A la puberté, chacun des deux sexes rejoint son monde, c'est brutale, les échanges entre les sexes se font par des intermédiaires. Les questions de *Lah'chouma*, de l'honneur et de la *virilité* sont alors abordés, entre le jeune homme qui fréquente, dorénavant, ses cousins de même âge, et qui trouve la liberté à entamer des sujets sur l'autre sexe, plus que ses frères ; la jeune fille commence à se restituer par la mère, elle lui apprend des multiples travaux de ménage, et la prépare pour le mariage. (Arezki. D, 2004, p.p. 59-61)

Après le mariage, les parents se sentent libres de leurs enfants, les jeunes mariés sont, maintenant, responsables de la continuité du sang familial, ils doivent avoir de nombreux

enfants, et ils doivent aussi rendre les services des parents *Khira El-Waldine*, s'ils restent au sein de la famille, la femme doit obligatoirement servir ses beaux parents, et s'ils se séparent, ils doivent leur rendre des visites et être comme le bras droit de leurs parents. (Boutefnouchet. M, 1980, p.p. 75-79).

Ces caractéristiques disparaissent peu à peu en milieu familial actuel. La mère, sous les effets d'acculturation, n'emmailote plus son enfant, elle lui met des couches bébés, elle utilise des produits laitiers à la place de son lait. Elle lui donne le biberon au lieu de son sein sacré. Elle rejoint le monde du travail, son enfant est mis dans une pouponnière, laissé avec ses grands parents ou avec une femme qui se charge de sa nourriture ; le père est chargé par les responsabilités du travail et l'éducation de ses enfants. Il leur apprend du sport, en les inscrivant dans une maison de jeune, ou dans une association culturelle et sportive. Les parents semblent de plus en plus renoncer à exercer la moindre autorité sur leurs enfants, cela ne sera pas sans effet sur le devenir de ces derniers comme sujets humains confrontés inévitablement à leurs destin, qui veut qu'il n'y a pas de désir humain sans loi, ça peut paraître comme source de toute délinquance et toute pathologie psycho-sociale, face à la maladie somatique ou psychique, la famille algérienne répond directement par de multiples façons.

## **6- La famille algérienne face à la maladie :**

De diverses représentations entourent à la maladie en milieu social algérien, des concepts spécifiques et des interprétations magiques sont attribués à des maladies. Le savoir populaire semble utile dans la prise en charge du malade. Zerdoumi (1970) a bien mentionné que, dans le Maghreb, il existe deux médecines juxtaposées, l'une est scientifique, l'autre est traditionnelle. Le *Taleb*, le *Mrabet* (Marabout), la *sahhara* (sorcière) et aujourd'hui le *Raki*, sont des thérapeutes populaires que le malade et sa famille vont voir en cas d'échec des sciences médicales, ceux-ci sont des recours, ils interprètent l'étiologie de la maladie de la manière suivante :

- ✓ C'est l'ancêtre du malade qui l'afflige car il n'a pas été honoré convenablement.
- ✓ Ce sont les Djinns du terroir qui le tourmentent car il a transgressé un interdit.

- ✓ Ce sont ses pairs, jaloux de son intelligence, de sa réussite, de sa richesse, de sa beauté qui le persécutent, soit à travers la mauvais œil - qui consiste à détruire l'objet convoité faute de le posséder.

Autrement, il existe une étiologie plus dramatique contre laquelle on ne peut plus lutter, elle concerne le Destin, c'est tragique :

- ✓ La malédiction : on dit « *kharjou fih ces mauvais faits* », le mal qu'il a fait sur les autres, revient sur lui, selon Ikbâl Gharbi, la plus redoutée est celle des ascendants victimes d'injustice qui atteint une personne, une famille, un clan, et qui se transmet de génération en génération.
- ✓ La *Tabàa* : la poursuivante, appelée aussi *Qarina*, qui poursuit de sa haine une personne au hasard indéfiniment jusqu'à la mort. C'est forces objectives qui détruisent la personne visée, personne n'arrive à définir, ni à voir, sauf, le petit enfant avant qu'il commence à parler, le sourd-muet et l'animal. (Gharbi, I, p.p. 81-93).

Dans la culture algérienne, le malade est pris en charge par l'ensemble de la famille, il reçoit des visites quotidiennes, surtout dans le cas de gravité à mort, c'est une occasion pour demander pardon au malade. Actuellement, l'algérien croit que, la *Rekia* est un moyen utile dans le processus de guérison, le *Raki* prend la place du *Taleb* et *Marabout*, il lit le Coran sur le malade qui ferme ces yeux, et qui se concentre, au cas où il est touché par le Djin ou Sihr ou le mauvais œil, il répond en parlant ou en agitant son corps, s'il ne répond pas de cette façon, cela veut dire que le malade est « sein » pour cette thérapie plus ou moins religieuse .

Autour de la maladie, des symptômes et des dysfonctionnements familiaux, on ajoute un type particulier de famille décrit par Minuchin (1978).

## **7- La famille psychosomatique :**

Ce modèle a été développé par Salvador Minuchin, psychothérapeute systématicien Argentin, en 1978, lors de ses travaux cliniques menés au sein d'un hôpital d'enfants en Philadelphie sur des anorexiques, des asthmatiques et des diabétiques, il a observé que des enfants ont des familles particulières, leurs fonctionnements est marqué par *l'enchevêtrement des interactions familiales, la surprotection, la rigidité... et des problèmes irrésolus* ; le parent est poussé à refouler les conflits dans l'espace de non-dit, ces conflits réapparaissent sous forme corporelle, faute d'avoir pu être verbalisés.

L'enfant se trouve impliqué dans le conflit parental, et manifeste par son corps le malaise familial non verbalisé, le symptôme prend une valeur d'expression et de communication. (Albernhe. K, 2004, p. 112)

De plus, la clinique psychosomatique montre que le sujet psychosomatique à des caractéristiques psychique, comme l'alexithimie et la pensée opératoire, dans cette famille "psychosomatique" - fait partie des familles anaclitique définit par Eiguer- l'organisation des liens est par rapport aux deuils et aux dettes intergénérationnelles, suscitent généralement de la culpabilité. Ces membres ont un intense besoin de rattachement fusionnel et gardent une grande proximité.

Voir les caractéristiques des sujets psychosomatiques, est-ce que la fantasmatisation est possible au sein de la famille psychosomatique ?

Marty et De M'Uzan ont décrit les patients psychosomatiques comme incapable de fantasmer ; les familles dont l'un des membres souffre d'une affection psychosomatique sont décrit comme complètement plates sur le plan émotionnel : toute expression de sentiment est interdite, colère, humour ou dépression. La communication affective est bloquée, le langage est avant tout factuel, rationnel, totalement déconnecté du vécu affectif.

Il est admis que la répression des affects majore les risques de décompensation sur le mode psychosomatique. Dans la même ligne, Eiguer déclare qu'une famille qui utilise exclusivement une activité pensée opératoire risque de voir un de ces membres déclencher un trouble psychosomatique. Le vécu familial est décrit "récité" comme une tache à exécuter, dans un présent immédiat. Le récit colle à la matérialité des faits selon une logique

stricte, sèche qui explique tout ou presque tout par la réalité. (Morval. M, 1994, p.p. 111-118)

Le fantasme de cette famille est agi par le symptôme, cette famille anaclitique subit l'angoisse de perte, donc le fantasme de perte et de nuisance réciproque.

Il nous semble que les mutations socio-économiques ont une influence majeure sur l'évolution de la famille. La famille constitue l'un des lieux privilégiés pour saisir la manière dont elle s'articule de façon individuelle ou collective. Par son système fonctionnel, la famille détermine la société de demain, elle lie ses membres par des liens sanguins, mais le sanguin cède la place au psychique et au social. L'attachement uni tout les membres de la famille, les parents et les enfants, les frères et les sœurs, les couples, les cousins et les amis. La maladie en tant que telle, renforce les liens d'attachement et de solidarité au sein de la famille, ce lien qui commence à la vie prénatale et qui persiste dans le reste de la vie.

*Chapitre II :*  
*Attachement & Adolescence*

Braconnier (2006) précise que parmi les théories modernes de psychologie, on trouve à côté de la psychanalyse, le modèle systémique, la neuropsychologie cognitive et le développement du self et la théorie de l'attachement qui a connu d'importantes progressions. Cette théorie fait sa naissance à partir des observations sur les animaux, le psychanalyste britannique John Bowlby étant le premier auteur.

## ***I. L'attachement***

### **I.1 Définition:**

Les tentatives de définition de l'attachement ont citées le concept du lien affectif, le terme attachement est utilisé pour désigner le lien affectif particulier unissant l'enfant à la figure maternante. Bowlby réfère souvent à la mère comme figure d'attachement.

Pour sa part M. Ainsworth définit le lien affectif comme : « un lien relativement durable qui accorde de l'importance au partenaire en raison de son caractère unique et irremplaçable... dans le lien affectif, on désire préserver l'intimité avec le ou la partenaire » (Ainsworth. M, 1989, p.711). D'ailleurs, elle définit l'attachement comme : « Un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et la personne qui en prend soin. Ce lien persiste à travers le temps et l'espace sur un continuum. L'attachement est un lien affectif, durable et caractérisé par la tendance d'un enfant à rechercher la sécurité et le réconfort auprès de la figure significative en période de détresse » (Ainsworth. M et Wittig. B.A, 1969, p. 53).

Ces deux définitions de l'attachement témoignent que ce dernier est un type particulier de lien affectif qui fait intervenir un sentiment de sécurité. Bowlby résume le comportement d'attachement dans : « rechercher et maintenir la proximité avec un autre individu » (Bowlby. J, 1978, p. 267).

L'attachement n'est pas orienté uniquement vers la mère biologique, il suppose l'existence d'une personne significative plus stable que l'enfant a connu au départ et ce, en fonction des réponses empathiques données par celle-ci aux besoins de l'enfant. Ce rôle est souvent joué par la mère mais peut également être joué par le père, une tante, les grands parents, et tous membres de la famille qui ont une valeur significative pour l'enfant, cette

personne significative sert comme base de sécurité. Mais, l'attachement à la mère reste, en premier lieu, le fil principal de tout attachement.

## **I. 2 Théorie de l'attachement :**

A et N. Guedeney (2006), ont insisté sur le fait que la théorie de l'attachement de J. Bowlby apparaît bien comme le concept clef de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, en psychologie et en psychopathologie.

J. Bowlby a été influencé par la pensée psychanalytique, et il accorde une importance majeure aux premières relations entre la mère et son enfant. Selon lui, les enfants naissent avec une propension naturelle à rechercher des liens émotionnels forts avec leurs parents. De telles relations ont une valeur de survie, en fonction de ce qu'elles assurent : la nourriture et le confort du nourrisson. Ce système d'interactions est composé d'un répertoire de comportements instinctifs qui instaurent et entretiennent une certaine proximité entre les parents et l'enfant ou entre toutes personnes unies par un lien affectif. (Bee. H *et coll.*, 2003, p. 121).

Pour soutenir sa théorie, il a particulièrement fait référence au monde animal. Il s'est intéressé au développement humain sous une perspective évolutionno-éthologique. Il s'inspira à cet égard des travaux de Lorenz et Harlow. Lorenz avait observé chez plusieurs oiseaux qu'un fort lien s'était développé entre le nouveau-né et la mère durant les premiers jours de sa vie, et ce, sans aucune référence à la nourriture. Le petit n'avait qu'à être exposé à sa mère pour que sa figure devienne familière.

De son côté, Harlow avait découvert que les petits singes rhésus s'étaient attachés à une mère mannequin couverte de mousse (mère fourrure) confortable plutôt qu'à une mère mannequin en fil de fer (mère fil de fer) pourvoyeuse de lait, lorsqu'ils étaient apeurés par un objet non familier, ils fuyaient pour se réfugier sur la mère de mousse. Malgré les différences d'une espèce à l'autre, le maintien de la proximité d'un animal bébé à la mère le plus souvent, semble la règle, ce qui suggère que ce comportement aurait une valeur de survie. (Bowlby. J, 1978, p.p. 249-258).

L'opérationnalisation des observations des comportements d'attachement de Bowlby par M. Ainsworth, une pionnière de la théorie d'attachement, à travers la procédure de

*situation étrange*, dans laquelle la présence ou l'absence de la mère et celle d'un étranger sont systématiquement contrôlées. Cette *strange situation* permet à Ainsworth de définir des types d'attachement.

Les auteurs (Bowlby, Ainsworth, Main...) ont cités plusieurs manifestations d'attachement chez l'enfant, ces manifestations sont des indicateurs d'attachement, car celui-ci est un état interne non observé directement, on le déduit par l'examen des comportements d'attachement, c'est-à-dire les manifestations qui permettent à l'enfant ou à l'adulte de maintenir une certaine proximité avec l'être auquel il est attaché. Parmi ces manifestations : le sourire, l'échange des regards, les cris, les pleures, le toucher et l'agrippement, Bee. H (2003) souligne qu'il n'existe pas de lien direct entre l'intensité de l'attachement montré par un enfant et le nombre de comportement d'attachement, or, ce dernier s'observe surtout au moment où le sujet a besoin de soins, de soutien ou de réconfort. Le nourrisson reste dans cette situation de dépendance, un enfant plus âgé, l'adolescent ou l'adulte sont plus portés à manifester des comportements d'attachement quand ils ont peur ou lorsqu'ils sont fatigués ou dans un état d'anxiété.

Mettant en évidence, que les auteurs de la théorie d'attachement estiment que les deux premières années de vie constituent une période sensible pour le développement de l'attachement chez l'enfant. Ils affirment qu'un enfant qui ne réussit pas à établir une relation intime, un contact étroit avec sa figure maternante, risque de présenter, à l'adolescence et à l'âge adulte des troubles de personnalité et des problèmes sociaux. (Bee. H *et coll.*, 2003, p. 121).

Il est signalé des différences entre l'attachement de l'enfant et de l'adulte, Bowlby a traité la question d'attachement au cours de la vie. L'attachement se développe et ses manifestations diffèrent, à présent, nous venons sur la genèse de l'attachement chez l'enfant.

### **I. 2.1 Le développement de l'attachement chez l'enfant :**

A travers les soins qu'ils procurent ; changer les couches, préparer la nourriture, donner le bain, manifester une attention constante, les parents répondent aux besoins de leur enfant d'une façon qui favorise le développement d'un lien affectif intime. L'attachement

du bébé aux parents apparaît graduellement, Bowlby définit trois étapes de l'attachement de l'enfant :

1<sup>er</sup> étape : le pré attachement (de 0 à 3 mois) :

Bowlby pense que l'enfant débute dans la vie avec un répertoire de comportements innés qui l'orientent vers les autres et qui signalent ses besoins. Ces comportements (pleurer, regarder dans les yeux, s'agripper, se blottir et réagir) favorisent en premier lieu la proximité, Ainsworth voit que ces comportements d'attachement sont simplement émis sans être adressés à une personne particulière.

A ce stade, il n'existe pas un véritable attachement, les interactions et les échanges avec la mère renforcent le lien affectif qui unit les parents à l'enfant, et cela constitue le fondement de l'attachement naissant de l'enfant.

2<sup>ème</sup> étape : l'émergence de l'attachement (de 3 à 6 mois) :

Le bébé commence à faire preuve de discrimination dans ses comportements d'attachement ; par exemple, il sourit aux personnes qui s'occupent régulièrement de lui, et moins spontanément à un étranger. Malgré cette évolution, le bébé n'est pas encore complètement attaché, ses comportements favorisent la proximité vers plusieurs personnes, mais personne n'est encore devenu sa base de sécurité.

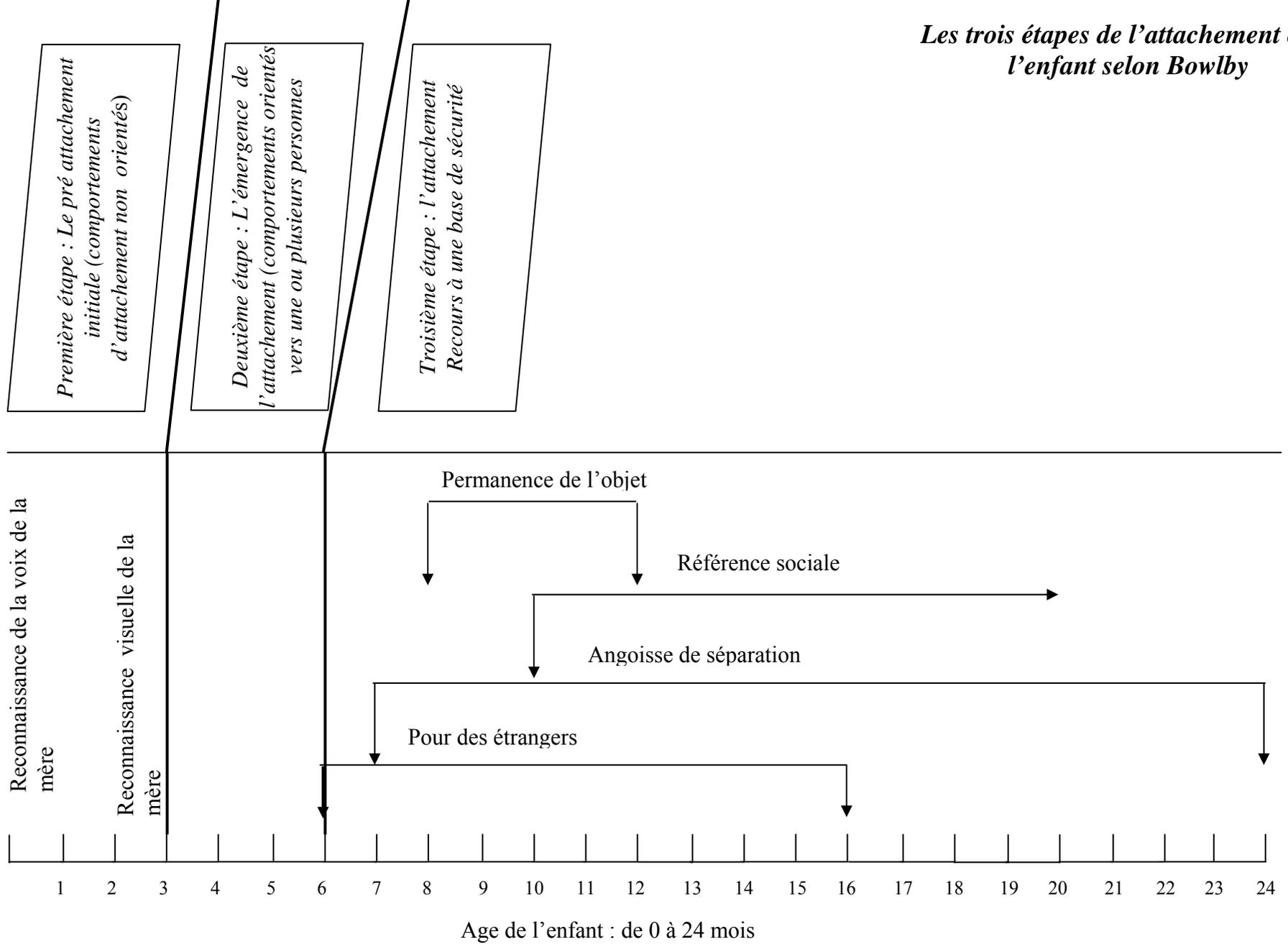
A ce stade, les enfants ne font montre d'aucune anxiété particulière quand ils sont séparés de leurs mères.

3<sup>ème</sup> étape : l'attachement (de 6 à 8 mois) :

Selon Bowlby, le véritable attachement ne se forme que vers l'âge de six mois. A ce stade, c'est l'enfant qui « recherche la proximité » au contraire des deux premières étapes, car il commence à se déplacer en rampant et en marchant à quatre pattes. A cet âge, la personne la plus importante pour l'enfant lui sert de base de sécurité, à partir de laquelle il explore le monde. (Bee. H *et coll.*, 2003, p. 126).

La figure suivante éclaire les étapes signalées en haut :

*Les trois étapes de l'attachement chez l'enfant selon Bowlby*



### Analyse :

Même s'il a opposé les positions de R.A. Spitz (Berthe, 1997), Bowlby a élaboré sa théorie de l'attachement suivant les progrès de la psychanalyse. La mère est l'objet unique des premiers mois de la vie, selon le schéma du développement de l'attachement chez l'enfant, la première étape (le pré attachement) correspond au stade non objectal décrit par Spitz. Pour les théoriciens de l'attachement il s'agit des comportements d'attachement non-orientés vers une personne, cette étape adualistique du nouveau-né, le monde est sans objet, toute l'énergie libidinale reste investie sur le sujet lui-même. Le contact est de plus en plus corporel et permettant la proximité et la sécurité. La reconnaissance de la voix, la différenciation du toucher de la mère, le contact oculaire et plus précisément le sourire permet de se rendre à la deuxième étape, qui se caractérise par l'orientation des comportements d'attachement vers plusieurs personnes, c'est l'entrée à la société, le sourire constitue la première conduite sociale. Jusque là, le nourrisson n'a pas d'objet différencié pour orienter ses comportements d'attachement. L'objet n'est pas pur, il sourit à toute personne même à un masque, le visage constitue un pré-objet. Ce sourire automatique disparaît vers 6 mois, le bébé fait désormais la différence entre personnes connues et inconnues, réservant son sourire aux premières, mais sans accorder encore, parmi celles-ci, une place particulière à sa mère. Peu à peu, grâce à l'expérience de l'alternance disparition/réapparition et des jeux qu'il va développer pour symboliser cette alternance, l'enfant va acquérir la maîtrise mentale de l'absence, et ce que l'on appelle la notion de « permanence de l'objet » : l'objet absent continue d'exister. L'étape suivante caractérisée par l'angoisse du huitième mois, cette angoisse qui détermine la connaissance de l'objet, le bébé manifeste des comportements à la disparition de la mère qui le plonge dans une profonde insécurité, cela est l'indice de l'installation de système d'attachement ; la mère est conçue comme la base de sécurité. (Berthe. R.R, 1997, p.p. 30-36).

Dans ce contexte et en termes de Didier Anzieu et autres psychanalystes, c'est à partir de son corps et du contact avec celui de l'autre que le nourrisson va progressivement se découvrir et se former comme sujet. Le contact corps à corps est donc fondamental pour le sujet en devenir.

D'abord en fusion avec le monde, le corps doit donc vivre l'expérience de la séparation pour advenir comme corps distinct. Ainsi l'enfant passe d'une indifférenciation entre son corps et celui de sa mère à une séparation psychique lui permettant d'accéder à ses propres représentations. Pour cela le contact peau à peau, le toucher, doit avoir valeur de langage. La mère doit donner sens aux besoins de l'enfant, lui accorder une place et le reconnaître comme être unique en devenir.

Pour ce faire, l'interdit de l'inceste est fondamental en tant qu'il donne un nom et un corps à l'enfant, en séparant la jouissance du désir. L'interdit du toucher est primordial pour permettre la séparation symbolique des êtres. L'enfant peut passer de la fusion et la toute jouissance à la séparation et l'accès au monde symbolique.

D. Anzieu dans sa conceptualisation du Moi-peau et en établissant de manière systématique un parallélisme entre les fonctions de la peau et les fonctions de Moi, il évoque certaines attitudes maternelles, il insiste sur le fait que le Moi-peau est la structure intermédiaire de l'appareil psychique :

- Intermédiaire chronologiquement entre la mère et le tout petit ;
- Intermédiaire structurellement entre l'inclusion mutuelle dans l'organisation fusionnelle primitive et la différenciation des instances psychique de la deuxième topique.

Pour lui, la sécurité narcissique de base qui donne le sentiment d'existence s'appuie sur l'acquisition des fonctions de *maintenance*<sup>4</sup> et de *contenance*<sup>5</sup>. Cette sécurité de base signale la formation d'un Soi qui sera bientôt enveloppé par le Moi grâce aux divers processus d'identification du sujet. Le Moi ainsi constitué prends une

---

<sup>4</sup> MAINTENANCE: La peau maintient le corps et fait tenir ensemble les organes qui le constituent. Le moi maintient le psychisme et fait tenir ensemble les états et les processus qui y tiennent place. Le penser maintient ensemble les pensées. Par cette maintenance, la peau, le moi et le penser assurent respectivement la consistance du corps, du psychisme, des pensées.

<sup>5</sup> CONTENANCE : La peau enveloppe le corps ; par analogie, le moi enveloppe le psychisme ; par analogie, le penser enveloppe les pensées. Il y a 3 niveaux de contenance : le conteneur, le contenant et le contenir. Il y a des transferts de conteneur et de contenant.

configuration d'enveloppe qui sépare et relie le monde interne et externe. La mère, en interprétant correctement et en assurant les besoins de son bébé, lui construit une enveloppe de bien-être, support de l'illusion sécurisante d'un double narcissisme caractérisé par l'omnipotence et l'omniscience. (Arbisio. *C et Coll.*, 2002, p. 213-214)

Durant cette première année, l'enfant élabore un modèle interne de l'attachement à travers ses interactions et ses expériences avec ses parents et les personnes importantes dans sa vie. Le modèle interne de l'attachement constitue en fait un premier modèle interne des relations sociales. Ces modèles internes de l'attachement et des relations sociales comprennent divers éléments, tels que l'assurance ou non que la personne à laquelle l'enfant est attaché sera disponible et accessible, les attentes de l'enfant en matière d'affection ou de rejet, et l'assurance que l'autre constitue réellement une base de sécurité pour l'exploration du monde qui l'entoure.

Pour H. Bee, le modèle interne de l'attachement apparaît vers la fin de la première année de vie, puis continue à s'élaborer et à se consolider durant les quatre ou cinq premières années « *à l'âge de cinq ans, la majorité des enfants ont nettement établi un modèle interne de la mère, un modèle interne du concept de Soi et modèle interne des relations sociales* ». (Bee. *H et coll.*, 2003, p. 127).

Aux termes d'attachement sécurisant et insécurisant, les auteurs ont défini des types d'attachement.

### **I. 2. 2 Les types d'attachement :**

Comme nous avons cité plus haut, Ainsworth, à travers son expérience de situation étrangère, a découvert des types d'attachement. Mary D. S. Ainsworth s'intéressait aux interactions parents-enfants lorsqu'elle prit connaissance des premiers énoncés de la théorie de Bowlby ainsi que les travaux de Harlow en éthologie. Elle observa les interactions parent-enfant en Ouganda, elle a fait de nombreux postulats. De retour en Amérique, Ainsworth établit une procédure de laboratoire.

La situation insolite, appliquées sur des enfants âgés de 12 à 18 mois, consiste à une suite de 8 épisodes se déroulant dans un laboratoire, au cours desquels on observe l'enfant placé successivement dans les situations suivantes :

1. L'enfant avec sa mère
2. L'enfant avec sa mère et un étranger
3. L'enfant seul avec un étranger
4. Tout seul pendant quelque minute
5. De nouveau avec sa mère
6. Seul de nouveau
7. De nouveau seul avec l'étranger
8. Enfin, avec l'étranger et sa mère

Cette expérience conduit Ainsworth à distinguer deux grandes catégories d'enfant : la première est considérée comme ayant établi un attachement sécurisant, la deuxième, ayant établi un attachement insécurisant. La dimension sécurité différencie le bien être des enfants dans toutes les situations, les comportements que l'enfant manifeste au retour de la mère qui en constituent le meilleur indicateur.

Nous présentons les types d'attachement décrit par Mary Ainsworth dans le tableau suivant :

<b>Type d'attachement</b>	<b>Description</b>
<b>Attachement sécurisant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enfant se sépare facilement de sa mère et se met à explorer l'environnement.</li> <li>- Lorsqu'il est effrayé ou se sent menacé, il recherche activement le contact et s'avère aisément consolable (il n'évite pas le contact établi par sa mère).</li> <li>- Lorsqu'il la retrouve après une absence, il l'accueille de façon positive. Elle est capable de le calmer lorsqu'il est bouleversé, il préfère nettement sa mère à un étranger.</li> </ul>
<b>Attachement insécurisant de type évitant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enfant évite le contact avec sa mère, surtout lorsqu'il la retrouve après une absence.</li> <li>- Il ne résiste pas aux efforts de contact de sa mère, lui-même, il n'essaie d'établir le contact.</li> <li>- Il traite sa mère de la même façon-à peu près qu'un étranger.</li> </ul>
<b>Attachement insécurisant de type ambivalent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enfant explore la pièce, il est prudent face à l'étranger.</li> <li>- Il se montre bouleversé lorsqu'on le sépare de sa mère, mais elle ne réussit pas à le reconforter à son retour.</li> <li>- L'enfant peut soit rechercher, soit éviter le contact, selon le moment.</li> <li>- Il peut manifester de la colère envers sa mère lorsqu'il la retrouve, il résiste aux efforts d'un étranger pour le reconforter et s'approcher de lui.</li> </ul>
<b>Attachement insécurisant de type désorganisé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enfant semble sidéré, désorienté ou inquiet.</li> <li>- Il peut éviter le contact, puis rechercher un contact très étroit.</li> <li>- Il peut présenter des modèles conflictuels, comme se rapprocher de sa mère tout en ayant le regard fuyant.</li> <li>- Il peut exprimer des émotions sans relation apparente avec les personnes présentes.</li> </ul>

Suivant cette expérience, nous voyons que les différents comportements maternels ont des effets sur l'attachement de l'enfant. Les comportements maternels sont, en premier lieu, l'origine des attachements sécurisant et insécurisant,

### **I. 3 Facteurs influençant sur la qualité d'attachement :**

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

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

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.

