

ALAIN LESTIENNE

**LA DYNAMIQUE DE LA DEPRESSION POST-PARTUM SUR LA  
SOCIALISATION DE L'ENFANT**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences de l'orientation  
pour l'obtention du grade de Maître ès arts (M.A.)

DEPARTEMENT DES FONDEMENTS ET PRATIQUES EN EDUCATION  
FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION  
UNIVERSITE LAVAL  
QUEBEC

2008

## RESUME

Notre mémoire se situe dans une vision compréhensive psychodynamique composée des théories interactionnistes de Georges Hébert Mead ainsi que de la psychopathologie et de la psychodynamique du travail de Christophe Dejours. Il consiste à s'interroger sur le rôle de la dépression maternelle en lien avec le développement et l'avenir social de l'enfant. Nous mettrons en valeur l'organisation de soins de la mère comme un travail qui aura des conséquences sur l'expérience et sur le développement de l'enfant. Nous montrerons d'une part que les différents types de relations que la personne a eues dans sa famille, et cela, depuis le début de sa vie, vont s'enraciner et se répéter, voire s'amplifier, dans son histoire de vie. Nous saisissons d'autre part que les conduites individuelles constituent le fruit de l'expérience issue des interactions dans la communauté que forment la mère et l'enfant ainsi que la résultante de l'absence de triangulation avec le père.

## AVANT-PROPOS

Lorsqu'un enfant vit dans la critique, il apprend à accuser les autres.

Lorsqu'un enfant vit dans la confiance, il apprend à avoir confiance en lui.

Lorsqu'un enfant vit dans l'hostilité, il apprend à combattre.

Lorsqu'un enfant vit dans le respect, il apprend l'amour.

Lorsqu'un enfant vit dans la peur, il apprend à être anxieux.

Lorsqu'un enfant vit dans la reconnaissance, il apprend à avoir un but.

Lorsqu'un enfant vit dans la pitié, il apprend à s'apitoyer sur lui-même.

Lorsqu'un enfant vit dans l'approbation, il apprend l'amour-propre.

Lorsqu'un enfant vit dans la jalousie, il apprend à se sentir coupable.

Lorsqu'un enfant vit dans la bienveillance, il apprend que la vie est belle.

Auteur anonyme dans le livre de S.R. Covey : *les sept habitudes des familles épanouies*.

## REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser mes remerciements à Madame Marie-France Maranda, la directrice de ce mémoire, pour la confiance qu'elle m'a accordée en me laissant autonome dans mes travaux.



## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	i
Avant-propos.....	ii
Remerciements.....	iii
Table des matières.....	iv-vi
Liste des tableaux.....	vii

### **Introduction**

#### **Chapitre 1 : Notre cadre théorique de recherche.....11**

<b>1.1 Les apports théoriques et appliqués.....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Le Soi, concept principal de la théorie Meadienne.....	12
1.1.2 Le Soi, une structure qui naît de l'expérience sociale.....	16
<b>1.2 Le but idéal, la réalisation de Soi.....</b>	<b>18</b>
1.2.1 L'importance du jeu dans l'intégration des normes sociales et dans le développement de la personnalité.....	19
<b>1.3 La communication permet le développement de l'esprit et de l'identité.....</b>	<b>21</b>
1.3.1 Le symbolisme meadien, qu'est-ce que c'est ?.....	23
<b>1.4 La reconnaissance, un besoin essentiel.....</b>	<b>24</b>
1.4.1 Le jeu : une prise de rôle d'autrui, un processus d'identification et de reconnaissance.....	24
1.4.1.1 La prise de rôle : l'avènement de la réalité subjective et de l'organisation mentale.....	25
<b>1.5 L'humain, un être angoissé qui a un important besoin de reconnaissance.....</b>	<b>26</b>
1.5.1 La reconnaissance conduit à la coopération et à l'accomplissement de soi.....	28
1.5.2 L'organisation des activités est déterminante pour la santé mentale.....	31
1.5.2.1 Lorsque la communication dans l'organisation sociale est pathogène, il y aura un durcissement des stratégies défensives.....	32
<b>1.6 Synthèse et conclusion de notre chapitre.....</b>	<b>33</b>

#### **Chapitre 2 : La socialisation, ses risques pour le développement de l'enfant.....36**

<b>2.1 Notions fondamentales : la prise de rôle, le post-partum et la triangulation.....</b>	<b>37</b>
2.1.1 La prise de rôle, une imitation des parents qui socialise.....	37
2.1.2 Le post-partum, une période à haut risque développemental pour l'enfant.....	39
2.1.3 Un manque de triangulation dans la dyade mère-enfant peut provoquer la destructivité chez l'enfant.....	42
2.1.3.1 Le manque de triangulation se retrouve à l'école sous la forme de difficultés d'apprentissage.....	45
<b>2.2 La socialisation, une affaire d'interactions significatives.....</b>	<b>47</b>
2.2.1 La socialisation primaire.....	48
2.2.2 La socialisation secondaire.....	50
2.2.3 Il y a trois périodes de socialisation.....	53

2.2.4 Les conséquences d'une socialisation trop rigide.....	55
<b>2.3 Les effets de la déviance sur les parcours individuels à risque.....</b>	<b>56</b>
2.3.1 Regard sur la déviance.....	56
2.3.2 Représentations sociales de l'alcoolisme et de la toxicomanie.....	59
<b>2.4 Synthèse et conclusion de notre chapitre.....</b>	<b>61</b>
<b><u>Chapitre 3 : La dépression post-partum et son contexte social.....</u></b>	<b>66</b>
<b>3.1 Initiation à la dépression.....</b>	<b>67</b>
3.1.1 La dépression en quelques chiffres.....	68
3.1.2 L'importance des troubles dépressifs de la maternité.....	69
3.1.3 La dépression, qu'est que c'est ?.....	70
3.1.4 La dépression post-partum.....	74
3.1.4.1 Confusion entre le baby-blues et la dépression post-partum.....	75
3.1.4.2 Le baby-blues, un trouble courant de la maternité.....	75
3.1.5 La dépression post-partum, un trouble à prendre au sérieux.....	76
3.1.5.1 Les origines de la dépression post-partum.....	78
3.1.5.2 La grossesse, une période de résonance symbolique et une révélation des troubles de la personnalité de la future mère.....	81
<b>3.2 L'organisation du travail de soins de la mère dépressive, ses interactions avec l'enfant.....</b>	<b>83</b>
3.2.1 Notre hypothèse.....	86
3.2.2 L'organisation du travail de soins de la mère dépressive en milieu familial : la position du problème.....	86
<b>3.3 Le contexte social actuel de la maternité.....</b>	<b>93</b>
3.3.1 Notre société hypermoderne appliquée à la maternité et à la famille : une misère « symbolique » ?.....	93
3.3.2 Dépendance au travail public et rejet du travail de soins privé : une possibilité de découvrir une dépression-post-partum cachée ou ignorée... Une analyse du discours de mères interviewées par le magazine <i>Elle Québec</i> .....	95
3.3.3 Perte des savoirs.....	99
3.3.4 La société « hypermoderne » tendrait à menacer les capacités mentales, intellectuelles et affectives des individus.....	101
<b>3.4 Les mères monoparentales, un phénomène de société en expansion.....</b>	<b>106</b>
3.4.1 Quelques chiffres.....	107
3.4.2 La monoparentalité de la mère n'est pas sans incidence sur le développement des enfants.....	109
<b>3.5 Synthèse et conclusion de notre chapitre.....</b>	<b>113</b>
<b><u>Chapitre 4 : L'aspect fondamental des interactions maternelles pour le développement de l'enfant.....</u></b>	<b>117</b>
<b>4.1 L'intériorisation de la dépression maternelle par l'enfant, les aspects théoriques.....</b>	<b>119</b>
4.1.1 Les bébés ne sont pas passifs devant la dépression de la mère, ils l'incorporent.....	122

