



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département : Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

**L'IMPACT DE LA PRÉMATURITÉ SUR LA QUALITÉ DE
L'ATTACHEMENT PARENTS-ENFANTS**

Étude clinique de (04) cas à l'hôpital de Sidi Aich

Réalisé par :

M^{lle} Souad ABBAS

M^{lle} Hayette AHFIR

Encadré par :

M^{me} DJEDID Ratiba

Session Juin 2016

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu aboutir à des résultats satisfaisants sans l'aide et les encouragements de plusieurs personnes que nous remercions.

Nos vifs remerciements vont en premier lieu à notre promotrice M^{me} DJEDI D Ratiba pour la confiance qu'elle nous a accordée, pour ses précieux conseils, ses orientations, ses encouragements et sa disponibilité.

Nous remercions également les membres du Jury à savoir, M^r MEZIANI pour avoir accepté de présider le Jury, ainsi que M^r BENCHALAL pour avoir accepté de juger notre travail.

Nous remercions toute l'équipe de service pédiatrie de l'hôpital de Sidi Aich.

Nous remercions les mères des enfants avec lesquelles on a travaillées pour le temps qu'elles nous ont consacré.

Nous ne pourrions oublier d'adresser notre reconnaissance, nos remerciements et notre plus profonde gratitude à nos familles (ABBAS & AHFIR) en particulier nos parents, sans qui, nous ne serons pas arrivés là où nous sommes aujourd'hui.

Enfin, pour éviter le risque d'oublier quelqu'un, nous remercions toutes les personnes que nous avons côtoyées et qui nous ont aidés, de près ou de loin.

Nos sincères remerciements vont pour tous les amis qui nous ont accompagnés durant notre vie estudiantine.

Dédicace

À mes très chers parents

*Pour tout l'amour dont vous m'avez entouré, pour tout ce que vous avez
fait pour moi.*

*Je ferai de mon mieux pour rester un sujet de fierté à vos yeux avec
l'espoir de ne jamais vous décevoir.*

*Que ce modeste travail, soit l'exaucement de vos vœux tant formulés et de
vos prières quotidiennes.*

*Que dieu, le tout puissant, vous préserve et vous procure santé
et longue vie afin que je puisse à mon tour
vous combler.*

À mes très chères frères et sœurs

*Karim, Lynda, Sonia, Yazid, Tahar, ma belle-sœur, mon beau-frère, mes petits
anges Issam et Syla.*

*Vous occupez une place particulière dans mon cœur. Je vous dédie ce
travail en vous souhaitant un avenir radieux, plein de
bonheur et de succès.*

À mes très chers amis

*Hanane, Nina, Thiziri, Bina, lilia, Fifi, Mina, Dalila, Saddek, Sofiane et
surtout NADJIM qui m'a soutenu et qui ne m'a pas laissé tomber tout au long
de cette période.*

*En souvenir de nos éclats de rire et des bons moments. En souvenir de
tout ce qu'on a vécu ensemble. J'espère de tout mon
cœur que notre amitié durera éternellement.*

☞ Souad ☞

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

À ceux qui m'ont tout donné sans rien en retour

À ceux qui m'ont encouragée et soutenue dans les moments les plus difficiles

À ceux à qui je dois tant

À mes très chers parents, soucieux de m'offrir une meilleure éducation et de me garantir un bon avenir

Que ce travail soit le témoignage sincère et affectueux de ma profonde reconnaissance pour tout ce que vous faites pour moi

À mon cher et unique frère Hamza

À ma grande sœur Sabrina ainsi qu'à son petit ange Mayliss

À mes sœurs chéries Salima et Lydia

À mes chers cousins et cousines

Amar, Rida, Lynda, Lamia, Lilia, Sabrina, Kahina, Tinhinane, Touta, imane,

À lycia et Inès

À mes chères oncles et tantes

À mes très chères amies

Samou, Mina, Sania, Lynda, Fahima, Nassima, Lynda, et radia

✧ Hayette ✧

Table des matières

Table des matières	
Liste des figures	
Liste des tableaux	
Liste des abréviations	
Introduction	1

CADRE GENERALE DE LA PROBLEMATIQUE

1. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	4
2. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	7
3. DÉFINITION DES CONCEPTS	7
3.1. La Définition Théorique	7
3.2. La définition opérationnelle	8

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I LA PRÉMATURITÉ

PRÉAMBULE	11
1. LA PRÉMATURITÉ.....	11
1.1. Histoire de la prématurité	11
2. DÉFINITION.....	14
3. DESCRIPTION D'UN PRÉMATURÉ ET DE SES COMPLICATIONS ÉVENTUELLES	14
4. DEUX CATÉGORIES DE NAISSANCE PRÉMATURÉE	16
4.1. Prématurité spontanée.....	16
4.2. Prématurité induite	16
5. LES TYPES DE PREMATURITE.....	17
5.1. La prématurité moyenne.....	17
5.2. La grande prématurité	17
5.3. La très grande prématurité.....	17
6. LES CAUSES.....	18
6.1. Les causes maternelles.....	18
6.2. Socio-économiques, mode de vie	18
6.3. Liés à la grossesse en cours	18
6.4. Prématurité et habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse.....	19
7. LES CONSÉQUENCES.....	19
7.1. Conséquences physiopathologiques.....	19
7.2. Conséquences sur la prise en soins	20
7.3. Troubles cognitifs.....	20
7.4. Les séquelles comportementales et affectives engendrées par la prématurité	24
8. L'IMMATURITÉ DES SYSTÈMES LORS D'UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE	26
8.1. La peau	26
8.2. Les yeux.....	27
8.3. Le système cardiovasculaire	27
8.4. Le cerveau	28

8.5. Le poumon.....	28
9. DES TECHNIQUES SIMPLES QUI SAUVENT DES VIES	29
Conclusion.....	30

CHAPITRE II L'ATTACHEMENT PARENTS-ENFANTS

PRÉAMBULE	32
1. HISTORIQUE	32
2. LA DÉFINITION DE L'ATTACHEMENT	33
3. LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT	33
3.1. Développement de la théorie de l'attachement	33
3.2. Les fondements de la théorie de l'attachement	34
3.2.1. Les travaux de Bowlby	34
3.2.2. Les travaux d'Ainsworth.....	36
3.2.3. Les travaux de Spitz (1965)	37
3.2.4. Mary Main et l'AAI.....	37
4. LE DÉVELOPPEMENT DE L'ATTACHEMENT.....	38
5. LES CLASSIFICATIONS DE L'ATTACHEMENT.....	39
5.1. Attachement organisés.....	40
5.2. Attachement désorganisé.....	42
6. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA QUALITÉ DE L'ATTACHEMENT	43
7. LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT	44
8. L'attachement mère-enfant chez les prématurés	45
8.1. Rôle du père.....	46
9. LES PARENTS D'UN BÉBÉ PRÉMATURÉ ENTRE DÉSIRS ET RÉALITÉ	47
9.1. Le deuil d'une grossesse inachevée, d'une naissance normale et d'un bébé imaginé	47
9.2. La séparation des parents et de leur bébé	47
9.3. Le lien parents-enfant perturbé.....	48
10. L'IMPACT TRAUMATIQUE DE LA NAISSANCE PRÉMATURÉE SUR LES PARENTS	48
10.1. Conséquences pour les parents	49
10.2. Conséquences sur l'attachement	50
Conclusion.....	51

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

PRÉAMBULE	54
1. LA PRÉ-ENQUÊTE	54
2. LA MÉTHODE DE LA RECHERCHE	55
3. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE.....	56
3.1. Population d'étude	56
3.2. Les critères de sélection	56
4. LES OUTILS DE L'ÉTUDE	57
4.1. L'observation.....	57
4.1.1. Déroulement des observations et regroupement d'items	58
4.2. L'entretien clinique	58

4.2.1. Le déroulement de l'entretien	59
5. PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE	60
5.1. La néonatalogie : (0-28jour)	60
5.2. Grand enfant :(29jour-15ans)	60
5.3. L'équipe professionnelle de service pédiatrie.....	60
Conclusion.....	61

CHAPITRE IV PRESENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

PRÉAMBULE	63
1. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	63
1.1. Présentation du 1er cas : Aksel	63
1.1.1. Résumé et analyse de l'entretien du 1er cas	63
1.1.2. Interprétation et analyse de la grille d'observation.....	65
1.2. Présentation du 2ème cas: Inès	74
1.2.1. Résumé et analyse de l'entretien du 2ème cas	74
1.2.2. Interprétation et analyse de grille d'observation	76
1.3. Présentation du 3ème cas : Inaya	85
1.3.1. Résumé et analyse de l'entretien du 3ème cas	85
1.3.2. Interprétation et analyse de grille d'observation	86
1.4. Présentation du 4ème cas : Dassine	95
1.4.1. Résumé et analyse de l'entretien du 4ème cas	95
1.4.2. Interprétation et analyse de grille d'observation	97
2. DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE	107
 Conclusion.....	 109
 Glossaire	 110
Bibliographie.....	112
Annexes	114

Liste des figures

Figure I.1 : Schéma des stades de prématuré.....	16
Figure II.1 : Continuum des groupes et des sous-groupes reflétant la suppression / l'expression du comportement d'attachement.	42

Liste des tableaux

Tableau II.1 : Développement de l'attachement selon Bowlby.....	36
Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 01	66
Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 02	68
Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 03	70
Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 04	72
Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 01	77
Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 02	79
Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 03	81
Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 04	83
Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 01	87
Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 02	89
Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 03	91
Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 04	93
Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 01	98
Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 02	100
Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 03	102
Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 04	104

Liste des abréviations

HTA:	H ypertension A rtérielle
OMS:	O rganisation M ondiale de la S anté
ONU:	O rganisation des N ations U nies
PGE2:	P rostaglandine
PN:	P oids de N aissance
QI:	Q uotient I ntellectuel
SA :	S emaines d' A ménorrhée
SG:	S emaine G estationnelle
TDA/H:	T rouble D éficientaire de l' A ttention/ H yperactivité
VEGF-A:	V ascular E ndothelial G rowth F actor A (facteur de croissance vasculaire endothélial A)
WPPSI:	W echsler P reschool and P rimary S cale of I ntelligence

Introduction

Dès sa naissance et même avant, le petit enfant est déjà en voie de devenir un être unique, un individu à part entier, avec sa propre génétique, sa propre personnalité, sa propre créativité, son propre talent et son propre potentiel. Dans le ventre de sa maman et pendant les mois qui vont suivre, il est entièrement dépendant de sa mère pour sa survie, mais déjà il a les yeux grands ouverts sur le petit monde qui l'entoure, il tend bien l'oreille pour ne rien manquer, il goûte aux différentes saveurs de sa vie, il découvre les différents parfums qui l'entourent et veut toucher à tout ce qui attire sa grande curiosité.

Cependant, la naissance ne se déroule pas toujours « normalement ».

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2012), chaque année, environ 13 millions de naissance se déroulent de manière prématurée, dans le monde.

Les sentiments liés à la naissance se mêlent à d'intenses émotions liées en particulier à l'incertitude relative à l'état de santé du bébé et à son devenir. Ce climat d'anxiété, auquel s'ajoute la difficulté à entrer en contact avec le nourrisson au cours de l'hospitalisation, peut rendre difficile la construction des premiers liens entre le nourrisson et ses parents, et affecter ainsi la transition vers la parentalité.

Margaret Mahler (Mahler, Pine, & Bergman, 1975) explique que La naissance psychologique d'un être humain suit un processus de séparation-individuation. Le petit enfant s'aperçoit très tôt qu'il est un être séparé de sa mère. Parfois avec beaucoup d'enthousiasme, parfois avec une grande angoisse, il apprivoise sa différence et son individualité.

Pour prendre ses distances face à sa mère et oser explorer son environnement, l'enfant aurait besoin de développer un profond sentiment de sécurité, ce profond sentiment de sécurité se développerait au fil des interactions avec les premiers donneurs de soins de l'enfant. En développant la confiance qu'on sera là pour lui en cas de besoin, l'enfant développe sa propre confiance en lui. Il devient capable de s'éloigner et devient plus indépendant. Cette indépendance se développe très progressivement toutefois. L'enfant fait

quelque pas par lui-même mais il a rapidement besoin de s'assurer qu'on est toujours là pour lui. Il revient vite vers son parent, puis rassure, il repart de nouveau.

L'intérêt porté au lien entre l'enfant et ses figures parentales a été partagé par de nombreux chercheurs malgré des théorisations différentes, Freud, croyait déjà que la mère avait la capacité de calmer les anxiétés du jeune enfant, que les 4 premiers sentiments anxieux en fait apparaissaient lorsque la mère s'éloignait de l'enfant (1938). Pour lui, le rôle de la mère était instrumental toutefois, sa présence permettant de réduire la tension provoquée par les besoins physiques de l'enfant. Peu d'attention était portée ici aux besoins émotionnels et affectifs de l'enfant.

La notion d'attachement, en psychologie, se réfère généralement à la conceptualisation théorique du psychanalyste britannique John BOWLBY, qui s'est intéressé à ce lien particulier que l'enfant développe avec ses premiers donneurs de soins. Il nomme ce lien « attachement », et élabore une théorie novatrice pour en expliquer la nature. Comme les mères sont souvent les plus engagées dans les soins, c'est surtout sur le lien mère-enfant qu'il porte son attention. Pour lui, la mère est plus souvent qu'autrement la principale figure d'attachement de l'enfant, et la plus influente.

La théorie de l'attachement est née à la fin des années 50 de la rencontre entre la psychanalyse et l'éthologie puis s'est enrichie d'autres perspectives, notamment de la cybernétique et des sciences cognitives. L'attachement n'apparaît pas comme une caractéristique propre au nourrisson ni à la personne qui s'en occupe mais plutôt comme un modèle d'interaction affective et comportementale.

La présente recherche vise à étudier la qualité d'attachement d'un enfant à ses parents dans le contexte de prématurité pendant la petite enfance. Pour mieux éclaircir certains points de notre étude, on a adopté un plan du travail composé de deux parties, une partie théorique qui se compose elle-même de deux chapitres plus le cadre général de la problématique, et une partie pratique qui se compose de deux chapitres :

En premier lieu on a entamé notre étude par une introduction, un cadre générale de la problématique qui contient notre problématique, les hypothèses, les objectifs de la recherche. et les définitions des concepts.

La seconde étape qui est la partie théorique, portera sur deux chapitres ; le premier sur la prématurité, le deuxième sur l'attachement parents-enfants

Enfin la dernière étape qui est la partie pratique qui contient le troisième et le quatrième chapitre; le troisième chapitre s'appuie sur le cadre méthodologique de notre recherche qui contient de la méthode utilisé, le choix d'échantillon, les outils de recherche, et la présentation de lieu de stage, cependant le quatrième et le dernier chapitre contient la présentation et analyse des (04) étudié et la discussion des hypothèse et on a conclue par une conclusion générale.

1. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE

Le lien entre la mère et son enfant commence dès la grossesse, lorsque la mère se projette dans son futur rôle et se poursuit après la naissance en prenant soin de son enfant par les soins quotidiens nécessaires au bébé : le toucher, le regard, le partage des affects.

Ce lien crée, est lié étroitement à la naissance, à cet effet lors d'une naissance dite « normale », la mère reste auprès de son nourrisson ce qui lui permet, de se sentir mère et de développer ses compétences parentales, mais lors d'une naissance prématurée, le nourrisson est le plus souvent, hospitalisé dans un service de néonatalogie et donc, séparé de sa mère. En plus du stress dû à la situation, la mère ne peut pas prendre soin de son enfant et remplir son rôle maternel, ce qui peut entraîner une perte de confiance en elle, cet événement inattendu perturbe le processus normal d'attachement de la mère pour son enfant. Ce qui peut avoir des répercussions sur le développement de l'enfant ainsi que, sur ses relations futures.

Budin et Tarnier, deux obstétriciens français se penchent sur la question de la prématurité dont leur première préoccupation est le fait qu'un enfant prématuré est incapable de maintenir sa température corporelle. Pour pallier à cela et en prenant exemple sur les poussins mis en couveuse dans les ZOO, ils décident de placer les nouveau-nés prématurés dans une couveuse chauffante. À cette période, les mères ont leur place auprès de leur bébé et l'allaitement maternel est grandement encouragé même à la cuillère ou par gavage lors de l'incapacité de l'enfant à se nourrir correctement.

Alors que les prématurés deviennent un sujet de grand intérêt, le Dr COURNEY organise des expositions d'enfants prématurés afin de récolter des fonds pour leur survie, et interdits les visites parentales, qui selon lui, réduirait le risque infectieux.

Depuis la première moitié du 19^{ème} siècle le facteur relationnelle mère-enfant est développé par les psychanalystes et les psychologues, qu'ils l'ont décrit chacun son expression :

Bowlby affirme que l'être humain est génétiquement programmé à maintenir une proximité avec une personne capable de le protéger.

S.Freud la mère est le premier objet pour l'enfant, sa vie s'organise autour de la satisfaction du besoin alimentaire.

Selon les travaux de Brazelton le nouveau-né est capable en quelque heures de sa naissance de reconnaître l'odeur de sa vie.

Ainsworth a construit une typologie des réactions des enfants à la séparation avec leurs mères où il a différencié entre trois formes d'attachement, l'attachement sécurisant, insécurisant de type évitant et de type ambivalent (Diane.P, 2009, p120).

L'attachement est considérée comme un concept clé de la seconde moitié du XXème siècle en psychopathologie et en psychologie et ce en s'intéressant au développement de l'enfant et productive, à ce titre pour la réflexion sur la petite enfance, cette théorie, parce qu'elle porte également sur les questions de liens interpersonnels et de séparation, ne peut que croiser les préoccupations en jeu dans la protection de l'enfance. (Guédeney N, Guédeney A, 2010).

Introduite en France grâce aux travaux et aux recherches menés dans les années 1950 - en lien avec l'équipe de J. Bowlby- par M. David et G. Appell qui s'intéressent aux effets, sur les enfants de tous les âges, des séparations à court et long terme ainsi que des carences de soins maternels, cette théorie reste encore insuffisamment connue dans les milieux professionnels du travail psychosocial. Elle offre pourtant des perspectives très importantes non seulement pour l'approche clinique dans le traitement des situations individuelles, mais également pour le sens des politiques publiques de soutien aux enfants en difficultés et à leurs parents.

En prenant en compte ces difficultés potentielles d'attachement d'une mère pour son enfant prématuré, donc, d'après toutes les données recueillies, en notre possession et pour mieux cerner notre sujet nous amenons à poser la question suivante :

-
- *Est-ce que la prématurité influence sur la qualité de l'attachement parents-enfants ?*

À partir des données théoriques et pratiques on propose l'hypothèse suivante :

- *La prématurité influence sur la qualité de l'attachement parents-enfants.*

2. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Pour bien cibler la qualité d'attachement entre un enfant prématuré et sa maman, et pour étudier le devenir de ces enfants pendant les premières années on a mené notre choix de recherche sur les enfants âgés entre 1 an et 2ans.