La question la plus posée dans la théorie d'attachement est celle de : est-ce qu'on est capable de changer le type d'attachement développé à la première année? Il y a un accord que le type d'attachement peu être modifié, mais cela soit en fonction de l'âge de l'enfant, des conditions socioéconomiques familiale, la durée de la séparation et la stabilité des partenaires d'attachement. Une autre question sur la continuité de type d'attachement au cours de la vie, sa réponse sera abordée dans la partie qui suit.

## II. L'adolescence

### **II.1 Définition :**

Le terme adolescence provient du latin *adolescere*, qui signifie *grandir*, l'adolescence est l'âge du changement car grandir implique de changer.

En arabe, l'adolescence se traduit à Morahaka<sup>6</sup> qui vient du verbe Arhaka<sup>7</sup> qui signifie rendre fatigant.

P. Coslin voit l'adolescence comme un passage entre l'enfance et l'âge adulte, il déclare « *l'adolescent n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte* », à cette période, l'adolescent est désavouant de son enfance et recherchant le statut adulte, ce double mouvement décrit par Marcelli et Braconnier constitue l'essence de la crise traversé par l'adolescent.

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

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

---

6

7

un nouveau mode de dialogue avec ses parents et son environnement. (Coslin. P, 2002, p. 13).

L'adolescent vit cette période de changement comme crise, la plupart des adolescents se sentent incompris de la part des autres adultes et notamment des parents, parfois inutiles, dévalorisés, ils expriment leur malaise et leur déprime à travers leur ennui et leur morosité. L'environnement sent aussi, cette période comme crise, le parent endeuille leur enfant comme celui-ci l'endeuillé, cette enfant qui cherche ses limites, la société fournit des règles et cet adolescent doit s'adapter avec. La question que pose l'adolescent : Qui suis-je ? Que je peux faire ? C'est la recherche de l'identité qui renvoie à qu'est ce qui est à moi et qu'est ce qui est à l'autre ?

## **II. 2 L'adolescence vue par la psychanalyse :**

L'adolescence est une période de « *retour* » des pulsions infantiles, ce retour est massif et incontrôlable pour l'adolescent, faisant échouer le Moi dans ses tentatives d'équilibre, c'est une période d'éclatement libidinal qui fragilise le Moi dans son rôle de pare-excitation, et comme le souligne Freud : « *tout renforcement des exigences pulsionnelles accroît la résistance du Moi à la pulsion...* » la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'égard de ces pulsions est bien la base de l'aboutissement de la puberté selon Freud. L'adolescent est anxieux, déprimé, dépressif, inhibé et fait des actes antisociaux. L'aspect défensif ne réussit pas à retenir l'aspect émotionnel. Le retour des pulsions selon les stades du développement libidinal apparaît :

- ✓ Le côté oral se traduit par de la boulimie, de l'anorexie, et de l'avidité sur tous les plans.
- ✓ Les pulsions anales reviennent à travers l'agressivité, le "non", modifiant tous ses rapports avec l'ordre, le pouvoir.
- ✓ Retour aussi des pulsions phalliques et œdipiennes, se traduisant par une crise d'originalité autant physique que mentale.
- ✓ Réactivation des pulsions œdipiennes vis à vis des parents, créant des sentiments de "honte des parents", afin d'éviter la pulsion par une attitude inverse. Critique de ce que sont les parents. Plus il se sent dépendant des

parents, plus il sera agressif vis à vis d'eux. Les parents ne peuvent rien pour l'aider car c'est leur présence même qui crée le conflit. (<http://psychiatriinfirmiere.fr>)

La littérature psychanalytique sur l'adolescence est bien vaste et riche, depuis S. Freud, les psychanalystes n'ont jamais cessé d'étudier cette phase de changement, des différents points de vue ont été adoptés, dans le cadre de cette étude, nous prenons en considération l'aspect corporel de l'adolescent, cet aspect est particulièrement lié avec d'autres, qui seront évoqués consécutivement.

## **II. 2. 1. Le corps de l'adolescent :**

La puberté se manifeste par de profondes modifications physiologiques, qui ont d'importantes répercussions psychologiques, M. Klein, A. Freud, D.W. Winnicott insistent que ces modifications physiologiques sont la source de perturbations dans l'équilibre psychique de l'adolescent, E. Jacobson a développé longuement le rôle de ces modifications dans la réactivation de l'angoisse de castration.

S. Freud note dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* : « *avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale* ». A partir de cela, il y a découverte de l'objet sexuel chez l'autre sexe, les diverses zones érogènes vont se subordonner au primat de la zone génitale, qui permet d'accéder au « plaisir terminal ».

### **A. L'image du corps :**

Compte tenu des changements corporels pubertaires, l'image du corps est fortement touchée et remaniée, le corps se transforme à un rythme de variable mais de manière globale, l'adolescent a besoin de savoir à quoi il ressemble et si cette image est appréciée et acceptable, il cherche dans le regard de l'autre son image.

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

Le corps comme repère spatiale : comme il est signalé, l'environnement sert de référence pour la perception de son propre corps, A. Haim, 1970 voit l'adolescent comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé.

Le corps comme représentant symbolique : le corps représente pour l'adolescent un moyen d'expression symbolique de ses conflits et des modes relationnels, les tatouages, le piercing, les cheveux longs ou courts, peuvent être le reflet d'une mode, mais peuvent être l'expression symbolique de l'identité sexuelle. Ce bouleversement de l'image du corps est accompagné avec d'autres changements économiques et topiques au niveau de l'appareil psychique décrit par Freud, nous venons à les explorer directement.

### **B. Corps et narcissisme :**

Voire les nouveaux changements, l'adolescent est en hyper-investissement de soi, il porte intérêt à son propre corps et cela illustre la dimension narcissique dans le fonctionnement mental à cet âge. L'adolescent doit remplacer l'investissement affectif de ses parents sur son Moi, ce Moi qui est en pleine transformation, il est soumis à l'examen critique des autres, en d'autres termes, l'adolescent doit choisir de nouveaux objets, et doit aussi se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. (Danis. A *et coll.*, 1998, p. 216)

A cet âge, le corps devient un enjeu narcissique majeur, cela s'illustre en deux arguments :

- ✓ L'adolescent ayant tendance à avoir un intérêt exagéré pour son corps.
- ✓ L'adolescent ayant des difficultés à s'identifier à ce corps.

Cela nous conduit à distinguer deux types de narcissisme à cet âge, un narcissisme normal et l'autre pathologique, sachant que le narcissisme de l'adolescent se déploie sur un continuum entre la normalité et le pathologique. La préoccupation de soi, l'amour de soi, les fantasmes grandioses sont du domaine du narcissisme normal. On parle du narcissisme pathologique chez l'adolescent lorsqu'on est confronté à la combinaison de deux conduites :

- L'égoïsme : le désintérêt à l'égard du monde extérieur.
- La mégalomanie : l'image du soi grandiose. (Ferrari. P *et coll.*, 2002, p. 99)

Beaucoup d'auteurs insistent sur l'augmentation des défaillances narcissiques à l'âge d'adolescence, certains comportements peuvent être significatifs des perturbations de l'élaboration narcissique, par exemple, les maltraitances que les adolescents infligent à leur corps, est un signe de leurs difficultés narcissiques, ainsi de leur rejet de soi, de leur manque d'estime voire de leur dégoût. (Marcelli. D, Braconnier. A, 2008, p. 22)

Donc, on constate que : c'est le narcissisme est suffisamment solide, l'adolescent est étayé et enveloppé d'une assise protectrice ; en plus, plus le narcissisme est fort, moins le jeune sera touché par ses repères d'environnement. (Dreyfus. A, Reithmann. A, 2005, p. 27)

Le narcissisme à l'adolescence est également mis en rapport avec le narcissisme parental projeté sur l'enfant, ce dernier devient le réalisateur des fantasmes grandioses des parents, aussi, cet enfant peut se sentir très dévalorisé en cas de ne pas réaliser. (Marcelli. D, Braconnier. A, 2008, p. 22)

Le narcissisme est particulièrement conjoncturel avec d'autres éléments, telle que les identifications, les mécanismes de défense et la dépression à l'adolescence. Cette période se caractérise par l'installation d'une nouvelle instance psychique "*l'idéal du Moi*", P. Blos, en reprenant l'énoncé de Freud « le Surmoi est l'héritier du complexe d'œdipe » dit « l'idéal du Moi est l'héritier du processus d'adolescence ». Pour S. Lebovici, l'installation de l'idéal du Moi amène à un nouveau conflit intrapsychique entre le surmoi et l'idéal du Moi, ce conflit est considéré comme l'un des conflits clefs de l'adolescence.

### **C. Corps et dépression :**

La puberté exige des changements corporels totaux, ces changements sont rapides et brutaux et prennent une valeur traumatisante, l'adolescent est subi à ces changements et doit effectuer le deuil de son enfance. L'émergence du corps sexué le conduit à endeuiller son corps asexué perdu à cet âge de transformation.

L'adolescence étant considérée comme travail du deuil, selon E. Kestemberg explique le vécu dépressif de l'adolescent par trois deuils successifs :

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

A. Haim a écrit : « *comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus, et, comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais, comme la dynamique de deuil normal permet d'entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe* ». Le deuil des personnes influentes de l'enfance, le deuil consiste en une perte d'objet au sens psychanalytique du terme, c'est la perte des objets infantiles qui sont l'objet primitif (la mère) et l'objet œdipien (le parent du sexe opposé), de ce fait, l'adolescent est amené à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation œdipienne. (Marcelli. D, Braconnier. A, 2008, p. 19).

#### **D. Corps et identité :**

Le corps devient à cet âge un enjeu narcissique majeur pour l'adolescent qui donne un intérêt exagéré pour son corps, en même temps ce corps devient une source d'inquiétude lorsque ceci concerne son identité, l'adolescent craint de ne pas s'identifier de manière sûre.

L'identité qu'il est en train de transformer et de construire s'appuie sur l'image du corps, la construction de l'identité trouve son essence dans l'enfance et dure toute la vie, en connaissant un développement majeur à l'adolescence. Dès que l'enfant découvre qu'il est l'auteur de ses gestes, il devient actif dans la construction de son identité (stade du miroir), à l'adolescence et face au bouleversement pubertaire et à la

nécessité de prise d'autonomie vis-à-vis des parents, l'adolescent doit reconstruire son identité et l'individualiser par opposition conflictuelle avec ses parents, l'adolescent se positionne comme différent, unique, ayant sa propre valeur. (Dreyfus. A, Reithmann. A, 2005, p. 30).

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

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

Ils ajoutent : « *dés que l'identité narcissique est assurée, l'adolescent peut sans danger s'engager dans une quête identificatoire qu'elle soit mimétique ou oppositionnelle* ». La réactivation du conflit œdipien à l'adolescence a d'importants bénéfices identificatoires, l'adolescent a tendance à rejeter les objets parentaux, il doit sexualiser ses relations avec ceux-ci. P. Blos, quand il évoque l'identification à l'adolescence, insiste sur le fait que l'adolescent se soumet au parent du même sexe pour se protéger d'une menace incestueuse représentée par le parent œdipien direct. En appuyant sur cette relation œdipienne, l'adolescent réalise l'investissement libidinal de ses nouvelles identifications particulièrement sexuelles.

Observons-nous comment ce nouveau corps bouleverse le travail psychique de l'adolescence, la réalité du corps psychique constitué par le narcissisme, l'image du

corps et les identifications, il conduit à cette nouvelle identité sexuelle de l'adolescent. Voir les conflits psychiques accentué par ce corps sexué, de nombreux mécanismes de défense sont installés durant cette période, A. Freud a décrit : l'intellectualisation et l'ascétisme, le clivage et les mécanismes associés (idéalisation, identification projective, projection persécutive) et la mise en acte comme mécanismes de défense particulier et spécifique.

La formation de la personnalité et de l'identité passe par des repères socio-culturels, l'adolescent est un nouveau défi pour la société algérienne.

### **II. 3 L'adolescence algérienne :**

En milieu algérien, l'adolescence existe comme dans toutes les cultures. Le terme adolescence (*Morahaka* en arabe) n'a pas d'équivalent dans le langage populaire, le terme le plus couramment utilisé pour dire qu'un individu n'est plus un enfant, qu'il est apte à se reproduire, à avoir une descendance, donc adulte, est le terme « *Bolough*<sup>8</sup> » qui signifie littéralement puberté.

Dans l'organisation sociale et familiale traditionnelle, l'individu accédait sans transition au statut d'adulte dès la puberté, notamment par le biais du mariage. C'est ainsi que dès que l'aptitude à se reproduire se manifestait, l'individu était marié et se trouvait de ce fait confronté à de nouvelles responsabilités et à un nouveau statut parfaitement adulte. Ce qui explique sans doute pourquoi le mot adolescence (*Morahaka*) n'a pas d'équivalent dans le langage populaire.

Salmi et Aït Mohand ont écrit dans ce contexte : " *En milieu traditionnel maghrébin, la puberté marque le début du Taklif<sup>9</sup> (obligation religieuse). Un certain nombre d'interdits sont imposés à l'adolescent tels que l'exclusion du gynécée pour le garçon, le port du haïk et la hedjba pour la fille. Ces interdits constituent d'emblée les indicateurs de la voie à suivre dans les processus de formation de l'identité notamment sexuée de l'adolescent*". L'installation de ces signifiants introduit directement l'adolescent dans le monde adulte.

---

8

9

En fait, c'est surtout cette reconnaissance de l'aptitude au jeûne ainsi que l'obligation de la prière, qui, en soumettant l'individu nouvellement pubère aux mêmes obligations que l'adulte, permettaient sa reconnaissance au sein de cette société. Il s'agit là en fait d'une véritable reconnaissance sociale de l'individu qui est dès sa puberté reconnu comme pleinement responsable de ses actes devant Dieu et devant les hommes et donc adulte au sens plein du terme.

La question de l'adolescence dans notre pays est intimement liée aux données socio-culturelles et surtout aux transformations structurelles massives qui font de l'Algérie d'aujourd'hui un pays en transition à tous les égards. Ces transformations, plus ou moins diffuses, ont introduit :

- ✓ La ré-élaboration de la structure familiale et des modèles relationnels qui s'y déploient,
- ✓ Le changement du statut du sujet en citoyen anonyme, en interaction individuelle, et non plus clanique et groupale avec la loi et l'état. (Salmi. S & Aït Mohand. A)

L'organisation familiale traditionnelle qui reposait tout entière sur l'autorité absolue du père s'est trouvée totalement remise en question en milieu familial moderne, notamment par l'apparition sociale de cet individu nouveau qui est ni enfant ni adulte et qui s'appelle « adolescent », le parent dépassé par les événements et bouleversé dans son assurance normative et éthique, il se trouve confronté à des jeunes garçon et à des jeunes filles qu'ils ne savent plus comment situer.

Nini affirme que cela *"se traduit au plan socio-éducatif par une démission des responsabilités parentales et un transfert de celles-ci sur ce que Boucebcı qualifie d'état père symbolisé par l'école, fondant tous leurs espoirs sur le rôle formateur de l'institution éducative"*. L'école ne semble pas répondre aux désirs et aux attentes des parents, ce qui se traduit souvent, comme l'affirme Boucebcı : *" par une alarmante déperdition scolaire, d'autant plus alarmante qu'elle a de plus en plus pour corollaire une inadaptation sociale "*. (<http://www.lequotidien-oran.com>)

Dans un point de vue psychodynamique, et à côté des reliquats du fonctionnement traditionnel, pointent les incidences d'une modernité plus ou moins assumée par le groupe, se pose pleinement la question des normes et des modèles d'identification à proposer aux adolescents qui, à travers les modifications corporelles et affectives, doivent négocier les stratégies pour se construire une identité personnelle et sexuelle dans les multiples interactions au sein de la famille, de l'école, avec les voisins, les éducateurs et les adultes en général car les adolescents sont en interaction avec le discours parental qui lui s'ancre toujours dans le champ social.

Les rituels et les modèles traditionnels ne sont plus opérants dans la transition socio-culturelle, l'angoisse qui peut submerger l'adolescent situé dans cet "entre-deux" auquel fait référence D. Sibony n'est plus apaisée par aucun rituel qui répondait à ses besoins intimes dans la société traditionnelle. Les problèmes inhérents à cette notion prennent toute leur importance du fait de l'allongement de la durée de l'adolescence dans ce contexte de transition socio-culturelle. Au malaise de l'adolescent, futur adulte, correspond le malaise d'un groupe dont le quotidien s'exprime à travers l'anomie, la violence, et la dépressivité inhibante et générale décrite par M. Boucebcı. (Salmi. S & Aït Mohand. A)

La réalité du corps génital permet un gain narcissique, le corps est exhibé, et l'idéalité de celui-ci est recherchée. Et à ce propos, comment s'étonner de voir dans les rues de plus en plus d'adolescents dont le modèle vestimentaire, les coupes de cheveux et les attitudes ressemblent à ceux des vedettes aux corps parfaits des séries occidentales lorsqu'ils ne prennent pas comme modèle les vedettes des séries orientales.

L'adolescent algérien trouve encore de grosses difficultés à parler de sa propre sexualité, de son corps et des émois qui le traversent. Ce qui pose le problème de l'information sexuelle saine, déculpabilisée d'autant plus urgente à mettre en place qu'elle est occultée et qu'il est à craindre, pour beaucoup d'adolescents algériens, que les films pornographiques de la parabole et de l'internet ne soient le seul référent. Ce qui ne paraît pas gêner beaucoup de gens dès lors que la question de la sexualité de l'adolescent et de l'adolescente peut être éludée sous le fallacieux prétexte d'une morale religieuse, alors que l'Islam est sur cette question porteur d'un message très moderne et que les tabous liés à la sexualité au Maghreb sont plus le fait du pseudo-respect des

traditions qui cache mal le malaise des adultes, y compris des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des personnes chargées du planning familial et des enseignants dans les lycées et collèges, d'adultes angoissés, peu préparés aux rôles nouveaux qui leur incombent vis-à-vis des adolescents. (Salmi. S & Aït Mohand. A)

Beaucoup de ceux-ci, faute d'une distance satisfaisante aux adultes, faute de normes et de limites, sont dans une situation de dévalorisation profonde et expriment par des décompensations multiples à travers l'agir, l'agressivité et le passage à l'acte leur mal-être. L'absence d'une réponse cohérente des adultes les entraîne à rechercher une réassurance agressive dans un espace ou une culture en rupture radicale.

L'adolescent, dans un pays en changement, se caractérise par l'absence ou la défaillance des repères et des normes permettant une identification satisfaisante où la question œdipienne et l'interdit de l'inceste sont résolus et où l'accession à une sexualité partagée, et à une intégration sociale, notamment par le travail, sont possibles.

Cette période critique est considérée comme la dernière chance pour résoudre les conflits de l'enfance, c'est une période d'éclatement relationnel, les relations avec les parents et l'environnement vont être changées. En termes d'attachement, ce lien va être modifié

#### **II. 4 L'attachement à l'adolescence :**

On a défini l'attachement comme un lien affectif durable, c'est-à-dire persistant au cours de la vie, de la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Mais certainement, il existe des différences, on a défini des attachements en fonction des âges de vie.

Dans l'enfance, l'attachement est défini comme des comportements qui visent la recherche de sécurité et particulièrement vis-à-vis de la figure maternelle, alors que l'attachement dans l'adolescence et la vie adulte est défini comme un lien avec une personne proche qui offre un engagement affectueux au sujet, cette autre personne peut être une figure parentale, un partenaire intime ou même un ami proche. (Cottraux. J, 2007, p. 31).

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

Cela ne passe pas sans aucune influence sur la relation d'attachement, Bowlby écrit dans ce contexte : « *au cours de l'adolescence l'attachement d'un enfant à ses parents diminue. D'autres adultes peuvent prendre une importance égale ou même plus grande que celle des parents, et l'attirance sexuelle pour les contemporains commence à entrer en jeu* » (Bowlby. J, 1978, p. 282). Le tableau de l'attachement s'élargit en fonction de variation des figures d'attachement, Bowlby signale trois types d'adolescent :

1. Les adolescents qui se coupent de leurs parents.
2. Les adolescents qui demeurent intensément attachés et incapables ou non désireux de diriger leurs comportements d'attachement vers d'autres individus.
3. Les adolescents dont les attachements aux parents sont encore persistants, mais les liens avec les autres sont également de grande importance. Ce dernier types représente la grande majorité des adolescents ajoute Bowlby. (Bowlby. J, 1978, p. 282-283).

Zimmermann (2000) ajoute que même pour Bowlby, même une école, un collège ou un groupe de travail peuvent être considérés comme des figures d'attachement subordonnés à l'adolescence et à l'âge adulte, et que l'attachement aux parents persiste habituellement à l'adolescence sans toucher autant les aspects de la vie de l'adolescent qu'auparavant. Les pairs, les partenaires amoureux et même certains

groupes formels peuvent aussi procurer la sécurité dans le cadre des liens affectifs à long terme. (Trabulsy. G.M, 2000, p. 186-187)

Il est important de mettre en évidence les différences entre les sexes, les différents instruments de mesure de l'attachement chez les adolescents et les adultes, y compris *l'Attachment Adult Interview* (AAI), n'ont généralement pas trouvé de différences liées au sexe. Les résultats de Paquette et son équipe (2001) appuient l'idée qu'il n'existe pas de différence significative entre les sexes dans la distribution des styles d'attachement chez les adolescents et adolescentes comparativement aux adultes (tout comme c'est le cas durant l'enfance lorsque les chercheurs évaluent l'attachement de l'enfant avec la «*Situation étrangère*»). Toutefois, Hazan et Shaver ne font également ressortir aucune différence significative dans la répartition des styles d'attachement selon le sexe. Enfin, l'absence de différence sexuelle dans la prévalence des styles d'attachement chez les adolescents et adolescentes est peut être un indice d'une quête d'identité non terminée.

Il est important pour les recherches sur l'attachement à l'adolescence, d'évaluer vers qui et de quelle façon un adolescent se tourne en période de détresse. Cela nous amène à l'examen des manifestations des comportements d'attachement à l'adolescence.

## **II. 5 Manifestations de l'attachement à l'adolescence :**

Classiquement, dans la théorie de l'attachement, Bowlby a décrit les cinq comportements basiques d'attachement dans l'enfance qui sont : le sourire, la vocalisation, les pleurs, et plus tard, l'accrochage et la marche à quatre pattes. Leur fonction demeure la recherche la proximité avec la figure d'attachement. (Guedeney. N & A, 2006, p. 14).

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

l'adolescence est une période de remaniement psychique et corporelle. Les pertes peuvent être traumatiques et entraînent des désordres de la personnalité et de la relation d'attachement. Une réévaluation de ses expériences d'attachement devient possible, procurant une nouvelle possibilité de changement identitaire.

Comme il est mentionné, pendant l'adolescence, les comportements d'attachement sont moins susceptibles de s'exprimer par une recherche de proximité physique, mais plutôt par la voie de la communication avec les figures d'attachement. Ces comportements peuvent également s'exprimer par une ouverture de soi à des confidents et par le maintien de contacts indirects par téléphone ou par courrier. (Trabulsky. G.M, 2000, p. 188)

Dans la maladie et le malheur, les adultes deviennent souvent exigeants à l'égard des autres, l'individu recherche presque toujours la proximité avec une autre personne connue et en laquelle il a confiance, cela dépasse l'attachement et comporte un caractère régressif, la régression dans la maladie est souvent apparente. L'attachement, ce lien installé durant la première année est-il persistant dans l'adolescence et dans la maladie ?

## **II. 6 Stabilité des types d'attachement :**

À l'adolescence, les comportements d'attachement seraient étroitement liés à ceux développés initialement dans l'enfance. L'attachement sécurisant d'un enfant demeure stable et évolue dans le temps. Mais est-ce que cela se fait sans condition, est-ce que les enfants qui ont subi des mauvais traitements à un très jeune âge peuvent s'en remettre plus tard ? Un enfant présentant un attachement dès son très jeune âge, sera-t-il toujours protégé contre les adversités de la vie ?

Lorsque le milieu ou les conditions de vie de l'enfant sont suffisamment structurés, le type d'attachement sécurisant ou insécurisant demeure stable. L'expérience de Claire Hamilton (1995) qui a évalué le type d'attachement (sécurisant ou insécurisant) chez un groupe de 30 adolescents, qui avait été déjà évalué durant leur enfance. Les résultats montrent que 16 des 18 adolescents qui possédaient un attachement insécurisant à 12 mois présentaient toujours le même type d'attachement à l'âge de 17 ans, alors que 7 des 12 adolescents qui possédaient un attachement

sécurisant manifestaient toujours ce type d'attachement. De la même façon, l'étude de Waters et ses collaborateurs (1995) auprès de 50 répondants âgés de 21 ans et plus ayant été évalués par l'entrevue de la « *situation étrangère* » à l'âge d'un an, ont constaté que la plupart (70%) des sujets ont été classés, avec l'aide de l'*Adult Attachment Interview* (AAI), dans la catégorie à laquelle ils avaient été préalablement classés à un an à l'entrevue de la « *situation étrangère* ». La correspondance *secure* versus *insecure* entre l'AAI et l'entrevue de la « *situation étrangère* » atteint également une majorité (78%). Les récentes recherches mettent donc en évidence la stabilité des patterns d'attachement de la petite enfance tout au long de la vie de l'individu (Waters *et coll.*, 1995; Juffer & Duyvesteyn, 1995). Ces chercheurs précisent que la stabilité du style d'attachement semble bien résister aux différents changements dans les conditions de vie de l'enfant. (Guedeney. N & Guedeney. A, 2006, p. 87)

Ammaniti, Van Ijzendoorn et Speranza (2000) ont retrouvé aussi une très forte stabilité de l'organisation de l'attachement entre la fin de l'enfance et le début de l'adolescence. Les recherches de Schneider (1991) démontrent également que le type d'attachement de l'enfant dans la première année de vie (*secure, anxieux-évitant, anxieux-ambivalent ou désorganisé-désorienté*) perdure tout au long du développement de ce dernier à travers son cycle de vie. L'auteur explique aussi que la présence d'instabilité des patterns d'attachement pouvait dans une large part s'expliquer par l'intervention de certains facteurs dans le type d'attachement, comme une maladie grave, des séparations ou des pertes de la figure d'attachement. De plus, Hazan et Shaver (1987) ont trouvé que les fréquences relatives des quatre styles d'attachement à l'âge adulte seraient similaires à celles de l'enfance.

Cependant, lorsque le milieu de l'enfant change considérablement, lorsque les parents divorcent ou ils s'absentent durement par exemple, l'attachement de l'enfant peut changer, passant de sécurisant à l'insécurisant ou vice versa. Le groupe de Waters a suivi un groupe d'enfants de 1 à 21 ans. Les enfants qui ont changé de type d'attachement pendant ce long intervalle de temps ont presque tous connu des périodes difficiles, celles de la mort d'un parent, des violences physiques ou sexuelles ou une maladie sérieuse. (Bee. H, 2003, p. 129).

Un enfant peut se rétablir d'un attachement initial tout comme il peut perdre un attachement sécurisant. Ainsi, l'attachement de l'enfant peut se consolider ou s'affaiblir. Toutefois, la continuité de l'attachement au fil du temps est plus courante parce que les relations des enfants sont relativement stables durant les premières années de vie parce que, une fois que *le modèle interne d'attachement* est bien implanté, il tend à se perpétuer.

Le débat sur l'attachement et l'autonomie conduit à interpréter l'attachement comme dépendance ou comme base de l'autonomie. Dans la pensée clinique, on assimile souvent l'attachement à la dépendance, suggérant qu'un manque d'autonomie face aux parents puisse être associé aux troubles psychiques ou psychosomatiques à l'adolescence. L'asthme, est souvent vu comme maladie caractérisé par la dépendance et la perte d'autonomie sera le meilleur sujet pour enrichir ce débat.