4.1.2 De la normalité de la fonction maternelle à l'inadéquation des soins de la mère envers l'enfant .....	124
4.1.3 La fonction maternelle d'après Kreisler .....	127
4.1.4 Le regard de la mère, quel en est l'importance pour la fonction psychique de l'enfant ?.....	128
<b>4.2 Les modèles d'interactions pathogènes mères-enfants.....</b>	<b>131</b>
4.2.1 L'organisation des soins de la mère dépressive, une similitude avec le harcèlement moral ? .....	131
4.2.1.1 L'organisation du travail de soins de la mère, une prospective pour l'avenir de l'enfant.....	133
<b>4.3 Des activités ludiques qui permettent à l'enfant de tolérer l'écart entre le réel et le prescrit .....</b>	<b>135</b>
4.3.1 Vignette clinique d'Édouard et son analyse.....	138
<b>4.4 Synthèse et discussion pour notre chapitre.....</b>	<b>144</b>
<b><u>Chapitre 5 : les enjeux sociaux associés à la dépression post-partum .....</u></b>	<b>151</b>
<b>5.1 Les enjeux sociaux de la dépression de la mère.....</b>	<b>154</b>
5.1.1 Les symptômes de la pathologie psychosomatique du nourrisson en lien avec les problèmes d'interaction mère dépressive-enfant.....	155
5.1.2 Les prescriptions du Ritalin en expansion.....	159
5.1.3 L'avenir potentiel des enfants affectés par des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).....	162
5.1.4 Le décrochage scolaire, la pointe d'un l'iceberg ? .....	165
5.1.5 Du trouble psychique à la déviance : la délinquance, une quête d'amour..	166
5.1.5.1 La délinquance des jeunes, deux aspects à leur dépression.....	168
<b>5.2 Statistiques relatives à la dépression, aux dépendances et à la délinquance des jeunes.....</b>	<b>169</b>
5.2.1 Épidémiologie de la consommation de tabac chez les jeunes Canadiens...171	
5.2.2 Épidémiologie de la consommation d'alcool chez les jeunes Canadiens...172	
<b>5.3 L'alcool, la cigarette, le premier pas vers la consommation de drogues et la délinquance : itinéraire de jeunes drogués.....</b>	<b>173</b>
5.3.1 Le tabagisme, un indice de fragilité de la santé mentale ?.....	175
5.3.2 La nicotine, une source de bien-être !.....	175
<b>5.4 L'étiologie de la dépendance.....</b>	<b>177</b>
5.4.1 Le clivage, un élément essentiel dans l'étiologie de la dépendance.....	179
5.4.2 Vignette clinique.....	183
<b>5.5 Le regroupement des personnes, une stratégie défensive ?.....</b>	<b>183</b>
5.5.1 L'influence du regard social sur le regroupement des individus stigmatisés.....	185
5.5.2 La stigmatisation pousse au regroupement des individus ayant le même type de personnalité.....	186
<b>5.6 Discussion et conclusion de notre chapitre.....</b>	<b>188</b>
<b>Discussion et conclusion.....</b>	<b>191-206</b>
<b>Annexe et Bibliographie.....</b>	<b>207-221</b>

**Liste des tableaux**

Théorie du Soi, (Mead, 1963).....	15
Le Soi, une structure sociale qui naît de l'expérience sociale, (Mead, 1963).....	17
Les conditions sociales de la coopération, (Dejours, 1986).....	30
Processus développemental conduisant à la destructivité chez l'enfant, (Winnicott, 1969,1992).....	126
Itinéraire de jeunes judiciairisés et en traitement (Leblanc, 2005).....	174
Processus traumatique chez l'enfant (Dejours, 1986).....	181
La société hypermoderne, la dépression maternelle et les jeunes à problèmes (annexe)	207

## INTRODUCTION

### Présentation de la recherche

Notre recherche se situe dans une approche compréhensive psychodynamique. Cette position nous l'énoncerons à partir de l'association des théories interactionnistes issue de la position de George Herbert Mead<sup>1</sup> et de la psychopathologie ainsi que de la psychodynamique du travail de Christophe Dejours<sup>2</sup>. Il ne s'agit pas, ici, de faire une comparaison des théories de ces deux auteurs, mais bien de faire ressortir les concepts-clés qui nous permettront d'articuler notre question de recherche. Celle-ci se formule ainsi : quelle sont, dans la littérature scientifique et clinique, les liens entre la dépression maternelle et le développement et l'avenir social de l'enfant ?

Plus précisément, nous cherchons à comprendre le phénomène humain en examinant pourquoi les individus agissent et ce que signifie la réalité sociale pour eux, c'est-à-dire leur vécu. Nous pouvons également considérer que notre étude se situe dans le domaine de la sociologie interactionniste parce que celle-ci a pour champ de recherche spécifique « l'influence que le groupe social exerce sur le fonctionnement de l'expérience et sur la conduite de ses membres individuels (Mead. 1963 :1) ». La mère sera donc envisagée comme un groupe social ou une microsociété, à elle seule. Nous considérerons que la conduite et l'action sociale de la mère auprès de son enfant sont la résultante des interactions qu'elle a eues non seulement avec les membres de ses groupes de socialisation primaire et secondaire mais aussi avec celles de ses groupes de référence. Nous concevons par conséquent que la mère, par les actes sociaux<sup>3</sup> qu'elle a envers son enfant, va influencer l'expérience et la

---

<sup>1</sup> Georges Herbert Mead : diplômé de l'Université de Michigan, il a été professeur à l'université de Chicago à partir 1894 où il enseigna la psychologie sociale pendant près de quarante ans.

<sup>2</sup> Christophe Dejours : Psychiatre, psychanalyste et psychologue du travail, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers. Il est aussi le directeur du laboratoire de psychologie du travail et de l'action.

<sup>3</sup> Les actes sociaux de la mère que nous considérons dans ce travail sont les tâches à la maison ainsi que l'organisation du travail de soins qui ont un rapport avec l'enfant.

conduite de celui-ci. L'expérience de l'individu se constitue dans un processus allant de l'externe vers l'interne. Plus précisément, c'est l'entourage de l'enfant qui va, dès le départ, créer les expériences que l'enfant va intégrer. Nous entrerons également dans la psychopathologie et psychodynamique du travail de Christophe Dejours. Dejours considère que les différents types de relations que la personne a eues dans sa famille, et cela depuis le début de sa vie, vont s'enraciner et se répéter dans son histoire de vie. De cette manière, il existe des liens intergénérationnels dans les pathologies et les comportements individuels. En outre, suivant cet auteur, la psychodynamique du travail apparaît comme pouvant apporter des repères à ceux qui veulent comprendre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ; c'est également ce que nous tenterons de réaliser dans cette recherche. Ainsi l'utilisation du modèle interactionniste symbolique meadien ainsi que l'approche psychopathologique et psychodynamique du travail dejoursienne en tant que cadre théorique de recherche vont nous autoriser à discuter des interactions quotidiennes entre la mère et l'enfant et de leurs rôles quant à l'avenir social des enfants. Ces interactions sociales mère-enfant nous les appellerons : *organisation du travail<sup>4</sup> de soins*.