Donc on a choisi de travailler sur ce thème pour ces raisons :

- Avoir une vision approfondie sur la relation entre la qualité d'attachement parents -enfants prématurés
- Savoir si la prématurité a un impact négatif sur la qualité d'attachement
- Comment les parents et les bébés vivent la séparation
- Savoir si le fait d'accoucher prématurément influence sur le lien de maman avec son enfant.

3. DÉFINITION DES CONCEPTS

3.1. La Définition Théorique

- **La prématurité :**

- Selon l'OMS «la prématurité comme une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) ». (Christine Boussaroque, Elisabeth Haentjens, Frédérique Jaquet, 2006, P.192).

- **L'attachement :**

- Selon Ainsworth : « L'attachement lien relativement durable qui apporte de l'importance au partenaire en raison de son caractère et irremplaçable » (M. Ainsworth, 1989, P.711).
- Selon Bowlby : « C'est un moyen pour l'enfant de développer une sécurité qui le mènera vers la possibilité d'explorer autour de lui puis vers l'autonomie rechercher et maintenir la proximité avec un autre individu » (J, Bowlby, 1978, P.267).

3.2. La définition opérationnelle

- **La prématurité :**

- C'est une naissance d'un enfant avant terme.
- La prématurité est une naissance d'un enfant arrivé très tôt, elle est comptée à partir du dernier jour des dernières règles.
- La prématurité est une naissance d'un enfant immature.

- **L'attachement :**

- Un lien affectif qui lie l'enfant à sa mère dans l'espace et dans le temps.
- C'est un besoin primaire qui se développe entre la mère et son enfant dès sa naissance.
- L'attachement est un lien durable chargé émotionnellement entre deux humains.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I

La prématurité

PRÉAMBULE

La naissance d'un enfant est un événement attendu et heureux, qui est précédée par la grossesse. Cette dernière est bien souvent pour la future mère une période d'épanouissement ou elle va passer du statut de femme au future maman. Mais la grossesse est aussi une période de vulnérabilité pour la mère et son enfant à naître. En effet, il existe beaucoup de complication dont les menaces peuvent rythmer ses neuf mois de gestion. La naissance prématurée est l'une de ces complications.

1. LA PRÉMATURITÉ

1.1. Histoire de la prématurité

Extraits du mémoire de psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de Madame Sylvette Rey intitulé « La prématurité au fil des jours en pédiatrie néonatale » Université de Paris-Nord, 1997. (BDMS ; 2005,2006 p ; 54)

La première documentation précise et détaillée sur les soins après la naissance, décrivant entre autres la prématurité, est donnée par Soranus d'Ephèse (98-138 après J.-C.). Avant lui, Hippocrate (460-377 avant J.-C.), tout en constatant que « peu d'enfants nés à sept mois survivent », reconnaît que les fœtus sont alors constitués en toutes leurs parties et qu'ils peuvent vivre : « Le rapport et le temps où ils ont été nourris dans la matrice leur ont donné tout ce que possèdent les fœtus les plus parfaits et le plus en état de vivre.

« En 1765, Mauquest de la Motte, dans son « Traité des accouchements naturels, non naturels et contre nature » écrit : «Les enfants peuvent vivre à sept ou huit mois, mais mieux à huit qu'à sept . . . la Raison insinue suffisamment qu'un enfant est d'autant plus en état de vivre qu'il approche plus au terme de 9 mois».

À la fin du XVIII^{ème} siècle, apparaissent les premiers hôpitaux de soins réservés aux enfants (Hôpital des enfants malades en 1802). Mais il faudra encore presque un siècle pour que naisse une véritable médecine pour les enfants. Dans le même temps,

Tarnier, Accoucheur, visite au jardin d'acclimatation les nouveaux incubateurs à poulets, que l'on expérimente à partir de plans très anciens découverts dans des hiéroglyphes. « Il a l'idée d'appliquer la méthode aux nouveau-nés et fait construire les premières couveuses (une caisse en bois isolant l'enfant) qui sont essayées à la maternité de Port-Royal (Paris) en 1880. Avec ses élèves, il pose les bases essentielles de la réanimation néonatale et des soins aux prématurés : hygiène rigoureuse, alimentation saine par gavage, élevage dans une atmosphère humide, à température constante et isolement des enfants ».

Malheureusement, les problèmes d'infection rencontrés incitent un de ses disciples. En 1901, grâce au Dr. Couney, les prématurés devenaient un sujet d'intérêt. Il empêchera aux parents tout contact avec leur enfant prématuré de peur qu'ils l'infectent.

Une grande partie des méthodes de Couney a été reprise dans les premières salles de prématurés du monde occidental. Le taux élevé de mortalité a conduit les médecins à rendre encore plus strict l'isolement et à interdire l'alimentation maternelle. De nombreuses recherches étaient alors entreprises sur le mode d'alimentation, sur les qualités respectives du lait maternel et du lait de vache et sur tous les risques d'infections.

Au début du XX^{ème} siècle, les recommandations spécifiaient que l'on utilise des incubateurs faciles à désinfecter, que les salles ne soient pas surpeuplées, que le personnel porte des blouses, se lave les mains avant de s'occuper du bébé et que tout bébé porteur d'infection soit isolé (Churchill et De Gaulle naquirent prématurément à cette époque).

Aux États Unis, Hess fonda le premier centre de prématurés en 1922. En 1928, la première intubation était réalisée et en 1940, les premières oxygénothérapies étaient pratiquées.

Jusqu'à la fin des années 60, les médecins préconisaient l'isolement total des prématurés jusqu'à leur sortie, mais au début des années 70, les parents étaient de plus en plus invités à entrer dans les services et à toucher leur bébé dans un incubateur. En 1975, reconnue par le Comité de pédiatrie américain (American Board of Pediatrics), la

néonatalogie devint une spécialité. Dès lors, les prématurés seront transférés dans des centres spécialisés pour obtenir les meilleurs soins avec, par exemple, la photothérapie ou le respirateur.

À l'hôpital de Bogota (capitale de la Colombie), à partir de 1979, en raison d'une surmortalité et d'un grand nombre d'abandon par leurs parents des nouveau-nés prématurés ou de petit poids, le Dr Gomez et son équipe mirent au point la « Méthode Kangourou ». Cette méthode offrait une alternative à l'incubateur. Elle favorisait l'allaitement maternel et permettait aux parents d'investir leur rôle de parents responsables et actifs.

Dans les années 80, l'accueil des parents devenait un souci constant pour les équipes. C'est ainsi que grâce à l'intervention d'une mère, en 1984, les scientifiques reconnurent aux prématurés l'existence possible de la douleur. À partir de cette constatation, les médecins pratiqueront l'anesthésie pour leur prodiguer des soins.

Jusqu'à la fin des années 90, la déclaration légale et obligatoire de la naissance était fixée à 28 semaines. Par la suite, tous les enfants nés vivants à partir de la 22ème semaine d'âge gestationnel ou pesant au moins 500 grammes doivent être enregistrés à l'État-civil(OMS).

Pendant des années, on a défini prématurité par un petit poids de naissance (moins de 2,500grammes).

Les moins de 1500grammes étaient dits « grands prématurés » et les moins de 1000 grammes « très grands prématurés ». Cependant, à poids de naissance équivalents, le pronostic de viabilité peut être très différent et dépend surtout de l'âge gestationnel. Aujourd'hui une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée est dite prématurée.

2. DÉFINITION

Selon les normes internationales et selon l’OMS en particulier, on définit la prématurité comme une naissance intervenant à moins de 37 semaines révolues (259 jours) après le 1^{er} jour des dernières règles. Cet âge gestationnel (AG) demeure cependant indéterminable dans certaines circonstances. Il doit donc être interprété. C’est pourquoi le poids de naissance lui reste souvent associé. La limite est fixée à 2500gr.

Un poids de naissance(PN) inférieur à 2500gr comporte des prématurés et des enfants nés à terme avec un petit poids de naissance. Les deux facteurs, poids de naissance et âge gestationnel, sont ainsi souvent nécessaires pour permettre l’évocation d’une prématurité. (Serge Dalla Piazza, 1997, p 13)

3. DESCRIPTION D’UN PRÉMATURÉ ET DE SES COMPLICATIONS ÉVENTUELLES

C’est un bébé qui présente de nombreuses différences physiologiques par rapport à un bébé né à terme. Ainsi on peut voir qu’il présente à sa naissance :

- Une taille plus petite
- Un poids plus faible
- Une peau très fine, rouge, recouverte « de lanugo »
- Cartilage des oreilles mou
- Membres fins
- Abdomen protubérant
- Pouls et respiration plus rapides
- Étroitesse de la cage thoracique
- Immaturité générale des organes et de leurs fonctions (causes principales de mortalité ou de problèmes de développement).

(Vollenweider Nathalie, Nicastrò Nicolas, et al , 2004 p 08).

On distingue quatre stades de prématurité :

- **La prématurité simple de 34 à 36 SA.**

La maturité pulmonaire n'est pas toujours totalement acquise ; la coordination harmonieuse entre la succion et la déglutition, qui permet l'autonomie alimentaire se met en place vers la 34ème semaine. Cependant, les risques inhérents à la prématurité simple sont faibles ; dans la plupart des cas, ni la vie ni l'intégrité neurologique ne sont menacées du fait de cette naissance précoce.

- **La grande prématurité de 32 à 34 SA.**

A ce terme, un nouveau-né requiert généralement des soins initiaux relevant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs ; il est souvent dépendant, au moins pendant quelques jours, d'une assistance respiratoire et d'une nutrition par perfusion. Au cours des premiers jours et parfois plus longtemps, sa vie peut être en danger. De même le risque neurologique est faible mais réel.

- **La très grande prématurité de 28 à 32 SA.**

A ce terme, il faut toujours recourir à des soins de réanimation parfois pendant plusieurs semaines. Le risque de survenue de complications mettant en jeu la vie de l'enfant est important et il persiste pendant plusieurs semaines ; le risque de lésions neurologiques est lui aussi important.

- **La prématurité extrême de 25 à 28 SA.**

Il est très difficile actuellement de faire des généralités sur ces prématurités extrêmes. La réanimation active de ces enfants est récente et leur nombre est faible.

En outre, dans ce domaine, les progrès réalisés ces dernières années sont importantes et on peut espérer qu'ils vont continuer dans les années à venir. Néanmoins, la menace qui pèse tant sur la survie que sur l'intégrité neurologique d'un prématuré extrême est une réalité inéluctable. (BINEL, G.2000,p23,24).

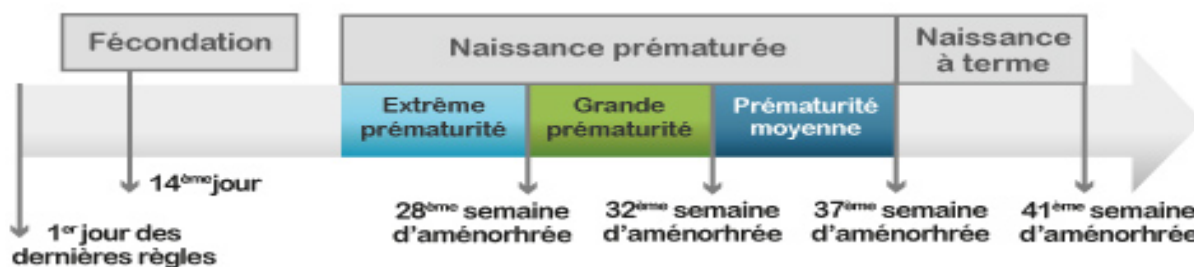


Figure I.1 : Schéma des stades de prématuré

4. DEUX CATÉGORIES DE NAISSANCE PRÉMATURÉE

Les naissances prématurées se divisent en deux catégories : Celles d'origine spontanée en raison du déclenchement précoce des contractions ou de la rupture prématurée des membranes et celles provoquées par des professionnels de la santé.

En effet, il peut y avoir des accouchements précoces provoqués par des professionnels de la santé lorsque la santé de la mère ou du fœtus est en danger, comme pour une pré-éclampsie (hypertension dangereusement élevée durant la grossesse), au bénéfice du médecin, de la sage-femme ou de la mère, ou en présence d'une erreur de date d'accouchement. Même les bébés nés quelques semaines à l'avance sont plus susceptibles à une nouvelle hospitalisation ou de contracter des problèmes respiratoires ou d'autres maladies. (COSTA Stéphanie, 2012, p 14).

4.1. Prématurité spontanée

Le travail se déclenche de manière inopinée. Les facteurs de risques sont : l'âge de la mère (avant 18 ans et après 35 ans), des abus toxiques (drogues et alcool), des antécédents d'accouchements prématurés ou de fausses couches survenues tardivement, des grossesses multiples. Les conditions de vie (stress, une position debout prolongée, de longs trajets, l'appartenance à une classe sociale défavorisée) de la mère, durant la grossesse, peuvent aussi être des facteurs de risque

4.2. Prématurité induite

La naissance est provoquée, le plus souvent par césarienne sur décision médicale, lorsque la vie du fœtus et/ou de la mère est en danger. Plusieurs causes peuvent être responsable d'une naissance prématurée, tel que des signes de souffrances

fœtales, une pré-éclampsie...etc. Dans ce cas la naissance de l'enfant devient une urgence vitale, ce qui laisse peu de temps aux parents pour se préparer à l'arrivée de leur enfant. (Louis S. (2007) Bouvard, C. (2011)). (COSTA Stéphanie, 2012, p 14).

5. LES TYPES DE PREMATURITE

5.1 La prématurité moyenne

Ce sont les nouveau-nés qui naissent entre 34 0/7 et 36 6/7 semaines d'âge gestationnel (AG). Les enfants prématurés de cette catégorie d'âge gestationnel présentent plus de complications à la naissance et durant les premiers jours de vie (Szabo P., Arlettaz R., Bucher H.U, 2002). Cependant, ils seront rarement en couveuse et pourront rester auprès de la mère.

5.2 La grande prématurité

Les grands prématurés (nés entre 28 semaines 0/7 et 33 semaines 6/7), pèsent généralement moins de 2000 grammes et doivent bénéficier de soins particuliers. Ces enfants resteront un certain temps en couveuse.

5.3 La très grande prématurité

Ces nouveau-nés (entre 22 semaines 0/7 et 27 semaines 6/7) ont généralement un poids inférieur à 1000 grammes. Le pronostic tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité est beaucoup plus réservé. La limite d'âge gestationnel à partir duquel la réanimation néonatale est légitime est en perpétuelle évolution compte tenu des progrès de la néonatalogie et fait l'objet de débats éthiques qui sortent du champ du présent travail. Les données récentes montrent que les bébés nés à 23 semaines 0/7 auront un pronostic très différent de ceux nés à 25 semaines. Le taux de survie néonatale augmente rapidement au cours de cet intervalle de temps de deux semaines, passant de 10% à 50%(Effer SB, Lopes LM, Whitfield, 1992; 14(6) : 39-49).

À 23 semaines, parmi les nouveau-nés qui survivent, 20 % à 35 % présentent des handicaps sévères (paralysie cérébrale, hydrocéphalie, déficit intellectuel sévère, cécité ou surdité, ou plusieurs d'entre elles qui exigent des soins importants. Entre 25 et 26 semaines complètes (175 à 188 jours), le taux de survie des nourrissons est de

50% à 80%. Les déficits et handicaps affectent 10 % à 25 % de ces bébés. (BDMS-ONE, 2004,2005, p 53).

6. LES CAUSES

Il existe des facteurs de risque qui peuvent contrarier plus ou moins sérieusement le développement du fœtus et donc peuvent entraîner une naissance prématurée:

6.1 Les causes maternelles

- Antécédents d'accouchement prématuré ou de fausse couche tardive.
- Age de la maman inférieur à 18ans et supérieur à 35ans.
- Anomalies utérines : malformation.
- Bécance cervico-isthmique.
- Conisation.
- Malades chroniques : HTA, diabète, anémie sévère, hyperthyroïdie.

6.2 Socio-économiques, mode de vie

- Bas niveau socio-économique (mauvais suivi de la grossesse).
- Condition de travail pénible.
- Longs trajets quotidiens.
- Mère isolée.
- Enfants à charge.

6.3 Liés à la grossesse en cours

- Grossesse multiple
- Hydramnios
- Diabète
- Chorioamniotite
- Rupture prématurée des membranes
- Anomalie d'insertion placentaire
- Vaginose bactérienne ou autre infection (urinaire)

(Yael Blumental, et al ,2009, p 39,40).

6.4 Prématurité et habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse

Le tabagisme de la femme enceinte a toujours été incriminé dans la survenue des petits poids à la naissance et plusieurs études l'ont démontré. Le phénomène dose-effet est très visible quand on croise le nombre de cigarettes quotidiennes fumées par la mère et la prématurité.

Plus une mère a fumé pendant sa grossesse, plus elle présente un risque d'avoir un enfant né avant terme. (BDMS-ONE, 2004, 2005, p 62)

7. LES CONSÉQUENCES

7.1 Conséquences physiopathologiques

Les conséquences physiopathologiques d'une naissance prématurée sont dues aux organes du fœtus encore immatures au moment de sa naissance. Ces conséquences se sont présentées par système :

- **Système pulmonaire** : une immaturité au niveau pulmonaire est marquée par l'absence de surfactant.
- **Système cardio-vasculaire** : l'immaturité du système de contrôle de la fréquence cardiaque entraîne des bradycardies à répétition. La persistance du canal artériel est aussi une complication possible. Si celui-ci ne se referme pas, l'irrigation des poumons est trop importante.
- **Système gastrique** : Lors d'une naissance entre 32 et 36 SA, les réflexes de succion et déglutition de l'enfant sont absents ou non coordonnés. Des reflux gastro-œsophagien sont aussi souvent rencontrés chez l'enfant prématuré. L'immaturité du système digestif entraîne aussi des déséquilibres au niveau de l'absorption des nutriments, ce qui entraînera des modifications alimentaires selon les besoins de l'enfant.

-
- **Système nerveux central** : les conséquences et séquelles d'une immaturation du système nerveux central peuvent être importantes et irréversibles. (Louis S. (2007), Bouvard, C. (2011)). (COSTA Stéphanie, 2012, p 14, 15)

7.2 Conséquences sur la prise en soins

Suite à toutes ces complications possibles, ces nouveaux nés seront pris en soin par l'équipe soignante dès leur premier souffle. Cela dans le but de mettre en place l'équipement nécessaire à leur survie. Ils seront placés dans un incubateur afin de les aider à maintenir leur température corporelle, ils auront une assistance respiratoire si le besoin s'en fait sentir, ils seront équipés d'un monitor afin de suivre chacune des perturbations et ainsi pouvoir y pallier dans les plus brefs délais. Cela entraîne donc, par la même occasion une séparation précoce de l'enfant et ses parents, en particulier sa mère avec une hospitalisation dans deux unités différentes. Or, lors d'un accouchement à terme et sans complications, l'enfant est en contact direct (peau à peau) avec sa mère dès sa naissance et reste auprès d'elle durant l'hospitalisation.