# *Chapitre III : L'asthme*

L'asthme est actuellement la maladie respiratoire chronique la plus fréquente à travers le monde et sa prévalence continue d'augmenter, il affecte les individus de tous les âges et de tous les pays du monde, qu'ils soient industrialisés ou en voie de développement. Littérairement, on distingue des asthmes (asthme professionnel, asthme saisonnier, asthme d'effort, asthme émotionnel et psychique), mais ces asthmes présentent les mêmes aspects cliniques. L'appel à un groupe pluridisciplinaire qui contribue à la prise en charge médico-psychologique de l'asthmatique est indispensable. Le psychisme intervient dans la survenue et l'évolution de cette maladie. La clinique psychosomatique montre que le processus de somatisation de cette maladie est considéré comme un trouble psychique à expression somatique.

### **1. Définition :**

Le GINA\* rappelle que l'asthme est une affection inflammatoire chronique des voies aériennes, associée à une hyperréactivité bronchique. L'anomalie de base de l'asthme est l'inflammation bronchique, mise en évidence par l'observation directe (Bronchoscopie). Cette inflammation bronchique entraîne une limitation à l'écoulement de l'air dans les voies aériennes qui affecte plusieurs types : bronchospasme aigu, épaissement des parois bronchiques, formation de bouchons muqueux, remodelage des voies aériennes. (Dutau. G, Didier. A, 2005, p. 8).

### **2. Signes et symptômes :**

L'origine étymologique, du latin *asthma* signifiant « respiration difficile », souligne bien les symptômes de l'asthme, qui se traduisent par :

- ✓ Dyspnée : la difficulté de respirer, qui se traduit par un essoufflement avec ou sans oppression thoracique est causée par le rétrécissement des bronches et des bronchioles.
- ✓ Sifflements respiratoires : apparaissent à cause de la diminution du calibre des bronches.
- ✓ Oppression thoracique : sensation d'un poids sur la poitrine.

---

\* Global Initiative For Asthma

✓ Toux sèche persistante : chez certains asthmatiques, elle est le principal et parfois le seul symptôme. Caractéristiquement, la toux se manifeste surtout ou tôt le matin. (Boutin. H, Boulet. L, 1993, p. 06)

Les mêmes auteurs ajoutent que les symptômes de l'asthme ne sont pas ressentis de la même intensité par tous les asthmatiques ;

- Si l'on maîtrise son asthme, les manifestations sont absentes et minimales,
- Si l'asthme est grave ou insuffisamment traité, les symptômes continuent.

A côté de ces symptômes physiques, Ey. H ajoute des manifestations psychiques telles :

- ✓ Anxiété, oppression thoracique et toux en tant que symptômes névrotiques.
- ✓ Perturbations de langage comme le bégaiement, l'aphonie et certaines voix bitonales et vibrantes. (Ey. H, 1977, p. 1031).

### **3. Aspects clinique d'asthme :**

L'asthme présente des aspects cliniques très variés. Les facteurs déclenchants sont multiples et les complications éventuelles influencent l'évolution de la maladie. Voici les tableaux cliniques les plus fréquents devant lesquels on est amené à poser le diagnostic de l'asthme.

#### **3. 1 Asthme à dyspnée intermittente :**

##### **3. 1. A La crise d'asthme :**

C'est l'épisode typique de dyspnée aiguë résolutive. Le début est brutal : la crise s'installe rapidement, généralement la nuit; la dyspnée réveille le malade, est sifflante, impose la position assise. Spontanément elle dure quelques minutes à plusieurs heures. La toux survient secondairement, provoque l'émission de crachats, et annonce la fin de la crise.

### **3. 1. B L'attaque d'asthme :**

Dans certains cas, la crise est unique et ne se reproduit pas dans l'immédiat. La crise suivante survient seulement plusieurs jours ou semaines plus tard. Le plus souvent, les crises se répètent parfois aux mêmes heures, parfois même plusieurs fois par jour (succession de crises). Entre les crises, la dyspnée peut être absente ou présente mais sur un mode mineur (état sub-critique). Cette « attaque » d'asthme peut durer plusieurs jours, voire plusieurs semaines (crises quotidiennes). (Dutau. G, 2002, p. 66)

Ainsi la crise varie dans son mode de présentation et sa sévérité en fonction d'un certain nombre de facteurs :

- *L'horaire* tantôt diurne, mais plus volontiers nocturne
- *La durée*, et au-delà de 24 heures il y a lieu de craindre une complication et l'hospitalisation du malade.
- *La fréquence*, très variable d'un sujet à l'autre.
- *Le terrain*, l'asthme commence dans l'enfance, mais seulement une partie des enfants asthmatiques le seront à l'âge adulte ; d'autre part la survenue de l'asthme à partir de la quatrième décennie est bien connue.
- *Les facteurs déclenchants* multiples, à savoir les allergènes, l'émotion, le changement de température, l'effort musculaire...

### **3.2 L'asthme à dyspnée continue :**

Il peut résulter de l'évolution d'un asthme à dyspnée intermittente et combine les deux modes (crise d'asthme et attaque d'asthme) : il y a des crises et elles peuvent se répéter plus ou moins régulièrement. Cliniquement, il existe une dyspnée permanente avec un crachat parfois relativement abondant, visqueux et souvent surinfecté.

### **3.3 L'asthme aigu (état de mal asthmatique) :**

C'est une crise d'asthme aiguë particulièrement sévère, car elle se prolonge et résiste malgré un traitement adéquat. En quelques jours (un à trois)- un état asphyxique s'installe imposant un séjour hospitalier, éventuellement en réanimation. Ces formes graves peuvent se constituer en quelques heures, plus rarement quelques minutes.

L'asthme aigu grave est une urgence médicale qui met en jeu le pronostic vital. Elle survient avec prédilection chez certains malades (car tout asthmatique ne fait pas des états de mal), survenant plus souvent dans les asthmes des sujets jeunes, avec crises sévères et répétées et plus rarement chez des sujets présentant un asthme à dyspnée continue. (Puddu. M *et Coll.*, 2003, p. 27-29)

### **4. Epidémiologie de l'asthme en Algérie :**

Selon les données épidémiologiques fournies par l'OMS en janvier 2000, de 100 à 150 millions de personnes souffriraient d'asthme dans le monde, et leur nombre est en augmentation. Toutes les tranches d'âge sont touchées, mais la maladie se déclare souvent pendant l'enfance. (Chateaux. V, 2007, p. 13)

En Algérie, les chiffres recueillis par les spécialistes sont alarmants, il est estimé que 4% de la population algérienne est asthmatique, c'est ce qu'a indiqué Mme Sabiha Laâmoudi, Secrétaire général de l'association algérienne de solidarité avec les asthmatiques, intervenue au forum El-Moudjahid. D'autre part, le Pr Saïghi, Chef de service au secteur sanitaire de Blida, lors d'une journée de pneumo-phtisiologie célébrée à l'université Saâd Dahlab de Blida ; il annonce que la population des asthmatiques en Algérie est estimée à million de personnes, et que l'asthme est classé quatrième comme problème de santé publique (Journal *El-Khabar*, édition du 21-06-2008). Sabiha Laâmoudi, indique que 8,5 % des enfants d'Algérie souffrent d'asthme, selon les résultats d'une enquête réalisée en 2005. (Journal *Info soir*, édition du 11-06-2006)

Le Pr. Berrabah, médecin-chef du service de pneumo-phtisiologie du CHU d'Alger, ajoute que l'asthme est la plus fréquente des maladies chroniques chez l'enfant : *«Elle représente plus de 50% des motifs de consultation en pédiatrie, et la*

*première cause de soins et de recours aux urgences* » Le cap de l'adolescence aggrave encore plus cette situation, d'autant plus que l'adolescent a tendance à refuser la maladie et à s'adonner souvent, vers cette période, au tabac. Ce qui multiplie le risque de survenue de crises graves », explique le spécialiste. (Journal *El-Watan*, édition du 24-04-2005)

Concernant les programmes de lutte contre cette maladie, l'Algérie a été retenue comme pays-symbole pour le lancement du programme de l'union internationale contre les maladies respiratoires chroniques relevant de l'OMS, le PR Nafti, annonce que le nombre des décès, suite à des crises d'asthme sévère en raison de la mauvaise prise en charge représente près 2000 décès par an des personnes âgés entre 15 et 25 ans. (Journal *El-Watan*, édition du 17-06-2007).

Il est admis que l'étiopathogénie de l'asthme est complexe et multifactorielle, elle implique l'interaction de plusieurs facteurs, allant de la génétique à l'environnement, certainement dans le cadre de cette étude, nous favorisons la causalité psycho- dynamique de l'asthme.

##### **5. Approche psychologique de l'asthme :**

Dés l'antiquité, on a su que les sentiments et les émotions avaient un retentissement sur le corps, mais il a fallu attendre les progrès de la psychanalyse pour établir l'existence des mécanismes par lesquels l'émotion était à l'origine d'une maladie, avec ses caractères et son évolution propres.

Freud a beaucoup étudié les différents états du corps, les symptômes somatiques sont *dénués de sens* et doivent être clairement distingués des symptômes psychonévrotiques inscrites dans une névrose mentale. L'asthme a longtemps attiré l'attention des psychanalystes, Federn, disciple de Freud, en 1913, est l'un des premiers à intéresser aux symptômes somatiques, il a présenté une communication à la société psychanalytique de Vienne à propos d'un sujet asthmatique. (Debray. R *et coll.*, 2005, p. 5-7)

**5.1 Historique des études psychologiques et psychanalytiques sur l'asthme :**

<i>Année</i>	<i>Chercheur</i>	<i>Hypothèse ou publication</i>
1860	Henri Hyde Salter	Livre sur l'asthme rapporte de nombreux cas où l'émotion joue un rôle important dans le déclenchement de l'attaque asthmatique.
1913	Marcinowski	L'asthme est une hystérie de base.
1922	Weiss	Discutant un cas d'asthme traité par la psychanalyse ; l'asthme est produit par la peur de la séparation d'avec la mère.
1923	Moss	Il écrit que le facteur psychique est le facteur primordial le plus habituel et le plus important dans la production des crises d'asthme.
1931	David Levy	Le premier, parle du rejet maternel chez les enfants asthmatiques et pense que ce sentiment est souvent déguisé et caché derrière une formation réactionnelle conduisant à une « surprotection maternelle ».
1941	French et Alexander	Etudient les facteurs psychiques de l'asthme bronchique. Ils envisagent le même point de vue que Levy.
1943	Dunbar	Des types de personnalités bien définies peuvent être trouvés chez des individus allergiques.
1948	Miller et Baruch	Nouvelle orientation des recherches : le rejet maternel est un facteur important dans le climat émotionnel, peur de la mère, colère contre la mère.
1950	Miller et Baruch	Les deux auteurs écrivent un ouvrage : « De l'hostilité des enfants allergiques ».
1955	Racamier	La fonction respiratoire.
1958	Marty	La relation d'objet allergique.
1959	Michel Soulé et Sakellaropoulos	Etudes statistiques sur les relations affectives de la mère et de son enfant asthmatique.
1960	Porot	Des sentiments de frustration ; Porot a rapporté de nombreux cas d'allergie et d'asthme chez les rapatriés d'Algérie dans les années 1960.
1963	Wolfrom et Alby	L'allergique et sa famille.
1965	Kourilsky	Psychophysiologie de l'allergie.

(Ranty. Y, 1994, p. 210) (Molina. C, 1995, p. 162)

Bien avant la psychanalyse, l'émotion joue un rôle dans le déclenchement de la crise d'asthme, c'est ce qu'a confirmé Salter en 1860. A l'arrivée de la psychanalyse, le modèle de conversion hystérique a été l'origine, on a souvent assimilé le symptôme de conversion hystérique avec la crise d'asthme et autres troubles somatiques. Les progrès de la psychanalyse poussent vers de nouvelles découvertes, l'exploration de l'inconscient montre le rôle de la mère et les effets de la séparation réelle ou imaginaire sur la construction de la personnalité. D'autre part, le facteur psychique déclenche la crise d'asthme comme l'a montré Moss. L'école de Chicago d'Alexander a développé un courant de psychosomatique appelé le courant de la médecine psychosomatique. Sa conception repose sur une approche dualiste du malade somatique associant un point de vue psychanalytique et un point de vue physiopathologique. Les travaux d'Alexander et de ses collaborateurs de l'École de Chicago, ainsi que d'autres auteurs nord-américains, ont abouti à l'édification de profils de personnalités reliés à un certain nombre de maladies somatiques, dites psychosomatiques. L'asthme est dû à un attachement excessif à la mère, c'est la thèse qu'on a confirmée.

Marty et l'école de Paris ont développés certaines notions, son premier ouvrage "*L'investigation psychosomatique*" en 1962 est considéré comme l'acte de naissance de la psychosomatique en tant que discipline psychanalytique, la relation d'objet allergique, la fixation, la régression sont dorénavant le potentiel des expressions somatiques, le psychisme cherche à canaliser les conflits et face à cette impossibilité, le corps sera l'issue, les symptômes somatiques une valeur substitutive mais dépourvue de dimension symbolique, comme le symptôme conversionnel-hystérique. Les recherches s'orientent vers l'étude de milieu, la famille a été étudiée en tant que première atmosphère de la genèse psychique, les relations parents - enfants sont mises en scène pour expliquer la dimension familiale dans la maladie.

Les travaux sur l'asthme ont insisté sur l'apport des premières expériences de respiration, ce qui a conduit à mettre un rapport entre le psychisme et la respiration.

## 5.2 Psychisme et respiration :

La vie prénatale est le *stade de respire* par excellence, la fonction respiratoire apparaît avec la vie néonatale, c'est-à-dire au moment du passage de la vie amniotique à la vie aérienne, après le "traumatisme de la naissance" – décrit par Otto Rank–, et pendant cette période l'anorexie et l'état de détresse déclenchent à la fois des réactions hormonales d'adaptation et les mouvements respiratoires.

Racamier a écrit : « *La respiration, témoin physiologique principal de l'autonomie, se trouve ainsi étroitement liée au bouleversement que la naissance introduit dans l'économie de l'organisme ; la massive augmentation de sa tension interne, à laquelle il est soudainement soumis, réalise la base organique et comme la préfiguration de l'état d'angoisse* », la fonction respiratoire subit un bouleversement plus massif que la circulation mise en jeu déjà bien avant la naissance. A la naissance, la première inspiration est liée au premier cri, de plus, ce premier cri de traumatisme de naissance constitue le prototype de toute angoisse ultérieure.

La respiration et les cris sont de très importantes formes de communication, la mère sait précocement différencier le cri de la faim du cri de la douleur. A trois mois, un enfant qui a reçu les soins corporels et les conditions de sécurité offertes par une attitude maternelle émotionnelle satisfaisante, va pouvoir utiliser la fonction respiratoire à ses fins d'expressions (les vocalises et les gazouillis).

L'air expiré servira ultérieurement de support de langage. La surface cutanée est une voie de stimulation des mouvements respiratoires ; les stimulations tactiles chez le nouveau-né sont nécessaires à la maturation du système respiratoire.

Racamier a ajouté qu'il y a analogie entre les exercices de la fonction orale, l'absorption et l'élimination entre la respiration et la fonction digestive, il existe des synergies fonctionnelles au niveau de la musculature abdominale. Mais, la fonction respiratoire semble se situer à un niveau d'organisation psychosomatique plus élémentaire que la fonction digestive : « *...le besoin d'oxygène est plus précoce, plus urgent, et plus impérieux que le besoin alimentaire* ». (Ranty. Y, 1994, p. 211)

Si la respiration à une fonction d'expression qui va trouver son assomption dans la parole, l'appareil respiratoire reflète et révèle nos états émotionnels et affectifs plus fidèlement qu'aucun autre appareil végétatif. Dans le langage quotidien, il est banal d'entendre dire "avoir le souffle coupé", "rester sans haleine", "suffoquer de...", cela montre combien notre vie affective influence la fonction respiratoire ; le soupir est une expression de chagrin, les pleurs sont un autre phénomène d'expression, la respiration est la composante principal de l'acte de parler. La vie affective et la fonction respiratoire sont intriquées.

Dans la culture algérienne comme la plupart des cultures, le souffle signifie la vie, la continuité de la vie ; coupé le souffle signifie la mort, de ce fait nous admettons que la respiration difficile est signe de mort, de perte et de danger. Ce qui place l'entourage de l'asthmatique dans un vécu angoissé. De ce fait, toute crise d'asthme est perçue comme un signe d'une proche perte.

### **5. 3 Asthme et adolescence :**

Si beaucoup d'adolescents connaissent une amélioration clinique de leur asthme, l'adolescence demeure la période où les asthmes sont les plus graves, avec une morbidité accrue entre 13 et 14 ans. C'est à l'adolescence que l'on retrouve le plus de décès liés à l'asthme souligne P. Alvin. *"Le risque de mort par asthme est au maximum pendant cette période, y est du fait de conditions psychologiques que médicales"* comme l'ajoute Dutau.

De plus, Dutau affirme que l'adolescence est la période du déni de l'asthme, de l'abandon des traitements, de la prise de risques (tabagisme en particulier), sources d'aggravation de l'asthme. Dans l'asthme de l'adolescent, on distingue schématiquement deux types de patients :

1. Porteurs de lésions respiratoires importantes entraînant une insuffisance respiratoire chronique.
2. N'ayant pas des perturbations fonctionnelles importantes, mais dont l'évolution est liée à des troubles psychologiques. A noter aussi que ces facteurs

psychologiques interviennent aussi dans l'évolution du premier groupe. (Dutau. G, 2002, p. 74).

Voyons-nous que les remaniements psychologiques de l'adolescence ont un énorme effet sur le corps, la difficulté du vécu peut être accentuée par l'existence d'éléments dépressifs inhérents au mouvement menée de l'adolescence ; Marcelli précise : « ...*combien l'absence d'élaboration par l'adolescent lui-même de sa position dépressive l'empêche d'investir son corps de façon positive et par la même rend difficile l'acceptation de la maladie et ses traitements* » cela montre le rôle de la dépression et de l'anxiété, fréquentes à cet âge, dans l'intensification de la maladie et dans l'exacerbation de certaines crises. Il ajoute aussi, que d'autres symptômes d'hyperréactivité bronchique peuvent se manifester à l'adolescence, à l'image de crises de panique, parfois faussement étiquetées crises d'asthmes.

Parmi les difficultés que rencontre l'adolescent asthmatique :

- ✓ Difficultés d'adaptation : ils ont de difficultés de faire face aux situations de stress, et d'adaptation avec la maladie surtout dans le cas d'intensité de la maladie.
- ✓ Une faible estime de soi : se traduit par une image altérée d'eux-mêmes.
- ✓ Un faible niveau d'interaction : notamment dans la famille, il est soumis au regard de groupe des pairs.

Marcelli. D ajoute : « *La maladie asthmatique est génératrice d'une fragilité psychique* », à cet égard, les hospitalisations pour tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les adolescents asthmatiques que chez les adolescents souffrant d'autres maladies chroniques. (Alvin. P, Marcelli. D, 2005, p. 219).

La problématique centrale de l'adolescence demeure la réactivation du conflit œdipien. Il y a des asthmes qui commencent à la période critique que représente l'œdipe, ces conflits œdipiens donnent lieu au maniement possible du conflit, soit par l'évacuation (par la mise en place de la régression allergique au sourire interchangeable), soit par la mise en place d'une couverture pré-phobique fragile.

L'asthme de l'enfant est dû à un défaut fondamental au niveau de la relation triangulaire œdipienne, son aggravation ou son apparition à l'adolescence est le résultat de la réactivation de ce conflit nucléaire de la personnalité. Suivant cette hypothèse, l'appareil psychique sera fragile devant toute situation traumatique pour le sujet. L'asthme de l'adolescent comporte le caractère régression, le réaménagement à l'âge d'adolescence étant susceptible de reprendre dans l'après coups ce qui est resté sur le plan d'œdipe, incluant les aménagements de mentalisation et en appuyant sur les aménagements caractériels, comportementaux et relationnels qui étayent l'organisation narcissique.

Les bouleversements physiologiques de la puberté à l'adolescence donnent lieu à un investissement imaginaire et symbolique du corps, cette capacité d'investissement imaginaire et symbolique du corps réel est à fortiori, la mise au travail psychique par référence à la capacité de l'appareil psychique à gérer ce qui s'inscrit dans l'enfilade des réactivations conflictuelles, qui s'enchaîne de la pré-conflictualisation – la première perte d'objet de la position dépressive – à l'adolescence et au delà – l'accès à la parentalité... – voire ces bouleversements psychiques et physiologiques, l'adolescence représente une période propice aux réaménagements, conduire soit, à l'éclosion ou l'aggravation de l'asthme, soit au contraire à sa sédation ; sachant qu'il ne s'agit pas de guérison, l'organisation restant fragile a tout événement susceptible de jouer comme perte non élaborable.

Selon Menardo et Michel et d'autres auteurs, environ 60 % des enfants asthmatiques ont une rémission de leurs symptômes à l'âge adulte et que la plupart bénéficient d'une spirométrie normale, ce qui n'est pas de ceux qui ont continué à souffrir d'asthme après la puberté. (Menardo. J-L & Michel. F-B, 2004, p. 57).

## **6. La dynamique psychique de l'asthmatique :**

La personnalité de l'asthmatique est d'une grande diversité, M.C. Harris, N. Shure et M. Herbert ne trouvent pas un type particulier de personnalité spécifique de l'asthmatique. P. Marty pour sa part, a décrit des traits de personnalité de l'adulte allergique, ces traits sont les mêmes chez l'enfant asthmatique. Nombreux auteurs (Kreislner, 1976-1981 ; De Boucaud, 1985 ; Szweck, 1994) ont marqué que la personnalité de l'asthmatique est caractérisé par :

- ✓ Fragilité émotionnelle : anxiété, manque de confiance, état tensionnel accru, dépendance vis-à-vis des parents, l'hyperréactivité bronchique est réunie avec l'hypersensibilité allergique ;
- ✓ Voire la dépendance aux parents, l'intensité des besoins affectifs est doublée par la faiblesse des moyens autonomes, ce qui résulte des besoins impérieux et incessant d'accrochage aux personnes et à l'environnement dans une proximité fusionnelle ;
- ✓ L'incapacité d'affronter des situations conflictuelles, généralement par l'annulation de l'agressivité, l'asthmatique est agressive mais il réprime et nie son agressivité. (Kreiser. L, 1981, p. 269).

T. Alcock a étudié le Rorschach des asthmatiques, il a trouvé :

- ✓ Une grande sensibilité dans les relations humaines ;
- ✓ Une diminution de réactivité ;
- ✓ Désordre de la relation objectale ;
- ✓ Faiblesse des mécanismes de défense du Moi, sont débordés et bousculés par les aléas de la vie ;
- ✓ Recherche de satisfaction sadomasochiste à travers ses désordres physiques angoissants.

En plus, les caractéristiques des asthmatiques allant de l'anxiété et la dépendance à la dynamique et l'agressivité (Soulé. M), elles se différencient suivant le cadre, que ce soit intrafamilial ou extrafamilial. (De Ajuriaguerra. J, 1974, p. 823).

L'institut psychanalytique de Chicago rapporte un point de vue sur la dynamique psychique d'asthme, le nœud du conflit asthmatique est "*l'attachement excessif et non résolu à la mère*", le Moi de l'asthmatique défend contre cette fixation infantile à la mère. On a repéré des types de personnalités :

- ✓ Personnalité agressive, audacieuse, ambitieuse et raisonnée.

✓ Personnalité hypersensible, artistique, obsédante ou hystérique

Mais Alexander a insisté sur le fait qu'il n'y a pas de portrait-robot psychologique des asthmatiques. (Alexander. F, 1962, p. 111-112).

Dans ce contexte, De Boucaud voit que les similitudes asthmatiques sont structurales. Il insiste sur les perturbations relationnelles de l'asthmatique, il met en avant l'attitude de "*dépendance conformiste*". Il apparaît chez l'asthmatique des perturbations de l'autonomie, surtout adolescent, il recherche des attitudes d'"*indépendance artificielle*". Ce qui nous mène à dire que la recherche d'autonomie et d'indépendance est déguisée. (De Boucaud. M, 1985, p. 116).

On retrouve un attachement excessif et non résolu à la mère. Cette dépendance à la mère se trouve refoulée. Tout ce qui menace le sujet de séparation d'avec la mère protectrice ou d'avec son substitut peut déclencher une crise d'asthme. L'asthmatique est pris dans des vécus désespérés et colériques, qui mène l'enfant à constituer une structure particulière des rapports entre lui et sa mère. (Ey. H, 1977, p.1032)

Le thème du rejet maternel se retrouve souvent dans l'anamnèse des asthmatiques. L'enfant qui éprouve encore le besoin de soins maternels répond spontanément au rejet par un sentiment accru d'insécurité et par une tendance plus grande à se fixer à la mère. Dans d'autres cas, on rencontre chez les mères asthmatiques un désir d'émanciper prématurément leurs enfants. En poussant leurs enfants vers une indépendance qu'ils ne peuvent pas encore assumer, elles aboutissent à des résultats tout à fait opposés : elles provoquent un plus fort sentiment d'insécurité et une tendance plus marquée à s'attacher à elles.

Alexander et French ont trop insistés sur le "*cri refoulé*", pour l'école de Chicago, l'asthme s'inscrit dans la perspective de cri-pleure, le cri est le précurseur de la communication verbale, il signifie l'appel. Au cours de la crise d'asthme, il s'agit de cris inexprimés, cri réprimé qui entrave la genèse de la fonction respiratoire. L'autre point de vue de Bostock, il assimile la crise d'asthme aux cris sans larmes du nourrisson, ce qui a conduit des auteurs à dire que l'asthmatique pleure à travers ses bronches. (De Ajuriaguerra. J, 1974, p. 826).

Pourquoi et comment ce désir refoulé de dépendance à l'égard de la mère peut-il produire un spasme des bronchioles qui est la base physiologique des crises d'asthme ?

Elle est due à la suppression des larmes chez l'enfant, appel qui lui permettrait de retrouver l'amour de la personne dont il dépend. Cet appel refoulé a des conséquences respiratoires.

Le point de vue de l'école psychosomatique de Paris porte plus d'éclaircissement sur la qualité de la relation des asthmatiques. Marty a décrit la relation d'objet allergique dont l'asthme est une structure allergique. L'allergique présente un besoin d'accrochage aux personnes de son environnement en évitant le conflit, le désir capital de l'allergique est de se rapprocher le plus possible de l'objet jusqu'à se confondre avec lui, cet objet est un objet de secours face aux vicissitudes de sa vie de relation, l'identification et la projection sont les mécanismes de cette saisie. Mais au fond de tout cela, à travers toutes ces relations, c'est une fusion avec une Mère que l'allergique recherche, cette mère idéalisée par le sujet ne serait que sa mère imaginaire.

L'allergique s'identifie à chaque objet rencontré et ne peut s'en détacher qu'en s'identifiant à un objet nouveau. La crise allergique est provoquée par «*la disparition subite d'objets investis, au moment de la mort d'un parent, par exemple*» (Marty. P, 1958, p.12) le réinvestissement protège le corps des manèges traumatiques, l'échec du système défensif désinvestissement - réinvestissement produit la crise allergique, la fixation serait alors le point d'arrêt de ce mouvement régressif.

Marty conclue que «*Le diagnostic d'une relation d'objet allergique se fera essentiellement sur le contact du malade, sur sa nécessité immédiate d'identification, sur son désir visible de satisfaire le tout qu'il forme rapidement avec celui qui l'examine. (...) L'allergique cherche profondément à faire plaisir à quelqu'un* » (Marty. P, 1958, p.19).

La mère occupe une place primordiale dans le point de vue de Marty, il a écrit : «*Dès la naissance, la cohésion du nourrisson est en grande partie assurée par la " fonction maternelle ", grâce à la relation que la mère entretient avec son enfant*

» (Marty. P, 1976, p.98). La fonction maternelle est caractérisée par « *l'appréciation effective des besoins et des désirs du nourrisson d'après les signaux perçus grâce à une identification profonde à celui-ci, et par l'exercice d'une régulation des temps et des modes d'intervention ou de non-intervention aux niveaux des multiples communications avec l'enfant* » (Marty. P, 1980, p.125). La mère conçue comme l'organisateur de la vie du nourrisson, avant d'être l'objet, elle constitue la première rencontre d'un individu, elle joue le rôle de pare-excitation qui amène à l'élaboration ultérieure d'une série des mécanismes de défense individuels. La défaillance de la fonction maternelle est à l'origine des somatisations ultérieures, de plus, la défaillance de la fonction maternelle sera à l'origine d'un défaut du préconscient.