Comme nous venons de l'expliquer, et c'est l'originalité de notre recherche, les activités de soins de la mère seront envisagées comme un travail au sens d'une activité humaine de production. Ce travail est composé des diverses tâches de soins, mais également des activités de jeu. Pour ce faire, nous reprendrons les termes utilisés par les femmes elles-mêmes quand elles parlent de leur quotidien de mère. C'est le cas dans de nombreux articles où les femmes interviewées parlent de leurs tâches de mère au foyer comme d'un travail voire d'un métier comme nous le verrons dans notre mémoire. Nous suivrons en cela Dejours et ses collègues (1995) qui considèrent eux aussi que l'action de travailler n'est pas seulement le fait d'avoir une activité salariée avec une rémunération puisque, selon eux, il s'agit d'une

---

<sup>4</sup> Pour Dejours (1982), l'organisation du travail comprend le contenu de la tâche et les relations humaines.

contribution humaine qui permet de « produire, de participer à une activité organisée aboutissant à la création de biens ou de services. Les modalités et les contextes peuvent varier, depuis le bénévolat jusqu'au travail domestique, c'est dire que la rémunération n'est pas la seule « sanction » possible ni le seul but de l'activité (p.7) ». Cependant, il sera aussi tenu compte que, plus spécifiquement pour Dejours, le travail n'est pas composé uniquement de la tâche de créer des biens et des services, de faire du bénévolat ou du travail domestique comme indiqué plus haut. Le travail, pour ce chercheur, est plus particulièrement la ressource qu'il faut mobiliser pour pouvoir faire face à la différence entre ce qui est prescrit de faire et ce qui peut être fait réellement.

### **Objectif de la recherche**

La recherche que nous effectuerons dans ce mémoire aura pour but d'essayer de comprendre, premièrement, comment l'organisation du travail de soins se réalise dans un contexte où la mère est dépressive. Deuxièmement, quelles peuvent être les incidences de la dépression post-partum sur le développement de l'enfant. Nous envisagerons également de parler du problème de la monoparentalité et du manque de triangulation avec le père. L'objectif de notre recherche sera ainsi centré sur l'organisation du travail de soins de la mère dépressive, sur le lien qu'elle a avec le développement de l'enfant ainsi que sur ses répercussions sociales. Cette étude sur la dépression maternelle devrait ainsi conduire, d'une part, à la compréhension de ce qu'est la dépression ainsi que la dépression post-partum et, d'autre part, de ce qui peut advenir des enfants qui ont vécu l'organisation du travail de soins d'une mère dépressive. Cette compréhension devrait permettre de mieux appréhender les significations qui peuvent orienter et structurer les conduites des individus ayant été éprouvés par l'organisation du travail de soins d'une mère dépressive durant leur petite enfance. De la sorte, notre investigation devrait souscrire à la compréhension et à l'éclairage de certaines

conduites défensives, comme le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie et la délinquance, que peuvent prendre des adolescents et, plus tard, des adultes en milieu de travail.

### **Pertinence et limites de la recherche**

L'idée de faire une recherche théorique dans le domaine de la dépression de la mère et du développement ainsi que sur l'avenir potentiel de leurs enfants, nous provient de la lecture du texte de la psychologue Michelle Mariette (1998) intitulé : *Nourrissons de mères déprimées*. Cette lecture fut faite dans le cadre du cours de *psychologie du développement et de l'adaptation* donné par Gino Lesage. Dans son texte, l'auteure indiquait notamment que l'appréhension de la réalité sociale et la modélisation des relations objectales des adultes provenaient de la qualité des interactions de la mère avec son nourrisson et cela dès les premières années de la vie. La concrétisation de cette idée de départ a pu se faire grâce au cours de santé mentale au travail donné par Marie-France Maranda, cours dans lequel nous avons étudié la psychodynamique du travail de Christophe Dejours.

Ce qui a confirmé la pertinence de notre recherche c'est lorsque nous avons lu que les chercheurs Delzenne, Poinso, Thirion et Samulian (1996) évoquaient que les circulaires ministérielles françaises de 1985 et 1992 signalaient l'importance autant du nombre de femmes qui éprouvaient des troubles psychiques au moment du post-partum que des répercussions que cela engendrait, chez celle-ci, en tant que mère. De plus, ces circulaires insistaient sur le fait que ces troubles psychiques du post-partum infligeaient une désorganisation des liens relationnels qui unissent la mère et l'enfant et créaient ainsi une perturbation dans le développement de l'enfant. Au demeurant, dans son rapport de 1993 concernant les aspects psychosociaux de la santé des femmes, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandait aux professionnels d'accorder une grande vigilance vis-à-vis des troubles de la grossesse et du post-partum. L'OMS préconisait aussi la nécessité absolue de faire des recherches dans ce domaine. Cet article précisait qu'il y avait des précautions à



prendre lorsqu'il y a une distorsion du lien entre la mère et l'enfant et qu'il fallait promouvoir des solutions pour ce qui concerne leur bien-être.

Par ailleurs, Jeanne Siaud-Facchin démontrait dans son compte-rendu du premier colloque international de psychiatrie périnatale, qui a eu lieu à Monaco en 1996, l'importance de dépister la dépression post-partum. Pour les spécialistes internationaux de psychiatrie périnatale, la mère atteinte d'une dépression durant la période cruciale des premiers instants de la relation mère-enfant instaure des interactions pathogènes alors que celles-ci sont primordiales pour l'avenir psychique de l'enfant. Enfin, d'après Ian H. Gotlib et Sherryl H Goodman (2002), les recherches récentes se sont contentées de poser des questions simples comme à savoir si les enfants de mères dépressives étaient à risque. Or les spécialistes de la dépression maternelle Edward Z. Tronick et Tiffany Field (1986) indiquent que c'est de 12 à 20% des mères ayant des nourrissons et des enfants d'âges pré-scolaires qui sont touchées par la dépression. Et l'OMS (2003) précise que la dépression est la maladie mentale la plus importante sur la planète. Celle-ci est considérée comme produisant le plus grand taux<sup>5</sup> d'incapacité dû à la grande morbidité des personnes qui en sont atteintes. Nous proposons d'articuler et de structurer un raisonnement de recherche sur le sujet de la dépression maternelle en lien avec socialisation de l'enfant. Nous nous disposons donc à mettre en exergue les recherches ainsi que les comptes rendus de résultats cliniques de bon nombres de chercheurs et de cliniciens, pour beaucoup reconnus comme des spécialistes de renommée internationale, dans notre domaine de recherche et de les mettre en posture dialectique.

Ce que nous pouvons préciser, pour l'instant, c'est que notre recherche est consacrée à une réflexion sur le rôle de l'organisation du travail de soins de la mère dépressive dans le développement et l'avenir social de l'enfant. Pour cette raison, nous ne ferons que peu

---

<sup>5</sup> Selon l'OMS (2003), 11% de la charge totale de morbidité.

d'allusions aux origines de la dépression de la mère. Dans notre étude, nous serons appelé à évoquer aussi bien la mère en situation de monoparentalité que le manque de triangulation du père dans la dyade mère-enfant. Néanmoins, il ne sera pas développer le pourquoi de l'absence du père. En outre, bien que les personnes significatives collatérales (le père, les frères, les sœurs et les grands-parents) pourraient être importantes pour le soutien de la mère et de l'enfant nous n'en ferons pas cas dans cette recherche. Nous ne chercherons pas non plus à évoquer des solutions thérapeutiques qui pourraient améliorer la situation des dyades mères dépressives-enfant.

Après avoir fait ces mises au point au regard de ce que nous avons appréhendé des recommandations aussi bien des circulaires ministérielles françaises de 1985 et 1992 et de celles de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1993, nous allons élaborer maintenant notre hypothèse de travail. Cependant, étant donné que notre recension des écrits devrait apporter des précisions sur notre sujet, nous nous proposons donc de pouvoir la modifier, ou de la spécifier<sup>6</sup>, après une plus ample lecture.

### **Notre hypothèse**

Notre hypothèse de départ est que la mère en situation de dépression va avoir des difficultés à faire son travail de mère. Son type d'organisation du travail de soins devrait perturber le développement de l'enfant. De cette manière, la principale variable indépendante de notre recherche est *la dépression de la mère* et notre variable dépendante est constituée par *le développement de l'enfant*.