Dans les unités de maternité, les chambres sont équipées pour accueillir la mère et son enfant afin qu'ils soient réunis et que la maman puisse répondre aux besoins de son enfant. (Louis S. (2007)). (COSTA Stéphanie, 2012, p 14, 15)

7.3 Troubles cognitifs

La prématurité est en soi un facteur de risque de développement des troubles cognitifs, et ce risque est d'autant plus élevé que la prématurité est grande. L'expression de ces troubles cognitifs est plus tardive que l'apparition des troubles moteurs de par la complexité et la plus longue maturation du cortex associatif.

- Généralement on retrouve une atteinte ou un trouble au niveau :
- Des praxies : avec dyspraxies Visio-spatiales et constructives essentiellement.
- Du raisonnement
- Du langage et de la mémoire : avec des dyscalculies, dyslexies, dysorthographies.

-
- Des performances Visio-spatiales : perception visuelle, repères spatio-temporels
(Marion Leuge, 2008, p 14)

➤ **Âge préscolaire :**

Les instruments les plus souvent utilisés pour documenter les conséquences de la prématurité avant l'âge de deux ans mesurent le développement moteur et mental, un concept global qui comprend, comme le développement cognitif, le langage précoce, la mémoire, ainsi que les aptitudes sensorielles et perceptuelles. Quant au développement moteur, il fait référence à la façon dont l'enfant interagit physiquement avec le monde qui l'entoure, comme en témoignent le contrôle de son corps, la coordination et la dextérité. Dès l'âge de 2 ans, on observe chez 23 % des prématurés de moins de 28 semaines un retard de développement mental et chez 26 % de ceux-ci un retard du développement moteur, et ce, malgré une échographie crânienne ne démontrant aucune anomalie.

Une vaste étude effectuée en Angleterre nommée EPICure confirme ces observations de retard de développement. En effet, à 30 mois, 19 % de ces enfants nés à moins de 25 semaines de grossesse présentaient un retard sévère de développement et 11 % un retard modéré. Cette même étude a également noté que près du quart des enfants suivis présentaient un retard au plan de la communication ; les garçons semblaient davantage touchés que les filles.

D'autres études ont documenté le quotient intellectuel (Q.I.) à 5 ans des enfants nés avant 33 semaines de gestation en utilisant le test standardisé WIPPSI, lequel permet de situer la performance de l'enfant selon un groupe de référence constitué d'enfants du même âge et issu de la population générale (http://ceip.free.fr/sub_wppsi.html).

On a ainsi remarqué que le Q.I. moyen des enfants prématurés était significativement inférieur à celui attendu selon les normes. De plus, la proportion d'enfants atteints d'une déficience intellectuelle sévère était de 13,5 % alors qu'elle grimpeait à 25 % pour la déficience intellectuelle légère. À titre comparatif, les

prévalences observées chez les enfants non prématurés de cet échantillon sont respectivement de 2,8 % et de 13,9 % pour les déficits sévères et légers. Toutefois, lorsque ces données sont analysées en termes de genre, on se rend compte que les garçons prématurés sont plus affectés que leurs homologues féminins. (Anne-Marie Gagné, et al, 2013, p60).

➤ **Âge scolaire :**

L'entrée à l'école est souvent un moment déterminant dans la découverte d'éventuels retards de développement, car placer un enfant dans un groupe où on évalue les compétences en permanence rend en effet les différences plus évidentes, et ce, même pour des non-experts. L'entrée à l'école correspond donc à une période propice pour l'évaluation des habiletés cognitives.

Sur une base plus scientifique, les résultats obtenus par le groupe EPICure à l'aide d'une batterie constituée de plusieurs tests administrés lors du suivi à 6 ans révèlent que 41 % des grands prématurés manifestaient un déficit cognitif sévère lorsque comparés à leurs compagnons de classe. Toutefois, ce chiffre diminuait à 21 % lorsqu'on comparait ces enfants aux moyennes normalement rencontrées chez des enfants de même âge. Il est donc possible que le groupe des « non-prématurés » ait performé au-dessus de la moyenne, accentuant ainsi l'écart.

Une fois encore, la prévalence de ces déficits était plus élevée chez les garçons. Par contre, il importe de souligner que même au sein de la population normale, davantage de garçons que de filles manifestent des difficultés d'apprentissage à l'école. À titre d'exemple, une étude menée par le Conseil Supérieur de l'Éducation Québécois a démontré qu'il y avait deux fois plus de garçons que de filles atteintes de troubles d'apprentissage ou de troubles d'adaptation scolaire.

Une autre recherche de grande envergure, cette fois menée en Australie sur des enfants nés avant 28 semaines de grossesse nous donne un son de cloche légèrement différent. En effet, bien que ces enfants de 8 ans présentent un Q.I inférieur à celui d'un groupe d'enfants nés à terme, le score moyen se situait dans les limites considérées normales. Autrement dit, ce score, bien qu'inférieur au plan statistique, n'est pas significatif d'un point de vue clinique. Le score moyen, bien qu'inférieur

statistiquement, ne serait donc pas de nature à expliquer des difficultés d'apprentissage majeures à l'école ou à la maison. Mais malgré ce Q.I théoriquement non problématique, ces enfants réclamaient presque deux fois plus souvent une assistance scolaire professionnelle et ils ont été près de trois fois plus nombreuses à doubler une année scolaire. Cela atteste qu'en dépit d'un Q.I dans les limites de la normale, des différences d'apprentissage spécifique (lecture, écriture, mathématiques, etc.) semblent exister.

Bien qu'il soit difficile de différencier à la naissance les enfants prématurés qui manifesteront des difficultés à l'âge scolaire de ceux qui n'en auront pas, certains facteurs semblent accentuer le risque de séquelles. Parmi ceux-ci on retrouve : une nutrition par voie intraveineuse durant plus de 6 semaines, le recours à un support respiratoire durant plus de 14 jours, une augmentation de la circonférence de la tête anormalement lente, des convulsions, des hémorragies péri et intraventriculaire (zones du cerveau) et une perforation de l'intestin. Également, le fait d'être un garçon double le risque de présenter un déficit intellectuel majeur lorsque l'évaluation est faite à l'âge de 8 ans.

Une vaste méta-analyse sur l'impact behavioral et cognitif a également révélé que les scores moyens aux différents tests cognitifs chez les enfants d'âge scolaire seraient directement proportionnels à l'âge gestationnel et au poids à la naissance, et ce, autant chez les enfants prématurés que chez les enfants nés à terme. Un poids plus élevé ainsi qu'une naissance plus tardive auraient donc un impact positif sur les performances intellectuelles.

Enfin, certains facteurs environnementaux semblent jouer un rôle protecteur, c'est-à-dire qu'ils peuvent atténuer les conséquences de la prématurité. L'enfant prématuré issu d'une famille dont le niveau d'éducation des parents et le revenu familial sont supérieurs aurait un meilleur développement intellectuel à l'âge scolaire. (ibid, p 61,62,).

7.4 Les séquelles comportementales et affectives engendrées par la prématurité

➤ Âge préscolaire :

Plusieurs études démontrent que les enfants prématurés présentent, en bas âge, des difficultés à socialiser avec les autres. Dès l'âge de trois ans, 15 % des enfants nés à 32 semaines ou moins de gestation manifesteraient des difficultés comportementales. Cette même étude révélait que ces enfants présentaient davantage de problèmes émotionnels que les individus nés à terme. Lorsque comparés à des enfants nés à terme et d'âge équivalent, les enfants de 5 ans nés à moins de 32 semaines manifestent significativement plus de problèmes de retrait social (tendance à s'isoler), d'attention, de comportement agressif et délinquant et de plaintes relatives à des maux physiques.

➤ Âge scolaire :

Des difficultés d'ordre comportemental et émotionnel qui passaient inaperçues jusqu'alors deviennent plus évidentes à l'école. En effet, on estime qu'environ 20 % des enfants prématurés parvenus à l'âge de 6 ans présenteraient au moins un désordre psychiatrique;

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) étant de loin le plus fréquent. De plus, lorsqu'évalués par leurs professeurs, les enfants prématurés auraient plus de difficultés à s'adapter au monde scolaire.

L'évaluation de l'enseignant met en lumière que les filles manifesteraient principalement des comportements d'isolement et d'inattention en classe, alors que les difficultés typiques des garçons se situent surtout aux plans de l'inattention, des comportements agressifs envers les pairs, des problèmes de socialisation variés et des plaintes de maux physiques. Ces résultats sont corroborés par ceux de l'étude EPICure. En effet, les taux de difficultés comportementales chez les enfants nés avant 25 semaines de grossesse sont de 30,6 % pour l'hyperactivité (vs 8,8 % chez les enfants nés à terme), 12,5 % pour les problèmes de conduite (vs 5,4 %), 33,3 % pour les déficits d'attention (vs 6,8 %), 25,4 % pour des problèmes d'interaction avec les amis (vs 5,4 %).

Enfin, 13,5 % des enfants manifestent des troubles émotionnels (vs 4,1 %). Cette recherche, en plus de révéler des taux de problèmes comportementaux et émotionnels de 3 à 6 fois supérieurs selon le trouble, met également en lumière le fait que les garçons sont plus touchés par l'hyperactivité, le déficit d'attention et les problèmes d'interaction sociale que les filles.

➤ **L'adolescent et le jeune adulte :**

Parvenus à l'adolescence, des problèmes variés semblent persister. Bien qu'il s'agisse de différences souvent subtiles, les adolescents et les jeunes adultes nés prématurément continuent de se distinguer des individus nés à terme au plan comportemental et émotionnel.

Une étude canadienne a permis de mettre en lumière que les adolescents nés avant 29 semaines avaient moins confiance en leurs compétences, et ce, tant au plan athlétique, romantique, scolaire que professionnel que les jeunes nés à terme. La prévalence de difficultés comportementales rapportées par les parents est également supérieure dans le groupe prématuré que dans le groupe à terme.

L'évaluation parentale révèle également que les garçons seraient davantage touchés que les filles. Les parents ainsi que les professeurs d'enfants nés avant 25 semaines rapportent également que ces derniers auraient davantage de comportements d'internalisation (*exp* : dépression, anxiété, plaintes concernant des maux physiques et retrait social) que les enfants non prématurés.

Par ailleurs, une étude réalisée auprès d'adultes norvégiens nés avant 33 semaines révèle que même en l'absence de problèmes médicaux, ceux-ci atteindraient des niveaux d'éducation et de revenus moins élevés que les non prématurés et auraient davantage recours aux services de l'aide sociale. De plus, un âge gestationnel moindre serait associé à davantage de dysfonctions sociales.

(Anne-Marie Gagné, Marc Simard & Eric Boucher, 2013, p 63,64).

8. L'IMMATURITÉ DES SYSTÈMES LORS D'UNE NAISSANCE PRÉMATURÉE

La prématurité entraîne diverses conséquences médicales sur le nouveau-né, la plus grande complication étant associée à l'immaturation d'organes tels la peau, les yeux, le cœur, le système digestif, le cerveau et le poumon. Fait important, l'analyse des complications liées à l'immaturation de ces systèmes peut mener à l'identification de critères permettant l'évaluation globale de l'état de santé de l'enfant. Les principaux effets de la prématurité sur ces systèmes sont résumés ci-dessous, une emphase étant mise sur le poumon, puisque son immaturité est une cause majeure de morbidité et de mortalité et que sa maturation présente une différence sexuelle.

(Anne-Marie Gagné, Marc Simard & Eric Boucher, 2013, p 33,34,35)

8.1. La peau

Constituant une barrière protectrice, la peau lorsqu'elle n'est pas mature peut être une cause de mortalité à la naissance. Or, celle-ci n'est pas pleinement fonctionnelle avant la 34^e semaine de grossesse. Les enfants nés prématurément sont plus sujets aux infections et à la déshydratation et peuvent donc souffrir d'un déséquilibre en électrolytes et d'une thermorégulation déficiente. Il existe minimalement trois composantes essentielles à l'établissement de l'imperméabilité de la peau :

① La formation de l'enveloppe cornée (partie superficielle de l'épiderme),
② L'extrusion de lipides jouant notamment un rôle structural dans la fonction de barrière hydrique de la peau, ainsi que
③ La mise en place des jonctions intercellulaires mettant en communication le contenu de cellules voisines.

Diverses protéines sont impliquées dans ces processus de maturation [6-8]. Fait à noter, des délais dans la formation et la maturation de la barrière cutanée ont été observés chez les individus de sexe masculin comparativement à ceux de sexe féminin. Hanley et al. Suggèrent que cette différence sexuelle est sous l'influence des androgènes.

8.2. Les yeux

La rétinopathie de la prématurité est une des causes majeures de non-voyantes chez les nouveau-nés. Cette maladie est causée par un défaut de la formation des vaisseaux sanguins (vascularisation) de la rétine pouvant mener à une perte complète de la vue. Une concentration anormale en oxygène, perturbant l'expression de certains facteurs impliqués dans la vascularisation, est à l'origine de cette maladie qui se caractérise par une prolifération anormale des tissus fibro-vasculaires aux limites de la rétine vascularisée et non vascularisée. Il est suggéré que cette vascularisation anormale de la rétine soit principalement menée par la synthèse locale d'une protéine appelée facteur de croissance vasculaire endothélial A (VEGF-A).

8.3. Le système cardiovasculaire

Le canal artériel crée une jonction entre l'aorte et l'artère pulmonaire chez le fœtus. Il est essentiel au bien-être fœtal permettant à 90 % du sang circulant dans le ventricule droit de dévier la haute résistance du lit vasculaire pulmonaire.

Ainsi, peu de sang circule dans les poumons du fœtus. La persistance du canal artériel est la pathologie cardiovasculaire la plus fréquente chez les enfants prématurés. L'incidence de cette anomalie est plus fréquente à des âges gestationnels inférieurs, affectant plus de 60 % des enfants nés avant la 28^e semaine.

Chez l'enfant né à terme, la fermeture commence quelques heures après la naissance et se complète après 72 heures. Par contre, elle se fait plus lentement chez les prématurés. Il est reconnu que les prostaglandines, qui sont des agents de signalisation cellulaire, jouent un rôle essentiel dans le maintien de ce canal durant la vie fœtale. Lorsque le fœtus se rapproche du terme, l'augmentation de la tension en oxygène et la diminution de la sensibilité du canal à la prostaglandine PGE₂ facilitent la fermeture du canal artériel.

Par conséquent, le recours à des agents limitant la production de PGE₂ (les inhibiteurs des cyclo-oxygénases, *ex p.* l'indométacine) chez les prématurés est une alternative thérapeutique potentielle.

8.4. Le cerveau

Le devenir neurologique de l'enfant est d'une très grande importance en clinique. Lors de naissances prématurées, il est possible que les enfants soient atteints d'une hémorragie cérébrale (intra ventriculaire). L'hydrocéphalie, c'est-à-dire une accumulation de liquide dans certaines cavités du cerveau, en est la complication la plus sérieuse. Le risque d'hydrocéphalie est lié à l'importance de l'hémorragie et semble causé par la présence de caillots sanguins dans les canaux de réabsorption entraînant le blocage de la circulation et l'hémorragie. Une hydrocéphalie permanente résulte de la migration et de la déposition de cellules fibroblastiques et de collagène (protéine fibreuse ayant normalement un rôle structural) dans ces canaux. Lors d'une naissance prématurée, la diminution de l'apport sanguin au cerveau (l'ischémie cérébrale) ainsi que la destruction de la substance blanche¹⁵ (la leuco malacie péri ventriculaire) sont d'importantes complications potentielles pouvant mener à des séquelles neurologiques.

8.5. Le poumon

L'organogenèse pulmonaire est un long processus. Chez l'humain, il débute environ 4 semaines après la conception et se poursuit jusqu'à l'âge de deux ans. Ce processus a été subdivisé en cinq stades : embryonnaire, pseudo glandulaire, canaliculaire, sacculaire et alvéolaire.

La phase canaliculaire, de la 16^e à la 25^e semaine de grossesse, est caractérisée par l'apparition de cellules épithéliales pulmonaires spécialisées : les pneumocytes de types I et II .Les pneumocytes de type II synthétisent le surfactant, un mélange complexe de lipides et de protéines spécifiques qui a pour fonction d'assurer le bon fonctionnement du poumon en diminuant la tension de surface alvéolaire, permettant ainsi une respiration normale tout en préservant l'intégrité fonctionnelle des alvéoles.

9. DES TECHNIQUES SIMPLES QUI SAUVENT DES VIES

Les spécialistes de l'ONU, les établissements médicaux et les organismes œuvrant sur le terrain affirment que des types de soins éprouvés et peu coûteux destinés aux prématurés pourraient sauver au moins trois quarts de ces bébés dans le monde en développement. Voici ce qu'ils comprennent :

- Des injections de stéroïdes anténatales pour les mères qui ont des contractions prématurées. Cette technique contribue au développement pulmonaire du fœtus encore immature et prévient des problèmes respiratoires; cependant, dans les pays à faible revenu, ces injections ne sont offertes qu'à 10 pour cent des mères qui en ont besoin. À lui seul, ce service pourrait sauver la vie de près de 400 000 bébés par année.
- La « méthode kangourou », c'est-à-dire lorsque l'enfant reçoit un contact peau à peau sur la poitrine de sa mère pour demeurer au chaud. En effet, la chaleur est très importante pour les nouveau-nés prématurés. La méthode kangourou facilite l'allaitement fréquent et procure une supervision maternelle constante. Le recours à cette technique pourrait sauver 450 000 vies par année. (March of dimes ; p 6,7).
- De la crème antiseptique afin de prévenir l'infection du cordon ombilical.
- Des antibiotiques pour prévenir et combattre les infections : une cause importante de décès du nouveau-né.

Conclusion

La naissance avant terme, ou la naissance prématurée, est habituellement un évènement non planifié. Selon les causes de la naissance et l'état de prématurité du bébé, il se peut aussi que ce soit une urgence. Cette section étudie les causes et les signes de la naissance prématurée ainsi que les stratégies employées pour la retarder.

Dans bien des cas, on ne peut pas éviter la naissance prématurée. Cette section indique également ce à quoi peut ressembler le processus de naissance, y compris le transport à une unité néonatale des soins intensifs.

Chapitre II

L'attachement parents-enfants

PRÉAMBULE

Au cours des trente dernières années, plusieurs recherches tendent à démontrer que le besoin primordial du jeune enfant s'avère d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure maternelle répondant à ses besoins. Bowlby propose le terme d'attachement pour désigner le lien particulier unissant l'enfant à la figure maternelle.