La défaillance de la mentalisation est courante dans la maladie d'asthme. Son origine est la défaillance de la fonction maternelle, la mère de l'asthmatique présente des caractéristiques qui seront évoqués dans le cadre familial de l'asthmatique.

## **7. La famille de l'asthmatique :**

Pour les spécialistes de l'enfance, le patient est à la fois l'enfant et ses parents, l'adhérence dans une maladie chronique de l'enfant doit être considérée dans le contexte de la famille (Chateaux, 2007). Au sein de celle-ci, l'interaction entre l'enfant et ses parents, et plus la dynamique familiale affecte le comportement de l'enfant. L'asthme est considéré comme une réponse aux dynamismes de la famille, les parents jouent le rôle principal dans l'émergence de cette maladie et de ses angoisses, la mère étant le premier pôle dans cette émergence. La psychanalyse a rapporté de nombreuses caractéristiques parentales des asthmatiques.

### **7.1 Le père de l'asthmatique :**

Dans son traitement du père de l'asthmatique, De Boucaud (1985) a signalé la faillite dans le rôle du père. Cette faillite entraîne des perturbations sur les relations familiales, entre l'enfant et son père et entre l'enfant et sa mère « *C'est elle qui conditionne la relation de la mère avec son enfant* ». Le rôle de père est l'élément déterminant dans les troubles relationnels entre l'enfant et sa mère, il avance que les analyses des projections à travers le test de Rorschach montrent que la relation père - enfant est plus perturbée que la relation mère - enfant. (De Boucaud. M, 1985, p. 119).

On en attribue plusieurs types de père, mais le plus courant est le père absent : absent dans sa présence, absent dans son rôle, absent dans sa participation, absent sur le plan affectif et non communicant ; l'enfant perçoit ce père comme incapable d'être dans une relation familiale à trois complète, ce qui est à l'origine des difficultés identificatoires chez les asthmatiques, le père participe à la construction de la personnalité de l'enfant, en favorisant l'acquisition de l'autonomie et de l'indépendance nécessaires à une vie affective équilibrée et de la confiance en soi utile dans les compétitions à venir. Dans cette fonction, il empêche de faire de la mère une mère abusive en l'aidant à accepter que son enfant finisse par se séparer d'elle.

Le processus d'identification à un père dont l'image est dévalorisée sera difficile. Selon Bernard Muldworf, l'enfant éprouvera un sentiment d'insécurité qu'il aura tendance à compenser par une relation de dépendance à la mère. (<http://www.psy.be/articles/homme/pere-absent>). De plus, l'introjection du père comme le représentant de l'autorité au sein de la famille sera ordinairement défailante, cette autorité sera reprise par un autre substitut (souvent la mère) dont le recours vers lui comme le représentant de l'autorité sera effectué. Si ce substitut ne sait pas répondre à cette situation, l'enfant risquera de développer des troubles psychopathologiques, psychosomatiques ou des délinquances.

Le père absent cède la place à une mère trop présente dans le vécu familial de l'enfant, il est absent en raison de cette mère qui ne lui laisse plus d'espace pour jouer son rôle, il est dominé, passif acceptant les attitudes qu'elle lui impose (De Ajuriaguerra. J, 1974, p. 823), ce père se sent incapable d'entrer en jeu de triangulation ce qui conduit l'enfant à sentir une insécurité profonde. (Op. cit, p. 861)

Dans l'atmosphère psychique de l'enfant, le double rôle que jouera la mère dans cette absence paternelle peut apercevoir contradictoire, le remplissage des rôles ne sera pas complet, la défailance du rôle de père peut entraîner une autre défailance de rôle de la mère.

## **7. 2 La mère de l'asthmatique :**

Ces caractéristiques ont été évoquées par Block, cette mère est tantôt anxieuse, rejetant et agressive, tantôt surprotectrice ou l'hyperprotection masque un rejet profond. (Op. cit, p. 823)

De même, De Boucaud estime que le type de la mère de l'asthmatique est *la mère anxieuse et soucieuse, fragilisée par la maladie de son enfant*, son anxiété est constitutive de l'asthme de son enfant. (De Boucaud. M, 1985, p. 120). Cette *deprived mother* – cité par J. Block – se caractérise par des attitudes projectives, elle n'est ni chaude ni donnante, elle est hyperprotectrice, renferme l'enfant dans un univers de dépendance, elle est agressive et ne permet pas l'expression des désirs.

Un autre type dominant qui est de la mère aspirante, elle a un niveau très élevé d'aspiration intellectuel, elle envahit son enfant dans ses désirs, le pousse à obtenir des résultats scolaire élevés, elle est très fière de la dépendance de son enfant en elle.

La faillite paternelle peut devenir un défaut au sens du déficit chez l'enfant. Il ne peut plus quitter la mère, et s'identifié a elle de façon totale pour ne pas risquer de la perdre, donc, le passage d'une relation d'objet partiel à une relation d'objet total sera effectué, et ce qui implique la dimension d'un manque. Stoller a dit : « *dans l'écart entre la demande de l'enfant et la réponse de la mère, le désir maternel intervient* » (Guillaumin. J, Bonnefoy. Y, 1988, p. 149), dans ce cas, les troubles identitaires ou l'accession à la dimension symbolique de la différence des sexes sera atténués. La dépendance continuelle de l'enfant à sa mère qui se meut en identification totale doit le protéger et protéger la mère d'une séparation vécue comme persécutrice, et nous savons surtout, que la problématique centrale de déclenchement des crises d'asthme est la menace d'être séparé d'avec la mère.

Dans l'ensemble, nous voyons que l'agressivité et l'anxiété sont associées chez la mère de l'asthmatique, l'anxiété par rapport à son impossibilité d'accepter l'enfant comme représentant de phallus et l'ignorance du père affaiblit par ces exigences ; l'agressivité témoins du rejet de cette enfant, il serait caché par des attitudes de surprotection et entraînerait une agressivité chez l'enfant asthmatique, né de la frustration affective.

Voir les profils des parents et de l'asthmatique, la dynamique des relations familiales seront extrêmement spéciales, soit au niveau du couple, soit au niveau dyadique, soit au niveau de triangulation.

### **7.3 La dynamique familiale de l'asthmatique :**

Dans cette perspective, De Boucaud a signalé deux niveaux d'interactions intrafamiliales :

- Au niveau des échanges entre le couple ;
- Au niveau des échanges entre l'enfant et ces parents.

Le registre clinique du couple n'est pas forcément pathologique. Le couple présente une situation conjugale correcte, mais les types cliniques évoqués vont présenter certainement des particularités ; ce couple dysharmonique à dominance matriarcal, la mère est la plus présente et dominatrice, le père est faible, passif, dépendant ou absent. Cette situation altère le développement structurel et le processus d'identification de l'enfant, son vécu sera angoissé, la relation du couple est en contradiction.

Les relations entre les parents et les enfants sont en fonction de la personnalité du couple, les souhaits imaginaires et les désirs inconscients déterminent les attitudes affectives, en plus ces souhaits et espoirs parentaux construisent la relation familiale et que beaucoup d'asthmatiques sont écrasés entre désirs parentaux et désirs personnels. Le couple contradictoire élabore souvent des relations affectives contradictoires et ambivalentes dès les premiers mois de la vie de l'enfant (rejet et hyperprotection, hyperaffectivité et autoritarisme), elles créent des traumatismes affectifs constants et provoquent l'insécurité, le climat relationnel de l'asthmatique est anxieux, insatisfaisant et ne permet pas l'expression, le couple vit une désadaptation de la vie familiale intime.

De Boucaud avance que le décalage entre les exigences affectives de l'enfant et les capacités affectives des parents qui constitue la dynamique la plus fréquente et la plus douloureuse dans l'asthme de l'enfant. L'asthmatique avide d'affects et sensible, vit dans son imaginaire un amour infini, face à lui, le parent se sent impuissant de répondre à cette attente. Les parents et l'enfant en parallèle, masquent leurs souffrances de ne pas pouvoir réellement communiquer dans leur affectivité.

Les aspects cliniques de la dynamique relationnelle vont entraîner des conséquences sur l'enfant, l'enfant à la douloureuse impression d'être en "*porte à faux*" dans le monde familial. Les rôles parentaux se réédifient, et passant difficilement d'une attitude affectueuse à des conduites autoritaires, chacun des parents à tendance à pérenniser le rôle qu'il a besoin de réaliser dans des stéréotypes difficile à mobiliser. Il existe un travestissement des relations entre parents et enfants ; c'est le règne personnage qui s'installe avec l'irruption constante d'un écran entre les uns et les autres. Il se constitue une communication défensive entre l'enfant et les parents. (De Boucaud. M, 1985, p.p.123-127)

Dans son vécu relationnel, l'enfant asthmatique tisse une trame de liens lâches entre les images et les désirs, la perception des autres et la représentation de soi.

L'imaginaire est très défensif, mais il est riche de toutes ses ambivalences à l'égard du père absent. Son angoisse d'enfant, menace dans son existence, vient se heurter à ses désirs inconscient d'indépendance, il vit en culpabilité ses désirs d'affirmation, il rationalise les attitudes de ses parents, la distance du père comme la fixation à la mère, en préférant justifier les attitudes affectives de ses parents qui sont douloureuse à son égard, que de dire la réalité de son abandon.

Voir son vécu, la maladie évoluera avec l'âge, à l'adolescence, il apparaît des caractéristiques structurels, Szwec a discuté un cas d'asthme du nourrisson qui s'est transformé en hypocondrie à l'adolescence, les structures associés aux asthmes d'adolescent sont divers, De Boucaud a observé – selon le contexte familial – des hystériques, des phobiques, l'asthme a nettement la signification d'une protestation vis-à-vis des attitudes oppressives de la mère et le reste de groupe familial. Le repliement social, l'immaturation, tendance à la coartation et l'agressivité sont des aspects cliniquement ressentis chez ces adolescents à l'égard de leurs parents étouffants et des carences affectives qu'ils ressentent à travers ces conduites parentales ambivalentes. A noter la culpabilité vis-à-vis de cette agressivité vient entraîner un processus répressif dans un contexte d'insatisfaction douloureuse névrotique et de perturbations de l'identification.

D'un autre côté, on a observé des traits obsessionnels associés à une grave dysharmonie d'évolution, le père est de plus en plus absent, la mère est mortifère, les

parents sont complaisants dans la maladie. La défense obsessionnelle est peu efficace vis-à-vis de bouffée confusionnelle où d'anxiété morbide intense. L'angoisse n'est plus contrôlée, la tendance à la dépersonnalisation somatique et l'émergence des conflits sont susceptibles d'entretenir de multiples formes psychopathologiques chez l'adolescent comme chez les parents.

Il faut noter que le traumatisme affectif est à l'origine des décompensations. Il aggrave l'asthme voir l'invalidité, le traumatisme affectif est bien existant dans la vie personnelle et familiale des adolescents asthmatiques (décès, abandons, viols dans l'enfance). (De Boucaud. M, 1985, p. 192-193)

La structure familiale influe sur le comportement de tous les membres de ce groupe, en cas d'intra-agitation, l'impact sera grave, que ce soit sur les parents ou sur l'enfant. La dysharmonie des rôles parentaux sera traduite par des conséquences par des symptômes psychopathologiques, psychosomatiques voir sociales.

L'asthme étant une traduction de cette désorganisation, le symptôme est le complément des dissociations, l'échec des rôles parentaux, le père ne détient plus ses autorités, la mère possède un double rôle, l'enfant est écrasé dans cette contradiction ; tomber malade où somatiser sont des modalités de défense face à l'impasse écrasant. Les parents cherchent à compenser leurs failles, soit qu'ils continuent à rejeter leur enfant soit ils le surprotègent. L'enfant sera mit dans un contexte impitoyable. Ses désirs, ses rêves, ses attentes n'auront pas de réponses adéquates. Sa manière de cerner les conduites parentales sera altérée, par conséquent sa manière de s'attaché sera lésée, soit par un attachement excessif et fusionnel ou alors par un attachement d'évitement et d'ambivalence.

Un certain nombre de questions s'impose :

Que doit-on dire à l'adolescence ? Comment l'adolescent doit reconstituer ses relations ? Que représente l'autorité du père dans une telle société ? Comment cet adolescent asthmatique perçoit-il cette ambiguïté parentale ? Quel est le devenir de sa dépendance, et de son attachement non résolu ? Comment traduit-il la faillite des rôles parentaux ?

# *Chapitre IV : Méthodologie*

Les assertions exposées dans la problématique et les trois chapitres théoriques seront vérifiées par des hypothèses.

## **1. Les hypothèses de la recherche :**

### **L'hypothèse générale :**

Les adolescents asthmatiques ont développé des différents styles d'attachement, dans des caractéristiques familiales spécifiques.

### **Les hypothèses opérationnelles :**

1- Les styles d'attachement des adolescents asthmatiques sont marqués par *l'anxiété, l'ambivalence et l'évitement*.

2- Leurs familles se caractérisent par un *père absent*.

3- Leurs familles se caractérisent par un *père hyperprotecteur*.

4- Leurs familles se caractérisent par une *mère omniprésente*.

5- Leurs familles se caractérisent par une *mère rejetante*.

## **2. Méthodologie de recherche :**

### **2.1 Type de recherche :**

Cette recherche clinique est exploratoire de type transversal. L'approche transversale a la particularité de consister à étudier, à un moment donné, en une seule fois, plusieurs sujets d'âges donnés. L'approche transversale court-circuite le temps réel. On n'attend pas le développement réel du sujet. La méthode transversale a l'avantage d'obtenir des résultats rapidement, de pouvoir faire un grand nombre de sujets. (Verzin. J-F, 1994, p.39-40). Dans le cadre de notre recherche, nous mettons en avant le développement de l'attachement à la mère et la genèse de la maladie en fonction de l'âge. Cette recherche tente à définir la qualité des styles d'attachement et de décrire les caractéristiques des parents de l'adolescent asthmatique et la manière dont il perçoit les attitudes parentales. Nous visons aussi, à repérer le mode de déclenchement de la maladie d'asthme, sa valeur et sa fonction dans une structure subjective.

Nous avons procédé cette recherche suivant ces étapes :

**Etape 1** : Une étude exploratoire a précédé la collecte de données théorique et pratique, ce qui nous a permis de connaître la pertinence du terrain, la réalisation du sujet, la découverte des recherches antérieures au thème et les résultats atteints.

**Etape 2** : Classification des données, et choix des données qui répondent aux objectifs de la recherche.

**Etape 3** : Formulation un entretien semi directif et traduction en langue arabe des outils de la recherche, le *PBI* et l'*AAI*.

**Etape 4** : L'application de l'entretien avec des adolescents asthmatiques et la mère, des échelles sur les sujets asthmatiques.

**Etape 5** : Dépouillement des données recueillis,

**Etape 6** : analyse et discussion des résultats.

## **2. 2 Travail exploratoire :**

Notre travail nous a conduit à distinguer deux (02) types d'asthme, l'asthme débutant à la période de la petite enfance, et l'asthme à l'adolescence.

Ce qui a été soldé dans un premier temps par des lectures intenses sur le thème de l'attachement et de l'asthme.

Dans un deuxième temps, nous avons procédés à des visites au sein du service de pneumologie et du service de pédiatrie à l'hôpital Mohamed Saddik Ben Yahia-Jijel, qui nous a permit de rencontrer des médecins spécialistes dans la matière, ces derniers ont été très coopérants. Ils nous ont permis de faire des entretiens exploratoires auprès de sujets asthmatiques. Un de nos entretiens avec un adolescent âgé de 17 ans, dont l'asthme s'est manifesté après le décès de son père à l'âge de 5 ans. Le deuxième, une adolescente de 16 ans, ayant présentée un asthme à la naissance d'un frère à l'âge de 4 ans ; cela confirme nos premières lectures théorique sur le sujet asthmatique, le monde relationnelle au sein de la famille influent de façon très importante sur le sujet asthmatique.

### **2.3 La population et le lieu d'étude :**

Afin de pouvoir réaliser cette étude et d'être en contact avec des adolescents asthmatiques dans un cadre institutionnel, nous avons essayé d'effectuer un stage au sein du service de pédiatrie et de pneumologue de l'hôpital Mohamed Saddik Ben Yahia de Jijel. Selon les chefs de ces deux services, l'hospitalisation des adolescents asthmatiques est rare, et s'ils entrent à l'hôpital, la durée de leur hospitalisation sera courte. Ils nous ont conseillé de rechercher des cas au niveau des lycées et des écoles moyennes.

Nous avons rapproché aux unités de dépistage et de suivie, on a recensé des cas, la tâche dorénavant est facile, l'accès aux asthmatiques est possible, leurs noms, leurs classes et leurs âges ont été enregistré. Le choix des cas a été effectué selon des critères :

- 1) Les sujets doivent être adolescent asthmatiques des deux sexes âgés entre 14 et 18 ans.
- 2) Leurs asthme doit être psychosomatique\*.
- 3) Ils doivent prendre la forme symptomatique de l'asthme. (crises répétés)
- 4) Des sujets qui n'utilisent aucunes drogues. (psychotropes, cannabis, colles...)
- 5) Sans aucuns antécédents psychiatriques (hystérie ou phobie), pour ne pas confondre la crise d'asthme avec la crise d'hystérie ou l'attaque de panique.

Nous avons commencé la recherche des cas au niveau des Unités de Dépistage et de Suivi, les services qui ont accepté de nous accueillir sont :

- UDS Zermani Rabah, ville de Kaous
- UDS Lahziel Omar, ville de Jijel

---

\* Le symptôme psychosomatique de l'adulte est la traduction d'une perturbation de l'organisation fantasmatique, la pensée fonctionnant sur un mode opératoire, sans que s'instaure un dialogue avec des images fantasmatiques intériorisées. **Chez l'enfant**, et ce d'autant plus qu'il est jeune, le dialogue s'établit d'abord, non avec des images, mais avec les personnes bien réelles des on environnement : **le symptôme psychosomatique prend une place privilégiée dans le système d'interaction mère-enfant**, et c'est dans cette perspective qu'on doit envisager. (Marcelli. D, 2006, p. 405)

– UDS Khecha Ahcène, ville de Jijel

Ces services couvrent 9 CEM et 5 lycées, dont lesquelles nous avons recensé 10 asthmatiques âgés entre 14 et 18 ans, un seul cas n'a pas répondu aux appels du service, le tableau suivant montre les conditions des cas rencontrés :

Etablissement	Cas rencontrés	Cas abandonnés	Motifs
UDS Kaous	02	01	Forme asymptomatique de l'asthme
UDS Lahziel Omar	05	04	Cause environnementale + hérédité
UDS Khecha Ahcène	03	02	Forme asymptomatique + cause environnementale

Nous avons entrepris des entretiens avec les sujets et leurs mères et entamé la passation des échelles sur les asthmatiques. Les causes environnementales que nous avons recensées sont la fumée de père, la pollution, l'humidité. Lorsqu'il s'agit des formes asymptomatiques et/ou domine la causalité organique, nous avons essayé de fournir des indications et des conseils à ces sujets et aux parents. Ce travail a été basé sur la méthode clinique.

#### **2. 4 La méthode clinique :**

Nous adoptons la méthode clinique qui a pour but l'étude approfondie de l'individu précisément « *l'individu en situation et en évolution* ». La situation envisagée est celle des adolescents asthmatiques au sein de leurs familles, en évaluant leur attachement au cours de leur développement.

« *La méthode du cas par cas, ou mieux, la méthode de un par un, dans la mesure ou cas, en latin renvoie au malade [...]. Pour le clinicien, l'histoire de celui qu'il rencontre ne peut jamais être assimilée à aucune autre. Le psychologue clinicien pense qu'il a un intérêt à ressaisir l'épaisseur, l'intensité dramatique de l'histoire d'un sujet singulier pour comprendre ses comportements.* » (Robinson. B, 2006, p.

17). La méthode clinique nous offre la possibilité d'observer et de contacter l'asthmatique et sa famille, tenant compte de sa subjectivité, sa totalité et son sens.

Selon Pedinielli (1994), elle est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants, elle ne peut que centrée sur le cas, c'est-à-dire *l'individualité*. Une attention est spécialement portée à la parole du sujet, sur les informations attribuées par le sujet, de plus, la spécificité de la méthode clinique réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

De plus, la méthode clinique comporte deux niveaux de buts différents :

- Celui des techniques (tests, échelles d'évaluation, entretiens, dessin, jeu, analyse des textes écrits, observation...) de recueil des informations, en situation naturelle, ce recueil d'informations pouvant faire l'objet de différents traitements : analyse de contenu, analyse psychopathologique... ;
- Celui de l'étude approfondie et exhaustive du cas : compréhension du sujet : singularité, fidélité des observations, recherche des significations et de l'origine des actes, des conflits ainsi que des modes de résolution des conflits. (Pedinielli. J-L, 1994, p.p. 33-70)

De ce fait, la méthode clinique semble la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet en tant que cas individuelle en évolution continue, qui a une histoire personnelle dans une famille spécifique, et un attachement spécial à la mère.

La méthode clinique privilégiant l'écoute sur l'observation, elle est centrée sur l'étude de cas qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle est au cœur de la méthodologie clinique et pratiquée depuis Freud et Janet. (Chahraoui. Kh, Bénony. H, 2003, p. 125-126)

Par l'étude de cas, nous pouvons décrire la situation actuelle du sujet, en tenant compte son histoire (l'organisation de sa personnalité, relations avec autrui, l'angoisse, les défenses...), l'étude de cas tente de restituer le problème du sujet et non pas de reconnaître la spécificité de la pathologie qu'il présente.

## **2. 5 Les outils de la recherche :**

La méthode clinique à travers l'étude de cas nous offre des moyens d'exploration, d'exploitation et de mesure. Nous avons choisi pour notre recherche:

### **A. L'entretien clinique :**

L'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole dans une adresse à un clinicien. Il est défini comme : « *Une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général expose une souffrance, un conflit, une interrogation.* (Alexandre. B et Coll., 2005, p. 381)

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences), témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet, il est considéré comme le principal instrument que dispose le psychologue, il permet d'obtenir des informations sur le vécu du sujet, on entreprend l'entretien avec le sujet concerné ou avec son entourage. Il nous semble que l'entretien semi-structuré de recherche est le plus apte pour notre travail, ici, la demande émane du psychologue, pour se faire, nous avons construits un guide d'entretien, ce guide est composé d'items, qui pré-structurent la conduite d'entretien, il sert d' « *aide mémoire* » au psychologue. Ces items servent d'indicateur qui guide le psychologue clinicien dans l'entretien, il est la traduction des hypothèses scientifiques qu'il faut confronter à la problématique de chaque sujet interviewé.

Ce type d'entretien favorise l'expression libre et associative. Sur la base d'une question ouverte, on oriente le sujet ponctuellement à des questions précises dont lesquelles nous souhaitons des réponses. Notre entretien avec la mère de sujet se déroule autour de développement du sujet, chercher des antécédents de maladies, des séparations, des pertes ; avec l'asthmatiques se déroule autour des représentations, de

l'asthme, des comportements parentaux, de déclenchement de la maladie d'asthme, de discours familial. (Appendice A)

Ce qu'il faut considérer pendant l'entretien, que nous sommes face à un adolescent asthmatique qui a une plasticité de l'organisation psychique, avec un besoin avide d'une nouvelle relation différente. Et comme l'ajoutent Marcelli et Braconnier, ces deux considérations : " ... *font de ces entretiens des mouvements charnières. Le consultant est souvent animé du sentiment que le potentiel évolutif est très ouvert et dépend en partie de la qualité de l'interaction qui se mettant en place*". (Marcelli. D & Braconnier. A, 2008, p.66). Ce sentiment reflète l'une des données essentielles du travail avec l'adolescent : la massivité et l'immédiateté de relation transférentielle, mais aussi de contre transférentielle.

Nous procédons pour l'analyse des entretiens la méthode d'*analyse clinique qualitative non systématisée* (Chahraoui. Kh et Coll., 2003, p. 145), c'est une lecture globale de l'entretien qui *permet au chercheur de se familiariser avec un problème donné*, cette méthode prend en compte un ensemble d'éléments :

- Une analyse descriptive des thèmes abordés par le sujet, elle permet de savoir de quoi parle le sujet.
- La position du sujet par rapport à son discours : dans laquelle nous mettons en évidence la manière dont le sujet exprime son angoisse et surtout les attitudes et les émotions associées à son discours (rougeurs, sueurs, tremblements).
- L'analyse de la manière de l'instauration de la relation entre le psychologue et le sujet, si le sujet collabore facilement ou il montre des résistances. Les mécanismes de défense installée au cours de la relation, comme l'identification et l'évitement...

De notre part, la méthode des études de cas comprend les éléments suivants :

1. Présentation de cas (données factuelles) le nom, le lieu de la rencontre, la demande.
2. Anamnèse : antécédents personnels, antécédents familiales.
3. Histoire de la maladie : déclenchement, symptômes, représentations et traitements.

4. Repère des mécanismes de défense et niveau de fixation.
5. Le rapport à l'autre : relation avec la mère et l'entourage, notamment à travers le PBI et l'AAI.
6. Le rapport au corps : fantasmes, narcissisme, représentation, angoisse et douleur.
7. Diagnostic de l'organisation psychique associée.

### **B. L'observation clinique :**

Pour Pedinielli, le projet de l'observation clinique vise à « ...relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte » (Pedinielli. J-L, 1994, p. 59), le champ de l'observation clinique concerne la socialité, les interactions, les interrelations, et surtout l'intériorité du sujet (Ciccone. A, 1999, p. 33-34). De notre part, nous tentons d'observer les comportements, les gestes, les mimiques du sujet pendant l'entretien directement, et l'observer indirectement selon l'histoire qu'il fournit, et les réponses sur les échelles complémentaires.

### **C. L'AAI:**

Pour l'identification des styles d'attachement des adolescents asthmatiques, nous allons utiliser le questionnaire d'attachement chez l'adulte, modèle de Simpson, crée en 1990, et appliqué en 1993 sur des adolescents par Kobac (Guedeney. N & Guedeney. A, 2006, p. 85). Il se compose de 13 items provenant des énoncés originaux de Hazan et Schaver 1987. Chacun des items est coté selon une échelle de Lickert allant de 1 à 7 ; un score de 1 traduit un niveau de désaccord élevé avec l'énoncé de l'item, et inversement, un score de 7 traduit un niveau d'accord élevé avec l'énoncé de l'item. Les sujets doivent coter les items selon la façon dont ils se sentent typiquement dans leurs relations avec autrui. (Appendice B)

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

À l'origine, l'addition des résultats obtenus aux items **a** à **e** correspondait au score obtenu pour l'attachement **sécurisant**, l'addition des résultats obtenus aux items **f** à **i** au style d'attachement **évitant**, et l'addition des résultats obtenus aux quatre derniers items (**j** à **m**) au style d'attachement **anxieux-ambivalent**. Un score élevé à l'un ou à plusieurs de ces styles d'attachement était indicatif du ou des style(s) d'attachement (sécurisant et/ou évitant et/ou anxieux-ambivalent) (Simpson, 1990).

Néanmoins, une série d'analyses factorielles a permis de dégager deux facteurs : la dimension sécurisant-évitant et la dimension non anxieux-anxieux. L'addition des scores obtenus aux items **a, b, c, e, f, g, h** et **i** permet ainsi de situer le sujet sur le continuum **sécurisant-évitant**, un résultat élevé signifiant que le sujet est très évitant, et l'addition des scores obtenus aux items **d, j, k, l**, et **m** indique où se situe le sujet sur le continuum **non anxieux-anxieux**, un résultat élevé signifiant que le sujet est très anxieux.

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

Et comme nous l'avons signalé à l'introduction, la référence est au modèle tripartite élaborés par Hazan et Shaver à partir de la typologie des quatre types d'attachement chez l'enfant, définie lors des études cliniques réalisées par Ainsworth et ses collaborateurs (la situation étrangère), afin d'évaluer l'attachement internes chez l'adolescent et l'adulte. Il y a les styles **sécurisant, anxieux-ambivalent et évitant**.

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

relations d'attachement futures. La sécurité affective développée en bas âge se maintient généralement à l'adolescence et à l'âge adulte.

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

Par exemple, il demande l'approbation d'un parent afin de justifier ses propres décisions.

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

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

Pour l'enfant, l'absence de la mère représente un danger extérieur car les besoins intérieurs importants de l'enfant demeurent non comblés.

Il anticipe alors lui-même le rejet en provoquant la séparation, évitant ainsi de ressentir la blessure en se protégeant intérieurement.