### **Méthodologie et Méthode**

Nous faisons ici une distinction entre la méthode et la méthodologie. La méthode renvoie au matériel que nous avons utilisé pour parvenir à faire notre recherche ; la

---

<sup>6</sup> Voir notre chapitre 3 section 3.2.1.

méthodologie, elle, correspond aux méthodes intellectuelles que nous avons utilisées pour comprendre notre sujet.

### **Méthodologie**

Pour réaliser notre projet de recherche, nous nous sommes tout d'abord posé une question qui est, rappelons-le, : quelles sont, dans la littérature scientifique et clinique, les liens entre la dépression maternelle, le développement et l'avenir social de l'enfant ? Nous avons ensuite collecté des informations qui semblaient pertinentes. Pour ce faire, nous avons discriminé et traité les informations recueillies puis nous les avons analysées afin de répondre à notre question initiale.

Nous avons choisi d'associer les théories interactionniste de Mead et la psychopathologie ainsi que la psychodynamique du travail de Dejours car le premier s'inscrit dans le champ de l'étude sociale de la microsociété et le second est orienté vers l'étude de la souffrance. En effet, notre sujet porte sur la dépression de la mère et sur le développement et l'avenir social de l'enfant en lien avec cette dernière. Ainsi donc, nous estimons que notre recherche se trouve dans le champ de la microsociété qu'est la famille. En outre, nous considérerons que la mère dépressive et son enfant se trouvent tous les deux dans la souffrance. Souffrance que l'apport dejoursien permettra de bien délimiter et de bien analyser. De plus, le choix interactionniste pour traiter notre sujet nous semble s'avérer pertinent du fait que celui-ci aborde le sujet de la déviance mais également les différents types de socialisation. En effet, bien souvent la dépression de la mère se révèle lors d'un post-partum. Or ; selon Dejour (1986), cette période constitue une phase cruciale pour la socialisation et l'avenir social de l'enfant.

## **Méthodes.**

Ce mémoire théorique est principalement le résultat d'une analyse dialectique de corpus théoriques issus d'écrits scientifiques et professionnels destinés aux médecins, aux psychologues, aux psychiatres, aux neuropsychiatres, aux pédiatres, aux psychothérapeutes, aux sociologues, aux philosophes et à d'autres professions du champ de la connaissance de l'humain. Nous avons fait une recension des écrits dans des champs d'activités variés qui se rattachent aussi bien à la psychologie sociale, à la psychanalyse, à la psychopathologie et à la psychodynamique du travail dejourisienne ainsi qu'à diverses tendances de la sociologie, de la clinique et de l'éthologie. Dans ces écrits scientifiques, nous avons emprunté des cas cliniques pertinents et nous les avons insérés dans notre mémoire sous la forme de vignettes cliniques. Ces vignettes permettent de donner des exemples de situations concrètes qui ont été rencontrées sur le terrain par des cliniciens. Elles peuvent de cette manière avoir une portée pédagogique en matérialisant ce que nous avons rapporté théoriquement.

Nous avons également utilisé des documents destinés au grand public comme des articles de journaux et des magazines. Nous mentionnerons que les témoignages des personnes interviewées dans les magazines féminins, ceux des articles de journaux que nous avons utilisés pour enrichir nos propos scientifiques ont strictement valeur d'illustration de notre sujet. Ils ne doivent en aucun cas donner matière à démonstration du fait que nous n'avons pas fait d'analyse systématique du contenu thématique par catégoriel. Cependant, le fait que l'on publie présentement des articles dans des revues scientifiques et dans la presse à grande audience indique une actualisation de notre objet d'étude qui était pertinent de relever.

## **La pertinence sociale de notre mémoire**

La finalité de cette analyse consiste à faire prendre conscience aux lectrices et aux lecteurs de cet ouvrage qu'il y a une présomption de problématique provenant de la genèse du mode de socialisation des enfants lorsque surgit une dépression chez la mère. Si ces

présomptions s'avéraient fondées, il se pourrait qu'il y aient des conséquences pour les sociétés occidentales tant sur le plan individuel que collectif que ce soit dans un futur proche comme à long terme. Plus spécifiquement, nous souhaitons pouvoir mieux maîtriser le sujet et ainsi davantage comprendre l'importance des effets de la dépression maternelle sur la socialisation des enfants. Plus précisément, nous désirons avoir une meilleure habileté dans notre perception de l'organisation du travail de soins de la mère vis-à-vis des enfants. En outre, la découverte du processus développemental qui pourrait être perturbé chez des enfants et de la particularité de la situation des mères dépressives durant le post-partum, et au-delà, devraient faire en sorte que les intervenants sociaux puissent mieux appréhender l'ontogenèse des conduites à risque chez les individus. Ce mémoire pourrait contribuer à les aider dans leur pratique. Plus précisément, cette connaissance devrait permettre de pouvoir mieux déchiffrer chez les enfants les conduites qui pourraient être annonciatrices de comportements défensifs ou déviants, voire délinquants. Ces conduites défensives ou déviantes pourraient apparaître dès l'adolescence et se poursuivre à l'âge adulte. Conduites qui pourraient se retrouver aussi bien dans les écoles que dans les milieux de travail. L'utilisation du modèle interactionniste symbolique meadien et de l'approche psychopathologique et psychodynamique du travail de Dejours en tant que cadre théorique de recherche devrait nous autoriser à discuter de l'impact des modèles d'interaction dans la vie de tous les jours.

### **Plan du mémoire**

Dans notre premier chapitre, nous parlerons avec Mead de développement psychique et plus spécifiquement de la formation du Soi ; Soi qui est le concept principal de la théorie de Mead. Il sera ensuite évoqué l'importance des activités ludiques dans le développement des enfants. Après, deux thèmes seront abordés: l'un consacré à la communication et l'autre à la reconnaissance. La communication et la reconnaissance sont des notions essentielles dans la théorie psychodynamique de Dejours. Suite à cela, nous aborderons, dans le deuxième

chapitre, la socialisation et son importance pour le développement et l'avenir social de l'enfant. Le troisième chapitre sera consacré à l'étude de la dépression en général ; et, en particulier, de la dépression post-partum. Puis, pour permettre de nous constituer une représentation du monde hypermoderne dans lequel nous évoluons, il sera examiné ce que des philosophes peuvent dire du contexte social actuel. Ensuite, après avoir parlé des interactions des mères dépressives avec leurs enfants, ce que nous appellerons *l'organisation du travail de soins* des mères dépressives, nous reconsidérerons notre hypothèse et il sera formulé la position du problème. Après, la situation des mères monoparentales et celle de leurs enfants sera considéré. Dans notre quatrième chapitre, nous démontrerons pourquoi l'organisation du travail de soins de la mère est essentielle pour le développement de l'enfant. Pour ce qui est de notre cinquième chapitre, celui-ci sera, en première partie, consacré à tenter de corroborer, par des données statistiques et des résultats cliniques, ce que nous avons énoncé dans nos chapitres précédents. Pour finir, il sera évoqué les processus psychiques qui peuvent conduire une personne à l'assuétude. Et nous aboutirons à une discussion générale sur certains points soulevés durant notre parcours, avant de clore notre ouvrage.

Le lecteur sera peut-être étonné du fait que notre cadre théorique fasse l'objet de deux chapitres, mais nous désirons insister sur le caractère exploratoire de notre démarche. En effet, cette démarche nous a permis d'appréhender les théories interactionnistes issues de l'apport de Mead ainsi que celles de la psychopathologie et de la psychodynamique du travail de Dejours. C'est pourquoi, dans les deux chapitres qui suivent, nous restituerons un résumé de ces théories ainsi que les éléments considérés comme essentiels pour élaborer notre mémoire. En effet, ces théories constituent le point de départ et la base conceptuelle de notre recherche.