1. HISTORIQUE

C'est après la seconde guerre mondiale que se cristallisent la question de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et celle de leurs effets sur son développement. En Europe, on peut citer d'abord Himre Hermann (1972), compatriote de Ferenczi, qui défend l'idée d'un besoin primaire d'agrippement, en référence aux primates, dans une perspective très moderne pour l'époque d'utilisation des données éthologiques dans la compréhension du développement affectif. Ian Suttie, évoque aussi le caractère primaire de l'attachement mère-enfant. En Angleterre aussi, Anna Freud et Dorothy Burlingham vont décrire les effets terribles de la séparation durable chez les très jeunes enfants, lors du Blitz de Londres, Anna Freud aussi parlera d'un besoin primaire d'attachement et de la nécessité de le respecter, plus encore que de protéger l'enfant des bombes. Après la guerre, Anna Freud dira à Bowlby qu'« il eût mieux valu que chacune des puéricultrices prenne un enfant chez, et que l'on ferme la nursery » (Karen, 1998, p 62).

Aux États-Unis se développe au même moment un intérêt pour ce que l'on appelle alors les effets de l'institutionnalisation, c'est-à-dire l'élevage de jeunes enfants en collectivité, séparé de leurs parents. David Levy Sally Provence, Laretta Bender et bien sûr René Spitz en dénoncent les effets et rencontrent d'ailleurs des réactions de déni quand ils les évoquent. (Nicole Guédeney, Antoine Guédeney, 2009,p 3,4).

2. LA DÉFINITION DE L'ATTACHEMENT

Le comportement de l'attachement selon Bowlby « se trouve dans nombreuse espèce animal, il est donc de nature instinctive et biologique comme l'alimentation ou la sexualité infantile », comme il dit « la propension à établir des liens émotionnels fort avec des personnes particuliers comme une composante fondamentale de la nature humaine, qui existe déjà sous forme embryonnaire chez le nouveau-né et se maintient à travers la vie adulte jusqu'à la vieillesse » (Bailly.D,2004,p,85), comme il décrit cinq comportements innés permettent à l'enfant d'entretenir la proximité à la mère

- Le sourire
- Le contact visuel
- Les pleurs et les cris
- L'étreinte dans les bras
- La succion.

Ensemble des liens qui se sont établis entre un bébé et sa mère à partir des sensations et des perceptions du nourrisson vis-à-vis de cette dernière et, réciproquement, de la mère à l'égard de son enfant. (N. Sillamy, 2003, p30).

Selon Dictionnaire des sciences humaines : « : Liens affectifs qui s'expriment par un besoin de contact physique et de proximité entre le nourrisson et sa mère. (...) l'attachement est un besoin primaire du nourrisson et non un besoin consécutif aux soins et à la nourriture apportée par la mère (...) le bébé est pourvu d'un répertoire de comportements innés qui lui permet d'établir et de maintenir le contact avec ses parents, et en particulier avec sa mère » (2004.p, 32.33).

3. LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

3.1. Développement de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement fut développée initialement par Bowlby, à partir de 1958, il y travailla ensuite une vingtaine d'années, cette théorie a été étoffée par les apports d'autres auteurs, Mary Salter Ainsworth et Mary Main notamment.

Depuis 30 ou 40 ans, de nombreuses recherches sont venues valider ses principes de base. (Guedeney A., 2002).

C'est en s'intéressant aux enfants séparés précocement et durablement de leurs parents par la guerre que John Bowlby a développé sa théorie, en s'appuyant en particulier sur la théorie de l'empreinte de Lorenz et la théorie de l'évolution des espèces de Darwin (Montagner, 1988).

L'auteur postule qu'il existe un besoin primaire et vital chez le bébé, qui consiste à établir un lien sélectif et privilégié d'attachement avec sa mère ou son substitut (Tison, 2011).

Toujours selon Bowlby il s'agit d'un système primaire spécifique, présent dès la naissance et propre à l'espèce (Montagner, 1988).

Formulé autrement par Turcotte (1993), il s'agit de « la propension de tout être humain à établir des liens affectifs étroits avec certains individus, comme une composante essentielle de la nature humaine, un élément essentiel à la survie de l'être humain » C'est donc un besoin à part entière, aussi important que le besoin physique de nourriture (Montagner, 1988.p69).

Lorsque ce besoin d'attachement est comblé, cela permet à l'enfant de développer son exploration et d'activer ses capacités d'apprentissage (Bisaillon et Breton, 2011).

Bowlby sera rapidement secondé dans ses recherches par Mary Salter Ainsworth qui mettra au point la « situation étrange ou situation étrangère » pour évaluer la solidité du lien entre l'enfant et son parent (Montagner, 1988).

3.2. Les fondements de la théorie de l'attachement

3.2.1. Les travaux de Bowlby

Il a décrit les états de détresse et de prostration chez les enfants séparé de leur mère, et après sa visite aux plusieurs établissements, conclu ce qui est essentielle du jeune enfant « une relation continue et chaleureuse » (Tourrette. C, et, al, 2008, p105)

En 1952 il a écrit les réactions des jeunes enfants séparés avec leurs mères en trois phases :

- 1) La phase de protestation : où s'entremêlent agitation, cris colère..., refus de se laisser approcher, comportement de rechercher la mère qui peut durer quelques heures ou quelques jours.
- 2) La phase de désespoir : l'enfant devient inactif, ne cherche rien, ne demande rien, la détresse et la tristesse se manifestes au début ; elles deviennent beaucoup moins évident pour laisser la place à une apparente indifférence.
- 3) La phase de détachement : l'enfante se laisse faire par l'entourage, redevient sociable, accepte les soins de n'importe quel substitut, et commence perdre tout attachement pour sa mère. (Bailly. D, 2004, p05)
- 4) Pour soutenir ca théorie, Bowlby fais référence a deux fort éthologique :
 - Les travaux de Lorenz sur ce qu'il appelé « l'empreinte » qui est un mécanisme par lequel les bébés animaux mettent à suivre leur mère (les oies)
 - Les expériences de Harlow porté sur les réactions des bébés singes rhésus quand on les séparait de leur mère à leur naissance. Après ces travaux il a conclu que le besoin de contact physique est un besoin premier et inné, habituellement satisfaire par la mère, et le tempérament, l'allaitement et mouvements sont des variables secondaires. (Tourre. C, et al, 2008, p104-105).

❖ Développement de l'attachement selon Bowlby

AGE	TYPE D'ATTACHEMENT
8-12 Semaines	A ce stade, on ne peut pas encore parler d'attachement. L'enfant ne s'oriente pas encore par rapport à la mère mais envoie des signaux à différentes personnes.
3-6 Mois	Début de la relation mère-bébé. Début de l'empreinte.
6-9 Mois	Concentration primordiale sur la mère / substitut. Empreinte de la mère / substitut.
Adolescence	Importance d'autres figures d'attachement hors du milieu familial. Importance des pairs et de l'attachement à des groupes.

Tableau II.1 : Développement de l'attachement selon Bowlby

3.2.2. Les travaux d'Ainsworth

Mary Ainsworth en 1978 a développé une procédure pour classer la qualité de l'attachement de l'enfant avec son donneur de soins. Cette situation s'appelle « La situation étrange » a été mise originellement pour les enfants de 12 mois, son principe est l'observation de l'enfant et sa mère et autre figure d'attachement dans un « laboratoire », les réactions de l'enfant sont observées en huit épisodes, chaque trois minutes, dont certaines se déroulent en présence d'un inconnu.

1. L'enfant avec sa mère ;
2. L'enfant avec sa mère et un étranger ;
3. L'enfant seul avec un étranger ;
4. Toute seule pendant quelque minute ;
5. De nouveau avec sa mère ;
6. L'enfant seul de nouveau ;
7. De nouveau seule avec l'étranger ;
8. Le dernier épisode, avec l'étranger et sa mère.

À partir de ces observations avec ses collègues il a écrit trois formes d'attachement : une forme d'attachement sécurisant (la forme la plus courante, 66%) et deux formes d'attachement insécurisant de type évitant (20%des bébés) et l'attachement insécurisant de type ambivalent (12%des bébés).

(P. Diane, et al, 2009, p120).

3.2.3. Les travaux de Spitz(1965)

À partir des observations des nourrissons, Spitz a constaté que les changements de comportement de l'enfant envers autrui se produit entre le sixième et huitième mois.

Spitz annonce que l'angoisse de huitième mois marque une étape importante dans l'organisation psychique de l'enfant, comme il est symptôme de progrès dans le développement de sa personnalité.

En 1946 Spitz décrit la dépression anaclitique chez les nourrissons de huitième mois séparé de leurs mères, après une aggravation de cette dépression quand l'enfant perd de poids, un retard moteur après 5 mois s'installe.

3.2.4. Mary Main et l'AAI

À Berkeley, en Californie, une élève de Ainsworth, Mary Main, va être à l'origine d'un autre développement majeur : le Berkeley adult attachment interview. L'étude de Berkeley, lancée en 1982 par Main, concernant 40 familles de niveau social moyen dont les enfants furent suivis de la naissance à l'âge de 6ans. Dans l'équipe, Kaplan étudie les réponses des enfants à la séparation, évoquée par des photos (la Séparation Anxiety Test, SAT) (Bretterton, 1995). Cassidy, Main et Goldwyn s'occupent des transcriptions et du codage des entretiens avec les parents. Bientôt, Main et Goldwyn sont frappées par les correspondances entre la classification de la sécurité de l'enfant, évaluée par la situation étrange, et les récits des parents.

(Nicole Guèdeney, Antoine Guèdeney, 2009, p 6,7).

4. LE DÉVELOPPEMENT DE L'ATTACHEMENT

Il existe quatre phases dans le développement de l'attachement. Les limites entre elles ne sont pas nettes.

Phase 1 : Orientation et signaux sans discrimination de figure (Bowlby), Pré-attachement initial (Ainsworth) :

Cette phase s'étend de la naissance à 8 semaines au moins. Pendant cette période, le bébé utilise des comportements qui ont pour but d'attirer et de réagir à l'attention des soignants. Des comportements comme l'agrippement, le sourire, le babillage ou les pleurs sont dirigés vers toute personne proche du bébé. Des études ont montré cependant que déjà pendant cette phase les bébés apprennent à discriminer les adultes.

Phase 2 : Orientation et signaux dirigés vers une ou plusieurs figures discriminées (Bowlby), Attachement en cours (Ainsworth) :

Classiquement, la seconde phase survient entre 8 semaines et environ 6 mois. Avec le développement de sa vision et de son audition, le bébé distingue de plus en plus les adultes familiers de ceux qui ne le sont pas et devient particulièrement réactif envers son soignant.

(Vivien Prior, Danya Glaser ,2010,p 23).

Phase 3 : Maintien de la proximité d'une figure discriminée par la locomotion autant que par les signaux (Bowlby), Attachement bien défini (Ainsworth) :

Cette phase débute classiquement entre 6 et 7 mois mais peut être retardée jusqu'après un an. Bowlby suggère que cette phase se poursuit probablement à travers la deuxième et la troisième année. C'est une phase essentielle de consolidation et elle a trois composantes.

D'abord, pendant cette phase le comportement de l'enfant envers sa mère devient organisé sur une base corrigée quant au but «et alors son attachement à sa figure maternelle devient évident pour tous» (Bowlby 1969, p.267). « Dès lors, semble-t-il, il découvre quelle sont les conditions qui mettent fin à sa détresse et lui

donnent une sensation de sécurité, et à partir de cette phase il commence à être capable de planifier son comportement pour atteindre ces conditions » (p.351). Ensuite, le petit enfant discrimine de plus en plus les adultes. Troisièmement, avec le développement de la marche, il commence à utiliser son soignant comme base de sécurité et à explorer.

Phase 4 : Formation d'un partenariat corrigé quant au but (Bowlby et Ainsworth) :

Classiquement cette phase ne commence pas avant la deuxième année et pour beaucoup d'enfant pas avant la troisième année. L'aspect central de cette quatrième et dernière phase est la «diminution de l'égoïsme de l'enfant» (Ainsworth et al. 1978, p. 28). L'enfant commence à voir sa figure maternelle comme une personne indépendante avec ses propres objectifs. Ceci pose les fondations d'une relation mère-enfant plus complexe que Bowlby appelle « partenariat ».

(ibid,p 24)

5. LES CLASSIFICATIONS DE L'ATTACHEMENT

Vers 18 mois et probablement plus tôt, le jeune enfant a déjà développé des modes d'attachement visibles et spécifiques aux différentes figures d'attachement, basés sur ses expériences cumulatives d'attachement avec ses figures d'attachement.

Ces modes d'attachements sont classés de deux façons. La première tient compte du fait que ce mode représente une stratégie organisée pour obtenir la proximité d'une figure d'attachement quand le système comportemental d'attachement est activé, ou qu'il représente le manque ou l'échec d'une telle stratégie, appelé désorganisée.

Les modes d'attachement sont aussi classés suivant que l'individu se sent sûr ou insûre/anxieux en ce qui concerne la disponibilité et la réactivité de sa figure d'attachement.

Comme Bowlby l'explique, le terme « sûr » dans son sens originel 's'applique au monde tel qu'il est perçu et pas au monde tel qu'il est' (1973, p.

182). « Sûr » est peut-être un meilleur terme pour décrire les situations objectives. Donc une personne peut se sentir insécure bien qu'en réalité elle soit en sûreté et vice-versa. La sécurité et l'insécurité sont des états de sentiments.

5.1. Attachement organisés

Les attachements organisés se divise en trois catégories sécure, insécure-évitant et insécure-résistant, des différents types d'attachement organisés provient des travaux révolutionnaires de Mary Ainsworth et de ses collègues (Ainsworth et Wittig 1969 ; Ainsworth et al.1978) et est basée sur l'observation approfondie du la situation étrange en laboratoire, menée avec des enfants de 9 à 18 mois et à domicile. Ne souhaitant pas attribuer d'étiquettes descriptives, les trois groupes étaient appelés A, B et C (Ainsworth et al. 1978, p. 58).

A. Groupe B : attachement sécure

Le petit enfant typique du groupe B est plus positif dans son comportement envers sa mère que les enfants des groupes A et C. Il est plus harmonieux et plus coopérant dans ses interactions avec sa mère et plus désireux d'obéir à ses demandes. Il utilise sa mère comme base de sécurité à partir de laquelle il explore. À la maison, il ne pleure pas si sa mère quitte la pièce. Quand son système comportemental d'attachement est fortement actif, comme dans la procédure de la situation étrange, il recherche la proximité de sa mère et un contact corporel étroit avec elle. Il est rapidement calmé, bien qu'il puisse résister à un relâchement prématuré, et en quelques minutes, il retourne à son exploration et à ses jeux.

(Nicole Guédeney ,2010, p 30).

B. Groupe A : attachement insécure-évitant

Dans la situation étrange, les enfants du groupe A tendent à maintenir un niveau relativement élevé d'exploration pendant les épisodes de séparation et de retrouvailles. Ils montrent peu de réaction à la séparation et un évitement notable de la recherche de proximité ou d'interaction avec la mère dans les épisodes de retrouvailles. Si l'enfant s'approche de sa mère , il tend à montrer un comportement d'évitement

comme aller plus loin ou éviter son regard. S'il est pris dans les bras, il ne montre que peu ou pas de tendance à s'accrocher ou à résister au relâchement.

Ainsworth et al. Soulignent que nous ne devons pas perdre de vue le fait que les enfants du groupe A sont anxieux autant qu'évitant. Leur besoin d'attachement tend à ne pas s'éteindre, parce qu'ils ressentent rarement l'apaisement qui met le plus efficacement fin à son activation intense. Une telle frustration permanente peut entraîner de fréquentes expressions de colère. De plus, à la maison (à l'inverse de la situation étrange) on a observé qu'ils pleurent plus et montrent plus souvent d'anxiété de séparation que les bébés du groupe B.

C. Groupe C : attachement insécuré-résistant/ambivalent

Les enfants du groupe C pleurent plus que les enfants du groupe B, tant à la maison que dans la situation étrange. Dans la situation étrange, ils réagissent aux départs de leur mère avec une détresse immédiate et intense. Ils montrent des comportements évidents de résistance au contact et aux interactions, mais aussi des comportements modérés à forts de recherche de proximité et de contact une fois que le contact est obtenu, donnant donc l'impression d'une ambivalence. Ils sont pris dans les bras, ils peuvent mêler une résistance colérique avec un collage et d'autres comportements de maintien du contact.(ibid, p,31).

❖ Groupes A B et C et sous-groupes sur un continuum :

Ainsworth et Al ont aussi identifié huit sous-groupes, deux dans le groupe A, quatre dans le groupe B et deux dans le groupe C. Les groupes principaux et les sous-groupes peuvent être présentés le long d'un continuum reflétant la suppression/l'expression du comportement d'attachement (voir Figure II.1).

Donc les bébés A1 montrent un évitement constant, alors que les bébés A2 montrent une tendance à s'approcher de leur mère. Les bébés B1 et B2 sont un peu évitant tandis que les bébés B3 et B4 sont plus vite perturbés par la séparation et un peu comme les bébés résistants lors des retrouvailles. Les bébés C1 sont ouvertement fâchés tandis que les bébés C2 expriment leur colère par une impuissance inappropriée.

La figure d'attachement sert à la fois de refuge sûr vers lequel l'enfant retourne quand le système d'attachement est activé et de base de sécurité à partir de laquelle l'enfant explore quand il se sent en sécurité. Main, Hesse et Kaplan (2005) décrivent une attention différentielle à ces deux aspects chez les enfants des trois groupes d'attachement. Les enfants sécures réagissent avec souplesse tant à l'attachement qu'à l'exploration, en fonction de la situation dans laquelle ils se trouvent. Les enfants évitant restent avec détermination loin des expériences d'attachement. Les enfants résistants restent centrés de façon inébranlable sur les questions en lien avec l'attachement. (Nicole Guédény, 2010, p, 32).

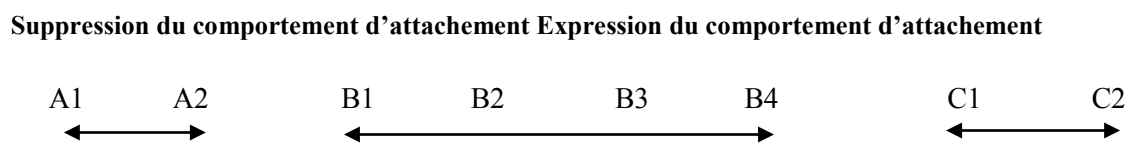


Figure II.1 : Continuum des groupes et des sous-groupes reflétant la suppression/l'expression du comportement d'attachement.