Pour l'individu au type d'attachement évitant, les relations d'intimité représentent une proximité menaçante, car elles éveillent la peur archaïque d'être rejeté par la personne significative. Ayant également appris à se prémunir des relations intimes, l'individu répète le modèle relationnel qu'il connaît en les évitant afin de se protéger des ressentis pénibles d'une perte possible du lien. Pourtant, cet individu a tout autant besoin du contact et du rapprochement qu'une personne présentant un autre type d'attachement. Cependant, il apprend plutôt à se couper du lien, la première expérience d'attachement ayant été trop douloureuse. Recontacter ce manque ressenti dans l'attachement est pour cet individu insoutenable. La distance et l'évitement d'une relation d'intimité lui permet donc de ne pas entrer en contact avec le manque et le contrôle ressentis dans les premières relations d'attachement. Cependant, bien qu'il se sente protégé, ce comportement d'évitement le prive d'un lien amoureux pouvant lui être satisfaisant et enrichissant. Il lui est difficile de faire confiance aux autres et de se laisser soutenir par eux lorsqu'il en a besoin et qu'il pourrait en bénéficier. En fait, cet individu se retire couramment des relations avec les autres de sorte qu'il puisse anticiper et se protéger des contacts qui pourraient lui être potentiellement douloureux. (Sperling. M, 1994, p.p. 49-52)

Seulement ces types qui sont considéré dans cette recherche, l'attachement sécurisant avec son sous type sécurisant-évitant, l'attachement insécurisant avec ses sous types évitant, anxieux-ambivalent et le non anxieux-anxieux.

Pour la traduction du QAA, Bouthilier *et Coll.* (1996) ont eu recours à la méthode de Valeran (1989). Après un test T d'Hotteling sur la moyenne des scores aux items, il s'avère qu'il n'y a pas de différence entre la version anglaise et la version française du questionnaire ( $T(13,42) = 1,64$  ;  $p = 0,112$ ). De même, les corrélations entre les deux versions sont assez élevées puisqu'elles fluctuent entre 0,54 et 0,87. En ce qui concerne la cohérence interne, les résultats obtenus par Bouthilier *et coll.* (1996) sont similaires à ceux de Simpson, Rhodes et Nelligan (1992). Les auteurs de la version anglaise obtiennent un coefficient alpha de Cronbach de 0,81 pour l'échelle d'évitement et de 0,60 pour l'échelle d'anxiété. Bouthilier *et Coll.* (1996) obtiennent,

quant à eux, un coefficient alpha de Cronbach de 0, 72 pour l'échelle d'évitement et de 0, 64 pour l'échelle d'anxiété. Finalement, les coefficients de fidélité test-retest sont tous significatifs ( $p < 0, 01$ ) et varient de 0, 37 à 0, 71. Dès lors, les résultats obtenus par Bouthilier *et Coll.*, en 1996 démontrent la validité et la fidélité du questionnaire de Simpson dans sa version française.

#### **D. Le PBI :**

*Le Parental Bonding Instrument* ou *Perception des attitudes et comportements des parents par leurs enfants*, ce second instrument va nous montrer la manière dont l'asthmatique perçoit les attitudes parentales. Il va nous montrer aussi les caractéristiques des parents. C'est un questionnaire auto-administré développé par Gordon Parker et ses collaborateurs en 1979 pour montrer la contribution des parents dans les désordres de la personnalité comme le cas de la mère du schizophrène et de l'asthmatique. (Parker. G, 1990, p. 281-282). Il est composé de 25 items pour chacun des parents, chacun des items est coté selon une échelle de Lickert allant de 0 à 3, un score 0 traduit un niveau *très semblable*, un score 1 traduit un niveau *modérément semblable* un score 2 traduit un niveau *modérément différent* un score 3 traduit un niveau *très différent*, et ce n'est pas le cas pour tout les items. Il propose deux dimensions, la dimension *soins* en 12 items et la dimension *surprotection* en 13 items (Appendice C), entrant dans la contribution parentale de l'attachement parent-enfant et ce, autant pour la mère que pour le père, le tableau suivant montre les items qui répond à les deux dimensions et leurs cotations :

La dimension	Les items	La cotation
<i>Soins</i>	1, 5, 6, 11, 12, 17	Très semblable = 3 Modérément semblable = 2 Modérément différent = 1 Très différent = 0
	2, 4, 14, 16, 18, 24	Très semblable = 0 Modérément semblable = 1 Modérément différent = 2 Très différent = 3
<i>Surprotection</i>	8, 9, 10, 13, 19, 20, 23	Très semblable = 3 Modérément semblable = 2 Modérément différent = 1 Très différent = 0
	3, 7, 15, 21, 22, 25	Très semblable = 0 Modérément semblable = 1 Modérément différent = 2 Très différent = 3

L'assignation aux dimensions « soins » ou « surprotection » est basée sur les scores frontières qui sont :

- ✓ **Pour les mères** : un score « soins » > 27.0 et un score « surprotection » > 13,5 ;
- ✓ **Pour les pères** : un score « soins » > 24.0 et un score « surprotection » > 12,5.

De notre part, cette échelle va nous permettre de décrire la manière dans l'adolescent perçoit les attitudes de ces parents, hyperprotecteurs, rejetants, étouffants, exigeants, envahissants, démissifs... cela est en fonction avec nos hypothèses. Les parents sont les grands pôles du contexte familial, et comme nous l'avons exposé au premier chapitre, la famille peut être composée *d'un homme, son (ou ses) épouse(s), ses enfants non mariés. Une famille pouvait comprendre également d'autres personnes isolées...*». (Hadj Ali, 2006, p. 18). Tous types de famille qui fonde la société

algérienne sont considérés dans cette étude : nucléaire, souche ou communautaire avec l'admission de ces caractéristiques actuelles (décès, pertes, divorces, remariages...), nous insistons plus sur les facteurs dynamiques et relationnels.

La fidélité et la validité de cet instrument ont été examinées dans nombre d'études avec de bons résultats. Les qualités psychométriques du PBI sont stables. Il possède un haut niveau de fidélité test-retest et est peu affecté par les caractéristiques ou l'humeur de la personne (Parker, 1983, 1984; Plantes *et Coll.*, 1988). Le seul effet attribué à la classe sociale dans les études normatives pour le PBI est une possible et faible association entre la classe sociale et les soins maternels, lequel peut refléter un effet réel ou une réponse de désirabilité sociale (Parker, 1983). Dans l'étude originale, le PBI a démontré une bonne cohérence interne puisqu'un coefficient de Pearson de 0,879 ( $p < 0,001$ ) a été obtenu pour l'échelle «soins» et de 0,739 ( $p < 0,001$ ) pour l'échelle « surprotection » (Parker *et Coll.*, 1979). Le PBI a été démontré comme ayant une validité de construit satisfaisante (Parker, 1983), les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour chaque sous-échelle de cet échantillon sont de 0,89 (soins paternels), 0,81 (surprotection paternelle), 0,87 (soins maternels) et 0,82 (surprotection maternelle).

Les résultats des entretiens et des échelles seront analysés et discutés dans le chapitre suivant.

*Chapitre V : Analyse &  
Discussion*

Nous proposons d'analyser les résultats de cette recherche sous forme d'une étude de quatre cas cliniques. Pour cela, nous avons procédé à une analyse des entretiens d'adolescents asthmatiques et de leurs mères, et une analyse des échelles (PBI. AAI), suivant les axes, et ce en fonction de nos hypothèses de travail.

## **I. Présentation et analyse des cas :**

### **Cas 1 : Haytème**

Le cas dénommé Haytème âgé de 18 ans, souffrant d'un asthme depuis l'âge de cinq ans. Nous l'avons rencontré au service d'Unité de Dépistage et du Suivi ville de Kaous-Jijel

Nous présentons le cas de façon thématique en respectant en partie l'ordre chronologique de son développement, des événements et de l'apparition de son asthme.

#### **A. Présentation du sujet :**

##### **1. Données factuelles et biographiques :**

Le cas Haytème est né en 1991, il est le deuxième d'une fratrie de deux garçons, l'aîné né en 1988, vit avec son oncle maternel.

Nous l'avons rencontré au service d'UDS Kaous, il présente un asthme dont lequel il n'a aucun suivi médical. En plus, il est fumeur, connu à son école par son agressivité vis-à-vis de ses enseignants et de ses pairs, et de son retard scolaire de deux ans.

Il n'a pas répondu aux appels de service, même il refuse de venir avec sa mère à l'école, son père est décédé quand-il avait 4 ans, ils partagent leur maison avec son oncle paternel, sa femme, sa fille et son fils. Son oncle, immigré, est épileptique, sa femme est diabétique, sa cousine a un souffle cardiaque, ces grands parents sont décédé.

Son père est décédé suite à un cancer du poumon en 1995, il a été hospitalisé à Alger, à la phase finale de ce cancer, sa famille l'a déplacé à la maison où il est décédé un mois après.

Sa mère, sans travail, vivante de deux pensions de retraite de son époux, il y a satisfaction dans le côté économique.

Le père a été en France jusqu'au 1985, il s'est marié en 1987, il a été chômeur jusqu'au 1993, il a commencé le travail comme agent de garde à la même école où étudiaient ses enfants. Il est décrit, par la mère, comme autoritaire et agressif, il a été *"Un grand fumeur... (C'est ce que l'a tué)"*. D'après son épouse le tabac était à l'origine de sa disparition.

Allaité jusqu'à 11 mois, et commença la marche à l'âge d'un an et demi, Haytème a été désiré par la mère ; il eut un autre frère, quand il avait 3 ans, décédé à l'âge de 4 mois.

## 2. Histoire de la maladie :

Sur le sujet de sa santé, il dit que l'asthme a commencé à l'âge de 5 ans *"Avant que je n'entre à l'école"*. Avant, il n'avait aucune maladie. *"J'avais des crises... deux à trois fois par semaines...J'avais utilisé un sirop et un inhalateur "*, actuellement, il remarque un changement de son état de santé *"Quand j'étais petit, ils m'ont empêché de faire le sport à l'école, maintenant, je le fais, je fais tout ce que je veux... la crise vient de temps à autre, une fois en 2 ou 3 mois, je n'utilise que l'inhalateur"*, il a cessé de consulter son médecin.

En dépit de son asthme, il est devenu fumeur, sur ce sujet, il reste silencieux, pourtant, il sait que c'est à cause du tabac qu'il a les crises d'asthme.

## **B. Analyse :**

Yeux cernés, regard fuyant, mince, cheveux court, bien habillé en vêtement hip hop, à sa rentrée au bureau il a dit : *" Pourquoi vous m'avez convoqué ? Pourquoi ma mère ?"*, nous avons essayé de le raisonner, qu'il s'agissait de son asthme.

Nous avons expliqué qui sommes nous et qu'est ce que nous voulons faire, il présente une agressivité sur le sujet de sa maladie, il dénie complètement sa maladie par ses comportements de ne plus consulter le médecin, de ne plus utiliser ses médicaments et de continuer de fumer. De même, il ignore que l'inhalateur contient des médicaments.

La question qu'il pose "*Pourquoi ma mère ?*" donne lieu à une analyse du statut de la veuve dans la société algérienne, elle est souvent considérée hors normes.

En Algérie le statut de la femme, reconnu socialement, est celui de la jeune fille ou de l'épouse. Il n'y a pas d'autre alternative. Comme *el hadjala*<sup>10</sup> ne s'insère dans aucune de ces deux catégories, elle est hors norme. Par conséquent, elle est réputée donc, pour une dépravée, à l'affût d'un homme, soit pour une relation durable – un remariage – ou passagère car elle n'a plus rien à craindre pour sa virginité. C'est pour cette raison qu'elle est surveillée (Nedjai. F-Z, 2006, p. 33), et peut être que notre cas craint quelques choses derrière la sortie de sa mère vers l'école. De plus, la famille algérienne, dans ces principes de l'éducation, à partir de l'enfance obéit à une division sociale qu'alimente une idéologie divisionniste et séparatiste. Le monde masculin se préoccupe de l'éducation et de la prise en charge du garçon, dans notre cas, le père est décédé, donc, y a plus qui s'occupe de lui, au niveau de ses représentations, *moi je m'en occupe, ma mère doit rester à la maison*, surtout à l'âge d'adolescence, l'âge de la recherche de l'autonomie et de l'indépendance. Par cette attitude, il tente de se définir comme sujet indépendant ayant son propre statut et ayant transgressé cette image maternelle, il essaye de la maîtriser par l'établissement d'une nouvelle relation différente de celle *mère-enfant*, l'origine de cela est la réactivation du conflit œdipien.

Son univers familial est submergé par de nombreuses maladies graves et chroniques, formellement, les menaces de mort sont éveillées, les membres de cette famille sont exposés à l'angoisse de perdre le malade et à la possibilité de la séparation et du deuil, ce dernier est mal vécu lors du décès du père par un cancer.

Il dit avec inquiétude : « *Je me rappelle...mon père a été amené entre les bras de mes oncles...ma mère le prend en soins...je l'ai vue entrain de le frictionner par un liquide médical sur sa poitrine* », le décès de son père est, pour lui, insupportable. Sa famille a connu d'importants bouleversements, décès du père et le placement de son frère chez ses oncles, ils ont été pris en charge par leurs oncles, cela montre le fort caractère structurant et solidaire de la famille algérienne, les orphelins sont à la

---

10

responsabilité de toute la famille comme il est recommandé dans le Saint Coran et dans la Sunna du prophète.

La mère a décrit des événements qui nous ont paru importants, lors de la naissance d'un autre frère de Haytème, il avait à ce moment 3 ans, la mère dit qu'il a été jaloux *"Quand je prends le bébé pour l'allaitement... il commença à pleurer... il pleura tout le temps... ses pleurs sont insupportables"*. Selon sa mère, la voix de Haytème est une voix criarde, un son désagréable qui stimule les cris de son petit frère. Quant à lui, il se sent rejeté par sa mère. Sa voix est insupportable par les membres de sa famille, la mère ajoute *"Sa tante intervient en lui disant « cesse de pleurer, tes pleures vont tuer ton frère... s'il meurt...ce sont tes cris qui l'ont tué »"* et ce qui s'est arrivé, le petit frère est décédé quelques mois après. C'est vrai que notre cas n'avait pas conscience, mais ce discours a été répété par ces cousins – affirme la mère – ce sont les pleurs et les cris qui ont tué le bébé.

Les propos de la mère après le décès de son époux sont en relation avec la maladie de son fils : *« C'était étroit, nous n'avons qu'une seule chambre, après son décès, je suis restée avec mon fils, nous avons partagé la même chambre »*. Dans le contexte de Jijelois, on appelle la crise d'asthme *"Ed-dika<sup>11</sup>"*, l'expression *"étroit"* symbolise éventuellement la crise d'asthme de son fils.

L'apparition de la maladie était après le décès du père, certainement, la mère endeuilla son époux, l'enfant déclencha un asthme à cet période décrite comme *"étroite"*, quand ils étaient quatre membres, ce n'était pas étroit, mais après le décès du père, ça devient étroit. Cela montre le vécu étroit de cette mère, par son deuil et par ces projections, elle a envahi son fils. Ce dernier dit : *"J'ai rien compris lors du décès de mon père...je n'ai pas pleuré du tout"* et commença à pleurer.

Ces pleurs, en quelques sortes, compensent son vécu du décès de son père. La perception de sens de la mort n'est pas acquise à cet âge, P. Ferrari a écrit dans ce contexte d'avant cinq ans : *"L'enfant ne connaît guère de la mort que l'absence. C'est habituellement entre 5 et 10 ans que prend forme ce qu'il est convenu d'appeler le concept de mort"* (Hanus. M, 2002, p. 102), pour l'enfant : mourir est une autre

---

11

manière, invisible, de vivre. Avec le temps et l'évolution, la conception de la mort s'enrichit, et elle serait ressentie comme brutale, comme si elle correspondait à un accident ou à un meurtre violent.

La problématique de ce sujet peut apparaître avec la signification de la mort. A un bas âge, lors du décès de son frère, il n'a pas perçu le sens de la mort de ce dernier, il le perçoit plus tard après le décès du père. Ce n'est qu' la deuxième enfance qu'il perçoit le sens de la mort comme évènement traumatique. En outre, la répétition du discours de la tante et des cousins – pleurer signifie tuer – nous dit qu'il survivra avec une mort, qu'il a commise, sur la conscience.

Par son deuil d'enfant, il n'a pas pu digérer l'énergie psychique stocké, comme il est défini par Freud : "*Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à place, la partie, la liberté un idéal, etc.*", (Hanus. M, 2002, p. 15) le Moi de l'endeuillé se sert de toutes ses possibilités fonctionnelles y compris celles qui avaient été, en grande partie, dépassées au cours de l'évolution. La régression dans le deuil s'effectue rapidement d'une manière régrédiente tout le chemin fait par le Moi pour s'assurer peu à peu une meilleure maîtrise de la réalité et du jeu pulsionnel. En outre, il faut savoir "*la quantité et qualités de la dépression que l'enfant va intérioriser*" (Anzieu. D, 2003, p. 143)

L'énergie psychique n'a pas pu être gérée par le travail du deuil, la régression au stade oral est effectuée et le symptôme est apparu, "*Les fixations orales des asthmatiques*" (Bergeret. J, 1976, p. 09), la zone buccale est investie comme zone dangereuse et destructrice – les pleurs et les cris tuent l'autre –. De plus, les interactions mère-enfant sont marquées par un rejet profond que le cas a dû sentir lors de la naissance de l'autre frère, c'est *la peur de perdre l'amour maternel* décrite par Alexander et French, son attachement a connu un bouleversement, il s'est retrouvé face au refus maternel. La physiologie de ces pleurs renvoie à la théorie de "*cri refoulé*" la crise d'asthme est un cri inexprimé qui peut-être associé psychiquement avec la représentation du décès du père, voir les discours de la tante, le symptôme prend une valeur expressive, c'est un moyen de communication, la crise d'asthme représente les cris et les pleurs. Selon Alexander et Ziwar « *L'asthme représente une*

*crise de pleurs inhibé* », on peut le dire "*Cesse tes pleurs*" mais on ne peut pas dire "*Cesse tes crises d'asthme*", donc le symptôme est un mode privilégié d'expression.

Le père est décédé à un moment crucial de l'organisation de la personnalité, les identifications œdipiennes sont altérées conjointement. Le père est absent carrément, la mère est encore ici : "*C'est moi sa mère et c'est moi son père*", l'enfant est étouffé et écrasé. En plus, il s'identifia aux symptômes de son père, Haytème nous l'a décrit « *Il ne respire pas bien, il avait de la toux, même le ton de sa voix a diminué* », pour lui fumer est une sorte d'incarnation de la personnalité du père, pour que ce père, l'objet perdu, reste existant dans son absence, la crise d'asthme est un besoin, un besoin pour revivre et ressentir le père qui avait de la toux et des difficultés respiratoires. Il vit un deuil interminable, à travers l'intériorisation de l'objet perdu (le père), avec l'identification à ce dernier.

Le fonctionnement psychique est apparenté avec un registre psychotique, comme la psychose maniaco-dépressive, il présente un cycle dépressif permanent, mais à un moment donné, il s'en sort avec son agressivité et son comportement incontrôlé comme décrit sa mère. Le mécanisme de la dépression se décompose en 3 stades: il y a d'abord la perte d'un Objet cher, réel ou fantasmatique qui est le décès du père. Vient ensuite l'intériorisation de cet Objet avec identification à lui, en s'identifiant à ses symptômes et de fumer. La troisième période est le stade d'ambivalence par rapport à cet Objet, avec mise en œuvre d'une haine destructrice, au moment de la crise. L'Objet intériorisé est à la fois aimé et haï. S. FREUD soulève les notions de répétition et de résonance chez ce type de patient: un petit événement peut se répéter et se retrouver année après année. (Ferragult.E, 2000, p. 23)

Les résultats obtenus en PBI montrent que les scores de la dimension « soins », pour la mère, sont très élevés ( $35 > 27$ ), et les scores de la dimension « surprotection » sont moins que la moyenne ( $12 < 13.5$ ), la mère est perçue comme plus soignante, et ce renvoie qu'elle est exigeante, dominatrice, voulant que son fils soit le meilleur et n'acceptant pas ses failles, elle est là, elle se donne pour lui.

Malgré le décès de son père à son jeune âge de 4 ans, le cas a rempli la deuxième partie qui concerne les attitudes et les comportements du père, il le décrit comme un père affectueux et tendre selon son imaginaire défensif, les scores obtenus

de la dimension « soins » (29 > 24) et les scores de la dimension « surprotection » (19 > 12.5), le père est hyperprotecteur. Nous suggérons que l'objet perdu continue d'exister dans le fond et dans l'imaginaire, et confirme qu'il vit encore le deuil interminable.

De même, l'analyse de son AAI montre que la différence entre les scores n'est pas importante, dans ce cas nous ne pouvons pas favoriser un style d'attachement sur un autre, son attachement est flottant entre les styles connus, de la sécurité, peu sûr, à l'évitement et l'anxiété-ambivalence. Le tableau suivant montre les scores obtenus :

<i>Styles d'attachement</i>	<i>Scores obtenus</i>
Sécurisant	10
Évitant	09
Anxieux-ambivalent	09
Continuum sécurisant-évitant	16
Continuum non anxieux-anxieux	12

Voir l'histoire personnelle qu'il a fournie, son développement a connu des événements remarquables qui ont des répercussions sur sa relation d'attachement, sa mère lui a offert la sécurité, le confort et la confiance comme première figure d'attachement durant ces 3 premières années, la naissance d'un autre frère a entraîné un bouleversement dans cette relation, il craint la séparation d'avec la figure d'attachement, selon Thibeault les ruptures fréquentes dans les relations d'attachements auprès des personnes significatives entre la naissance et trois ans, représente un facteur qui augmente le risque de développer des troubles de comportements, H. Bee confirme que le modèle interne de l'attachement apparaît vers la fin de la première année de vie, puis continue à s'élaborer et à se consolider durant les quatre ou cinq premières années « *A l'âge de cinq ans, la majorité des enfants ont nettement établi un modèle interne de la mère, un modèle interne du concept de Soi et modèle interne des relations sociales* » (Bee. H et coll., 2003, p. 127). A cet âge, un autre événement important a laissé des séquelles sur sa vie interne, le traumatisme

qu'il a vécu lors du décès de son père détraqua son modèle interne d'attachement, les conduites de sa mère dépressive après le décès vont intégralement envahir l'enfant, et l'encercler dans un vécu cruel. Le nœud de sa maladie est la peur de perdre l'amour maternel, de se détacher d'elle, la mère cache son rejet par des manifestations surprotectrices, l'enfant répond par un attachement absolu à elle, et sera la proie des projections maternelles.

Le corps sera consécutivement un lieu des projections. À la mort du père, Haytème n'a pas pleuré, le discours interne est encore efficace, ***ne pas pleurer, ne pas exprimer, ne pas décharger***. C'est le corps qui va prendre le relais et sera le moyen de déchargement. Haytème a vu sa mère entrain de frictionner le père par un liquide sur la poitrine, nous savons que le développement du corps érotique est le résultat d'un dialogue<sup>12</sup> autour du corps et de ses fonctions. *"Le dialogue en question met donc en cause des partenaires, c'est à dire le fonctionnement psychique de l'adulte, ses fantasmes, sa sexualité, son histoire, sa névrose infantile vont marquer de façon très singulière le dialogue qui s'instaure avec l'enfant, au point d'inscrire jusque dans la chair de ce dernier les marques de son inconscient d'adulte à lui"*. (Débray, D et Coll., 2005, p. 84-85)

Le corps est constitué à travers le regard, le discours et le pensé. Peut être qu'il n'était pas conscient de ce qui se passe, le geste de la mère prend une valeur érotique, donc, il a investi inconsciemment la poitrine pour avoir les mêmes soins qu'a eu le père de la part de la mère. L'expérience qu'a connu son corps à travers le regard : acte de la mère, le discours : sur les pleurs et sur la mort, le pensé : l'image qu'il constitua sur son corps est le prototype de sa somatisation ultérieure.

Le symptôme prend une valeur compensatoire de réminiscences, être asthmatique et avoir la même crise de père par l'identification à lui. La séparation d'avec le père a un impact primordial, le deuil non résolu met en question l'attachement au père. D'autre part, la mère n'a pas bien gérée son deuil, elle enveloppa son fils dans un espace de la non-expression, même les pleurs ne sont pas autorisés. Le discours sur la mort est très efficace.

---

<sup>12</sup> Selon Dejours, le dialogue comprend le discours, le regard et le pensé. (Débray, R, Dejours, C, Fédida, P, 2005, p.p. 65-164)

## Cas 2 : Zohra

Le cas dénommée Zohra âgée de 18 ans, souffrante d'un asthme depuis l'âge de douze ans. Nous l'avons rencontrée au service d'Unité de Dépistage et du Suivi Khecha Ahcène ville de Jijel.

Notre première rencontre a été au lycée, elle a été perturbée, nous lui avons demandé de nous rejoindre au bureau du service. Nous avons demandé avec lequel de ses parents préfère-t-elle venir, elle nous répond : *"Avec celui qui sera disponible"*.

Nous présentons le cas de façon thématique en respectant en partie l'ordre chronologique de son développement, des événements et de l'apparition de l'asthme.

### A. Présentation du cas :

#### 1. Données factuelles et biographiques :

Le cas Zohra est née en 1991, elle est l'aînée de deux filles et deux garçons, vivent tous ensemble dans un appartement conjugal.

Elle présente un asthme depuis l'âge de 12 ans, avant, elle a de l'eczéma des mains, elle est très sensible aux allergènes, elle a un suivi médical qui, selon elle, *ne fait rien*.

Son père est retraité, travaille encore dans un bureau de comptabilité, sa mère est une femme de ménage depuis moins de 2 ans.

Son allaitement dura un an, elle commença la marche à 18 mois, selon sa mère, elle a été obèse pendant sa petite enfance.

#### 2. Histoire de la maladie :

Elle dit qu'elle est entrain de rechercher une autre maladie qu'elle va l'affecter *"Je ferai un scanner pour savoir si j'ai d'autres maladies"*. Durant son enfance elle a de l'eczéma qui commença à l'âge de 8 ans, elle l'a traité pendant des années chez le dermatologue, puis à la fin elle s'est guérie par un traitement traditionnel d'une vieille femme.

A la fin de l'eczéma elle développa un asthme à l'âge de 12 ans, selon elle la crise survient chaque jour, l'asthme est ancré dans son vécu quotidien. Elle nous apparaît obèse, et ce, a été évité par elle au cours de l'entretien.

Elle tombe malade de temps en temps, on remarque sa fragilité sanitaire.

### **B. Analyse :**

Avec ses beaux yeux, elle évite de nous regarder en face, lorsqu'elle parle, elle tourne vers la droite, elle n'a pas demandé des explications. Elle nous apparaît repliée, enfermée sur elle. Son langage est de plus en plus fonctionnel et automatique, elle nous apparaît aussi gênée d'être seule, avec nous, au bureau où se déroule l'entretien.

Sa famille occupe un appartement de 03 chambres, avant ils ont été dans un autre immeuble où ils ont occupé tout un étage, les autres étages ont été vides. Sa mère a été au foyer depuis son mariage, le père a été fonctionnaire, il prenait sa retraite et continua le travail chez un privé. La mère commença le travail depuis deux ans comme femme de ménage.

La présente famille a été le modèle typique des premières familles nucléaires algériennes, la femme au foyer et l'homme au travail. L'homme est chargé par la responsabilité d'assurer la vie de sa femme et de ses enfants, la mère s'occupe de leur éducation et de leur habillement. Plus tard, cette mère rejoint le monde de travail sous pression de *l'insatisfaction économique*, dit-elle.

Dans ce cas une question s'impose d'elle-même : Qui est le responsable de cette famille maintenant ? Qui va s'occuper des enfants ?

Ce sont les limites de la famille nucléaire, c'est dans ce cas où s'émerge l'individualisme, chaque membre de cette famille est acteur de sa propre vie. Cette femme par son comportement de sortir au monde du travail s'éloigne de ses quatre enfants et prend l'image de l'homme comme un défi dépassé. Elle aura une indépendance financière qui lui donna une autorité sur l'homme. On a tellement entendu que des femmes travailleuses aident leurs maris, mais ceci aura des inconvénients.

Le début de maladie remonte à l'âge de 12 ans, sans aucun évènement désorganisateur selon la mère, avant, elle avait de l'eczéma qu'elle a contracté à l'âge de 8 ans. En recherchant dans les antécédents pathologiques des parents, nous avons trouvé un père sportif qui n'a aucune maladie. Par contre, la mère a été gravement malade lors de son troisième accouchement d'une fille, selon les dires de la mère, elle a des insomnies, des cauchemars, des céphalées et elle craignit la mort. C'est un épisode de psychose puerpérale qui n'a pas duré, elle est traitée par Le Taleb. Son deuxième enfant avait de l'épilepsie lors de son enfance. Le cas nous dit : "*A l'époque, Maman le favorise parce qu'il a été malade*".