## CHAPITRE 1 :

### NOTRE CADRE THEORIQUE DE RECHERCHE

#### Introduction

Afin de comprendre notre mode d'analyse des documents cliniques et scientifiques à propos de notre travail sur la dépression maternelle et la socialisation de l'enfant, nous allons, dans ce premier chapitre, élaborer notre cadre théorique général.

Les lecteurs de notre mémoire seront peut être étonnés que nous utilisions des concepts de Donald Wood Winnicott. C'est pourquoi nous tenons à préciser que Christophe Dejours présente ces notions dans un certain nombre de ses travaux, notamment, quand il fait référence à l'enfance de ses clients. De plus, nous traiterons certaines notions interactionnistes en faisant référence à Habermas. En effet, celui-ci a conçu un commentaire des textes de Georges Herbert Mead. En outre, Dejours se réfère également à Habermas dans certains de ses écrits. Pour ce qui concerne les apports dejoursiens à notre recherche, nous avons emprunté des concepts appartenant aussi bien à la psychopathologie qu'à la psychodynamique du travail. Nous précisons que nous ne ferons pas dans ce travail la distinction entre ces deux visions. De plus, il ne s'agit pas ici de faire une différenciation entre les théories Meadienne et Dejoursienne car nous avons estimé qu'elles s'enrichissaient mutuellement. Pour élaborer notre cadre théorique, nous ferons également appel aux fondateurs de la théorie de *la construction sociale de la réalité* que sont Berger et Luckmann. Nous considérons que ces deux auteurs ont des affinités avec les interactionnistes du fait que, selon De Queiroz et Ziolkovski (1994), Berger et Luckmann ont fusionné les théories phénoménologique et interactionniste afin de créer leur nouvelle théorie. Dans ce travail théorique, nous nous permettrons également de faire quelques commentaires. Ces commentaires, nous pourrions

dire qu'ils sont le fruit de nos intuitions. Celles-ci étant originaires de nos réflexions sur notre sujet.

Dans ce chapitre, nous aurons quatre thèmes principaux. Le premier sera constitué par l'explication de la conception du Soi meadien car le Soi est le concept original de la théorie de Mead. Pour le deuxième thème, nous avons retenu l'importance du jeu pour le développement des enfants. Le troisième sujet du chapitre est consacré à la communication entre les personnes. Puis, pour ce qui est du quatrième thème, il sera centré sur la reconnaissance. La reconnaissance est un sujet particulièrement traité dans les travaux de Dejours.

### **1.1 Les apports théoriques et appliqués**

Passons maintenant à l'entendement de nos théories de base. Nous évoquerons plus précisément la théorie du Soi, en (a). En (b), nous verrons que le Soi est une structure qui apparaît grâce à l'expérience sociale. Nous présenterons ensuite en (c) ce qui peut amener à la réalisation du Soi. En (d) nous aborderons ce qu'est la puissance de la communication et en (e) nous verrons en quoi le besoin de reconnaissance est essentiel.

#### **1.1.1 Le Soi, concept principal de la théorie Meadienne**

(a) Selon Mead (1963), le Soi, ou personnalité, n'existe pas à la naissance. Le Soi se forme petit à petit grâce aux expériences et aux activités sociales organisées. Ces expériences sociales vont s'emmagasiner dans la mémoire pour constituer la continuité du Soi. Pour la réussite de ce développement, il faut deux types de conduite : l'imitation de l'enfant et la sympathie de la mère. Pour Mead (1983), c'est le comportement de l'individu dans son groupe social qui fait qu'il peut devenir un Soi réflexif, c'est-à-dire capable, par une analyse, de se prendre lui-même comme objet. Il devient de cette manière une personne qui est consciente de Soi. Pour cela, la personne doit avoir une conduite rationnelle. La conduite



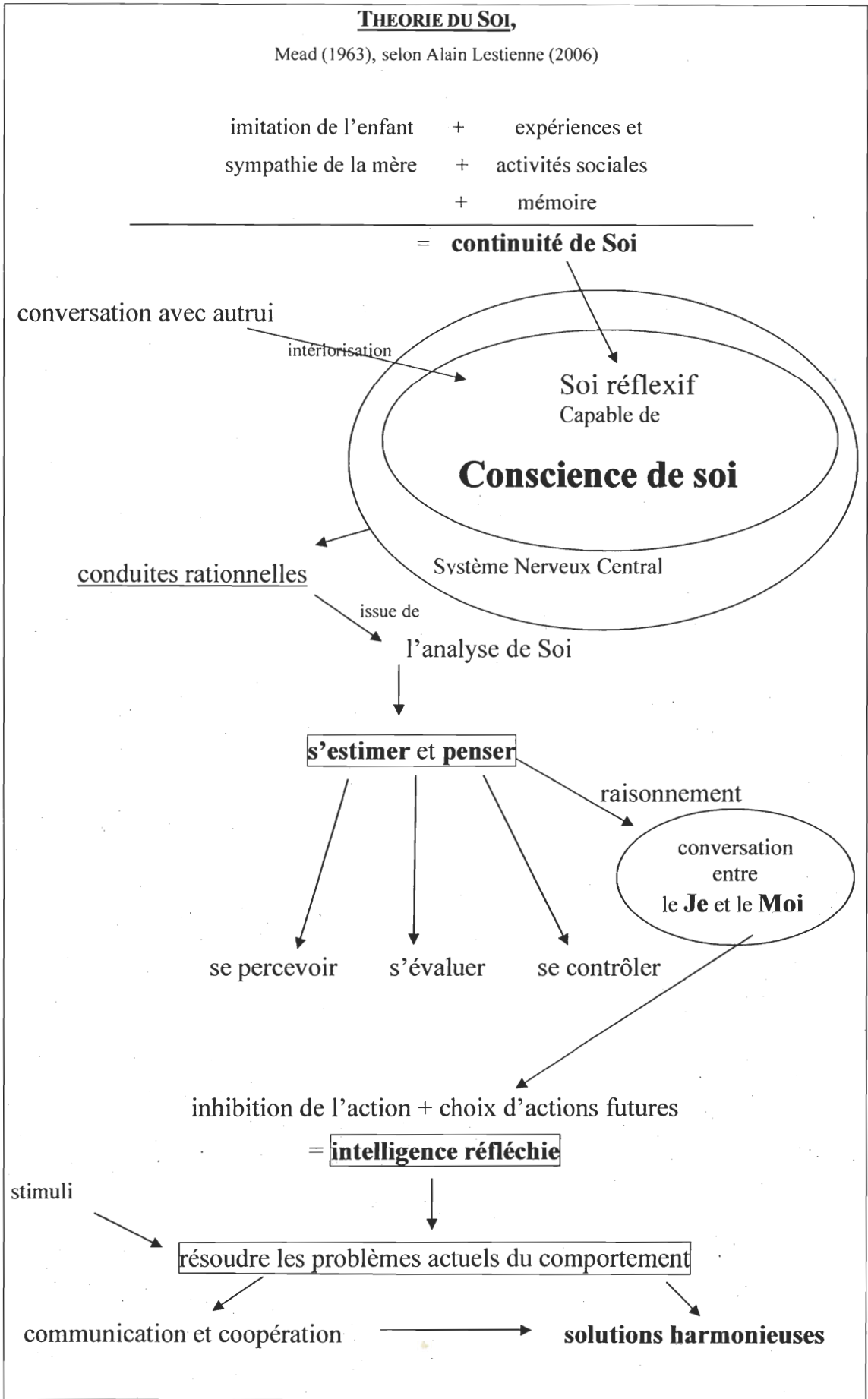
rationnelle d'une personne est une attitude objective et non affective envers elle-même. Ceci fait que la personne est capable de se percevoir, de s'évaluer et de se contrôler, en bref, de s'estimer et de penser. Penser, selon Mead (1963), c'est raisonner et raisonner c'est faire la conversation entre le Je et le Moi. Ainsi, le fait de penser permet l'inhibition temporaire de l'action et donne l'occasion de choisir parmi les diverses possibilités d'actions futures. C'est, d'après Mead (1963), la seule façon intelligente de le faire. Il appelle cela *l'intelligence réfléchie* qui apporte, ou non, l'adaptation dans le milieu social. Il s'agit de l'organisation de Soi, c'est-à-dire de « l'ensemble des attitudes que l'individu peut prendre à l'égard de son milieu et envers lui-même du point de vue de ce milieu qu'il contribue à constituer dans le cours de son expérience et de son comportement social (p.79) ». En outre, selon Mead (1963), l'intelligence c'est la capacité de faire des liens entre des stimuli, sociaux ou non, à seule fin de créer des résultats positifs. Il s'agit alors de trouver quel est le geste qui peut indiquer, pour soi-même et pour autrui, quelles seraient les conséquences des actions entreprises et cela afin d'obtenir le contrôle de la conduite. La réflexion s'oppose aux réflexes instinctuels<sup>3</sup> ou aux habitudes. La réflexion est donc essentielle pour arriver aux solutions les plus harmonieuses par rapport aux difficultés rencontrées dans l'environnement. Ainsi, selon Mead (1963) :