5.2. Attachement désorganisé

A. Groupe D : attachement insécure désorganisé/désorienté

Il est apparu que certains enfants ne rentraient pas dans les groupes A, B ou C. Pour aborder ce problème, Main et Solomon ont réexaminé plus de 200 enregistrements vidéo de situation étrange (Main et Solomon 1986, 1990). Elles ont trouvé que ces enfants ne partageaient pas un nouveau mode de comportement, mais avaient plutôt un comportement bizarre qui manquait de stratégie cohérente, organisée pour faire face au stress de la séparation. Ceci les a menées à introduire une nouvelle catégorie d'attachement, le groupe D, attachement insécure désorganisé/désorienté. On considère si, en présence de leur soignant lors de la situation étrange, leur comportement correspond à un ou plusieurs des indices de comportement qui suivent, ou indices de désorganisation et de désorientation (Main et Solomon 1990) :

-
1. Démonstration séquentielle de modes de comportement contradictoire, comme un comportement d'attachement très fort, brutalement suivi par l'évitement, la sidération ou un comportement d'hébétude.
 2. Démonstration simultanée de comportement contradictoire, tel qu'un évitement fort avec une forte recherche de contact, une forte détresse ou une forte colère.
 3. Mouvement et expression non dirigés, mal dirigés, incomplets et interrompus, par exemple expression intenses de détresse accompagnée d'un mouvement de retrait plutôt que d'aller vers la mère.
 4. Stéréotypies, mouvements asymétriques, mouvement inopportuns et postures anormales comme trébucher sans raison apparente et seulement quand le parent est présent.
 5. Sidération, immobilisation, mouvements et expressions ralentis « comme sous l'eau ».
 6. Signes directs d'appréhension en ce qui concerne le parent, comme épaules voûtées ou mimiques craintives.
 7. Signes directs de désorganisation et de désorientation, comme des déplacements erratiques, des expressions confuses ou hébétées, ou des changements multiples et rapides d'affect. (ibid, p 33)

6. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA QUALITÉ DE L'ATTACHEMENT

L'établissement de lien de l'attachement entre l'enfant et sa figure d'attachement est déterminé par plusieurs variables :

Les caractéristiques individuelles du bébé « le tempérament » Sroufe (1985) montre que le tempérament est l'ensemble des caractéristique motrices et psychologique de l'enfant qui existe dès la naissance, est l'un des facteurs déterminant les modalités des réponses de la mère aux besoins de son enfant (Cartron.A, et al,

2004, p 14), le tempérament oriente l'expression émotionnelle de l'attachement mais celui-ci se construit en fonction des réponses plus au moins adaptées que l'enfant reçoit le style éducatif des parents est pris en compte, Calkin et Fox ont montré que des enfants à tempérament difficile peuvent avec :

- Des parents respectueux de leur activité et de leur indépendance construire un attachement secure. (Baudier.A , al, 2002 p 45-47).
- La réaction appropriée des parents à leurs enfants : les parents doivent réagir appropriée aux signaux que l'enfant émet.
- Influence des conduites maternelles : Ainsworth montre qu'il y a une relation significative entre sensibilité de la mère aux signaux de son enfant pendant les premières années de la vie et la qualité de l'attachement , plus la mère répond aux besoins de son enfant et notamment à ses signaux de détresse, plus elle favorise un attachement sécurisant .(Baudier. A, et al, 2002, p, 45).

7. LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Certains enfants qui connaissent des difficultés extrêmes en lien avec l'attachement auraient, d'après divers professionnels, soignants ou parents, un trouble de l'attachement. Toutefois, le trouble de l'attachement est un diagnostic médical qui ne devrait être posé que par un praticien. Deux types de trouble de l'attachement sont reconnus : inhibés et désinhibé.

« Le type inhibé est marqué par l'hyper vigilance et la peur, qui se manifeste par le retrait et l'ambivalence. Le type désinhibé se distingue par une attitude amicale sans discrimination et l'absence d'attachement sélectif à une figure discriminée, recherchée pour le réconfort. (Greenberg, 1999, p, 470-471) »

Mais le concept de trouble de l'attachement reste difficile à utiliser en pratique, au moins en partie parce qu'il n'y a pas de consensus quant à l'évaluation ou aux traitements appropriés.

« Nous devons reconnaître qu'il n'existe pas à ce jour d'approche de traitement systématique, fondée sur les preuves, pour les enfants ayant des troubles de

l'attachement est lui-même un sujet de controverse à cause des nombreuses questions concernant l'évaluation et le diagnostic qui demeurent. (Steele, 2003, p, 219) »

Dans ce contexte, Howard Steele recommande que le point de départ de toute intervention se servant de la théorie de l'attachement doit être le concept de base de sécurité développé par (Bowlby, 1988). (Gillian Schofield , Mary Beek, 2011 p,44,45)

8. L'attachement mère-enfant chez les prématurés

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'influence d'une naissance prématurée sur l'établissement de la relation d'attachement de l'enfant à sa mère. L'attachement a été mesuré dans la majorité des études à l'aide de la situation étrangère (Ainsworth et Wittig, 1969). Les conclusions des travaux empiriques dans le domaine sont plutôt contradictoires. Certaines études démontrent un lien entre la prématurité et l'attachement, alors que d'autres montrent plutôt qu'il s'agit de faits indépendants.

Dans les études ne rapportant pas de lien entre la prématurité et l'attachement, la distribution des catégories d'attachement (à la situation étrangère) est comparable à celle obtenue dans les populations de bébés nés à terme, c'est-à-dire qu'environ les deux tiers des enfants ont un attachement sécurisé avec leur mère.

Dans des deux de ces études (Frodi et Thompson, 1985 ; Rode, Chang, Fisch et Sroufe, 1981), les échantillons sont composés de prématurés relativement en santé, alors que dans les deux autres études (Easterbrooks, 1989 ; Macey, Harmon et Easterbrooks, 1987) le groupe prématurés est composé de bébés à risque dont le poids moyen est de 1094 grammes et l'âge gestationnel, de 30 semaine. Ces auteurs suggèrent que le système de prise en charge d'un enfant par son parent est assez robuste et flexible pour accommoder un large éventail de caractéristiques de l'enfant, dont celles découlant d'une naissance très prématurée.

(Georg M. Tarabulsy, Simon Larose, David R.Pederson et Greg Moran,2003)

Dans une étude, Wille (1991) trouve que plus de prématurés (malades ou en santé à la naissance) que de bébés nés à terme développent un attachement insécurisé (A et C) et ce, peu importe le risque néonatal. Elle précise toutefois que son échantillon est plus homogène que celui de Plunkett et al. (1986) par le fait que les

prématurés malades sont moins malades et les prématurés en santé moins en santé. De plus, les enfants de son étude proviennent de milieux socioéconomique faibles et les facteurs qui y sont associés (faible scolarité, monoparentalité, stress élevés, faible soutien social) peuvent avoir une influence sur la relation d'attachement mère-enfant (Crockenberg, 1981 ; Egeland et Farber, 1984 ; Vaughn, Egeland, Sroufe et Waters, 1979). L'hypothèse est que ces conditions de vie défavorables s'ajouteraient à la condition biologique défavorable déjà présente chez l'enfant prématuré et affecteraient négativement le développement de la relation parent-enfant. Ces résultats suggèrent que le statut socioéconomique peut agir comme une variable modératrice de l'impact de la prématurité sur l'attachement mère-enfant.

Dans l'étude de Mangelsdorf et al. (1996), les prématurés de très petit poids sont plus sujets à développer un attachement insécurisé que les bébés nés à terme. (Georg M. Tarabulsky, Simon Larose, David R. Pederson et Greg Moran, 2003, p 96).

8.1. Rôle du père

Au début de l'hospitalisation du nouveau-né, le père a un rôle bien défini : celui de faire le lien entre le bébé et la mère qui sont parfois dans deux hôpitaux différents. Newman (1980) a observé que, dans les unités de soins intensifs, les parents sont égaux : ils sont tous deux visiteurs. L'accès des soins intensifs aux parents stimule l'intérêt du père envers son nouveau-né et augmente de beaucoup sa participation aux soins du nourrisson par rapport à la conduite habituelle des pères de nouveau-nés à terme normaux (Newman, 1980; Paludetto et al, 1981; Minde, 1980; Goldberg et al., 1980). Herzog (1979) a réalisé des entrevues avec 100 couples dont le nouveau-né prématuré ou malade était admis dans une unité spéciale.

Il en ressort que certaines attitudes du père peuvent compliquer davantage le problème de la séparation de la mère et du nouveau-né et interférer dans l'établissement du lien mère-enfant.

Parmi ces attitudes, il y a la compétition du père vis-à-vis de la mère pour les soins et le maternage du bébé, le désinvestissement dans la relation du couple et le manque d'intérêt par rapport au nouvel enfant. Herzog en conclut que le rôle

primordial du père est de mater la mère pour que celle-ci puisse, à son tour, prendre soin du nouveau-né. (Francine Lefebvre, 1983,p 94).

9. LES PARENTS D'UN BÉBÉ PRÉMATURÉ ENTRE DÉSIRES ET RÉALITÉ

9.1. Le deuil d'une grossesse inachevée, d'une naissance normale et d'un bébé imaginé

La maman d'un bébé prématuré doit parfois très brusquement faire le deuil d'une grossesse normale et doit renoncer à une naissance normale. Les parents sont ainsi privés de moments très riches émotionnellement. Ce nouveau-né n'est pas ressenti comme une fierté mais comme une angoisse parfois même comme une déception.

L'annonce de l'imminence de l'accouchement n'est pas vécue comme un aboutissement normal mais comme une menace (Source Prématurité et rupture du lien mère-enfant Geneviève BINEL). Les parents sont impuissants et désemparés. Ils ne maîtrisent pas la situation et ne peuvent pas aider leur bébé.

Ces parents se sentent coupable de ce qu'il leur arrive. C'est une fin de grossesse et une naissance qu'ils subissent. Les parents d'un bébé prématuré doivent aussi renoncer immédiatement à l'enfant parfait qu'ils avaient imaginé. Ce travail de deuil aura des conséquences sur l'attachement des parents au nouveau-né. Parfois il arrive que les parents fassent comme si l'enfant n'était pas né pour éviter de se confronter à une situation qui leur est insupportable et pour éviter de s'attacher à un enfant qui pourrait décéder. Cela peut être compliqué car pour pouvoir effectuer le deuil d'une personne, il faut s'y être attachée et avoir partagé avec elle. (Caullier Charlotte,2012,p 7).

9.2. La séparation des parents et de leur bébé

La première conséquence d'une naissance d'un enfant ayant besoin des soins néonataux est la séparation d'avec sa mère. Celle-ci se retrouve seule en maternité, son enfant loin d'elle. Ce que la mère et l'enfant ressentent de cette séparation est de

l'ordre de la déchirure¹⁰. Cette séparation empêche le travail de deuil de l'enfant imaginé car c'est en ayant son enfant près d'elle, que la mère va pouvoir renoncer à l'enfant imaginaire, le remplaçant par l'enfant réel. Le papa lui, est partagé entre l'hospitalisation inquiétante de son bébé et celle de sa femme. Les parents ont un fort sentiment d'échec et de culpabilité, ils sont de plus privés de leurs fonctions de parents. L'hospitalisation de leur enfant empêche l'intimité et le rapprochement avec lui. De plus, la plupart du temps, c'est l'équipe médicale qui parle du bébé aux parents et ce n'est plus les parents qui parlent de leur bébé aux autres.

(Source A l'écoute du bébé prématuré de Catherine DRUON). (ibid, p 8).

9.3. Le lien parents-enfant perturbé

La place naturelle des parents est au côté de leur enfant. En cas de naissance prématurée et donc de séparation, les contacts précoces sont essentiels. L'équipe doit veiller à favoriser ce lien et cet attachement. De plus, les échanges bébé/parents sont moins importants dans la prématurité car l'enfant prématuré sollicite moins son entourage, à une moins bonne capacité à signaler sa détresse et évite parfois le regard (article Appréhender la prématurité dans la globalité du couple mère-enfant/famille-enfant d'Emilie SMAGGHE).

Cela peut réduire sa participation dans le processus d'attachement. La participation aux soins, l'allaitement, le Peau à peau permettent de renforcer le lien. Le fait d'avoir vu, touché et pris son bébé dans les bras précocement a une incidence importante sur la relation parents/bébé. (Source Prématurité et rupture du lien mère-enfant Geneviève BINEL).

10. L'IMPACT TRAUMATIQUE DE LA NAISSANCE PRÉMATURÉE SUR LES PARENTS

Une naissance prématurée est toujours synonyme de risque vital. C'est un temps de rupture dans le temps de préparation d'accueil du bébé. Dans une étude menée à Lausanne entre 1998 et 2002 par A.Borghini et C.Muller Nix (Borghini A, Muller Nix C 2008) pédopsychiatrie au Centre Hospitalier, les auteurs se sont intéressés à l'impact

des représentations parentales sur le développement de l'ancien prématuré pendant les quatre premières années de sa vie.

La prématurité marque les parents et modifie leur attitude à l'égard de leur enfant. La naissance prématurée peut mettre en péril la rencontre parents-enfant, ses aspects traumatiques peuvent rendre les parents vulnérables, peu disponibles pour se laisser aller à la découverte de leur enfant et au plaisir d'être ensemble. De plus, le traumatisme lié à la naissance prématuré peut émerger dans l'après-coup, pas seulement dans l'immédiateté.

10.1. Conséquences pour les parents

La naissance prématurée représente pour les parents un événement dont la portée traumatique est aujourd'hui mieux connue (Thompson et al, 1993 ; Hynan, 1996). Lors de la conception de cette enfant, les parents se font une idée souvent idéalisée de la grossesse, puis de l'accouchement et enfin de leur enfant. Cependant, lorsque la prématurité s'en mêle tout est chamboulé. Les parents sont en période de deuil, de la grossesse parfaite, de l'accouchement parfait et enfin de l'enfant parfait. La mère s'était sûrement imaginée son enfant sur son ventre, de suite après la naissance, pouvoir le garder auprès d'elle jour et nuit durant l'hospitalisation et enfin rentrer tous les trois après quelques jours, au domicile familiale. Cependant, rien ne se passe comme cela était prévu. Les parents se sentent bien souvent coupable de ce qu'il se passe. La mère se retrouve seule dans sa chambre, quant au père, il fait les allers retours entre, la néonatalogie afin d'être auprès de son enfant, et la maternité, auprès de sa femme afin de la soutenir, de lui ramener des informations sur le bébé, sur la gestion de la maison et éventuellement des autres enfants. Bien souvent, la mère qui rêvait de poser son enfant sur son ventre ne pourra pas le voir durant plusieurs jours. Par la suite, lorsque l'état de la mère le permet, elle se rend au chevet de son tout petit. Cependant, cette étape peut bien souvent être un choc pour la maman, cet enfant si petit avec tous ces équipements. Il est bien souvent difficile pour elle de lui parler et encore plus de le toucher.

Enfin, lorsque la mère est prête à rentrer à son domicile, il est malheureusement encore trop tôt pour l'enfant. Il est souvent très difficile pour les

parents d'avoir le sentiment de « rentrer les mains vides », eux qui c'étaient fait une joie de leur retour à trois. Alors commence un nouveau rythme de vie, qui se régule par les allers retours à l'hôpital. (Louis S. (2007)). (Costa Sréphanie, 2012, p 15).

10.2. Conséquences sur l'attachement

Bien que la naissance prématurée soit un traumatisme psychologique pour les parents, celle-ci a aussi des conséquences sur l'attachement entre la mère et son enfant. La principale raison de ce trouble est la séparation. Alors que ce sentiment d'attachement se met en place durant la grossesse, la mère devienne prête à prendre soin de son petit après l'accouchement. C'est la suite logique de ce lien, le contact et la prise en soin de son enfant permet l'évolution du sentiment d'attachement.

Or, en cas de prématurité, ce lien est rompu par la distance et donc empêche la continuité de l'attachement. Cette rupture peut avoir des conséquences à long terme sur le lien entre la mère et l'enfant.

Jeffcoate et Al. (1979) ont comparé à l'âge moyen d'un an, 17 nouveau-nés à terme avec 17 prématurés qui avaient été séparés de leur mère à la naissance. Par rapport à ce qui existait dans les familles d'enfants nés à terme, la relation parents-enfant dans les familles de prématurés se caractérisait par :

- Un délai plus long, dans l'apparition du sentiment d'amour de la mère pour le bébé.
- Une incidence plus élevée de perceptions maternelles négatives de son propre bébé lorsque la mère comparait son bébé à un bébé moyen fictif.
- Un état d'anxiété devant la possibilité de confier l'enfant à une gardienne, état qui persistait pendant la première année de vie de l'enfant.
- Enfin, l'existence de négligence et de mauvais traitements dans certains cas (un cas de blessure non accidentelle et un cas de retard de croissance). L'étude démontre surtout, selon les auteurs, que l'anxiété des parents persiste à long terme et qu'ils perçoivent leur enfant comme vulnérable ou, à tout le moins, différent de la moyenne. (lefebvre, 1983, p. 96).

De plus, une fois que la mère peut se retrouver auprès de son enfant, de nombreuses barrières, tel que l'incubateur, sondes, respirateur, ... empêchent la mère de se sentir en fusion avec son nouveau-né, comme in utéro. Malgré un contact peau à peau favorisé, la mère n'est pas dans une intimité avec son bébé.

Enfin, la culpabilité ressentie par les parents ne facilite pas l'attachement. Ils se sentent incompetents et ont des appréhensions à approcher leur bébé, ainsi que le toucher. Or ce contact avec le petit stimulera le sentiment d'attachement. Le rôle de l'équipe soignante est donc primordial pour diminuer ce sentiment de culpabilité. (Lefebvre, 1983, p. 96).

Conclusion

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

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III

Méthodologie de recherche

PRÉAMBULE

Dans ce chapitre on va présenter la méthode de recherche suivie, les techniques d'investigation utilisées, la population de la recherche et les critères suivis pour mener à cette recherche ainsi la présentation du lieu de stage dans le but de vérifier nos hypothèses.

1. LA PRÉ-ENQUÊTE

L'étape de la pré-recherche est une étape cruciale. À cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet. À quelle population s'adresse l'enquête? Il faut rechercher toutes les données pertinentes sur la population et sa composition, chercher les données d'enquêtes déjà réalisées auprès de cette population ou de populations similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié. Il est aussi important de recueillir les questionnaires déjà utilisés sur le même sujet avec des populations similaires. Sur le plan théorique, une recherche documentaire sert à tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, ce qui permet de mieux cibler le projet.

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

Très souvent aussi, on a recours à la pré-enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci. (Aktouf, O, 1987, p 102).

Dans le but de bien mener notre étude et afin de s'assurer de la fiabilité de nos outils de recherche on a réalisé notre pré-enquête durant une période de 10 jours (du 30 février au 9 mars) et pour cela on a d'abord commencé par des recherches sur les enfants prématurés de 3ans-5ans dans divers établissements (préscolaires, crèches), hélas les éducateurs qu'on a pu rencontrer n'avaient pas accès aux informations liées

aux circonstances de naissance des enfants du coup on n'a pas eu des réponses carrément, ce qui nous a poussé à s'orienter vers le service pédiatrie de l'hôpital de SIDI AICH où ils nous ont accueilli vu la disponibilité des sujets de notre recherche dans ce dernier, alors c'est là qu'on a commencé notre étude avec les deux cas qu'on trouvés (deux garçon, 1ans, 18mois). A la première étape on a pu interroger leurs mamans et au premier lieu nous avons choisi de faire passer l'entretien clinique semi-directif ce qui nous a permis de recueillir plus d'informations sur ces cas.