L'eczéma a commencé après cette période de la maladie de la mère. Est-ce que ceci est en rapport avec la maladie de la mère ou le nouvel accouchement révèle en elle quelques choses ?

La mère nous a dit qu'elle a souhaité avoir un garçon lors de son premier accouchement, sous l'effet de la culture le garçon est plus souhaitable que la fille par les parents et tous les membres de la famille. *Car la famille algérienne est, une famille agnatique, masculine et patriarcale.* Sur le plan psychique, cette mère anxieuse n'avait pas un investissement suffisant de sa fille par ce qu'elle a besoin d'avoir le phallus. Pour le témoignage, *un de nos amis nous a dit que sa femme vraiment le détesta quand elle a été enceinte d'une fille, alors qu'elle l'apprécia lors sa deuxième grossesse d'un garçon.* Les sentiments d'abandon et de rejet sont autant trouvés chez notre cas.

Le deuxième accouchement de cette mère aura lieu treize mois après, cette fois d'un garçon qui est selon notre cas "*Trop gâté par maman*". Cette fille est la victime des contraintes culturelles, favorisé le garçon sur la fille a l'impact sur le vécu psychique de celle-ci. Plus tard, le troisième accouchement, 3 ans après, est d'une fille ou la mère tomba malade, ceci témoigne le besoin d'avoir le phallus surtout si nous connaissons que lors de son quatrième accouchement d'un garçon, elle a été strictement *normale*.

Voir les évènements relatées, nous pouvons dire que le Moi-peau est mal structuré, nous repérons des sentiments d'hostilité, du rejet et de crainte d'abandon par la mère, chez ce cas, ces sentiments ont été refoulés durant toute ces années d'enfance, l'explosion de l'eczéma n'est qu'une réaction au rejet et à l'hostilité maternelle.

L'origine de cette affection est à rechercher dans les faits et les comportements maternels, nous supposons que la deuxième naissance est vécue comme un danger, la perte de l'amour de la mère est au centre de son conflit. De plus, cette femme investit le bébé attendu au lieu d'investir le nouveau né, la fonction maternelle est défaillante. Pour Alexander le schème psychodynamique de l'eczémateux est *"montrer le corps afin d'attirer l'attention, l'amour ou un avantage quelconque"*. (Alexander. F, 1962, p. 140). L'attention de la mère est orientée vers son garçon malade, vers son phallus.

Après le troisième accouchement d'une fille, cette mère est tombée malade, la crainte de perdre réellement la mère est renforcée *"J'ai pleuré beaucoup...j'ai pensé qu'elle va mourir"*, cet accouchement révèle en elle les représentations du rejet et d'abandon qui ont été refoulés lors du deuxième accouchement. Et voir la mal structuration de son Moi-peau les troubles cutanés peuvent intervenir dans les situations désagréables. Dès lors, la lésion cutanée sera parfois une lésion de structuration psychique remettant en cause l'investissement libidinal de la peau du bébé par sa mère et la structuration de l'espace imaginaire.

Etre guérie de l'eczéma par une thérapeute traditionnelle nous semble miraculeux. La disparition des symptômes cutanés laissa la place à des symptômes respiratoires, l'apparition de l'asthme a été soudaine, le conflit psychique sous-jacent existe encore, le maniement possible de ce conflit n'est pas effectué. La personnalité de l'eczémateux et la personnalité de l'asthmatique sont des personnalités allergiques décrites par P. Marty, la relation établie avec la mère est une relation spécifique.

Son vécu est ancré par la crise quotidienne de l'asthme, elle a dit : *"Chaque jour j'ai la crise d'asthme...et surtout la nuit"*, c'est de la véritable attaque d'asthme. L'éclatement de l'asthme à l'âge d'adolescence représente une réactivation des conflits que leur maniement n'était pas possible. Nous sommes face à une structure psychique allergique, la mise en place de la régression en reprenant ce qui est resté sur le plan de l'œdipe, et sur le plan des stades antérieurs.

L'asthme est apparu après le changement du domicile, dit le cas *"Maman était contre le changement du domicile...elle préfère le centre ville..., on a attendu des années"*. La mère est productrice de l'angoisse, et face à son fonctionnement et face à l'ambiguïté relationnelle, elle ne peut pas s'échapper aux projections de cette mère

dévorante, elle a dit : *"Elle fait ce qu'elle veut"*, en décrivant ses attitudes elle dit qu'elle est trop espérante *"J'étais parmi les meilleures de mon école...malgré elle n'a jamais été satisfaite..."*. Les attentes de la mère dépassent les capacités de la fille tandis que les attentes et les désirs de la fille n'auront plus de réponses adéquates.

Le père est décrit comme *un père qui n'est pas là*, toujours occupé, il est hyperactif professionnel, dès qu'il termine le travail, il commence un autre. De ce fait, il laisse un espace qui permet à la mère de le dominer, ce père est écrasé en raison des attitudes maternelles insupportables. Ce père, comme dit le populaire : *« Tombe des yeux »*, les difficultés identificatoires sont rencontrées chez l'allergique, la fonction de l'idéal du Moi est par conséquent endommagé.

Il nous apparaît que nous sommes face à un fonctionnement psychique névrotique, une organisation psychique hystérique avec des préoccupations hypocondriaques, ces préoccupations permettent de situer et de fixer l'angoisse. Balancer d'un symptôme cutané à l'autre respiratoire sur le mode psychosomatique, le symptôme affecte le corps réel, il prend une valeur langagière, il est le signe d'une souffrance.

Pendant cette période elle souffre d'énorme crise d'asthme :

Nous : *Combien de fois tu as la crise ?*

Elle : *"Toujours... et surtout dans cette période..."* (Silence)

Nous : *Qu'est ce que tu as dans cette période ?*

Elle : (Silence) *"Nous avons des problèmes"* (Silence)

Nous : *des problèmes !*

Elle : *"Mumm... (Souffle)... mon frère fugue de la maison"* (Silence)

Nous : *Oui*

Elle : *"Je vois maman angoissée... "*

Cet évènement, associé avec ses mauvais résultats scolaires de deux premiers trimestres montre l'ancrage sur le réel (pensée opératoire). Elle n'est pas angoissée à cause du comportement de son frère mais à cause du comportement de sa mère. Par son comportement de fugue, il focalise toute l'attention de la mère et ceci représente

les origines inconscientes de ces crises d'asthme. C'est un appel. De plus, lorsqu'elle aura des crises – dit elle – "*J'attends jusqu'à ce qu'elle passe*", elle n'appelle ni sa mère ni autre personne.

La mère du cas dit : "*C'est moi qui ai informé la police lorsqu'il a fui*", ceci montre le degré de la dominance de cette mère et le degré de démission de ce père. En outre, elle prend son garçon chez le *Raki* à cause de ces comportements de fugue, - nous voyons que l'acte de fugue est une affaire du psychologue et non plus une affaire du *Raki*- la dimension culturelle est bien apparente dans cette famille, l'eczéma a été guéri par une thérapeute traditionnelle, la psychose puerpérale a été guéri par le *Taleb* et enfin la fugue par le *Raki*. Seulement la mère préserve ce culte des anciens, ceci est renforcé par des facteurs :

- L'absence de la culture du psychologue ;
- Les fausses idées qu'on a du psychologue ;
- L'isolation du psychique sur ce qui est organique ;
- L'incompréhension du phénomène "*psychosomatique*".

En demandant de nous remplir les échelles (PBI ; AAI), elle demanda de rester seule, peut être à cause de ses transferts.

Les résultats de PBI confirment le rejet maternel qui est l'une des principales caractéristiques de la mère de l'asthmatique, les scores de la dimension « soins » pour la mère (21 < 27), et de la dimension « surprotection » (11 < 13.5). Malgré sa dominance sur le père, cette mère n'a pas pu soigner convenablement sa fille, cela remonte à la première année de sa vie ou la mère n'a pas investi de façon appropriée sa fille. Même elle continue de la négliger.

Pour le père, les scores peuvent apparaître significatifs, les scores de la dimension « soins » sont inférieurs à la moyenne (14 < 24). Ce père, comme il est évoqué dans l'analyse de l'entretien, est faible, dominé et fragilisé ; les scores de la dimension « surprotection » semblent compensatoire (14 > 12.5), ce cas perçoit son père comme un surprotecteur. Est ce qu'il s'agit réellement d'une surprotection où des construits fantasmatiques en lui donnant une image différente que la sienne, une image de ses désirs personnels face au rejet maternel.

En outre, l'analyse de la deuxième échelle l'AAI éclaire ce qu'a été évoqué dans l'analyse de l'entretien, les scores seront démontrés dans le tableau suivant :

<i>Styles d'attachement</i>	<i>Scores obtenus</i>
Sécurisant	15
Évitant	20
Anxieux-ambivalent	11
Continuum sécurisant-évitant	31
Continuum non anxieux-anxieux	15

Les scores nous ont paru élevés, les différences sont majeures, son attachement est insécurisant du style évitant. Pour Sperling : *" Le comportement d'attachement évitant s'installe lorsque la figure significative ne répond pas aux besoins de support, d'affection, d'attention et d'exploration de l'enfant de façon constante et appropriée"*. (Sperling. M, 1994, p. 50). L'enfant s'apprend à anticiper les comportements rejetants de sa mère en devenant évitant dans son contact avec elle. Cela est pour ne pas revivre l'expérience du rejet, qui lui est insupportable, de la figure significative.

La blessure narcissique due au rejet, à l'absence de la mère et aux besoins de contact n'ayant pas été comblés par la mère, s'illustre par l'insécurité qu'elle perçoit en contact avec un étranger, ce que derrière sa demande de rester seule pendant la passation des échelles.

Son corps bascule d'une maladie à une autre, l'obésité de son enfance est le signe d'une défaillance de la fonction maternelle, Golse. B (2008) signale : *"Plus l'image maternelle a été investie, plus sa mentalisation sera efficace"* (p. 298), après avoir rejeté, la mère tend à masquer son rejet par la surprotection, l'eczéma aussi représente un signe d'un insuffisant investissement maternelle précoce et l'asthme constitue l'appel à cette mère indifférente. De ce fait, ce cas vient à la négation de son identité, elle éprouve son corps et ses sensations comme ne lui appartenant pas. La mère est dés-idéalisée, son image identificatoire est altérée, la quête identitaire est

formellement déraillée. La constitution de l'identité, selon la psychanalyse, nécessite : " *un sentiment de sécurité interne...des investissements positifs*" (Ferragult. E, 2000, p. 91), ce sentiment de sécurité permet l'acquisition d'une confiance minimale dans le présent et l'avenir, et fournira à l'adolescent une raison suffisante de vivre, si ce sentiment n'est pas installé, la remise en question lors des déconvenues narcissiques sera forte.

Sa capacité de mentaliser est à *fortiori* incertaine, ce qui en résulte des somatisations fonctionnelles (obésité, eczéma, asthme) (Ranty. Y, 2001, p. 193), c'est ce que derrière ses rechutes. Le déménagement a été un événement désorganisateur - sous l'effet des difficultés relationnelles - qui a bloqué l'imaginaire et a rendu difficile la capacité d'élaborer, de prendre du recul par rapport à l'événement. "*La capacité de mentalisation est basée sur la valeur adaptative de l'attachement*". (Guedeney. N et Guedeney. A, 2006, p. 55)

Passant d'une douleur corporelle à l'autre, l'éprouvé psychique supporte la douleur, elle est ancrée dans son vécu. "*La première analyse de Freud est que la douleur psychique provient, en analogie avec la douleur physique, d'un excès d'excitation que le système pare-excitation du Moi n'est pas en capacité de gérer. Plus tardivement, il ajoute que la douleur peut aussi venir d'une rupture de barrières de protection, sans excès d'excitation*". (Millet. P, 2006, p. 04) son existence est réalisée à travers ce sentiment, c'est comme de dire *vive la douleur*.

La tendance à montrer son corps à travers la maladie est le signe de plusieurs difficultés, le père absent dans sa présence n'a pas permis une organisation idéale de la relation mère-enfant, les identifications seront ardues. Accepter la mère qui ne l'accepte pas lui plonge dans une contradiction, la mère est non plus son image idéale. Le narcissisme blessé de ce cas devient un persécuteur interne, le risque de perdre ses qualités d'adaptation et de s'engager dans un processus susceptible de mettre en danger son sentiment d'identité.

### Cas 3 : Rym

Le cas dénommée Rym âgée de 14 ans, souffrante d'un asthme depuis l'âge de deux ans. Nous l'avons rencontrée au service d'Unité de Dépistage et du Suivi Khecha Ahcène –Jijel.

Notre première rencontre a été au CEM, elle a été perturbée, nous lui avons demandé de nous rejoindre au bureau du service. Nous avons demandé avec lequel de ses parents préfère-t-elle venir, elle nous a répondu : "*Avec ma mère*".

Nous présentons le cas de façon thématique en respectant en partie l'ordre chronologique de son développement, des événements et de l'apparition de l'asthme.

#### A. Présentation du sujet :

##### 1. Données factuelles et biographiques :

Le cas Rym est né en 1995, elle est la deuxième d'une fratrie de deux filles, l'aînée née en 1994. Elles vivent, avec leur mère, dans un quartier de bidonville depuis le divorce de leurs parents en 1997.

Elle a des crises d'asthme depuis l'âge de 2 ans, elle a été hospitalisée plusieurs fois pour de longue durée, elle a perdu une année scolaire à cause d'une hospitalisation. Elle n'a aucun suivi médical faute de moyens, dit-la mère, c'est une femme au foyer.

Elle n'a pas été allaitée par la mère, elle refusa le sein maternel.

##### 2. Histoire de la maladie :

Elle ne présente aucun souci de son état sanitaire "*Je m'en fiche*", son asthme commença à l'âge de 2 ans, sans aucun événement remarquable, dit-la mère, c'était soudain.

Elle a été hospitalisée consécutivement à l'âge de 4 ans et de 7 ans pour de longue durée, l'abandon de leur père et l'indifférence de la mère sont remarquables.

## **B. Analyse :**

Esprit enfantin, timidité et respect de l'autre. Elle nous a rejoints au bureau au moment précis avec sa mère. Elle nous a apparu inquiète, frayed et close. Elle évita intelligemment nos questions sur leur logement et les causes de divorce de ses parents.

Sa famille est sans logement personnel, elle traîne d'un bidonville à un autre, les parents sont séparés. Nous sommes face à une famille monoparentale, la mère garde ces deux filles, en droit, elle a le droit à un logement, cependant, cette femme a demandé le divorce, de ce fait, elle perd ce droit.

Dans le contexte algérien, la femme divorcée a un statut social différent de ce lui de la femme mariée, de la jeune et un peu de la veuve. Le divorce survient comme un malheur. Le statut de divorcée, en arabe dialectal "*Hadjala*" produit socialement de la suspicion, de la méfiance parce qu'elle se retrouve sans « protection d'un mari » et sans « maison ». Comme le rappelle très justement Pheterson (2001), "*Les femmes en situation de transgression sont vues comme mauvaises ou déchues, mauvaises si c'était motivé par leur intérêt propre, déchues si elles ont été la proie d'un dessein masculin malveillant*". La femme divorcée est perçue comme une "*étrangère*", elle a rompu avec la norme sacrée du mariage, elle devient "*autre*".

Les membres de la société posent plus de questions : Comment va-t-elle faire pour satisfaire ses besoins sexuels en l'absence du mari ? Le risque est donc grand qu'elle soit amenée à entretenir des rapports avec les hommes en cachette, derrière le dos des hommes de la famille, c'est ce qu'ils redoutent le plus, c'est ça leur hantise. C'est la sexualité en dehors du mariage des femmes de la famille, pour plus des hommes, la divorcée est un objet parfait de désirs sexuels car on ne craint rien sur la question de virginité.

Il est important de signaler que la famille algérienne est une famille polygamique, l'homme a le droit de se marier quatre fois, par contre la femme a le droit de se marier une seule fois, pour avoir un deuxième mariage, il faut qu'elle se divorce légalement du premier, la polyandrie est interdite par la loi juridique et par la religion du pays.

Cette famille de trois membres féminins est isolée, ni père, ni oncle, ni grand-père qui les prenne en charge. Le logement est le témoin, cette femme par sa demande du divorce perd le droit du logement et de financement ; seulement la mère qui les prend en charge, par quels biens ? Par quelle source ? Est ce qu'elles sont satisfaites ?

*"La famille monoparentale dont le chef est une femme court le risque d'être économiquement défavorisée"*, (Conseil de l'Europe, 1997, p. 14), dans ce cas, les autres voies du travail sont ouvertes, généralement, ces femmes exercent le ménage.

Leur divorce remonte à la première année de leur mariage, après un an les problèmes ont commencés, ce père est un ivrogne : *"Il m'a promis de cesser de boire"*, et c'est la chose qu'il n'a pas faite, *"Il a été buveur... à sa rentrée à la maison...Il détruit tout ce qui vient devant lui"*. Les comportements de ce père ont forcés la mère à sortir de la maison en prenant sa première fille avec elle, puis les deux familles ont trouvé un compromis qui n'a pas duré longtemps (1 an).

Pendant cette période de compromis, Rym est née, ce père reste sur ses habitudes, toujours buveur, toujours destructeur : *"Avec sa mentalité, personne ne se rapprochera de mes filles..."* la mère demanda le divorce.

Parlant de la période prénatal, elle exprime son malheur, elle n'a pas désirée avoir cet enfant, elle l'exprime de façon directe : *" Je n'avais pas le désir d'avoir un enfant "*. Pour elle, c'est fini, le système matrimonial est dispersé. S. Freud a dit : *"Même un enfant non désiré a un objet d'amour : le sein de sa mère. Il ne peut, toutefois, qu'intégrer cet objet en lui et le traiter comme une partie de lui même"*, (Szwec. G, 2001, p. 1795) le point de vue freudien permet de considérer que ce qui fait défaut, c'est l'objet libidinal à l'extérieur, et que le fait d'être « non désiré » – qui semble pouvoir être compris comme « ne pas être suffisamment investi par cet objet » – conduit l'enfant dans cette situation à un repli narcissique, le statut d'objet interne à cet investissement maternel désorganisant.

De plus, Rym n'a pas été allaitée, et nous savons qu'à travers l'allaitement le petit peut se décharger : *" Par la relation qu'il entretient avec sa mère, le tout-petit fait l'expérience d'un monde subjectif, dans lequel ce qu'il perçoit de ses sensations et émotions et ce qu'il perçoit provenant de sa mère restent intimement liés"*. (Jacquet-

Smailovic. M, 2003, p. 19-20). Sur cette base que l'enfant va acquérir le sentiment qu'il existe à l'intérieur de la *mère nourricière* un espace dans lequel il peut projeter ses états de détresse et les recevoir dépouillés de l'excès de douleur psychique. Privée de cette mère nourricière, elle projeta ses frustrations, tardivement, dans son propre corps.

Par les mécanismes d'introjection de bon objet et la projection de mauvais objet se dessine deux « seins » : "*Le bon sein*", celui qui cale, satisfait, comble et apaise la faim de l'enfant dans des conditions affectives positives, avec amour, tendresse et présence, et "*Le mauvais sein*" celui qui effraie, frustre et refuse. Le "*sein mauvais*" est aussi bien le *sein absent*, ne remplissant pas le désir libidinal de l'enfant. Avec le temps, l'enfant sort du clivage, il n'y a plus le mauvais et le bon sein, il y a la bonne mère et la mauvaise mère.

Cette mère, écrit G. Szewc (2001), "*La fonction de d'intrication pulsionnelle jouée par une mère pour son enfant, permettant à celui-ci de supporter son absence et de supporter d'être désinvesti transitoirement par elle, est en effet déterminée par l'intrigue amoureuse dont cet enfant est issu et évincé en même temps*". Il ajoute que la mère est « *intrigante* » avant d'être « *intricante* », la première possède des capacités convenables d'investissement et la deuxième au contraire elle est embrouillée.

Rym évite de parler sur le sujet de divorce, ses réponses ont été corporelles par le mouvement de ses épaules, il semblait que ce sujet n'est plus intéressant pour elle, de même, la mère nous a dit que : "*Nous avons oublié toutes ce sujet*". Ne plus aborder le sujet de divorce illustre que ce sujet fait encore beaucoup de mal à la mère et aux filles. Le refoulement par inhibition est opérationnel.

L'asthme est apparu à l'âge de deux ans, la mère ne remarque pas un évènement causal (allergène), c'était soudain. Le deuil et la dépression sont remarquables chez la mère de ce cas, son nouveau statut de femme divorcée le plongea dans une vaste dépression : "*L'impossibilité pour une mère gravement déprimée de répondre à la détresse originaire de l'enfant créera chez celui-ci une faille difficilement réversible de son système « pare-excitation »*" (Couchard. F, 2003, p. 152). Sa fille n'était qu'un organe qui lui appartient, plutôt rejetée, cette mère n'a pas désirée d'avoir un enfant,

elle le ré-exprime par de différentes façons, avec le temps, elle devient maltraitante. Rym a dit : *"Elle me donne des coups...presque toujours"*, la mère a confirmée ces dires en présentant une culpabilité, la mère par l'acte de punir et par l'autopunition est à la recherche de bénéfices masochistes pour continuer de survivre avec le divorce.

Pour Odie Bourguignon *et Coll.* (1985) : *"Le divorce est un indice de dérèglement psychologique des parents et un facteur pathogène pour l'enfant"*, le risque de rechute des résultats scolaires, de psychopathologie et de somatisation est soutenu ; pour ces auteurs, l'enfant du divorce est qualifié comme un handicapé social, l'accession social semble difficile pour cet enfant, car la séparation parentale est la cause de perturbations réduites à la seule dimension psychopathologique affirme ces auteurs.

La dispersion du système matrimonial agit de façon concomitante sur les modalités d'interaction de cette mère avec sa petite fille, nous supposons l'absence des réponses maternelles adéquates. Le tout est amené dans un conflit ce qui impose une relation fusionnel liquéfactive ou l'enfant ne peut pas l'élaborer, l'enfant est le lieu des projections de la dépression maternelle.

Elle dénie son asthme, elle n'a aucun suivi, c'est son choix, elle est indifférente vis-à-vis de sa maladie, elle se présente comme victime des maltraitances maternelles, mais qu'est ce qui est derrière cette victimisation ?

Chez notre cas, il apparaît qu'elle est la victime de la famille, du divorce, des violences paternelles et des maltraitances maternelles. La carence du père dans sa fonction symbolique laisse à la mère la possibilité d'entretenir avec sa fille une relation fusionnelle, le père dans sa fonction de représentant de la loi symbolique empêche la mère de se faire comme une mère abusive.

*"La demande de dépendance est fortement intriquée avec cette victimisation"* (Haynel. A, 1987, p. 138), Rym utilise sa maladie pour mobiliser son entourage indifférent, en particulier sa mère, c'est comme de dire *je suis malade, ne me tape plus*. La crise d'asthme pour elle ne constitue qu'un appel de ce qu'elle a vécu avec sa mère abusive, tantôt surprotectrice, tantôt rejetante.

Malgré ses attitudes et son divorce, le père reste proche de sa famille, il les prend en soins, Rym a dit : " *Papa ne nous abandonne pas, il vient nous rechercher à l'école, il nous envoie l'argent, des vêtements et des articles scolaires* ". Mais ceci reste insuffisant, car rester privée d'un père existant sur le plan réel semble injuste.

Son organisation psychique n'est, nous semble, pas encore stabilisée, ce cas de 14 ans est dans la phase de préadolescence.

L'étude de son PBI confirme les attitudes ambivalentes de sa mère, les scores de la dimension « soins » sont moins que la moyenne ( $22 < 27$ ), c'est le rejet de la mère de l'asthmatique, pour la dimension « surprotection », les scores sont supérieurs que la moyenne ( $22 > 13.5$ ), cette mère est surprotectrice. La mère de l'asthmatique est saisie entre le rejet et la surprotection, le rejet masqué par la surprotection est ressenti à travers les dires ou à travers l'échelle. Nous observons qu'elle a émis deux réponses différentes à la première proposition (*Me parlait avec voix chaleureuses*) et, elle n'a pas répondu à la seizième proposition (*Me faisait sentir que j'étais indésirée*).

Pour le père, les scores sont compensatoires, ce père éloigné tend à compenser ses attitudes d'absence, avec sa fille il se comporte comme un père idéal. Les scores de la dimension « soins » sont supérieurs que la moyenne ( $26 > 24$ ), même les scores de la dimension « surprotection » sont élevés ( $32 > 12.5$ ), le père est perçu comme l'idéal, soignant et hyperprotecteur, soignant en fonction du rejet de la mère, hyperprotecteur en fonction de ces attitudes violentes et de son divorce, il nous semble que ce père est culpabilisé de ces faits.

Nous révélons les résultats suivant de l'analyse de l'AAI :

<i>Styles d'attachement</i>	<i>Scores obtenus</i>
Sécurisant	11
Évitant	11
Anxieux-ambivalent	16
Continuum sécurisant-évitant	20
Continuum non anxieux-anxieux	17

Les attitudes de la mère en tant que première figure d'attachement ont produit un attachement anxieux-ambivalent, l'attachement de ce cas est un attachement insécurisant caractérisé par l'anxiété et l'ambivalence. La personne ayant le style d'attachement anxieux-ambivalent *désire vivre beaucoup d'intimité avec sa figure d'attachement quand bien même cette dernière est proche ou désire s'éloigner. Hazan et Shaver (1987) expliquent que l'enfant présentant un style d'attachement anxieux-ambivalent recherche désespérément le contact avec la figure significative ayant été ambivalente. Cette personne démontre un faible niveau d'autonomie et une peur marquée d'être abandonnée par la figure d'attachement.* (Sperling. M, 1994, p. 50)

Selon son histoire, la mère l'a rejetée dès les premiers moments, son asthme précoce est un témoin de la défaillance de la fonction maternelle. Cette fonction est conditionnée par la fonction paternelle, *"Le père soutient, étaye la mère dans son investissement du bébé, dans son dévouement, dans « sa préoccupation maternelle précoce » dit Winnicott"* (Chabert. C et Coll., 2007, p. 103), dans ce cas, nous sommes face à un échec de la fonction parentale.

Les mères des enfants à attachement anxieux-ambivalent ne seraient pas cohérentes dans leur disponibilité face aux besoins de leur enfant : parfois, elles répondaient à leur bébé mais à d'autres moments, elles ne répondaient pas. (Zech. E, 2006, p. 154), cette incohérence est apparente aussi à travers le PBI, la mère est perçue hyperprotectrice et rejetante à la fois.

L'entourage est mobilisé par son corps malade, être malade révèle dans l'autre des sentiments d'inquiétude et d'angoisse, voire dépression. Son état de mal est utilisé pour contrôler le groupe familial, cette priorité est induite par la pauvreté des moyens d'expression, les violences maternelles sont en quelques sortes des moyens d'expression d'in-désir, la relation établie avec son corps malade et maltraité est un instrument de pouvoir sur l'ensemble de la constellation familiale.

#### Cas 4 : Sonia

Le cas dénommée Sonia âgée de 15 ans, souffrante d'un asthme depuis l'âge de trois mois. Nous l'avons rencontrée au service d'Unité de Dépistage et du Suivi Lahziel Omar ville de Jijel.

Notre première rencontre a été au CEM, elle a été très perturbée, même le surveillant général a donné l'observation. Nous lui avons demandé de nous rejoindre au bureau du service. Nous avons demandé avec lequel de ses parents préfère-t-elle venir, elle nous a répondu : "*Avec mon père*".

Nous présentons le cas de façon thématique en respectant en partie l'ordre chronologique de son développement, des événements et de l'apparition de l'asthme.

##### **A. Présentation du sujet :**

###### 1. Données factuelles et biographiques :

Le cas Sonia est née en 1994, elle est la deuxième d'une fratrie de trois filles et un garçon, l'aînée est née en 1993. C'est la deuxième fille, après elle une autre sœur.

Vivent tous ensemble dans la grande maison avec leurs oncles paternels et leurs grands parents.

Elle présente un asthme depuis *sa naissance*, elle n'a pas de suivi médical, malgré que son père est un infirmier, sa mère est au foyer.

Nous n'avons pas pu cumuler des informations sur la période de son allaitement et le début de la marche, elle a été accompagnée par sa tante. La mère refusa de l'accompagner. Nous signalons que notre cas est bégaie.

###### 2. Histoire de la maladie :

Tombe malade depuis le début de la vie, c'est l'asthme du nourrisson, le système d'interaction de mère-enfant est au centre de la problématique de ce cas.

Elle tombe malade de temps en temps, généralement c'est des allergies, aux yeux et sur la peau.