L'intelligence est, par essence, le pouvoir de résoudre, en se servant de l'expérience passée, les problèmes actuels du comportement, par rapport à ses conséquences possibles ; c'est le pouvoir de résoudre les problèmes actuels du comportement, à la lumière à la fois du passé et de l'avenir : l'intelligence implique mémoire et prévoyance. Faire usage de l'intelligence consiste à retarder, à organiser et à choisir une réaction aux stimuli de la situation donnée. (p.85).

Par ailleurs, toujours selon Mead (1963), les activités réflexives se situent dans le Système Nerveux Central (SNC) et ont une répercussion dans l'ensemble du corps et, par conséquent, dans les gestes posés par l'humain. La conscience est une réflexion et non une substance. La réflexivité du Soi est en réalité l'intériorisation des communications que

<sup>3</sup> Pour Dejours (1986), les principaux comportements instinctuels sont : les comportements agressifs, alimentaires et sexuels. Ce sont les comportements qui permettent la survie et la conservation de l'individu et de l'espèce.

l'individu a eues avec autrui. Le Soi meadien est composé d'un Moi - objet d'intériorisation des attitudes d'autrui (instrument de contrôle social et de détermination au sens freudien, il représente les valeurs du groupe ou Surmoi) - et d'un Je. Le Je est le sujet - individuel et non-collectif - qui représente la réaction active et sélective de l'individu aux conditions des valeurs extérieures. Il représente l'évolution et comprend la reconstruction de la société. Le Soi est donc bi-partite. Selon Habermas (1987, T.2), qui explicite Mead, celui-ci dans son concept universaliste de la communauté rejoint Friedrich Hegel, pour qui, le Je a aussi deux aspects. C'est deux aspects sont constitués, pour l'un, par l'autodétermination et par la réalisation de soi. Et, pour l'autre, il est composé du respect de soi et du sens de son importance. Le Je représente également les instances subjectives des besoins de l'individu. Il se manifeste aussi par l'expressivité. D'autre part, le Moi n'est pas seulement une conscience morale reliée aux conceptions d'autrui, il est aussi celui qui bride la subjectivité selon les rôles sociaux internalisés. Toutefois, en distinguant un Moi et un Je, selon De Queiroz et Ziotkowski (1994), Mead pense plutôt à deux moments distincts : le Moi c'est au moment de la perception et de l'interprétation des attitudes d'autrui, et le Je est le moment de la réponse active du sujet à ces attitudes. « Ces deux moments sont à la fois logiques et chronologiques : le Je est le sujet actif du présent, il devient toujours l'instant suivant le Moi, objet de perception (p.41) ». Habermas (1987, T.2) ajoute que pour Mead le Je c'est l'aptitude de la personne à découvrir, par la créativité, des solutions satisfaisantes lorsque les situations sont limitées par un Surmoi de rôles sociaux et qui mettent en jeu son autoréalisation. Le Je est la partie du Soi qui souhaite pouvoir être active dans sa contribution à l'œuvre commune et non pas être un simple Moi conventionnel. Ainsi, pour Mead (1963), grâce à son Je, l'individu a la possibilité de faire évoluer son environnement. Afin de rendre plus claire la théorie du Soi de Mead, nous l'illustrerons maintenant par un schéma qui se présente comme suit :