Les questions pour ces patients étaient explicites comme y'en a des questions ambigües c'est pour cela qu'on a pu reformuler quelque'une et d'autres on les a changé.

Concernant la deuxième étape on a utilisé l'observation qui est une méthode enrichissante, qui permet de voir et même de découper la réalité de façon systématique et pour construire une grille d'observation alors on était observateurs, on a fait deux observations de 3 jours d'intervalle on a observé le déroulement des événements, de ces deux garçons où on a enregistré en prenant notes tous les comportements, les signaux et les liens du nourissant envers sa figure d'attachement.

En résumé, le but de notre pré-enquête est de tester la fiabilité de nos outils et à partir de cette expérience qu'on a fait sur c'est deux cas, on a choisi notre échantillon qui est composé de (04) cas pour faire notre étude.

2. LA MÉTHODE DE LA RECHERCHE

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 enfants prématurés.

La méthode clinique nous offre la possibilité d'observer et de contacter les mamans de ces enfants tenant compte de leurs subjectivités, leurs totalités et leurs sens. Et parmi ces méthodes, l'étude de cas. De ce fait, nous avons opté pour l'étude de cas; « l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuelle d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances se survenue

actuelle et passées, pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens et également d'autres sources (bilans d'examens, témoignage des proches...).

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche, est qu'elle permet de rester auprès de la réalité clinique en restituant le contacte d'apparitions de troubles et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affectives relationnelles et cognitives...) l'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais, tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension ».

(Chahraoui,K, et al, 2003,p, 125,127).

3. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE

3.1. Population d'étude :

L'échantillon retenu est composé de 4 enfants, dont 3 filles, et 1 garçon âgé entre 12 mois et 2ans. Notre choix s'est porté sur cette tranche d'âge parce qu'elle constitue une période cruciale dans le développement, notamment en raison de bien définir la qualité d'attachement entre un enfant né très tôt et sa maman. Pour sélectionner nos enquêtes on a fait l'échantillon par choix raisonné.

3.2. Les critères de sélection :

Critères d'inclusion

- l'âge de l'enfant doit être entre 12 mois à 2 ans
- l'enfant doit être prématuré
- Poids de naissance inférieure à 2500gr

Critères d'exclusion:

- Pas de maladie grave
- Pas de malformation
- Pas de naissance à terme

4. LES OUTILS DE L'ÉTUDE

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:

4.1. L'observation

L'observation est un complètement indispensable de l'information apporté par des outils utilisés dans une situation des performances de l'individu en rendant possible l'analyse qualitative des comportements et de leur finalité complémentaire de la qualification (C.Tourrette, 2001, p30).

Afin d'observer la relation qui est entre la maman et son enfant prématuré on a adopté par l'observation systématique qui est définie selon M. Angers « une technique directe d'investigation scientifique, utilisée habituellement auprès d'un groupe, qui permet d'observer et de constater de façon non directive de faits particuliers, et de faire un prélèvement en vue de comprendre attitudes et des comportements » (Angers, M, 1995, p136).

Dans le but d'observer les signaux et les comportements et d'identifier le type d'attachement, nous avons commencé par une observation flottante avant de créer notre grille qui comporte de 28 items dont :

- ❖ **Des comportements de signalisations et aversifs :** qui sont les cris les pleurs, et les vocalisations (pleur fort et longtemps, cherche la proximité de sa mère et un contact corporel...), dont l'effet est d'amener la mère à l'enfant.
- ❖ **Des comportements d'approche :** les poursuites et l'accrochage (l'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou explorer, il revient fréquemment vers elle et puis repart à nouveau, il suit sa mère pour chaque déplacement, il court derrière elle quand quelqu'un tente de l'attraper ...), dont l'effet est d'amener l'enfant à la mère.

4.1.1. Déroulement des observations et regroupement d'items

Après avoir l'accord des mamans et après avoir choisi notre échantillon, on a commencé l'observation aux moments de présence d'un nourrisson avec sa mère, deux séances d'observation par semaine étalées sur une période d'un mois, 30 minutes pour chaque cas.

Les observations sont déroulées dans des différents lieux, dans l'hôpital et à domicile, alors on a pu noter au fil du temps les particularités du déroulement d'une journée, les réactions d'un enfant envers sa mère et c'est à partir de ces séances additionné à nos acquis théoriques qu'on est inspirées pour réaliser notre grille d'observation cette dernière est basée sur quelques critères concernant l'attachement et le lien affectif qui relie un nourrisson avec sa mère ou une mère avec son nourrisson en répondant à ses besoins.

4.2. 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 est défini comme « une forme de communication établie entre deux personnes ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis ». (Grawitz.M., 2001,p,11).

Il nous semble que l'entretien semi-structuré de recherche est le plus apte pour notre travail, 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 ».

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. Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets ; le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, et la préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu.

Notre entretien contient de quatre axes :

Axe I : information personnel

Axe II : information sur la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement.

Axe III : prématurité et séparation

Axe IV : Comportement et relation de l'enfant avec sa famille.

4.2.1. Le déroulement de l'entretien

Notre entretien a été effectué avec les mères des enfants après avoir leurs accords de participer à la recherche et qu'elles soient enregistrés.

La chose qui n'est pas facile c'est que certain de ces mères travaillent toute la journée, alors on était contraint de se déplacer nous-mêmes à leurs lieux de travail et même à leurs domiciles ce qui été un peu perturbant pour nous.

On a constaté qu'au cours des entretiens, la facilité et la spontanéité de leurs réponses avec la langue qu'elles ont choisie, elles étaient détendues et à l'aise car elles voulaient parler de leurs accouchement avant terme et leurs relations avec leurs enfants prématurés, on a constaté que certaine mère on préférés de s'exprimer en kabyle, alors que d'autres ont choisi de s'exprimer en langue française et même un mélange entre kabyle et français (alternance de code).

Nos interventions se limitaient à quelques relances comme le hochement de la tête, « oui », « mm mm », « d'accord », et même des relances d'explication comme « c'est-à-dire... ? », pour aider mieux les mères à s'exprimer et de nous apporter le maximum d'informations et de détails concernant leurs expériences.

5. PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE

Notre étude s'est effectuée au niveau de nouveau hôpital de Sidi-Aich, au service de pédiatrie qui contient deux services : grand enfant et néonatalogie.

5.1. La néonatalogie : (0-28jour)

Se compose de :

- 8 box qui contient chacun, une couveuse et un berceau.
- Une chambre de réanimation
- Bureau d'infirmier
- Biberonnerie
- Salle de soin
- Deux chambres garde malade

5.2. Grand enfant :(29jour-15ans)

- Le service offre une capacité d'accueil de 14 lits, 6 berceaux répartis dans 5 chambres dont une d'isolement.
- Bureau de médecin
- Bureau d'infirmier
- Salle de soin
- Pharmacie
- Secrétariat
- Bibliothèque
- Cuisine

5.3. L'équipe professionnelle de service pédiatrie

- L'équipe médicale se compose de : 2 pédiatres, chef de service, et 1 médecin généraliste, et un assistant médical.

-
- L'équipe paramédicale est composée d'un cadre de santé, dix infirmiers dont trois puéricultrices, un aide-soignant, deux agents de services, deux nourrices.

Conclusion

En résumé, les procédures et les différents outils qu'on a utilisés dans notre étude, nous a permis d'indiquer la qualité de l'attachement qui lie l'enfant né très tôt avec sa mère.

À l'aide des entretiens qu'on a réalisés avec les mamans des 4 cas, et les observations on a pu accéder et déterminer le type de l'attachement mère-enfant.

Chapitre IV

Présentation et Discussion
d'analyse des résultats

PRÉAMBULE

Dans ce chapitre, nous présenterons l'analyse des résultats recueillis au cours des entretiens et observations effectués sur le terrain durant notre stage.

1. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

1.1. Présentation du 1^{er} cas : Aksel

Aksel est né le 14 janvier 2015, à 33 (SA), pesait 1 k 600g, aujourd'hui il est âgé de 16 mois, il est l'enfant unique de ses parents qui travaillent dans l'éducation (enseignants).

1.1.1. Résumé et analyse de l'entretien du 1er cas

Aksel est un enfant unique et le fruit de la première grossesse d'une maman âgée 30ans, c'est un enfant désiré que ses parents aient tellement attendu.

Le déroulement de la grossesse était normal durant les premiers mois, jusqu'au début du 8^{ème} mois (deux jours avant l'accouchement), la maman commence à avoir des difficultés et quelque symptômes comme les bouffées de chaleur, fatigue et tension « c'est les deux jours les plus douloureux de ma vie dit-elle ». Elle a eu un accouchement difficile qui a commencé par un enchainement des contractions, ensuite emmenée à l'hôpital par son mari accompagné de sa belle-mère qui a resté à ses côtés et qui l'encouragee tout au long de sa souffrance. Elle a été admise aux urgences à cause des douleurs insupportables au ventre et des douleurs pelviennes ce qui a nécessité son transfère urgent au bloc opératoire pour une césarienne.

Pour l'allaitement, il s'est passé chaque trois heures chaque jours, il était mixte; pendant 4 jours par gavage, et 2 jours avec biberon variable entre le lait maternisé et lait maternel que la maman le tire à l'aide de tire lait. Une semaine après l'hospitalisation la maman a essayé de mettre son enfant au sein mais Aksel refusait. après maintes tentatives et suite à l'insistance de la maman, le bébé a fini par céder et a pu tété pendant environ 5 minutes, malheureusement il refusait à nouveau de tété juste après, l'infirmière proposa de lui donner le complément au biberon qu'il avait accepté

immédiatement, ce qui a brisé le cœur de la maman car le bébé ne voulait pas d'elle « mon bébé ne veut plus de moi ni de mon sein, se dit-elle » et elle se mettait à pleurer parce-que-elle été touchée, deux jours après Aksel n'a plus besoin des compléments, la maman était satisfaite de son enfant.

La mère a exprimé son sentiment d'avoir accouché prématurément comme un choc, car elle a attendu un accouchement normal à terme, elle nous a dit « j'étais frustrée akhataronwigh-ara akadilalzik ». Malgré cet accouchement Aksel n'avait aucun problème de santé à part son poids qui était petit.

La séparation était pas facile c'est un arrachement d'après la mère, elle n'avait même pas ressenti son bébé dans ses bras car il a été emmené directement à la réanimation, la séparation qui a duré 3 jours sans voir son enfant avait développée elle une sorte de stresse, néanmoins elle se sent pas coupable de ne pas avoir mené à une grossesse à terme, car elle était prudente, elle prenait soin d'elle-même que ce soit physiquement et même diététiquement. Aksel aujourd'hui est devenu un beau garçon malgré il est un peu maigre, et la maman n'a aucun doute de sa relation avec son enfant.

À l'âge de 6 mois la mère était obligée de reprendre son travail et de confier le bébé à sa belle-mère au quelle il est beaucoup attaché vu qu'elle habite avec eux dans la même maison, mais malgré la relation proche d'Aksel avec sa grand-mère l'enfant se met à pleurer à chaque fois qu'il voit sa maman quitte la maison même en rentrant, « quand je rentre, il semble triste, il pleur et il me lâche pas » dit la maman, c'est pareil avec son père, mais pour la rencontre des autres figures, il s'enfuit et les évite même

Aujourd'hui Aksel a 16 mois, il est toujours gardé par sa grand-mère.

1.1.2. Interprétation et analyse de la grille d'observation

Pour identifier le type d'attachement pour le cas d'Akesl, on a effectué deux observations chaque semaine pendant un mois, et les résultats obtenus se résument dans les tableaux suivants :

❖ **Présentation des résultats observés chez Aksel pendant la 1^{ère} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps	X	
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		X
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
	19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité			
	20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents			
	21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter			
Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux			
	23. Il suit sa mère à chaque déplacement			
	24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper			
	25. Il aime qu'à coller sa mère	X		
	26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger			
	27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.			
	28. Il accroche sa mère en pleurant	X	X	

Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 01

Dans la première semaine on a observé que peu de comportements chez Aksel on a attiré ces comportements suivants : pour la 1ere observation, quand sa mère s'est absentée de lui, et même à son réunion Aksel a réagi avec des pleurs forts en s'accrochant sa mère, et en 2eme observation Aksel réagi toujours avec des pleurs même il ne donne pas d'importance à exploré son environnement.

❖ **Présentation des résultats observés chez Aksel pendant la 2^{ème} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps	X	X
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet	X	X
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	X
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement	X	X
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 02

La 2eme semaine d'observation on a remarqué qu'Aksel s'est comporté de même manière avec tous les comportements observés pendant cette semaine, comme le tableau nous montre, il pleuré fort dans les deux observations même à la retrouvaille de sa figure d'attachement, et par rapport à la 1ere semaine on a remarqué un autre comportement chez lui qui est la recherche du contact visuel de sa mère, et concernant les poursuites Aksel n'arrêté pas de suivre sa mère à chaque déplacement.

❖ **Présentation des résultats observés chez Aksel pendant la 3^{ème} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps	X	
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		X
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	X
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		X
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère	X	X
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant	X	

Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 03

Dans la 3eme semaine d'observation Aksel garde toujours les mêmes comportements, y'avais pas trop de changement il se manifeste toujours de la même manière toujours en pleurant et en s'accrochant.

❖ **Présentation des résultats observés chez Aksel pendant la 4^{ème} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	X
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation	X	X
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet	X	X
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	X
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement	X	X
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant	X	X

Tableau IV.1 : Présentation des résultats observés chez Aksel Semaine 04

Ce tableau représente la dernière semaine d'observation. Dans cette semaine on a demandé à la maman de mettre Aksel avec d'autres enfants et notre but c'est de voir s'il va se comporter de la même façon que les semaines précédentes, et tout ce qu'on a constaté que malgré l'interaction d'Aksel avec les autres, il continué de se comporté de la même manière dont il manifeste haut et fort sa détresse.

Résumé du cas :

À partir de ces tableaux et les observations qu'on a effectué, et d'après les entretiens avec la mère d'Aksel par rapport à son vécu pendant et après l'accouchement, et à la séparation, on peut constater qu'Aksel éprouve des difficultés concernant son lien avec sa mère, et que sa naissance prématurée joue un rôle sur son attachement dont il développe, un attachement de type « **insécurisant ambivalent** ». Aksel manifeste sa détresse de manière exagérée parce qu'il n'est pas certain qu'il aura une réponse. On résume ces comportements comme suit : anxieux en présence de la figure d'attachement et perturbé quand il est séparé d'elle, difficilement apaisé, c'est un enfant très dépendant de l'adulte, résiste à la séparation.

1.2. Présentation du 2^{ème} cas: Inès

Inès est née en août 2014 à 36 (SA), pesant 2 k 200g, Inès a aujourd'hui 20 mois, très dynamique et hyperactive, elle est la benjamine d'une fratrie d'un garçon âgé de 12 ans, ses parents travaillent dans le secteur privé.

1.2.a. Résumé et analyse de l'entretien du 2ème cas

Inès est une enfant désirée par ses parents ainsi que par toute la famille, ils ont tous attendu le moment où elle vira le jour avec impatience, elle vient après son frère aîné de 12 ans, cependant la grossesse ne s'est pas très bien passée pour la maman âgée 40 ans, dès le début, avec des complications d'hypertension à 28 SA et des épisodes de saignement à 35 SA ce qui a nécessité son hospitalisation. Une semaine après avoir rentré à la maison le placenta a lâché et elle a fait une hémorragie « c'était comme dans les films d'horreur, vous voyez le sang qui se propage » dit-elle. Son mari l'a tout de suite transporté à l'hôpital et ils l'ont directement admise au bloc opératoire pour une césarienne.

Après la césarienne, elle a eu une douleur terrible et un choc psychologique dit-elle : « quand on vous pose votre enfant sur le ventre c'est magique, il n'y a rien de plus beau, dans une telle situation vous n'aurez pas tout ça. C'était vraiment difficile », son bébé était tout de suite admis en réa-néonatalogie, son poids était tout à fait correct 2K 200g.

C'est qu'après 3 jours qu'elle a pu la voir pour la première fois, elle était sous couveuse, entouré des tuyaux et des machines, là où il y'avais des « bips bip » et des alarmes tout le temps, pour y rentrer il faut s'habiller et se désinfecter.

C'était primordiale pour la maman de crier des liens avec Inès alors elle la touchait, elle lui parlait et elle lui chantait souvent jusqu'à ce que ça devienne un rituelle à ce jour.

Pour l'allaitement c'est au bout d'un mois qu'elle a pu l'allaiter, au début on la nourrissait par sonde, c'était un mélange de lait maternelle et du lait artificiel. Aujourd'hui elle est encore au sein.

Pour la séparation c'était trop dure pour la maman, elle l'a très mal vécu, elle n'arrêtait pas de pleurer et de dire que son bébé avait besoin d'elle, ça était traumatisant, un état de choc effectivement. Sur le coup elle pense qu'a Inès.

Elle se demande si elle va avoir des séquelles?, si elle survivra ?, si elle est en bonne santé ? Elle ne s'est pas attendue à cette naissance prématurée. Mais elle n'avait pas le sentiment de culpabilité « jamais je ne me suis sentie coupable d'avoir accouché avant l'heure, j'ai tout fait pour que je puisse l'amener à terme.

En rentrant à la maison après un mois d'hospitalisation Inès a pris du poids, elle se développait comme tout autre enfant, c'était un soulagement pour la maman, et une autre tâche qui commence qui est l'hygiène, tout doit être désinfecté, tout javelliser, même elle fait attention à ses invités s'ils ne sont pas malade pour ne pas la contaminer, elle disait « hamdoullah y avait ma belle-sœur qui m'a aidé sinon je ne savais pas comment j'aurais pu faire » c'était vraiment difficile.

Inès est une petite fille trop câline et demandeuse même si elle n'a que 20 mois elle paraît déjà maline et hyperactive elle a toujours le sourire, elle est heureuse, « on sent qu'elle est vraiment le pilier de la maison, elle nous a encore unis comme famille ». Elle tient une très bonne relation avec son père et son grand frère malgré leur différence d'âge « elle aime être avec eux et jouer, elle est ouverte avec eux », par contre à la présence des inconnus elle devient une autre fille timide et elle se cache le visage avec ses mains, leurs présences l'a met mal à l'aise et à l'absence de sa maman elle n'arrête pas de la réclamer en pleurant « mama, mama » d'ailleurs la mère n'a pas pu encore reprendre son travail, elle a déjà essayé de la laisser avec sa grand-mère, une nourrisse, mais c'était impossible, elle est très attachée à elle, elle refuse de dormir dans son lit.