## **B. Analyse :**

Dès sa rentrée, elle a dit qu'elle est trop à l'aise avec nous "*Quand je t'ai vu à l'administration de l'école, j'ai rien appréhendé*". Dans ses dires elle présente un état de peur de l'étranger, elle dit le contraire de ce que nous avons remarqué, elle a été perturbée jusqu'au point de rechercher un contact corporel avec sa copine.

Sa famille est une famille nucléaire et souche, la grande maison est composée par des appartements ou chaque oncle occupe un appartement indépendant. Dans la famille traditionnelle, les membres de la famille partagent la même cuisine, et sous l'influence des facteurs socio-économiques, le nombre des cuisines de la famille est redoublé, chaque membre marié aura sa propre cuisine et ses propres annexes. C'est un nouveau type de famille qui est ni souche, ni nucléaire, il est entre la famille souche traditionnelle et la famille nucléaire moderne, nous l'appelons la famille nucléairo-traditionnelle.

Dans cette famille, il y a trois oncles de ce cas, le grand oncle et sa famille – elle nous rejoint avec la femme de son grand oncle – son père et le petit oncle. Elle parla beaucoup des comportements de ce dernier, elle le désigne comme *injuste*. Avec son esprit enfantin, elle a dit : "*Il nous heurte sans aucune cause...mais sa fille, il n'a jamais touché*". Dans la grande famille, la responsabilité de l'éducation est prise par tous les membres, les oncles, les tantes et les grands-parents, cette famille nucléairo-traditionnelle garde des caractéristiques de la famille souche traditionnelle, cette famille est entre tradition et modernité, entre groupalité et individualisme, entre cohésion et fission, son principe balance entre tous pour tous et chacun pour soi.

De ce fait, l'enfant de cette famille ni plus l'enfant de toute la famille, comme il est le cas de la famille traditionnelle. On particularise le mien et le votre, la compétition pour que le mien soit le meilleur s'émerge. L'enfant est soumis au discours parental variable, entre *la raison de vivre subjective* de la famille nucléaire moderne et entre *la responsabilité d'honorer ses parents* de la famille souche traditionnelle.

Dans leur nucléarité, le père occupe deux postes de travail, infirmier à l'hôpital et à une clinique privée, la mère au foyer. Nous avons demandé pourquoi elle n'est pas

accompagnée avec l'un de ses parents ? *"Mon père m'a dit, c'est ta mère qui doit t'accompagner, demande-le-lui "*. Le père semble indifférent à cet égard, ça peut qu'il est démissif, il est infirmier or sa fille asthmatique n'a aucun suivi médical. La mère refuse de l'accompagner, selon elle : *"Elle est à Alger"*, la tante a infirmé ce propos, la mère refuse d'accompagner sa fille.

Discutons sur sa mère, elle exprime de façon directe et franche la négligence maternelle : *"Elle favorise ma grande sœur, et mon petit frère et la plus petite. Elle le dit plusieurs fois, cependant mon père me gatte beaucoup"*, la relation avec sa mère semble frustrée. La tante voit aussi un état de négligence de la part de la mère sans croire une cause spécifique.

Nous la renvoyons par nos questions à la période de la naissance de notre cas, c'était la deuxième fille : *"C'était normal"*. Mais, elle a été témoin, la mère de Sonia craignit le divorce, la belle mère insiste sur le fait que la femme doit avoir un garçon. Dans la famille traditionnelle, les parents, par leur autorité, peuvent choisir la femme de leurs enfants, et peuvent aussi le divorcer et le remarier une autre fois. Le travail de famille algérienne traditionnelle était la *terre* (l'agriculture), les anciens préfèrent le garçon parce qu'il est capable de travailler comme agriculteur. (Abbassi. Z, 2006). En outre, la terre symbolise la fertilité et la fécondation, cet agriculteur qui tourne la terre et creuse des sillons est capable de la féconder en utilisant le socle qui représente une pénétration d'un phallus.

Par ailleurs, ils préfèrent le garçon que la fille parce que le garçon assure la continuité du nom familial, le garçon prend le flambeau, il honore la famille. C'est cet homme qui va assurer le sang familial, c'est ce qui derrière le désir d'avoir beaucoup de garçons chez la famille traditionnelle.

La mère est intriquée dans la problématique de ces beaux parents, avoir deux filles représente, pour elle, le certificat de divorce, la tante affirme : *"Mes beaux parents ont été difficiles...ils contrôlèrent tout, même les salaires de leurs fils"*. Le parent traditionnel encaissa le revenu de travail de son fils, ce parent est le premier et le dernier responsable de la maison, il assure l'alimentation de toute la famille. Cette deuxième fille créa des problèmes pour cette mère ; dans le présent, ces comportements de négligence et de rejet remontent à cette naissance non souhaitable,

le désir d'avoir un garçon lui plongeait dans un conflit interne. Par conséquent, cette mère rejette son nouveau né.

L'asthme de nourrisson est le résultat des conflits de cette mère, avoir un garçon compense son désir de phallus, avoir une fille augmente son angoisse de castration. Dans notre culture on dit la femme qui procrée des filles est menaçante de son époux, ce conflit imposé avec ces beaux parents est projeté sur ce nouveau né : *"La mère qui entre en conflit avec d'autres substituts maternels : nourrice, grand-mère, père, impose à son bébé une pseudo-triangulation précoce qu'il ne peut élaborer, elle surinvestit son enfant et désire inconsciemment le ramener à l'état fœtal"* (Bergeret. J, 1976, p. 263). La mère contre-investit les manifestations, les demandes et les attentes de son nourrisson, par conséquent, *le refoulement primaire est exagéré*. Le surinvestissement maternel augmente la fonction pare-excitation et bloque l'auto-érotisme par lequel l'enfant pourrait fonctionner en dehors d'elle, Marty signale : *"Le système pare-excitation, joue un rôle capital dans la fonction maternelle : celui d'éviter que le nourrisson reste soumis à des excitations trop fortes et trop durables, qu'il s'agisse d'excitations extérieures [...] ou d'excitations intérieures. Des excitations trop intenses et trop prolongées, en raison de leur effet traumatique durable, conduisent à une désorganisation du nourrisson"* (Doucet. C, 2000, p. 60-61).

J. Lustin avance que *l'auto-érotisme défaillant ne peut être lié aux représentations de l'objet elles aussi défaillantes* (Bergeret. J, 1976, p. 263), il y a impossibilité d'élaborer l'absence d'un objet qui n'a jamais été absent, la mère est absente dans sa présence, le fait clinique constant : le sourire perpétuel et l'absence apparente d'angoisse. *"Il y a fixation et échec au premier organisateur avec absence d'angoisse devant l'étranger (c'est-à-dire le non-père, la pseudo-triangulation précoce s'effectuant avec d'autres figures maternelles)"*. Ceci est le mécanisme de la dynamique psychique de l'asthme du nourrisson, le corps est utilisé comme le lieu où se projettent, se combinent et se négocient les fantasmes des parents.

Parlant de sa maladie, elle dit qu'elle a mal vécu, et a mal supporté les crises ; les facteurs déclencheurs sont souvent psychiques : *"Quand quelqu'un me parle avec une haute voix, quand je me trouve dans un endroit enfermé et quand je cache quelque chose à l'intérieur de moi"*, le mécanisme psychosomatique est opérant chez

ce cas, les décharges se font à travers et sur le corps. Elle présente une grande sensibilité au discours de l'autre, les crises d'asthmes sont, en quelques sortes, des crises d'expression et d'expulsion. Cela renvoie à la qualité de structuration de l'enveloppe sonore et de Moi-peau et le Moi-psychique par la suite, *"Le bébé est lié à ses parents par un système de communications véritablement audiophonique"* (Anzieu. D, 1995, p. 188). Edith Lecourt montre que l'enveloppe sonore de la mère constitue pour le nourrisson un premier pare-excitation, la tante confirme : *"Sa mère a passé des moments délicats après la naissance, elle a pleuré des jours et des nuits dans sa chambre"*. Le cas a été exposée aux cris et aux pleurs de sa mère, le fantasme de la voix maternel est renversé, le discours maternel n'est plus un opéra céleste, il est devenu un opéra de cris, cette voix est réduite à un cauchemar. La mère a été persécutée par ses beaux-parents, elle s'est enfermée sur elle, ces sentiments de persécution et de honte sont projetés sur son bébé, conçue pour elle comme *mauvais bébé*, source de ses problèmes et de sa castration.

En d'autres termes, les qualités et les attitudes de la mère, comme premier et seul objet, sont incorporés d'une mauvaise façon et en conduit à construire sur le plan fantasmatique *une mauvaise mère*, qui n'a pas répondu convenablement aux attentes de son nourrisson. Par conséquent, les identifications à cette mauvaise mère seront pénibles, le refus de la mère est mal accepté, notamment si nous connaissons que *l'incorporation constitue le prototype corporel de l'introjection et de l'identification*. (Laplanche. J et Pontalis. J.B, 1978, p. 200)

Les cris et les pleurs de la mère sont en quelques sortes le prototype de formation de symptôme asthmatique, par identification projective aux sonorisations, l'asthme se déclenche vers l'âge de trois mois, dans la période de constitution de l'objet. M. Klein décrit que cet état où le sujet se trouve dominé par les pulsions agressives et destructrices s'identifie au mauvais sein. Ceci s'accomplit par les fantasmes d'appropriation et d'introjection pour détruire le sein « ennemi ». De ce fait, l'asthme ne constitue qu'une punition à cette mauvaise mère, il est donc une réaction émotionnelle à des conditions défavorables auxquelles cette fille est soumise. *"L'identification à la mauvaise mère livre le corps à toutes sortes de problèmes physiques et psychiques qui sont les symptômes d'une profonde angoisse née de cet empoisonnement corporel graduel"* (Brinda. J, 1992, p. 50)

Durant l'entretien, elle exprime qu'elle se sent des resserrements dans les endroits fermés ou dans les endroits où se trouve avec beaucoup de gens, ça peut même déclencher des crises chez elle. Son fonctionnement psychique associé à cet asthme est une hystérie d'angoisse, selon J. Lustin, la caractéristique de l'asthme du nourrisson : *"Il y a fixation et échec de constitution d'une phobie primaire. La crise équivaudrait donc alors à l'impact somatique non élaboré en non élaborable sur le plan mental"* (Bergeret. J, 1976, p. 263). Son angoisse est, de plus en plus, diffusée sur des objets externes (oncle, sœurs, frère et la mère), de plus les origines de son bégaiement ne sont que névrotique.

A la demande de remplir la première échelle, elle resta surprise, les énoncés de PBI, coté mère, ont été difficiles à mentaliser, voire immentalisable. Elle n'a pas pu répondre qu'aux trois premiers énoncés, à ces moments, elle sentit des resserrements et commença de souffler rapidement. Elle se sente étouffée en lisant les attitudes de la mère, c'était un début de crise d'asthme.

Nous sommes face à une mère envahissante, n'acceptant pas les failles de sa fille, elle veut que sa fille soit la meilleure, surprotectrice qui masque un rejet profond, nous avons essayé de la calmer. Puis, elle demanda de remplir le coté père, nous remarquons qu'elle a perdu ces resserrements, elle a été très heureuse.

A travers le PBI, elle a décrit un père trop soignant ( $31 > 24$ ), aussi hyperprotecteur ( $24 > 12.5$ ), face à la mère rejetante le père est l'abri, l'attachement à ce père est en question. La relation entreprise avec la mère est une relation insuffisante en termes de sécurité affective et de satisfaction pulsionnelle primaire, les identifications à cette mère ont connu des contraintes, elle ne constitue pas l'image maternelle idéale. Elle évite de répondre aux énoncés concernant les attitudes de la mère par défaut du Moi, les affects liés aux représentations maternelles provoquent l'angoisse.

L'analyse de la deuxième échelle confirme ce qui a été décrit au cours de l'entretien, le tableau indique les résultats :

<i>Styles d'attachement</i>	<i>Scores obtenus</i>
Sécurisant	15
Évitant	18
Anxieux-ambivalent	04
Continuum sécurisant-évitant	23
Continuum non anxieux-anxieux	09

Selon les chiffres recueillis, ce cas a développé un attachement insécurisant, style évitant qui est selon Ph. Mazet : *"L'individu n'a aucune confiance dans le fait que, s'il recherche des soins, il lui sera répondu de manière utile, mais il s'attend au contraire d'être repoussé. Il tente de vivre sa vie sans amour ni soutien de la part des autres. Il essaye de se suffire à lui-même sur le plan affectif et peut être diagnostiqué comme « narcissique ou ayant un faux-self »"* (Mazet. Ph, 2003, p. 87). Chez notre cas, la mère est rejetante, ceci est exprimé par le cas et confirmé par la tante. De plus, la recherche d'indépendance est soumise aux exigences maternelles, ce style d'attachement est la conséquence du fait que la mère d'un tel individu le repousse quand il s'approche d'elle pour rechercher réconfort et protection, *les cas les plus extrêmes proviennent de rejets répétés et de mauvais traitements* conclut Ph. Mazet.

A. Guedeney ajoute : *"Un attachement insecure évitant serait corrélé chez la mère à une gamme émotionnelle restreinte, ainsi qu'à une difficulté dans la proximité physique"* (Guedeney. A et Coll., 2001, p. 31), la mère par ses attitudes aux premiers moments de la vie de son nourrisson, l'implique dans un air frigidé, elle ne le désire pas, par les sentiments de frustration il développe un attachement évitant et craintif.

En outre, les origines psychiques de son bégaiement, si l'on considère comme symptôme qui a un sens inconscient et une valeur pulsionnelle, peut être *inscrit comme métaphorique d'une relation perturbée*. Le lien particulier qui lie l'enfant à sa mère est un lien de toute puissance (Winnicott, 1971), où la mère fait violence à son enfant par l'interprétation qu'elle donne du ressenti de celui-ci, interprétation pourtant nécessaire à l'entrée dans le langage. S. Le Huche écrit (1992) : *"La mère, face à cet*

*enfant –là, serait incapable de porter en elle les éprouvés de l'enfant et de les métaphoriser dans les mots. Qu'est devenu alors au cours des premiers temps la certitude de la présence de l'autre, de l'écoute de la mère ? Face à l'absence, l'enfant n'aurait-il pas fait le pari un jour de parler sans interlocuteur et de mettre des mots pour dire mais non exprimer les désirs ?" (Chevrie-Muller. C et Narbona. J, 2007, p. 441). Cette citation semble confirmer ce qui a été évoqué dans l'analyse, les attitudes de la mère sont au centre du jeu langagier. Pour d'autre auteur, comme Anzieu (1989) et Wyatt (1969) cité par Chevrie-Muller (2007. P. 441), voient l'origine du bégaiement dans une attitude de surprotection de la mère, cachant un rejet inconscient, un autre témoignage sur les attitudes de la mère et sur la constitution de l'enveloppe sonore.*

## **II. Discussion :**

Nous avons mis comme objectifs de cette recherche *identifier* les styles d'attachements d'adolescents asthmatiques, et de *décrire* les principales caractéristiques de leurs parents, et d'*analyser* la mise en œuvre du processus de l'attachement dans la maladie de l'asthme.

L'identification du style d'attachement des adolescents asthmatique a été effectuée par l'instrument Adult Attachment Interview. Nous remarquons que ces adolescents ont développés des attachements insécurisant caractérisé par l'évitement, l'ambivalente et l'anxiété. Les cas analysés, par la visée exploratoire de cette étude, ont connu d'importants bouleversements dans leur vie relationnelle, notamment avec la mère et durant la première année de la vie, voire dans leur vie prénatale. Thibeault (2002) a mentionné des facteurs qui influent négativement sur la qualité d'attachement en cas de séparation, ces facteurs sont :

- L'âge du jeune ;
- La relation mère-enfant avant la séparation ;
- Les caractéristiques personnelles de l'enfant ou de l'adolescent ;
- Les expériences antérieures de séparation, la durée de la séparation ;
- La situation du jeune à la suite de séparations successives et les effets de l'environnement étranger.

A côté de ces facteurs, les résultats de cette étude nous permettent de supposer d'autres facteurs, dont le facteur primordial est *le désir d'avoir un enfant*, ce facteur sur lequel nous insistons trop. La mère qui ne désire pas avoir un enfant ne peut plus interagir de façon convenable avec son enfant, l'attachement insécurisant se développe en raison de cette base de communication inconvenable. Voyons le premier cas, ou nous étions face aux trois styles d'attachements, dans ce cas, la séparation ultérieure d'avec le père l'a plongée dans un deuil interminable qui agissait sur son attachement. Par contre, le troisième cas ou la mère a exprimé son in-désir d'avoir un enfant, il en résulte un attachement anxieux-ambivalent.

Un deuxième facteur, que nous supposons, est *le rapprochement entre les naissances*, le rapprochement entre les naissances a un impact au fur et à mesure sur

la qualité d'attachement. Dans notre culture on doit avoir beaucoup d'enfant le plus vite possible, les naissances rapprochés ne permettent pas un investissement approprié de la mère à son enfant et vice versa. Particulièrement dans le cas des familles nucléaires ou la mère joue l'unique et la seule figure d'attachement, dans le cas des familles souches, on peut trouver d'autres figures d'attachement subordonnées.

Un troisième facteur supposé est *le rejet inconscient de la mère*, dans cette problématique s'insère des facteurs culturels. L'exemple de deuxième cas, la mère désire avoir un enfant, mais cet enfant doit être de sexe masculin, malgré le désir ce cas a développé un attachement évitant, même chose pour le troisième cas ou le rejet était plus ou moins conscient. Dans le contexte de rejet, P. Osrieth a écrit : "*L'enfant rejeté en quelque sorte convaincu de sa non-valeur, paraît singulièrement porté à s'arranger toujours de manière à se faire rejeté par autrui, entretenant ainsi sa vie durant l'insécurité qui a découlé du rejet initial*" (Osrieth. P, 2004, p. 79).

Le dernier facteur est *les caractéristiques de la mère*, sur le plan psychique sous-tendu par des contraintes culturelles, le garçon représente le phallus de la mère, exemple du quatrième et de deuxième, ou la mère a été débordante, entre ses désirs et leurs réalisations : "*Si son enfant est un objet phallique qui la comble, il n'est rien d'autre qu'un objet partiel venant vérifier l'équation connus « pénis=enfant », comme si l'objet phallique pouvait subsumer tous les autres objets partiels*" (Bergès. J et Balbo. G, 2000, p. 112), le phallus dans notre culture n'est constitué que par le garçon.

Les caractéristiques des parents agissent de façon concomitante sur la qualité d'attachement, ces caractéristiques ont été décrites à travers l'instrument *Perception des attitudes et comportements des parents par leurs enfants*, et à travers l'entretien. Les résultats obtenus maintiennent les résultats antérieurs sur la famille de l'asthmatique à l'image des études de M. De Boucaud 1985. Le père est absent, parfois, à cause de son hyper-professionnalité dans le deuxième et le quatrième cas. La régulation de la relation avec la mère se fait à travers le rôle du père, tandis que la mère par ses attitudes fragilise ce père, le rend incapable et le soumet ; dans le premier et le troisième cas, le père est absent ou inexistant à cause de la mort et de divorce, les scores de la dimension soins de deuxième cas illustre l'absence, dans les autres cas, nous remarquons des contradictions entre les dires de l'entretien et les résultats de PBI.

Néanmoins, ce père est perçu comme hyperprotecteur dans les quatre cas, nous suggérons qu'il s'agit de leur désir, ce père est le centre de refuge dans les situations défavorables, l'attachement à ce père est en question de la problématique de l'asthmatique.

D'autre part, la mère de l'asthmatique est surtout critiquée sur ses habitudes, rejetante, étouffante, déprimée, envahissante et exigeante. Cette mère qui a été dès le début rejetante en masquant son rejet par une surprotection, un seul cas a perçu la mère comme hyperprotectrice, les autres ressentent le rejet et la négligence de leurs mères dans les deux dimensions de cette échelle. Les mères essaient de compenser la faillite du rôle de père qui présente un danger et leur faillite par conséquent en protégeant leurs enfants, attitude contradictoire de leurs rejets et refus primaires.

Voir leurs histoires personnelles, leurs contextes familiaux et les attitudes de leurs mères en tant que figure initiale d'attachement. Nous assumons que la modalité de ce processus a connu des désordres comme le rejet primaire, le refus d'avoir un enfant, les séparations et des deuils. L'installation d'un attachement de qualité sécurisant semble impossible, de plus, les autres configurations psychiques ont été mal structurées, le Moi-peau et les enveloppes psychiques de ces cas sont mal formés ou formés de façon effrayante. L'insécurité profonde engendre un attachement insécurisant associé avec d'autres facteurs psychiques et culturels qui ont conduit à un *orage sur le corps*. Selon l'expérience de leurs corps et l'expérience de leurs attachements, les possibilités de canaliser leurs conflits et de mentaliser leurs représentations et leurs fantasmes et de gérer leurs angoisses sont irréalisables.

*L'orage sur le corps* est une modalité de répondre aux besoins et aux frustrations, il est admis que les asthmatiques ont des fixations orales. Sur ce point on suggère d'autres points de fixation dans le sens que le Moi régresse vers l'intense point de fixation en raison d'intensité de traumatisme. Le Moi de nos cas "*se trouve sous l'emprise [...] il n'arrive pas à réussir dans son action défensive autrement qu'en régressant*". A. Potamianou (2002) propose le terme « liage » au lieu de fixation pour le somatique *afin de garder à ce dernier la spécificité de sa référence à l'ordre du mental* (Potamianou. A, 2002, p. 157). A la période d'après la naissance, les attitudes de la mère sont considérées comme des organisateurs précoces du développement, en

cas de contrainte maternelle ces attitudes sont considérées comme des facteurs pathogènes constituant des paliers d'arrêt des régressions.

Ces cas d'organisation allergique profonde sont témoins de la défaillance majeure de la voie de mentalisation, les insuffisances d'investissement et les séparations ultérieures, perçues comme des événements traumatiques, sont remarquables. L'orage sur le corps fait que la cohérence du Moi se perd, se dispersent à tous les vents. Cet orage prouve que le silence psychique ne s'est pas établi, face à l'échec partiel ou total du refoulement, le sujet de l'eczéma en est l'exemple. Il faut encore signaler l'importance de la problématique du contact et du toucher que cette affection dermatologique implique, ainsi que toutes les questions relatives à la peau qu'elle engage ; la peau comme enveloppe contenante et comme limite séparante. Deux questions sont rattachées à cette problématique : celle des attitudes et de la fantasmagorie maternelle concernant l'enfant ; et celle du tissu psychique du sujet, perméable ou indisponible aux changements et aux transformations psychiques.

En somme, comme dit J. Lacan : *"Le symptôme de l'enfant peut représenter la vérité du couple et se trouve en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale"* (Lacan. J, 1996, p. 13), le symptôme corporel de l'enfant ne traduit que le désordre de la famille.

### **Forces et limites de la recherche :**

Les études en psychologie clinique et dans toutes les sciences ont des forces et des limites, cette étude n'y fait pas d'exception.

Le choix des instruments d'évaluation d'attachement à la mère et d'identification des caractéristiques familiales se révèle pertinent, car il a permis un examen précis des éléments étudiés et l'obtention des résultats fiables, en ce qui concerne l'établissement des liens significatifs entre les caractéristiques parentales et la qualité d'attachement ainsi que l'importance relationnelle entre le parent et entre le parent et l'enfant. En effet, ces instruments se sont une fois de plus révélés avoir de hauts niveaux de fidélité et de validité. Ces instruments, utilisés conjointement, ont également permis de lier les deux dimensions (soins, surprotection) aux styles d'attachement. De plus, l'utilisation du PBI a rendu possible l'étude de la contribution parentale dans l'attachement parent-adolescent.

De même, l'entretien semi-directif nous a permis de situer le discours des sujets autour des objectifs de la recherche, ce type d'entretien nous a permis aussi, ce qui est très important, de comprendre dans quelle mesure la dimension culturelle est impliquée dans le processus de la maladie d'asthme.

De ce point de vue psychosomatique, l'articulation de la théorie d'attachement et la théorie *de Moi-peau avec les deux feuillets de l'enveloppe psychique et les signifiants formels* est une voie particulièrement féconde pour une théorisation de *l'expérience du corps dans les maladies somatiques* (Dejours. C, 2005, p.66). La voie de recherche sur l'attachement en psychosomatique est sensée comme féconde, nous avons démontré l'association extrêmement forte entre l'attachement insécurisant (évitant, anxieux-ambivalent) et la présence des troubles psychiques à expression somatiques.

Les études sur l'attachement en psychopathologie (Schmidt *et Coll.*, 2002 ; Waller *et Coll.*, 2004 ; Stuart et Noyer, 1996 ; Schmidt 2003) (Guedeney. N Guedeney. A, 2006, p. 187) sont en général étiologique, c'est-à-dire centrée sur les causes et non pas en fonction des problèmes liés à la dynamique familiale et les difficultés résultant de la défaillance dans les rôles parentaux. En fait, les questions de

la présente recherche intègrent bien ces deux notions présentant des informations à la fois sur les styles d'attachement des répondants et leur contexte familial. Nous supposons que l'attachement n'est pas la seule cause pathogénique, c'est un facteur parmi autres.

L'étude de cas est le seul moyen qui nous a permis de repérer le mode de déclenchement de la maladie d'asthme, et le seul moyen qui a permis à explorer l'histoire personnelle et l'histoire d'attachement. Par la suite, nous avons étudié la personnalité du parent et la dynamique du couple parentale.

Mais, compte tenu de faible nombre de cas asthmatique, la généralisation des résultats n'est pas envisageable. Il est vrai que l'asthme est très fréquent comme le démontre les statistiques (Chapitre III), mais la modalité, d'une part, de travail en clinique psychosomatique exige que le facteur de formation de symptôme doive être psychique dans la survenue et dans l'évolution. Alors que ce n'est pas le tout qui est psychosomatique, d'autres facteurs allergènes sont intervenants. D'autre part, notre seconde tentative de rapprocher aux autres Unités de Dépistage et de Suivi a été avortée, les responsables de ces services ont intervenu, à la période c'était le début des examens, par respect à ces responsables et aux élèves asthmatiques nous avons interrompu ce second pas.

Guedeney N et Guedeney A (2002) ont signalés : "*Lors de la période d'acquisition d'autonomie à l'adolescence, l'utilisation de questionnaires autoadministrés peut entraîner un biais supplémentaire lorsque l'adolescent cherche à minimiser l'importance des liens affectifs*" (p. 100). Si malgré, notre présence lors de la passation du questionnaire minimise cette limite.

Sur le point des applications thérapeutiques par la voie de l'attachement. Nous recommandons des indications. Après avoir évalué la qualité d'attachement, il faut comprendre le style relationnel de cet adolescent asthmatique (besoin d'accrochage, dépendance, la capacité d'affronter les conflits, la sensibilité relationnelle). Le thérapeute doit représenter une base de sécurité pour l'adolescent, il doit travailler avec le parent aussi parce qu'il reste des figures d'attachement pour l'adolescent. Aussi, le thérapeute peut conduire son travail vers les pairs de l'adolescent, ses pairs

représentent pour l'adolescent des figures d'attachement peuvent intervenir dans tel processus thérapeutique.

Certains adolescents ont du mal dans l'établissement d'une nouvelle relation d'attachement avec un thérapeute, lorsque les angoisses et la colère issues du passé sont trop prégnantes. Le groupe des pairs peut alors aider à créer un espace de sécurité entre l'adolescent et le thérapeute. Ce dernier doit représenter pour l'adolescent, le parent et le groupe une base de sécurité.

Il n'est envisagé que les soins corporels, à travers les techniques corporelles (les relaxations en général pour l'asthme), sont susceptibles d'avoir l'impact au niveau du corps psychique (narcissisme, image du corps, identité, angoisse...) favorisant une ouverture et des remaniements de l'organisation de l'attachement.

# *Conclusion*

### ***Conclusion :***

Cette étude présente à la fois des aspects touchant les styles d'attachement chez les adolescents asthmatiques ainsi que leurs dynamiques familiales. Les résultats proposent que le phénomène des styles d'attachement doit être considéré dans une perspective d'ensemble.