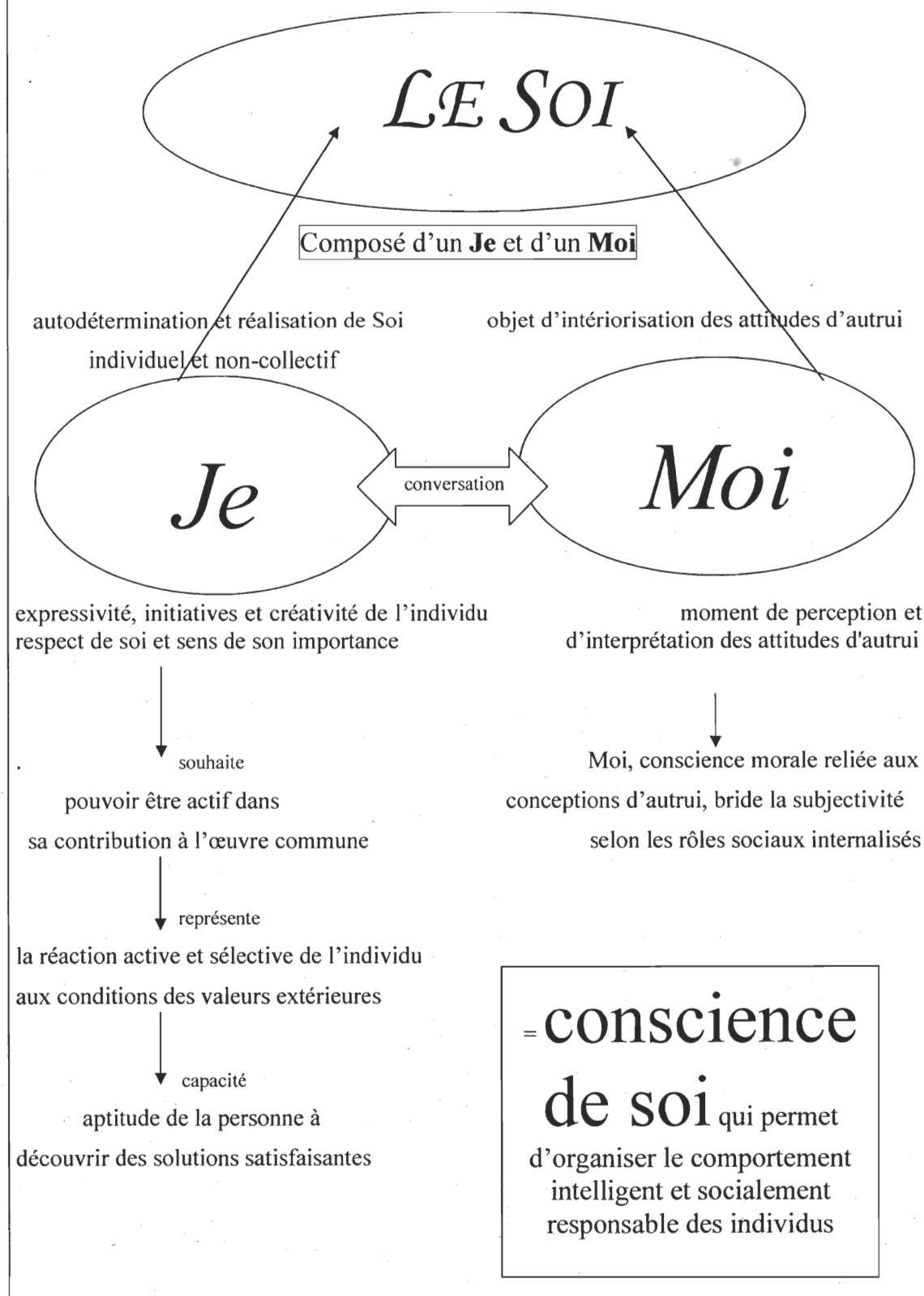


### **1.1.2 Le Soi, une structure qui naît de l'expérience sociale**

(b) D'après Mead (1963), le Soi, en tant qu'objet pour Soi, est essentiellement une structure sociale qui naît exclusivement de l'expérience sociale. Tout comme Dejours, Mead considère que pour qu'un Soi se réalise, il faut qu'il soit reconnu par les autres et que le Je soit encadré dans ses actions par le Moi. Cependant, le Je est la partie du Soi qui prend des initiatives et qui est la créativité de l'individu. Pour Mead (1963), un Soi complet est constitué d'un Moi qui est l'intériorisation de l'autrui-généralisé ou société, et d'un Je qui est en réaction aux attitudes des autres, attitudes des autres qui ont été intériorisées. Il y a prise de conscience de Soi ou objectivation de Soi lorsque les individus prennent le rôle des autres. Selon Mead, dans De Queiroz et Ziotkowski (1994) : « La conscience de Soi, c'est l'action de prendre ou de sentir l'attitude d'autrui envers Soi et être conscient de Soi, c'est par essence devenir un objet pour Soi en vertu de ses relations avec les autres individus (p.22) ». De plus, c'est la conscience sociale qui permet d'organiser le comportement intelligent et socialement responsable des individus. Les conduites de ces personnes laissent un large espace à l'originalité, à la souplesse et à une grande diversité. Habermas (1987, T.2) précise que l'individu capable de réfléchir est un sujet pratique c'est-à-dire une personne qui a été formée grâce aux interactions avec les êtres qui lui sont significatifs ; ceci l'amène à être capable d'agir et de prendre ses responsabilités. Il s'agit là, selon Habermas (1987, T.2), d'une conception sociopsychologique de la constitution de la personnalité. Cette intelligence réflexive, selon Mead (1963), n'existe que grâce aux immenses possibilités du système nerveux central de l'humain. Dejours (1986) ajouterait que pour un individu, « l'intégration symbolique, c'est la reprise des fonctions et leur coordination avec l'histoire psychique du sujet, dans la conscience de l'être, c'est-à-dire dans l'attitude réflexive et introspective du sujet sur ses comportements et sur ses réactions (p.106) ». Pour revenir au Soi meadien, celui-ci peut s'illustrer de cette manière :

**LE SOI, UNE STRUCTURE SOCIALE QUI NAIT DE L'EXPERIENCE SOCIALE,**

Mead (1963), selon Alain Lestienne (2006).



Pour Mead (1963), le cerveau et le cortex des humains sont tels qu'ils permettent un nombre infini de choix possibles dans leurs conduites. Cependant, Dejours (1986) précise que l'apprentissage par répétition est un appauvrissement neuronal du point de vue neurologique. Cet appauvrissement est le fait de la perte des autres possibilités comportementales non retenues. Selon Mead (1963), c'est de l'expérience sociale que résulte la vision du monde de l'individu et c'est du cerveau que jaillit la conscience ou Esprit. Les nombreuses expériences sociales qui conduisent aux actes comportent des aspects sensoriels tels que l'ouïe, l'odorat, le goût, la vision et le toucher. Ces actions sont suscitées par les sensations de plaisir ou de douleurs et sont souvent reliées avec d'autres sensations issues des expériences individuelles spécifiques. Les expériences individuelles peuvent aussi bien être en relation avec des objets physiques que des événements mentaux provenant de l'histoire de l'individu. Ainsi, la connaissance de l'historicité ou de l'expérience de l'individu doivent se conjuguer avec les conditions dans lesquelles celle-ci s'est produite et, selon Mead (1963), toute expérience commence par un stimulus sensoriel.

Le thème suivant sera consacré à la réalisation de Soi et à l'idéal social que Mead envisage pour les humains.

## **1.2 Le but idéal, la réalisation de Soi**

(c) D'après Mead (1963), une intelligence sociale achevée conduit au progrès social, but ultime de l'idéal social humain. De plus, pour Habermas (1987, T.2), Mead rejoint Emmanuel Kant du fait que pour eux les normes morales sont celles qui ont une visée universelle pour le bien de tous. L'acte social moral est bon lorsqu'il se fait dans le respect de la loi universelle avec l'idée d'un plus grand bonheur pour le plus grand nombre. Il est l'œuvre de l'humain sain parce qu'il est capable de s'universaliser tout en restant unique. Cette personne est capable de s'orienter c'est-à-dire qu'elle est capable d'agir de manière autonome et d'avoir la force de se libérer des conventions existantes et de la routine

quotidienne. Cela permet d'accéder à la réalisation de Soi afin de créer une société encore plus élevée et meilleure.

De cette manière, nous pouvons donc considérer que pour Mead (1963), le Soi ne se réalise que dans les relations avec autrui et dans la reconnaissance de ses valeurs ; et que, plus précisément, pour Dejours (1986), c'est grâce aux stimulations et aux incitations du milieu humain que l'apprentissage, le développement ainsi que la maturation peuvent avoir lieu chez l'enfant. De plus, pour ce chercheur c'est la reconnaissance par le tissu social de l'individu qui permet la mobilisation subjective de la personnalité et de l'intelligence. Comme nous l'avons vu, Mead (1963) propose que le but ultime de l'humanité soit la coopération entre les hommes, et cela, afin de donner le plus grand bonheur à chacun. Mead (1963) voit les individus capables d'avoir une liberté individuelle grâce au Je qui est la partie du Soi qui prend l'initiative vis-à-vis de l'environnement. Pour ce sociologue, il est important qu'il y ait des interactions sociales c'est-à-dire que les individus aient une communication avec les personnes qui leur sont significatives. En d'autres mots, pour développer ou pour faire émerger la personnalité et la raison qu'il nomme aussi esprit, l'individu doit avoir des interactions avec la société. Ces interactions se font au travers de la communication avec autrui et permettent une conduite réfléchie et rationnelle. De plus, c'est dans les relations avec autrui que l'individu prend connaissance des normes sociales en vigueur dans le groupe qui lui est significatif.

### **1.2.1 L'importance du jeu dans l'intégration des normes sociales et dans le développement de la personnalité**

Pour Mead (1963), les enfants intègrent les normes sociales durant les périodes de jeu. L'enfant imite les personnes, cette activité est appelée le *prise de rôle*. Cette activité de prise de rôle est importante pour son développement. D'après Dejours (1993) qui se réfère à Winnicott, les enfants, par leurs jeux, mettent plutôt en scène leurs désirs de compréhension

des angoisses de leurs parents. Winnicott (1975) dans son livre appelé : *Jeu et réalité, l'espace potentiel* estime que : « c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le Soi (p.75) ». Dans la théorie winnicotienne (1975), la confiance d'un individu est issue de l'aire d'expérience pendant la période transitionnelle ; période où l'enfant est à la fois uni et séparé de la mère. Ici, être une « mère suffisamment bonne » se manifeste par la transmission de son amour et de sa capacité à apporter un sentiment de sécurité qui donnera, par la suite, à l'enfant le sentiment de confiance en soi et en son environnement.