1.2.b. Interprétation et analyse de grille d'observation

Pour identifier le type d'attachement pour d'Ines, on a effectué deux observations chaque semaine pendant un mois, et les résultats obtenus se résume dans les tableaux suivants :

❖ **Présentation des résultats observés chez Ines pendant la 1^{ère} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	X
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		X
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.	X	X
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité	X	X
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
	19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité			
	20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents			
	21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter			
Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux			
	23. Il suit sa mère à chaque déplacement			
	24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper			
	25. Il aime qu'à coller sa mère			
	26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger			
	27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.			
	28. Il accroche sa mère en pleurant		X	

Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 01

À notre arrivé à la maison, Inès a tout de suite couru vers sa mère avec un sourire timide on se cachant derrière elle. La mère la prit dans ses bras, on lui disant (ta pas à avoir peur ma chérie, c'est les tantes de l'hôpital), elle l'a reposé par terre où ses jouées sont posés, mais elle ne semble pas occupé par ses derniers, car elle cherchait la proximité et le contact corporel de sa mère.

Après trois jours d'intervalle, on a retourné au domicile d'Inès, pour une deuxième observation où on a constaté les mêmes comportements que dans la première observation, de plus un accrochage avec des pleurs.

❖ **Présentation des résultats observés chez Ines pendant la 2^{ème} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		X
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps	X	X
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant	X	X

Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 02

On est à la deuxième semaine de notre recherche et nos observations continues avec Inès, cette fois ci les observations sont effectuées à l'hôpital où Inès séjournait pour 3 jours, cause de fièvre. On a remarqué qu'Inès pleure aussi plus et longtemps en accrochant sa mère.

❖ **Présentation des résultats observés chez Ines pendant la 3^{ème} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches	X	
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	X
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation	X	X
		5. Pleur fort et longtemps		X
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet	X	
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.	X	X
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité	X	X
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		X
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant	X	X

Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 03

En arrivant à la maison Inès était par terre en train de jouer, nous et la mère étions assises sur des chaises, on a parlé sur l'état de santé d'Inès, où la maman nous a expliqué qu'elle va très bien, qu'elle est complètement guérie.

Après un moment la mère a quitté la pièce, et là, on voit qu'Inès a tout de suite réagit avec pleurniche, et des pleurs, et montre une anxiété de séparation. À la retrouvaille de sa mère, elle a accroché en pleurant, et elle a continué de pleurer malgré les confortements, elle ne montre pas d'importance au jouet, elle cherche la proximité et contacte corporel de sa mère. Pour la deuxième observation dans la même semaine on a pratiquement remarqué les mêmes comportements que l'observation précédente de plus elle suit sa mère à chaque déplacement, cela est dû à l'anxiété de séparation

❖ **Présentation des résultats observés chez Ines pendant la 4^{ème} semaine**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches	X	
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	X
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation	X	X
		5. Pleur fort et longtemps		X
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet	X	
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.	X	X
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité	X	X
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		X
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant	X	X

Tableau IV.2 : Présentation des résultats observés chez Ines Semaine 04

On est à la dernière semaine des observations et Inès continue avec ses anxiétés de séparation, où on a observé qu'elle s'accroche à sa mère, elle trouve des difficultés à s'explorer ou de jouer loin de sa mère pour les deux dernières observations.

Résumé du cas :

À partir des résultats des tableaux on constate que, durant nos observations, les comportements d'Inès étaient comme suit :

Comportements de signalisation et aversifs :

Au départ de sa mère elle réagit avec pleurniches, elle pleure plus, et montre d'anxiété de séparation, et à la présence de sa mère elle cherche le contact visuel, pendant ces observations on a remarqué qu'elle est sensible aux changements de personnes, elle sourit aux autres lorsqu'elle est avec sa mère et elle se cache derrière cette dernière, Inès court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invités, et l'absence totale des imitations.

Pour les comportements d'accrochage étaient comme suit :

Elle cherche la proximité de sa mère, elle suit sa mère à chaque déplacement et elle s'accroche à sa mère en pleurant. Elle réagit toujours mal à l'absence de sa mère en pleurant fort et longtemps.

À partir de ces observations et d'après les données de l'entretien avec la mère d'Inès, par rapport à son vécu pendant et après l'accouchement, à la période de la séparation et à l'instauration des premiers liens d'attachement chose qui a influencé sur la qualité de leurs attachement, les comportements et les relations qu'elle mène avec sa maman ainsi qu'avec les membres de sa famille et avec les inconnus d'une part et la description des types d'attachement selon « la théorie de l'attachement » d'une autre part, on peut dire qu'Inès favorise un attachement « **insécurisant, anxieux-ambivalent** » avec sa mère . Dans ce type d'attachement l'enfant proteste au moment de la séparation et ne peut être rassuré, ce qui engendre la pénibilité d'explorer son environnement, elle n'est pas apaisée davantage au retour de sa figure d'attachement et adopte une attitude ambivalente entre recherche de contacte et de résistance.

1.3. Présentation du 3^{ème} cas : Inaya

Inaya est née le 5 mai 2014, à 29 SA, pesait 2 kg, c'est une belle fille avec des cheveux châtain et des yeux noisette, aujourd'hui elle est âgée de 2 ans, sa mère est infirmière et son père est fonctionnaire dans le secteur public.

1.3.1. Résumé et analyse de l'entretien du 3ème cas

Pendant notre entretien on a constaté qu'Inaya est un enfant désirée, elle est la première grossesse pour une maman âgée de 32 ans, cette grossesse qui était compliquée. la maman a déjà fait une fausse couche à 16 SA (environ 4 mois de grossesse), c'était traumatisant pour elle. Pour sa grossesse d'Inaya tout allait bien jusqu'au 4^{ème} mois, elle a fait une hémorragie sévère, elle était tout de suite conduite à l'hôpital, sous choc elle était effondrée à l'idée de faire une deuxième fausse couche, mais le fœtus était bien « le gynécologue sur place m'a dit que mon bébé allait bien, mais que mon placenta était prævia », au fil du temps les hémorragies sont devenues de plus en plus fréquentes. Au 5 mai les médecins ont pris la décision de lui faire une césarienne d'urgence, à son réveil sa famille était devant elle, le bébé était en réanimation « D'une part, je me sentais soulagée, presque heureuse que la première partie de ce cauchemar soit enfin terminée. D'autre part, je ne pouvais m'empêcher de toucher mon ventre douloureusement vide, à l'affût d'un mouvement. J'avais déjà la nostalgie du beau ventre rond que je n'avais jamais eu, que je n'avais pas pu exhiber fièrement. J'étais triste à l'idée de ne plus sentir bouger ce petit être-là». Pour l'allaitement, au début c'était par sonde de gavage ensuite par sonde plus biberon et le lait de la mère qu'elle le tire pendant 2 mois «je voulais l'allaiter, je voulais sentir la sensation quand tu prends ton bébé au sein », mais à la rentrée à la maison la maman a pu mettre Inaya au sein malgré qu'elle tété peu.

D'avoir accouché prématurément c'est une blessure cicatrisée pour la mère d'Inaya, elle continue à refuser de banaliser ce type de naissance « cette naissance est gravé dans ma tête, je ne la souhaite à personne ».

Concernant la séparation que la maman d'Inaya a vécue, c'était une souffrance terrible, elle n'a pas eu l'occasion d'avoir son bébé contre elle « c'est vrai je suis

infirmière et j'ai bien compris leur travail, mais c'était une réelle souffrance, parce que c'est un amour maternel et c'est un besoin de le tenir contre soi », c'était comme une sorte de culpabilité, c'était compliqué pour la mère, elle culpabilise suite à l'absence du lien qui n'était pas créé avec sa fille « j'avais peur que mon enfant me reconnaisse pas, qu'elle reconnaisse pas mon odeur, ma voix ».

Inaya aujourd'hui à 2ans, une fille capricieuse, mais adorable elle ne garde pas des séquelles à part qu'elle pique des crises de colères du temps à l'autre. À l'âge de 9 mois la maman a repris son travail et elle la mène chaque jour chez une nourrisse pour la garder. Inaya au départ de sa mère réagit avec tristesse mais elle ne pleure pas, même au retrouvaille elle ne pleure pas dire que même par moment elle évite sa maman « quand je reviens pour l'a récupéré elle semble fâché, elle retire ses bras lorsque je veux la prendre », elle s'entend bien avec son père par contre elle prend des distances avec les autres et elle s'isole.

1.3.2. Interprétation et analyse de grille d'observation

Pour bien déterminer le type d'attachement qu'Inaya présente on l'a observée deux fois par semaine pendant un mois dans l'hôpital. Le résultat obtenu se résume dans les tableaux suivants :

❖ **Présentation des résultats observés chez Inaya (1^{ère} semaine).**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place	X	X
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		X
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
	19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		X	
	20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents			
	21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter			
Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle et puis repart à nouveaux			
	23. Il suit sa mère à chaque déplacement			
	24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper			
	25. Il aime qu'à coller sa mère			
	26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laisse avec un étranger	X		
	27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.			
	28. Il accroche sa mère en pleurant			

Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 01

D'après le tableau ci-dessus on constate qu'Inaya a un comportement adapté, dans les deux observations qu'on a menées on a remarqué qu'elle ne pleure pas à sa séparation de sa maman, elle l'ignore même quand elle lui parle, elle lui accorde pas d'importance, elle évite de l'imitation, suite à une observation : « Inaya joue avec ses logos quand sa maman rentre et elle lui parle, Inaya la regarde même pas », aussi elle ne manifeste pas si elle reste avec un étranger.

❖ **Présentation des résultats observés chez Inaya (2^{ème} semaine).**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place	X	
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		X
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents	X	
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 02

Dans cette semaine, la 1^{ère} observation était faite dans une salle de soin à l'hôpital quand Inaya est venue pour une consultation. On a remarqué quand la maman la laissait pour un moment le temps que le médecin la voit la petite réagit avec pleurniche, mais elle s'est calmé rapidement au bout d'un moment, même elle ne cherchait même plus sa mère. Pendant la 2^{ème} observation Inaya n'a pas développé beaucoup de changement, elle ne pleure pas à l'absence de sa mère, elle ignore ses regards quand elle lui parle, elle continue ce qu'elle faisait toute en l'ignorant.

❖ **Présentation des résultats observés chez Inaya (3^{ème} semaine).**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et aversifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place	X	X
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre	X	
Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
	19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité			
	20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents			
	21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter			
Comportements d'approche	Les poursuites et l'accrochage	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger	X	X
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 03

Pendant cette 3^{ème} semaine d'observation on a constaté qu'Inaya montre des comportements de plus par rapport aux observations précédentes, on a remarqué qu'elle sourit aux autres, qu'elle ne montre pas des signes de méfiance ou de rejet quand elle reste avec les étrangers et elle n'avait aucun soucis quand on la laisse toute seule.

❖ **Présentation des résultats observés chez Inaya (4^{ème} semaine).**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place	X	X
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		X
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant	X	X
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère	X	X
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		X
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger	X	X
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.3 : Présentation des résultats observés chez Inaya Semaine 04

D'après les dernières observations de la 4^{ème} semaine on a constaté qu'Inaya révèle des comportements différents, par rapport aux deux cas précédent (Aksel, Ines), on a toujours remarqué qu'elle ne pleure pas à l'absence de sa mère, elle n'accorde son attention qu'à ces jouets. Suite à une observation : «Inaya joue avec ses logos quand sa mère rentre, elle a continué à explorer sans lui donner d'importance ».

Résumé du cas :

D'après les données de l'entretien avec la mère d'Inaya et les tableaux ci-dessus, les comportements qu'elle a développée comme évite le contact physique et visuel, discret, renfermée, évite de lui parler, semble pas affectée par les séparations, l'hostilité envers l'adulte redirigé vers les objets ou des pairs, on peut constater qu'Inaya éprouve un d'attachement du type « **insécure évitant** », ce type apparaît lorsque la figure d'attachement n'est pas disponible et adoptent des comportements de rejet par rapport à l'enfant. Ils ignorent les besoins de l'enfant ou y répondent avec indifférence ou hostilité.

1.4. Présentation du 4^{ème} cas : Dassine

Dassine est née en avril 2014 à 34 SA, pesant 2k 400 g, Dassine a aujourd'hui 24 mois, elle est la benjamine d'une fratrie de trois filles, dont une a 10 ans et l'autre 8 ans, ses parents travaillent dans l'immobilier.

1.4.1. Résumé et analyse de l'entretien du 4^{ème} cas

Dassine est venue accidentellement, sa mère qui a 37 ans était enceinte sans qu'elle se rende compte, comme sa sœur est décédée, elle était sens dessus –dessous et elle a fait une double ovulation, elle s'est rendu compte une semaine après la mort de sa sœur, c'était assez difficile comme grossesse, elle se faisait poser plein de questions, « un être chère qui s'en va, et un enfant qui arrive », c'est très difficile à gérer psychologiquement, tout de suite on lui a dit que le col était effacé, et qu'elle va accoucher à partir du 7^{ème} mois.

Un jour dans la nuit elle s'est levée, d'un seul coup et elle a perdu des eaux, la, évidemment ils sont parti à la clinique d'accouchement pour accoucher. Là on lui a dit qu'elle avait une infection, et qu'ils allaient lui faire une césarienne.

Et d'après elle quand on accouche par césarienne, « on a l'impression qu'on nous vole notre accouchement, toutes les femmes vous racontent les contractions, la délivrance, l'enfant sur sois tout de suite, le contact est vachement primordial ». Pour la naissance de Dassine ca été une souffrance horrible, très difficile à vivre pour elle, à la clinique on l'a tout de suite mis à la couveuse et elle ne pouvait plus la voire.

Pendant une semaine elle a été dans les soins des prématurés, en soins intensifs, « elle était dans un endroit où il y'avait des bébés qui était comme des petites crevettes sous couveuses, il y'avais des « bipbip » partout ça sonnait dès qu'il y'avait une tachycardie, c'était l'enfer ». Au bout de troisième jour, elle était déjà debout ! Elle voulait absolument aller voir son bébé, elle a eu l'occasion de la porter mais elle était branchée de partout, on la nourrissant par sonde, « c'était assez difficile ». On ne voulait même pas lui donner son lait parce que son lait était considéré comme un médicament donc il aurait fallu l'analyser, donc on lui a donné tout de suite des compléments alimentaires, des laits maternisés.

Dassine était beaucoup trop grosse, elle faisait déjà 2kg 400 (il prévoyait qu'à terme elle aurait fait plus de 4 kg, elle devait naître la deuxième semaine de mois de juin elle est née le 15 avril). « Para port aux autres enfants des soins intensifs c'était vraiment une géante, mais je voyais bien qu'elle était vraiment maigre par rapport à mes deux filles à terme ». Puis à un moment donné, ils ont dû faire de la place, il y'avait trop de prématurés qui arrivent, donc il l'on mit dans un endroit où ce n'était plus les soins intensifs, c'était un endroit où ils gardaient les prématurés mais à un stade intermédiaire, où elle était toujours sous sonde, c'est après une semaine et un jour qu'elle a pu la maitre au sien ,mais elle avait un reflux gastro-œsophagien, elle lui faisait peur parce qu'elle devenait tout bleu ; au moment où elle tétait elle cyanosait, elle 'avait la trouille. Au bout d'une semaine on lui a donnée « Gaviscon » en sirop avant la tétée et puis ça s'est bien passé.

Quant à la séparation comme elle a déclaré, c'était horrible, en disons : c'est un arrachement, c'est une souffrance terrible, c'est quelque chose qui est primordiale, cet attachement maternel impossible, c'est primaire. C'est une incompréhension que la médecine s'en empare, quand j'avais le droit de la voir, c'était comme si ce n'était pas ton enfant mais l'enfant de la médecine », il fallait qu'elle obéisse à ce qu'il lui disait, il fallait déjà qu'elle se stérilise, qu'elle mette des trucs pour ne pas contaminer, dès qu'elle faisait une tachycardie, on la reprenait immédiatement on la remettait à la couveuse, elle ne pouvait plus la toucher.

La première question qu'elle s'est posée c'est de demander est ce qu'elle sera normal ? Est ce qu'elle ne va pas avoir des séquelles mentales ?, c'est comme une sorte de culpabilité dit-elle, « C'était ma faute si cette enfant est né prématuré, c'est ma faut si maintenant j'en étais là et si cette enfant n'est pas normale. Surtout qu'elle avait une sœur qui était handicapée mentale, plus à cette culpabilité, le lien qui ne se fait pas, elle dit : « on a peur que l'enfant ne nous reconnaisse pas, qu'il ne reconnaisse pas notre odeur, notre regard, notre sourire, la voix », c'est pour ça qu'elle voulait 'aller la voir souvent.

Para port au fait qu'elle ait des séquelles, là elle s'est posais beaucoup de questions, et même si on lui disant qu'elle allait bien, qu'elle se développait

normalement, elle avait quand même un doute, c'est après l'avoir emmené à la maison qu'elle voyait qu'elle grossissait et là elle s'est rassuré.

Quant à son comportement à la maison elle est plutôt une fille capricieuse d'après sa mère elle obtient toujours tout ce qu'elle veut, sa relation avec son papa est bonne « elle aime passer du temps avec lui, ils jouent et s'amuse ensemble et même ça lui arrive de dormir dans ses bras, à propos de l'absence de sa maman elle la vit pas trop mal certes qu'au début elle a réclamé, mais pas pour longtemps, comme ils sont une grande famille donc même si elle est pas là, elle trouve de réconfort auprès de sa grande mère paternelle elle est très attachée à elle, c'est elle qui la garde depuis que la mère a repris le travail.

1.4.2. Interprétation et analyse de grille d'observation

Pour identifier le type d'attachement chez Dassine, on a effectué deux observations chaque semaine pendant un mois, et les résultats obtenus se résument dans les tableaux suivants :

❖ **Présentations des résultats observés chez Dassine (1^{ère} semaine)**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches	X	
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		X
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre	X	X
Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
	19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité			
	20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents			
	21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter			
Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle et puis repart à nouveaux			
	23. Il suit sa mère à chaque déplacement			
	24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper			
	25. Il aime qu'à coller sa mère			
	26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laisse avec un étranger			
	27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.			
	28. Il accroche sa mère en pleurant			

Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 01

Notre première observation de Dassine a été effectuée à l'hôpital où elle s'est rendue avec ses parents pour une simple consultation, après avoir fait la connaissance de la petite famille pendant son hospitalisation, la petite nous a tout de suite contré par des sourires. On a remarqué qu'elle ne trouve pas de malaise à la rencontre des inconnus. Pour la deuxième observation, elle s'est passé à son domicile où elle s'est montrée toujours sociable, elle était par terre en train de jouer avec ses jouets, elle gardait toujours un œil sur sa mère on cherchant le contact visuel.

❖ **Présentations des résultats observés chez Dassine (2^{ème} semaine)**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		X
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		X
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre	X	X
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux	X	X
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 02

On est à la deuxième semaine d'observation, on s'est déplacée au domicile de Dassine, elle était souriante a notre arrivé, toujours occupée avec ses jouets, du temps à l'autre elle s'éloigne de sa mère pour explorer et jouer mais elle revient fréquemment vers elle cherchant la proximité et le contact corporel (des câlins et des bisous) et puis reparte à nouveau. Pour la deuxième observation on a remarqué presque les mêmes comportements chez elle, semblables à ceux de la dernière fois de plus au contact visuel.