En cas de rejet maternel, les investissements libidinaux sont orientés vers le père, de ce fait, il devient, s'il répond adéquatement, pour ces asthmatiques un hyperprotecteur, l'attachement développé dans cette dynamique familiale est l'attachement évitant. En cas de contradiction maternelle, tantôt rejetante, tantôt hyperprotectrice ou le père est perçu comme surprotecteur dont son absence ou son éloignement, l'attachement de cette dynamique est l'attachement anxieux-ambivalent. Il nous semble impossible de définir une famille idéale, *les meilleurs parents sont ceux qui gardent leur spontanéité intuitive, qui sentent les besoins de l'enfant et donnent les réponses adéquates.*

Il est révélé que l'attachement, le support et la proximité avec les parents durant l'enfance ont des effets bénéfiques sur le développement, tout en offrant une protection importante contre les débordements de l'appareil psychique. Ces liens se révèlent très consistants à travers les cultures et les différents groupes sociaux. Les relations entre parents et adolescents connaissent un réaménagement majeur durant l'adolescence mais cette évolution ne s'accompagne nullement d'une rupture des liens d'attachement. L'accès à l'autonomie et la construction de l'identité à l'adolescence se réalisent adéquatement dans un cadre de support et d'acceptation parentale.

La contribution à l'étude de l'attachement des asthmatiques est un nouveau point de vue qui permet de comprendre la complexité fonctionnelle affective et mentale des sujets dits psychosomatiques. La réalité du corps psychique semble plus pertinent à travers l'étude de l'attachement, le non désir primaire de la mère met en cause les soins prodigués à ce corps conçu comme surface d'enregistrement.

Ce trouble de la fonction respiratoire et de l'élaboration psychique s'illustre par des fonctions. Il s'agit d'un mode de communication entre l'enfant et son entourage, plus particulièrement sa mère. Il est dû à une défaillance des rôles parentaux qui en

résulte une défaillance psychique, affective et mentale, plus des difficultés identificatoires et identitaires rencontrés chez ces sujets, qui ont le corps comme moyen de déchargement pulsionnel et narcissique.

Le schéma général est que le tout fonctionne avec le tout, l'être est un être psychosomatique dans sa totalité, ce n'est pas la maladie qui est psychosomatique, le symptôme somatique peut avoir plusieurs significations selon les individus et aussi selon l'individu même dans un moment donné de sa vie et dans telle ou telle structure familiale. De ce fait, le style d'attachement est construit selon la dynamique parentale, tout le désordre de cette dynamique sera traduit à travers et sur le corps de l'enfant.

# *Bibliographie*

***Bibliographie***  
**Livres et dictionnaires :**

**En français :**

1. Abbassi. Z (2006) : *Notion d'individu et conditionnement social du corps*. OPU, Alger.
2. ALBERNHE. K et T (2004) : *les thérapies familiales systémiques*. 2<sup>e</sup> éd., Masson, Paris
3. Alexander. F (1962) : *La médecine psychosomatique*. Payot, Paris
4. Alexandre. B et Coll. (2005) : *Psychologie clinique et psychopathologique*. 2<sup>e</sup> éd., Bréal, Bruxelles
5. Alvin. P et Marcelli. D (2005) : *Médecine de l'adolescent*. Masson, Paris
6. Anzieu. D (1995) : *Le Moi-peau*. 2<sup>e</sup> éd., Dunod, Paris.
7. Anzieu. D (1999) : *Le groupe et l'inconscient*, 3<sup>e</sup> éd., Dunod, Paris
8. Anzieu. D (2003) : *Les enveloppes psychiques*. 2<sup>e</sup> éd., Dunod, Paris.
9. Arbisio. CH et Coll. (2002) : *La psychologie clinique*, Tome 2, Bréal. Bruxelles
10. Arezki. D (2004) : *Sens et non sens de la famille algérienne*. Publisud, Paris.
11. Baudier. A et Céleste. B (2002) : *Le développement affectif et social du jeune enfant*. 2<sup>e</sup> éd., Nathan, Paris
12. Bee. H et Coll. (2003) : *psychologie du développement*. 2<sup>e</sup> éd., De Boeck, Bruxelles.
13. Bendahmane. H (1984) : *Personnalité Maghrébine et fonction paternelle au Maghreb*. La pensée universelle, Paris
14. Bergeret. J (1976) : *Abrégé de psychologie pathologique*. 2<sup>e</sup> éd., Masson, Paris
15. Berthe. R-R (1997) : *Le développement social de l'enfant et de l'adolescent*. 13<sup>e</sup> éd., Mardaga, Liège.
16. Bergès. J et Balbo. G (2000) : *L'enfant et la psychanalyse : nouvelles perspectives*. 2<sup>e</sup> éd., Masson, Paris
17. Bourguignon. O et Coll. (1985) : *Du divorce et des enfants*. PUF, Paris.

18. Boutefnouchet. M (1982) : *La famille algérienne, évolution et caractéristiques récentes*. S.N.E.D. Alger
19. Boutin. H et Boulet L-P (1993) : *COMPRENDRE ET MAITRISER L'ASTHME*. Presses université Laval, Canada.
20. Bowlby. J (1978) : *L'attachement*. PUF, Paris.
21. Braconnier. A (2006) : *Introduction à la psychopathologie*. Masson, Paris.
22. Braconnier. A et Marcelli. D (2008) : *Adolescence et psychopathologie*. 3<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.
23. Brinda. J (1992) : *Corps infirme, corps infâme*. Summa Publications, Birmingham.
24. Chabert. C et Coll. (2007) : *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Masson, Paris.
25. Chahraoui. Kh et Bénony. H (2003) : *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Dunod, Paris
26. Chevrie-Muller. C et Narbona. J (2007) : *Le langage de l'enfant aspects normaux et pathologiques*. 3<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.
27. Ciccone. A (1999) : *L'observation clinique*. Dunod, Paris.
28. Coslin. P (2002) : *Psychologie de l'adolescent*. Armand Colin, Paris
29. Cottraux. J (2007) : *Thérapie cognitive et émotions*. Masson, Paris.
30. Couchard. F (2003) : *Emprise et violence maternelle*. Dunod, Paris.
31. Danis. A et Coll. (1998) : *Enfants-adolescents : approches psychologiques*. Tome 2, Bréal, Bréal.
32. Debray. R et Coll. (2005) : *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Dunod, Paris
33. De Ajuriaguerra. J (1977) : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. 2<sup>e</sup> éd., Masson, Paris
34. De Boucaud. M (1985) : *psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Mardaga, Paris.

35. De Chateaux. V (2007) : *L'enfant asthmatique et ses parents*. L'Harmattan, Paris.
36. Doucet. C (2000) : *La psychosomatique : théorie et clinique*. Armand Colin, Paris.
37. Dreyfus. A et Reithmann. A (2005) : *La crise d'adolescent*. Studyrama,
38. Dutau. G (2002) : *Guide pratique de l'asthme de l'enfant*. Masson, Paris
39. Dutau. G et Didier. A (2005) : *L'asthme sévère*. Eurotext, Paris
40. Ey. H (1977) : *Manuel de psychiatrie*. 4<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.
41. Freud sigmund. 1921. *Psychologie collective et analyse de MOI*. Version numérique [www.uqac.quebec.qa](http://www.uqac.quebec.qa), réalisée par J.M. Tremblay, Traduction de l'Allemand par le Dr. S. Jankélévitch en 1921, revue par l'auteur. Réimpression : Paris : Éditions Payot, 1968, (pp. 83 à 176)
42. Freud sigmund. 1912. *Totem et tabou*. Version numérique [www.uqac.quebec.qa](http://www.uqac.quebec.qa), réalisée par J.M. Tremblay, Traduction de l'Allemand par le Dr. S. Jankélévitch en 1923. Réimpression 1951
43. Ferragault. E (2000) : *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Masson, Paris.
44. Ferrari. P et Bonnot. O (2002) : *Maturation et vulnérabilité*. Masson. Paris
45. Fize. M (2005) : *La famille*. Le cavalier Bleu, Paris.
46. Gharbi. IKbal : *La notion de destin dans la médecine traditionnelle*.
47. GRAND'MAISON Jacques (1993) : *Présentation. Les différents types de famille et leurs enjeux*. Version numérique [www.uqac.quebec.qa](http://www.uqac.quebec.qa), réalisée par J.M. Tremblay, du texte extrait de *Vive la famille!*, pp. 9-32. Présentation de l'ouvrage publié sous la direction de Bernard Lacroix, Montréal : Les Éditions Fidès, 1993
48. Guedeney. A et Coll. (2001) : *Interventions psychologiques en périnatalité*. Masson, Paris.
49. Guedeney. N et Guedeney. A (2002) : *L'attachement : concepts et applications*. 1<sup>er</sup> éd., Masson, Paris.

50. Guedeney. N et Guedeney. A (2006) : *L'attachement : concepts et applications*. 2<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.
51. Guillaumin. J et Bonnefoy. Y (1988) : *Pouvoirs de négatif dans la psychanalyse et la culture*. Ed Champ Vallon
52. Hadj Ali. D-E et Lebsari. O (2006) : *La famille algérienne*. C.R.É.A.D., Alger
53. Haynel. A et Pasini. W (1987) : *La médecine psychosomatique*. 2<sup>e</sup> éd., Masson, Paris
54. Jacquet-Smailovic. M (2003) : *L'enfant, la maladie et la mort*. De Boeck Université, Paris.
55. Kreisler. L (1976) : *l'enfant psychosomatique*. PUF, Paris
56. Kreisler. L (1981) : *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Le Privat, Toulouse
57. Laplanche. J et Pontalis. J.B (1978) : *Vocabulaire de la psychanalyse*. 6<sup>e</sup> éd., PUF, Paris
58. L'Ecuyer. R (1990) : *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. PUQ, Québec.
59. Marcelli. D (2006) : *Enfance et psychopathologie*. 7<sup>e</sup> éd., Masson, Paris
60. Marty (1958) : *L'investigation psychosomatique*. Payot, Paris.
61. Marty. P (1976) : *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Payot, Paris.
62. Marty. P (1980) : *L'ordre psychosomatique*. Payot, Paris.
63. Mazet. Ph et Stoler. S (2003) : *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. 3<sup>e</sup> éd., Masson, Paris.
64. Menardo. J-L et Michel. F-B (2004) : *Les allergies*. Le cavalier Bleu. Paris
65. Mokaddem. A et Coll. (2001) : *Transition démographique et structure familiale*, CENEAP, Alger.
66. Molina. C (1995) : *L'allergie à l'aube du troisième millénaire*. Eurotexte, Paris.
67. Montagu (1971) : *la peau et le toucher, un premier langage*. Seuil, Paris.

68. Osrieth. P (2004) : *Introduction à la psychologie de l'enfant*. 17<sup>e</sup> éd., De Boeck, Paris.
69. Pardinielli. J-L (1994) : *Introduction à la psychologie clinique*. Nathan, Paris.
70. Pheterson. G (2001) : *Le prisme de la prostitution*. L'Harmattan, Paris.
71. Ranty. Y (1994) : *Les somatisations*. L'harmattan, Paris
72. Ranty. Y (2001) : *Le corps en psychothérapie de relaxation*. L'Harmattan, Paris.
73. Robinson. B (2006) : *Psychologie clinique : De l'initiation à la recherche*. 2<sup>e</sup> éd., De Boek , Bruxelles.
74. Thibeault. L (2002) : *Attachement, séparation et développement de l'enfant*. Alma.
75. Trabulsky. G M (2000) : *Attachement et développement*. PUQ, Québec
76. Verzin. J-F (1994) : *Psychologie de l'enfant : l'enfant capable*. L'Harmattan, Paris
77. Zech. (2006) : *Psychologie du deuil*. Merdaga, Paris
78. Zerdoumi. N (1970) : *Enfants d'hier*. Librairie Francois Maspero, Paris

**En anglais :**

79. Ainsworth, M. I. S., & Wittig, B. A. (1969). *Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation*. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (Vol. 4, pp. 113-136), London: Methuen  
[http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge\\_origins.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf)
80. Ainsworth, M. D. S. (1989). *Attachments beyond infancy*. *American Psychologist*, 44, 709-716. <http://www.getcited.org/pub/103375399>
81. Parker, G., Tupling, H., and Brown, L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1979, 52, 1-10.  
[www.blackdoginstitute.org.au](http://www.blackdoginstitute.org.au)
82. Parker. G, 1990 : *The parental bonding instrument : A decade of research*. In *Social psychiatry and Psychiatric epidemiology*. (Vol. 25, pp. 281-282), University of south Wales. Sydney. Australia. [www.blackdoginstitute.org.au](http://www.blackdoginstitute.org.au)

83. Sperling. B-M et al (1994) : *Attachment in adults : clinical and developmental perspectives*. Illustrated, London

**En arabe :**

. 2 . :(1997) .84

**REVUE**

**En français :**

85. Brousselle. A et Coll., 2001 : "*Revue de quelques travaux psychanalytiques sur l'adolescence*", Revue SEMAILLES « *Adolescence* », éditions SARP, Algérie.

86. *Conseil de l'EUROPE (1997) : Les aspects de la santé des familles monoparentales. COUNCIL OF EUROPE.*

87. Journal du Barreau [En ligne]. Lechasseur. S, « *L'enfant et le lien d'attachement : la pierre angulaire des décisions en matière de garde, sa définition, ses composantes, son évolution* ». Novembre 2006 [Consulté le 12 Avril 2009]. Disponible sur :

[www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol38/200611.pdf](http://www.barreau.qc.ca/pdf/journal/vol38/200611.pdf)

88. KATEB. K, 2003. « *Changements démographiques et organisation familiale en Algérie* », *Maghreb-Machrek*, n° 176, pp. 95-110.

89. Lacan. J, 1996. « *Deux notes sur l'enfant* », *Revue du champ freudien*. N° 37. 1996. pp. 13-14.

90. Lebovici. S, 2002 : "*Le travail de deuil chez l'enfant*", Revue SEMAILLES « *Le Deuil* », éditions SARP, Algérie.

91. Morval. M, 1994. « *Symptôme psychosomatique et imaginaire familial : apport de l'école familiale psychanalytique française* », *Revue Québécoise de la psychologie*. Vol : 15, N° 1, pp. 111-118.

92. Nedjai. F-Z, 2006. « *Etude sociolinguistique de la perception des insultes en Algérie* », *Annales du patrimoine* N° 06/2006 Mostaganem.

93. Potamianou. A, 2002. « *Fixations psychiques, liages somatiques* », *Revue française de la psychanalyse*, PUF, Paris, 2002/2 N° : 22, pp. 151-174

94. Puddu. M, Bayingana. K, Tafforeau. J, 2003. « *L'asthme et la pollution de l'air* ». Issp. Paris
95. Vannotti. M et Célis-Gennart. M, 1999. « *L'expérience plurielle de la maladie chronique. Maladie pulmonaire et famille* », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. De Boeck université. Bruxelles. N° 22, pp. 113-137.
96. Szwec. G, 2002. « *La mère "surintricante"* », *Revue française de la psychanalyse*, PUF, Paris, N° 5/2002 Vol : 66, pp. 1789-1797.

**En anglais :**

97. American Psychosomatic Society (2001) : *Psychosomatic Medicine*, N° 63, pp. 556-567.
98. American Psychosomatic Society (2006) : *Psychosomatic Medicine*, N° 68, pp. 129-135.

**Journaux**

99. El Khabar. Le quotidien Algérien. [En ligne]. 21 Juin 2008, Bourouila. S [Consulté le 21 Juin 2008]. Disponible sur : <http://www.elkhabar.com>
100. El Watan, Journal Algérien. [En ligne]. 21 Juin 2005, B. Nacéra [Consulté le 10 février 2009]. Disponible sur : <http://www.elwatan.com/Une-maladie-qui-tue>
101. El Watan, Journal Algérien. [En ligne]. 24 Avril 2005, Kourta. Dj [Consulté le 10 février 2009]. Disponible sur : <http://www.elwatan.com/2000-deces-par-an>
102. Le Quotidien d'Oran, Journal Algérien. [En ligne]. 08 Juillet 2008 Mohamed-Nadjib Nini : L'adolescence en Algérie, l'impossible transition. [Consulté le 08 Juillet 2008]. Disponible sur : <http://www.lequotidien-oran.com>

**Webographie**

103. Annaba, Algérie. Ville de rêves et des merveilles. [En ligne]. 2004 [Consulté le 12 Mars 2009]. Disponible sur :

[http://actualite.el-annabi.com/article.php?id\\_article=1084](http://actualite.el-annabi.com/article.php?id_article=1084)

104. L'Algérie moderne. [En ligne]. 2004 [Consulté le 12 Mars 2009]. Disponible sur : <http://www.algerie-dz.com/forums/sante/23311-8-5-des-enfants-sont-asthmatiques-4-de-la-population-algerienne-est-atteinte.html>
105. Les dossiers de Carnet Psy, échos Algérie [En ligne]. Salmi. S et aït Mohand. A : *Adolescence algérienne. A propos d'une pseudo-spécificité*. 2006 [Consulté le 12 Avril 2009]. Disponible sur : <http://www.carnetpsy.com/archives/dossiers/Items/Algerie/p2.htm>
106. Psychiatrie infirmière. [En ligne]. Giffard. D, 2000 [Consulté le 12 Décembre 2008]. Disponible sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/cours/adolescence.htm>
107. Psy. be- Le site belge de la psychologie. [En ligne]. Yves-Hiram Haesevoets [Consulté le 01 Mars 2009]. Disponible sur : <http://www.psy.be/articles/homme/pere-absent.htm>
108. Encyclopédie Universalis. 2007, Version 12, DVD.

# *Annexes*

# *Appendice A : Entretiens*

" "



:

*ca va* :

:

*Normal* :

:

*la crise* :

:

:

:

*la crise* :

:

3 2 :

:

*NORMAL* :

:

*NORMAL:*

:

*NORMAL* :

:

... 4 ... *CANCER* ... :

...

...

:



:

1991 :

:

,

*bien sur* :

:

2 KG :

:

11 :

*enceinte*

:

*NON* :

:

*NON* :

:

4

:

*sur* :

:

*même maintenant ....*

:

...

:

...

:

/1994 *Chômeur*

1988

:

*....cancer*

.....

:

...

:

:

:

:

. 5 :

:

:

:

. Souffle

:

:  
 :  
 :  
 :  
 :  
 Le dérangement :  
 " " :  
 \_\_\_\_\_ :  
 \_\_\_\_\_ :  
 ça va :  
 Psychologue :  
 :  
 Les douleurs :  
 (Les deux cotés du ventre) la crise :  
 Les crises :  
 :  
 avant la crise :  
 La crise Bien sur :  
 :  
 ... :  
 :  
 :





	:
	7 :
L'asthme	:
	:
L'asthme	:
	:
	.
	:
	:
	:
...	:
..	:
...	:
	.
	..
	ça va les résultats :
	:
	:
..	:
..	:
	...
	..
	:
...	:
	:

Ça va :

Veut dire quoi :

... :

:

(...) :

.. Bon :

Scanner :

:

.. :

:

:

:

.. :

.. :

( ) .. :

:

( ) :

... :

Ça va :

:

:

12 :

:

Le climat :

L'eczéma :

:

:

... :

:

.. :

:

1998 :

:

( ) .. :

:

Non :

L'eczéma :

		..	:
			.. :
			:
			:
...			:
			:
	(...)	..	:
		Psychologue	:
		..	:
			:
La police			:
			:
		.	:

" "

---

:  
\_\_\_\_\_

ça va :

Psychologue :

... :

:

:

:

:

:

:

..

la visite :

:

:

:

:  
\_\_\_\_\_

ça va :

:

la crise :

:

.. 6 4 .. :  
 . 3 7 :  
( ) :  
( ) :  
La crise :  
.. :  
... :  
( ) :  
.. :  
:

.. .. :

.. .. :

(...) :

.. .. :

Batiment :

(...) Batiment :

.. .. :

9 10 :

11 :

.. .. :

ça va :

.. .. ça va :

...

---

Mme ça va :

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

..

..

:

..

..

:

ça y est

..

..

93 :

:

:

non

:

..

:



" "

---

:  
\_\_\_\_\_

ça va :

..( ):

.. :

:

La crise :

:

:

:

La visite :

:

:

:

:

:

:

:  
\_\_\_\_\_

ça va :

:

:

:

La crise :

:

:

... :

:

la crise :

..

la crise ça fait :

:

..

..

:

:

La crise :

.

:

:

3 :

:

:





:

.

..

Mme

:

..

..

:

..

..

:

..

..

:

..

:

.

..

:

:

:

:

:

:

( )

..

:

..

Mme

:

:

( )

% 70

:

:

. Dérangement

Mme

:

*Appendice B : Questionnaire  
des styles d'attachement*

# Adult attachment Scale

## Le questionnaire des styles d'attachement

### Modèle de SIMPSON. 1990

Nom :  
Age : .....ans  
Sexe :  
Fratrie :  
Rang :  
Niveau scolaire :  
Date de passation :

Ce questionnaire porte sur tes comportements et sur les comportements de ton entourage. Veuillez indiquer le degré de ton accord et le degré de ton désaccord

		Complètement désaccord	Modérément désaccord	Désaccord	Modérément d'accord	D'accord	Complètement d'accord	Absolument d'accord
a.	Je trouve cela assez facile de me rapprocher des autres							
b.	Je ne suis pas très à l'aise d'avoir à dépendre d'autres personnes							
c.	Je me sens à l'aise quand les autres dépendent de moi							
d.	Je m'inquiète rarement d'être abandonné par les autres							
e.	Je n'aime pas que les gens cherchent à être trop intimes avec moi							
f.	Je suis quelque peu mal à l'aise d'être trop intime avec les autres							
g.	Je trouve cela difficile de faire totalement confiance aux autres							
h.	Je suis nerveux lorsque quelqu'un							

	se rapproche trop de moi							
i.	Les autres désirent souvent que je sois plus intime que je me sens à l'aise de l'être							
j.	Les autres sont souvent réticents à se rapprocher autant que je l'aimerais							
k.	Je m'inquiète souvent que mon (ma ou mes) partenaire (s) ne m'aime (nt) pas vraiment							
l.	Je m'inquiète rarement du fait que ma (mon ou mes) partenaire(s) me laisse (nt)							
m.	Je désire souvent me fondre avec les autres et ce désir les fait fuir parfois							

# 1990 Simpson

..... :
..... :
..... :
..... :
..... :
..... :
..... :
..... :

(x)

								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9
								10
								11
								12
								13

*Appendice C:*  
*Parental Bonding Instrument*

PARENTAL BONDING INSTRUMENT  
Perception des attitudes et des comportements  
des parents par leurs enfants  
Parker, Tuplin et Brown. 1979

Nom :  
Age : .....ans  
Sexe :  
Fratricité :  
Rang :  
Niveau scolaire :  
Date de passation :

Le présent questionnaire porte sur divers comportements et attitudes des parents. Selon les souvenirs que vous avez **de votre mère**, indiquez la réponse la plus appropriée en regard de chaque question, selon que le comportement de votre mère était plus ou moins semblable à celui décrit.

		Très semblable	Modérément semblable	Modérément différent	Très différent
1	Me parlait avec une voix chaleureuse et amicale.				
2	Ne m'a pas aidé (é) autant que nécessaire.				
3	Me laissait faire ce que j'aimais.				
4	Semblait émotivement froid à mon endroit.				
5	Paraissait comprendre mes problèmes et mes inquiétudes.				
6	Était affectueuse envers moi.				
7	Aimait que je décide par moi-même.				
8	Ne voulait pas que je vieillisse ni que je grandisse.				
9	Tentait de contrôler tous mes gestes.				
10	Empiétait sur ma vie privée.				
11	Aimait discuter des choses avec moi.				
12	Me souriait souvent.				
13	Avait tendance à me traiter comme un bébé.				
14	Ne semblait pas comprendre ce dont j'avais besoin et ce que je voulais.				
15	Me laissait décider par moi-même.				
16	Me faisait sentir que j'étais indésiré (é).				
17	M'aidait à me sentir mieux quand j'étais bouleversé (é).				
18	Ne me parlait pas beaucoup.				
19	Essayait de me rendre dépendant (e) d'elle.				
20	Croyait que je ne pouvais me débrouiller seul (e) sans elle.				
21	Me laissait aussi libre que je le voulais.				
22	Me laissait sortir aussi souvent.				
23	Me surprotéger.				
24	Ne me faisait pas d'éloges, de louanges.				
25	Me laissait me vêtir comme je le voulais.				

Le présent questionnaire porte sur divers comportements et attitudes des parents. Selon les souvenirs que vous avez **de votre père**, indiquez la réponse la plus appropriée en regard de chaque question, selon que le comportement de votre père était plus ou moins semblable à celui décrit.

		Très semblable	Modérément semblable	Modérément différent	Très différent
1	Me parlait avec une voix chaleureuse et amicale.				
2	Ne m'a pas aidé (é) autant que nécessaire.				
3	Me laissait faire ce que j'aimais.				
4	Semblait émotivement froid à mon endroit.				
5	Paraissait comprendre mes problèmes et mes inquiétudes.				
6	Était affectueuse envers moi.				
7	Aimait que je décide par moi-même.				
8	Ne voulait pas que je vieillisse ni que je grandisse.				
9	Tentait de contrôler tous mes gestes.				
10	Empiétait sur ma vie privée.				
11	Aimait discuter des choses avec moi.				
12	Me souriait souvent.				
13	Avait tendance à me traiter comme un bébé.				
14	Ne semblait pas comprendre ce dont j'avais besoin et ce que je voulais.				
15	Me laissait décider par moi-même.				
16	Me faisait sentir que j'étais indésiré (é).				
17	M'aidait à me sentir mieux quand j'étais bouleversé (é).				
18	Ne me parlait pas beaucoup.				
19	Essayait de me rendre dépendant (e) d'elle.				
20	Croyait que je ne pouvais me débrouiller seul (e) sans elle.				
21	Me laissait aussi libre que je le voulais.				
22	Me laissait sortir aussi souvent.				
23	Me surprotéger.				
24	Ne me faisait pas d'éloges, de louanges.				
25	Me laissait me vêtir comme je le voulais.				

Parker, Tuplin et Brown. 1979

.....	:
.....	:
.....	:
.....	:
.....	:
.....	:
.....	:
.....	:

:

				.	1
				.	2
				.	3
				.	4
				.	5
				.	6
				.	7
				.	8
				.	9
				.	10
				.	11
				.	12
				.	13
				.	14
				.	15
				.	16
				.	17
				.	18
				.	19
				.	20
				.	21
				.	22
				.	23
				.	24
				.	25

:

				.	1
				.	2
				.	3
				.	4
				.	5
				.	6
				.	7
				.	8
				.	9
				.	10
				.	11
				.	12
				.	13
				.	14
				.	15
				.	16
				.	17
				.	18
				.	19
				.	20
				.	21
				.	22
				.	23
				.	24
				.	25

## **Résumé :**

Cette étude clinique évalue l'attachement à la mère de l'adolescent asthmatique dans son contexte familial. Elle s'est donné comme objectifs d'identifier les styles d'attachement des adolescents asthmatiques et de décrire les caractéristiques parentales. En d'autres termes, à travers l'approche psychosomatique, nous tentons de définir le style d'attachement de ceux qui somatisent, tenant compte des éléments culturels impliqués dans leurs problématiques.

Basée sur la méthode clinique à travers l'étude de cas soutenue par un questionnaire des styles d'attachement et l'instrument de perception des attitudes parentales, leurs histoires personnelles sont marquées par des événements qui ont des répercussions sur la qualité d'attachement et sur le corps par conséquent.

La famille de l'asthmatique est une famille renversée, le père est absent et fragilisé par les attitudes de la mère ou par des contraintes sociales, tandis que la mère domine l'atmosphère familiale par ces attitudes contradictoires et flottantes entre rejet et surprotection. Pour ces raisons, l'enfant se sent incompréhensible, écrasé entre ses désirs et ses fantasmes et la réalité qu'impose le parent, par défaut d'identification et d'investissement il se trouve ancré dans la réalité corporelle ou s'émerge le symptôme qui a une valeur expressive.

## **Mots clés :**

Attachement – Adolescence – Asthme – Famille

⋮  
\_\_\_\_\_

.

-

.

.

" "

.

.

⋮  
\_\_\_\_\_

. - - -

## **Summary:**

This clinical study evaluates the attachment with the mother of the asthmatic teenager in his family context. It has aimed to identify the style of attachment of the asthmatic teenager and to describe parental characteristics. In other words, through the psychosomatic approach, we try to define the style of attachment of those who suffer from psychosomatic disorder, taking into account the cultural elements involved in their problematic.

Based on the clinical method through the case study supported by a questionnaire of attachment styles and the instrument of perception of parental attitudes, their personal histories are marked by events that affect the quality of attachment and the corpse accordingly. The dominant attachment in this study is the insecure attachment.

The asthmatic's family is a reversed family, the father is absent and undermined by the attitudes of the mother or by social constraints, while the mother dominates the atmosphere by these contradictory attitudes between rejection and overprotection. For these reasons, the child feels incomprehensible crushed between his desires and fantasies and the realities imposed by the parent, for failure of identification and investment, he is rooted in the corporal reality where symptom which has an expressive value emerges.

## **Keywords:**

Attachment - Adolescence - Asthma – Family