❖ **Présentations des résultats observés chez Dassine (3^{ème} semaine)**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches	X	
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	X
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue	X	X
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte	X	
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre	X	X
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère		
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité		
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents		X
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter		X
	Comportements d'approche	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux	X	X
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger	X	X
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 03

Pour la troisième semaine on a constaté que Dassine développe de plus en plus des comportements de sécurité, après avoir été souriante et exploratrice, pendant les observations passées, là on voit qu'elle réagit avec pleurniche à l'absence de sa mère, mais elle s'est rapidement calmé, et au retour de la maman elle s'est met toute proche d'elle en cherchant de l'assurance puis elle s'est retourné à son jeux. Pour la deuxième observation de la semaine on a remarqué de nouveaux comportements chez elle t'elles que l'imitation où elle fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents et elle dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter

❖ **Présentations des résultats observés chez Dassine (4^{ème} semaine)**

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2	
Comportements de signalisation et averifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place			
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches	X		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel	X	X	
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation			
		5. Pleur fort et longtemps			
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet			
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère	X	X	
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement			
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents			
		10. Sensibilité aux changements de personnes			
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant			
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son joue	X	X	
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.			
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires	X	X	
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte	X	X	
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité			
		17. Rit et sourit facilement avec autre	X	X	
	Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
		19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité			
		20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents	X	X	
		21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter	X	X	
	Comportements d'approche	Les poursuites et l'accrochage	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
			23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
			24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
			25. Il aime qu'à coller sa mère		
			26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laissé avec un étranger	X	X
			27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
			28. Il accroche sa mère en pleurant		

Tableau IV.4 : Présentations des résultats observés chez Dassine Semaine 04

Pour la dernière semaine d'observations qu'on effectue au domicile du cas Dassine, comme toutes les semaines précédentes, toute la famille a coopéré avec nous, Dassine était toujours fidèle à son sourire innocent. On a remarqué qu'elle garde toujours ses comportements observés auparavant, de plus on voit qu'elle tend les bras pour ses parents avec un sourire à la bouche. Pour la dernière observation on a constaté la répétition des mêmes observations avec l'absence des pleurniches.

Résumé du cas :

À partir des résultats des tableaux on constate que, durant nos observations, les comportements de Dassine étaient comme suit :

Les comportements de signalisations et aversifs :

Elle réagit au départ de sa mère avec pleurniches, elle répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires ainsi qu'elle tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte, elle est sociable, on voit que la présence des étrangers ne la met pas mal à l'aise de coup elle sourit facilement à eux, garde son calme si sa mère se déplace en l'absence de sa mère avec un étranger. Elle fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents. Elle s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, elle revient fréquemment vers elle et puis repart à nouveau.

Et pour les comportements d'accrochage étaient comme suit :

Elle cherche la proximité de sa mère et un contact corporel, après elle retourne à son jeu, Dassine explore et joue loin de sa mère, mais elle revient fréquemment vers elle pour s'assurer.

À partir de ces observations durant un mois et d'après les données de l'entretien avec la mère de Dassine, par rapport à son vécu pendant et après l'accouchement, à la période de la séparation et à l'instauration des premiers liens d'attachement chose qui a influencé sur la qualité de leurs attachement, les comportements et les relations qu'elle mène avec sa maman ainsi qu'avec les membres de sa famille, et aux inconnus d'une part, et la description des types d'attachement selon « la théorie de l'attachement » d'une autre part, on peut dire que Dassine favorise un attachement « **sécurisant** » avec

sa mère .Cet attachement lui permet la liberté de détourner son attention de menace et de sécurité pour se détourner vers d'autres accomplissements développementaux comme l'exploration, l'apprentissage et le jeu. Dans ce type d'attachement le parent répond de façon constante et appropriée aux signes de l'enfant, surtout de détresse. Il est disponible, cohérent, aimant.

Le nourrisson apprend qu'en exprimant ses besoins, on va s'occuper de lui. Il réalise qu'il mérite de l'affection.

2. DISCUSSION DE L'HYPOTHÈSE

« La prématurité influence sur la qualité de l'attachement parents-nourrisson »

Après avoir présenté les entretiens qu'on a effectué avec les mamans, et d'après l'ensemble des résultats obtenues dans les observations des 04 cas de notre étude, sur leurs comportements concernant le lien affectif qui se tisse entre un nourrisson avec sa mère, «la qualité d'attachement à la mère» ont permis de mettre en évidence d'identifié le type d'attachement.

Cette étude nous a permis d'identifier deux types d'attachement à la mère dont le 1^{er} est de type « insécurisant », cela on le constate chez les trois cas (Aksel, Inès et Inaya).

On a constaté une insécurité affective et émotionnelle ressentie par Aksel, Inès et Inaya intervenant au niveau des transactions relationnelles, cela est la conséquence d'une naissance prématurée, Bien que la naissance prématurée soit un traumatisme psychologique pour les parents, celle-ci à aussi des conséquences sur l'attachement entre la mère et son enfant.

Le nourrisson prématuré est bien différent d'un bébé né à terme, dès sa naissance, ce bébé prématuré doit faire face à un environnement peu accueillant, et a une séparation précoce, l'effet de cette séparations et de la garde non parentale, au cours des deux premières années, engendre des ruptures fréquents dans les relations d'attachements auprès des personnes significatives, représentent un facteur qui augmente le risque de développer des troubles de comportements sérieux.

Aksel et Inès qu'on a pu les placer dans le type ambivalent manifestent une préoccupation constaté à l'égard de leur mère, les comportements d'exploration sont peut organisés et ils montrer une certaine crainte face à l'étrangère, et une détresse au

moment du départ du parent et difficilement consolables dans les épisodes de réunions, ils ne retournent pas au jeu de manière efficace.

Les enfants dans ce type d'attachement recherchent désespérément la proximité, mais ne croient pas à la disponibilité du fournisseur de soins. C'est pourquoi ils deviennent extrêmement perturbés s'ils sont séparés de leur figure d'attachement, mais sont difficiles à calmer au retour de celle-ci. Comme ils ont peur de quitter leur figure d'attachement pour explorer leur environnement, ces petits ne parviennent pas à l'autonomie.

Et pour Inaya qui présente un attachement évitant porte son attention principalement sur l'exploration, les jouets ou l'étrangère, elle n'engage que rarement des interactions avec sa mère et elle paraît peu préoccupé par le départ de celui-ci, dans les épisodes de séparation. Au moment des réunions, elle évitera sa mère de façon évidente. Cet enfant semble avoir vécu une histoire relationnelle dans laquelle il a été fréquemment ignoré ou rejeté quand il était malade, blessé ou triste.

Pour le cas Dassine en la classé dans le 2eme type d'attachement qui est « sécurisé ». Pour son comportement n'a pas trouvé des manifestations complexes vu qu'elle est née normal et qu'elle a des réponses maternelles cohérentes face à leurs besoins de protection (malades, tristes, blessés), et que malgré sa séparation pendant la naissance tôt ça n'a pas empêché sa mère d'attrapé ce temps perdu et de donner toute l'affection pour elle et de répondre aux signaux de détresse.

À partir des données présentées ci-dessus, nous pouvons constater que notre hypothèse « La prématurité influence sur la qualité de l'attachement parents-enfants » est confirmée, puisque trois sur quatre de nos sujets manifestent un attachement « insécurisant ».

Conclusion

L'attachement, cette fenêtre d'opportunité qui nous est offerte bien avant la naissance, se construit dès les premiers moments de la gestation. C'est à travers la grossesse que se crée entre la mère et l'enfant, les fondements de cet accordage qui permet au bébé de transposer les acquis de son développement sensoriel, cognitif, neurologique et émotif, construit durant la période de gestation. Cependant, avec la naissance de bébé avant 37 semaines, rien ne se passe comme prévu, la naissance prématurée et la séparation mère/enfants du fait d'une éventuelle hospitalisation va rendre plus difficile des mécanismes d'attachement déjà complexes. Les parents vont devoir faire des deuils qui seront d'autant plus douloureux que l'enfant ne sera pas présent auprès d'eux.

Développer le processus d'attachement dans ces circonstances ne va pas de soi. Plus la rencontre est différée et plus le lien se mettra en place tardivement ou de manière moins évidente lorsque mère et enfant sont séparés. En cas de séparation, cet amour tout prêt à se développer va se trouver momentanément sans objet. Ces rendez-vous manqués des premiers instants, des premiers jours occasionnent des blessures du côté des parents mais également du côté des enfants nés prématurément. Sans doute, l'effort qui leur sera nécessaire, dans ces circonstances pour vaincre ensemble les difficultés, sera aussi un facteur d'attachement. On peut dire que l'attachement s'est construit vraiment, lorsque les parents se comportent avec leur enfant prématuré comme ils se comporteraient avec un enfant né à terme, dont ils n'auraient pas été séparés : ils réussissent à capter son attention en lui parlant, à le calmer en le berçant, à anticiper ses besoins et à imaginer les réponses adéquates, autrement dit, ils le connaissent enfin.

Tout au long de cette recherche, nous avons exploré la question de la prématurité et son impact sur l'attachement qui tisse entre les parents avec leurs enfants.

Glossaire

Androgènes : Le terme androgène définit les hormones provoquant l'apparition des caractères sexuels masculins tels que la pilosité.

Béance cervico-

isthmique : la béance du col de l'utérus (béance cervico isthmique), désigne le diamètre anormalement grand du col de l'utérus que ce soit pendant la grossesse, ou en dehors de celle-ci.

Chorioamniotite : est une infection qui touche la cavité amniotique. Elle affecte plus précisément le chorion et l'amnios

Conisation : est une intervention qui consiste à enlever chirurgicalement, une partie du col de l'utérus.

HTA : Hyper Tension Artérielle est une augmentation pathologique de la tension artérielle

Hydramnios : l'hydramnios est un excès de liquide amniotique pendant la grossesse. Chez l'être humain, l'hydramnios se définit par la mesure de l'index amniotique. Un index supérieur à 25 cm établit le diagnostic

Hydrocéphalie : est une accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien (LCR) à l'intérieur des cavités du cerveau due à une mauvaise circulation ou une absorption déficiente du LCR.

Hypertension : haute pression sanguine.

Hyperthyroïdie : l'hyperthyroïdie désigne une production anormalement élevée d'hormones par la glande thyroïde, cet organe en forme de papillon situé à la base du cou

Intubation : est un geste technique médical consistant à introduire un dispositif tubulaire dans la trachée.

Néonatalogie : est une spécialité médicale qui s'attache à prendre en charge les nouveau-nés, définis par un âge inférieur à 28 jours de vie après la naissance.

Oxygénothérapie : est le fait d'apporter un supplément de dioxygène à un patient.

Placenta praevia : est une localisation anormale du placenta qui peut être responsable d'hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse. Le placenta est normalement inséré dans le haut de l'utérus, il est dit praevia lorsque ce n'est pas le cas.

Praxies : ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée. **dyspraxie** est une pathologie de la conception, de la programmation ou de la réalisation des gestes appris : faire du vélo, faire du ski...

Reflux gastro-

œsophagien : désigne la remontée d'une partie du contenu de l'estomac dans l'œsophage (le conduit reliant la bouche à l'estomac).

Rétinopathie : la rétinopathie est un terme qui désigne toutes les affections qui touchent la rétine

Vaginose bactérienne : est un déséquilibre de la flore microbienne du vagin.

Bibliographie

1/LIVRE :

1. AKTOUF. O. Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative, une introduction à la démarche classique. Ed les presse de l'université de Québec, Canada, 1987.
2. ALEXANDRE (B), et Coll, Psychologie clinique et psychopathologie, 2eme Ed, Bruxelles, Ed Bréal,2005.
3. ANGERS,(M), Initiation à la méthodologie des sciences humaines, Québec, Ed CE. L in C,1995.
4. BINEL, G. Prématurité et rupture du lien mère-enfant, Paris,2000.
5. BOWLBY J, L'attachement et perte, Volume I, Paris, 1978.
6. CARTRON(A),Winnykamen (F), les relations sociales chez l'enfant , paris,Ed ARMAND COLLIN,1999
7. CHAHRAOUI,K, et Bénony, H, Méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique, paris, Ed,Dunad,2003
8. DANIEL Mellier, Le développement de l'enfant né prématuré, Marseille, SOLAL, 2011.
9. FRANCOIS Audibert, VERONIQUE Cayol, Gynéco-obstétrique, 4^e Ed, Paris, ESTEM, 2001.
10. GEORG M. Tarabyly, SIMON Larose, DAVID R.Pederson et Moran, Attachement et développement« Le role des premiers relations dans le développement humain », 3^{eme} trimestre, Canada,presse de l'université du Québec, 2000.
11. GILLIAN Schofield, MARY Beek, Guide de l'attachement en famille d'accueil et adoptives, « La théorie en pratique », Elsevier Masson, 2011.
12. GRAWITZ(M), Méthode des sciences sociales, Paris, Ed Dalloz, 11^{eme} Ed, 2001.
13. NICOLE Guédeney, ANTOINE Guédeney, L'attachement : approche clinique, Elsevier Masson, 2010.
14. NICOLE Guédeney, ANTOINE Guédeney, L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée, 3^e édition, Masson, 2009

-
15. TOURRETTE (C), L'évaluation psychologique des très jeunes enfants, paris,Ed Dunod,2001.
 16. VIVIEN PRIOR-Danya Glaser, Comprendre l'attachement «et les troubles de l'attachement », théorie, preuve et pratique, Bruxelles, Ed de Boek, 2010.
 17. YAEL Blumental, JEREMIE Belghiti, MARINE Driessen, Gynécologie-obstétrique,Ed ESTEM, 2009.

2/ ARTICLES

1. ANNE-Marie Gagné, MARC Simard & ERIC Boucher, L'influence De La Prématurité Et Du Sexe De L'enfant Sur Ses Perspectives De Santé, une approche transdisciplinaire, version 2.0, 2013.
2. FRANCINE Lefebvre, L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale, Santé mentale au Québec, vol. 8, n° 2, 1983.
3. Banque de Données Médico-Sociales, Dossier spécial : la prématurité, 2005,2006.

3/ DICTIONNAIRES :

1. NORBERT Sillamy,Dictionnaire de psychologie,Ed Larousse-VUEF,2003.

4/ THÈSES :

1. CAULIER Charlotte, Le partenariat soignants/parents d'un bébé prématuré« Pour donner à l'effet-mère un moment d'éternité, Institut de Formation en Soins Infirmiers,centre hospitalier Universitaire,avenue de la côte de Nacre, Promotion 2009-2012.
2. COSTA Stéphanie, Attachement mère-enfant et prématurité : quel rôle pour l'infirmière de néonatalogie ?, Genève, Septembre 2012.
3. MARION Leuger, La prise en charge précoce du grand prématuré au sein du réseau de soins p'titmip, Université paulsabatier, 2008.

Annexes

❖ ANNEXE A

LE GUIDE D'ENTRETIEN

Axe1 : Renseignement personnel de la mère et l'enfant

1. Nom
2. Age
3. Niveau d'instruction
4. La situation professionnelle
5. Semaine d'accouchement ?

Axe2 : Grossesse, accouchement et allaitement :

1. Est- ce que c'est votre premier enfant ?
2. Avez-vous désirez cette grossesse ?
3. Pouvez-vous nous parler du déroulement de votre grossesse ?
4. Pouvez-vous nous parler du déroulement de l'accouchement ?
5. Qu'avez-vous ressenti au moment de l'accouchement ?
6. Pouvez-vous nous parler de la période de l'allaitement ?

Axe3 : Prématurité et séparation :

1. Quel est votre ressenti face à un accouchement prématuré ?
2. Est-ce que votre enfant a eu des problèmes de santé ?
3. Comment avez-vous vécu cette séparation et combien elle a duré ?
4. Est-ce que vous avez ressenti le sentiment de la culpabilité de ne pas avoir mené votre grossesse à terme ?
5. Est- ce qu'il garde les séquelles de cette naissance ?
6. Quel est votre ressenti à l'avenir qui en découle ?

Axe4 : Comportement et relation de l'enfant au sein de la famille :

1. Pouvez-vous nous parler du comportement de votre enfant ?
2. Pouvez-vous nous décrire ses relations avec son père ?ses frères et sœurs ?
3. Comment réagit-il à votre absence de la maison ?
4. Quelles sont les personnes qui ont intervenues à son éducation ?
5. Quelle est sa réaction à la rencontre des nouveaux visages ?
6. Qui s'occupe de lui actuellement,
7. Souhaitez-vous nous apporter d'autres choses que nous n'avons pas touché au long de cet entretien ?

❖ ANNEXE B

LA GRILLE D'OBSERVATION

signaux et comportement d'attachement		Items	Obser 1	Obser 2
Comportements de signalisation et aversifs	les cris, les pleurs, et vocalisation	1. Il ne pleure pas si sa maman quitte la place		
		2. Il réagit au départ de sa mère avec pleurniches		
		3. Il cherche la proximité de sa mère et un contact corporel		
		4. Il pleur plus, et montre d'anxiété de séparation		
		5. Pleur fort et longtemps		
		6. Il pleur à la retrouvaille de sa mère dont il ne montre pas d'importance au jouet		
	Le regard (contact visuel)	7. Il cherche le contact visuel avec sa mère		
		8. L'enfant fixe son regard longtemps sur sa figure d'attachement		
		9. Il ne cherche pas la présence ou l'absence de ses parents		
		10. Sensibilité aux changements de personnes		
		11. Il ignore les regards de sa mère en lui parlant		
		12. Cherche le contact avec sa mère après il retourne à son jouet		
	Le sourire	13. Il sourit aux autres lorsqu'il est avec sa mère et il cache derrière elle.		
		14. Il répond au chatouillement de l'un de ses parents par des rires		
		15. Il tend les bras pour ses parents avec une bouche ouverte		
		16. L'enfant court vers sa mère avec un sourire timide à l'arrivée des invité		
		17. Rit et sourit facilement avec autre		
Imitation	18. Il montre une certaine ignorance aux gestes de sa mère			
	19. Il évite d'imiter et il s'occupe par une activité			
	20. Il fait la même chose en réponse à une émission identique de la part de l'un de ses parents			
	21. Il dit quelques mots que son père/sa mère lui demande de répéter			
Comportements d'approche	Les poursuites et l'accrochage	22. L'enfant s'éloigne de sa mère pour jouer ou pour explorer, il revient fréquemment vers elle puis repart à nouveaux		
		23. Il suit sa mère à chaque déplacement		
		24. Il court derrière sa mère si quelqu'un essaye de l'attraper		
		25. Il aime qu'à coller sa mère		
		26. Il reste calme si sa mère se déplace et le laisse avec un étranger		
		27. La mère s'éloigne, l'enfant la cherche avec des regards puis il s'occupe avec un jouet.		
		28. Il accroche sa mère en pleurant		