Winnicott (1975) donne, pour montrer la rupture du lien relationnel et l'absence de confiance mère-enfant, l'exemple clinique d'un garçon dont la mère était dépressive et régulièrement absente pour de longues durées. Le père semblait lui aussi absent, bien qu'étant à la maison. Cet enfant, à l'âge de 7 ans, utilisait une ficelle qu'il donnait à sa mère pour communiquer son angoisse de séparation. Selon le pédiatre, la ficelle représentait l'instauration d'un sentiment d'insécurité ou l'idée d'une absence de communication. À l'âge de 11 ans, la ficelle fut transformée en corde, corde avec laquelle il s'est pendu par les pieds à un arbre durant de longues heures. Cette corde est devenue le symbole du déni de la crainte de séparation. À l'adolescence, l'enfant consommait de la drogue et était incapable de quitter son domicile pour aller à l'école. Pour Winnicott (1975) : « l'enfant privé d'amour maternel est agité et incapable de jouer ; il montre un appauvrissement de la capacité de faire des expériences dans le champ culturel (p.141) ». La dépendance est maximale car il a perdu le sentiment de confiance qu'il pouvait avoir en la figure maternelle. Comme on peut le comprendre dans le cas clinique de Winnicott, cette situation de carence affective a conduit l'enfant à la dépendance affective et à la drogue. Pour Dejours (1993) :



Lorsqu'il est très jeune, l'enfant semble tellement sensible à l'angoisse de ses parents que cette dernière devient bientôt son affaire à lui. L'enfant lutte alors contre la souffrance de ses parents comme s'il s'agissait de la sienne propre. La souffrance qui naît en lui, il la vit à la première personne. Il n'est pas en mesure de reconnaître qu'elle s'origine dans l'angoisse de ses parents (p.56).

Nous pouvons estimer que les interactions sociales, ou le manque d'interactions sociales, durant l'enfance vont générer la personnalité et, dans le même temps, créer l'identité et l'esprit des individus. Lorsque les parents sont angoissés, selon Dejours (1993), l'enfant ne peut leur communiquer sa propre souffrance et c'est l'incapacité à communiquer sa souffrance aux parents qui cristallise une zone de fragilité psychique. Zone qui deviendra une source intarissable de souffrance pour l'individu. Nous pouvons considérer que la dépression dans une famille, par exemple, peut faire office de normes et de mode de communication. Ce que nous pouvons comprendre ici c'est que lorsqu'un enfant vit dans un milieu où la mère est dépressive celui-ci ne pourra exprimer sa propre souffrance, ce qui lui engendrera une faille psychique.

Nous verrons dans les paragraphes qui suivent ce qu'est, pour Mead et pour Dejours, le rapport entre la communication, l'esprit et l'identité.

### **1.3 La communication permet le développement de l'esprit et de l'identité**

(d) Non seulement pour Mead (1963), la communication est importante, mais elle est un préalable à l'émergence de la raison et de la personnalité. Pour cet auteur, il est impossible pour un enfant d'accéder à l'esprit qui permet la conscience de Soi, c'est-à-dire qui donne la capacité de perception du monde naturel et social, sans le cadre de l'expérience pratique et des communications avec le groupe. Par exemple, pour le psychologue clinicien dejoursien Lin Grimaud (2005), tout le monde n'a pas la possibilité d'avoir accès à la socialisation du fait d'une carence de communication ou d'une communication inadéquate. Toujours selon cet auteur, c'est en général ce qui s'est passé pour les cas les plus graves d'autisme primaire et de

psychose infantile. Ces enfants n'ont pas pu vivre le support communicationnel de l'autre et ils n'ont donc pas pu actionner ce que l'auteur appelle leur *auto-érotisme*. N'ayant pas d'auto-érotisme, ils ne peuvent accéder à l'altérité. En d'autres mots, pour cet auteur, l'enfant autiste ou psychotique grave n'a pas de relation interne avec lui-même du fait qu'il n'a pas eu de lien social primaire durant son enfance. Il n'a donc pas eu l'occasion de prendre le rôle d'autrui et, de ce fait, il n'a plus la capacité de s'auto investir. Plus précisément, n'ayant pas pu s'auto investir, l'individu ne pourra avoir de dialogue interne. Sans dialogue interne, l'enfant aura des difficultés à avoir la conscience de Soi. La conscience de soi pour les interactionnistes, rappelons-le, est issue des interactions avec autrui. Toutefois, pour que ces interactions soient vraiment significatives, il faut qu'elle soit accompagnée et prolongée d'un dialogue interne. C'est cette réflexion, ou le retour de la personne sur son expérience sociale, qui permet le développement de l'esprit. Pour Grimaud (2005) qui se réfère à Dejours, le processus du développement de la personnalité durant l'enfance se déroule dans la relation à l'autre. Relation à l'autre qui est plus que la conversation avec l'autre, car elle dépend aussi de l'attitude de la personne qui s'occupe des soins de l'enfant. Cela va du toucher au regard en passant par l'écoute et la façon de se comporter avec l'enfant ce que Winnicott (1992) appelle d'un terme générique : *le holding*. En somme, Mead et Dejours mettent en valeur l'importance de la communication saine avec autrui et cela commence dès la naissance.

Pour Mead (1963), l'esprit ou intelligence, c'est la raison. Cette raison permet une conduite réfléchie et cohérente des personnes. Selon lui, « l'esprit émerge à partir du langage (p.112) » et se développe grâce à la communication significative entre les individus. L'esprit est constitué de l'ensemble des symboles significatifs qui ont été créés durant la socialisation<sup>4</sup>. C'est lorsque l'on est capable d'indiquer les significations des choses à autrui et à soi-même qu'il y a intelligence.

---

<sup>4</sup> D'où l'extrême importance que l'on doit accorder, selon nous, à la socialisation des enfants.

### 1.3.1 Le symbolisme meadien, qu'est-ce que c'est ?

D'après Mead (1963), les symboles sont l'ensemble des actes ayant une signification identique pour toutes personnes engagées dans le même processus social. De cette manière, le symbole est une construction continue faite par l'individu. Elle se forme également à partir de la signification qu'il donne à ses actions et aux actions des autres. Les symboles sont omniprésents dans les interactions de la vie quotidienne. Mead (1963) indique que l'individu est au cœur d'un foyer de signification parce que le sens des choses est la condition essentielle pour qu'il y ait une action. En d'autres mots, un individu passe à l'action parce que ce qu'il doit faire *fait sens*<sup>5</sup> pour lui. Ainsi, faire sens, ou signifier quelque chose pour quelqu'un, revient à dire que la personne est passée du mode *perception du monde* au monde concret. Selon Peter Berger et Thomas Luckmann (1986), les interactions entre les individus sont chargées par l'ensemble de leurs expériences et de leurs connaissances quotidiennes. Les connaissances sont transmises de génération en génération. Normalement, les interactions au sein d'un groupe social se font dans un processus de coopération et d'adaptation mutuelle.

En résumé, la personnalité<sup>6</sup> d'un individu est en lien avec le social. En effet, c'est l'expérience sociale vécue durant l'enfance qui va influencer la personnalité de l'enfant, qui, en grandissant, se construit un monde social issu du monde où il vit. Il se créera également un monde subjectif qui lui est propre ; les faits et les normes extérieures en constitueront les limites. Plus précisément, selon Habermas (1987, T.2) *l'essence de Soi* de l'enfant se forme en fonction des communications avec les personnes qui lui sont significatives et, plus particulièrement, celles avec sa mère. Toutefois, selon Dejours (1986), la mère transmet à l'enfant ses difficultés comme ses dénis et ses clivages, et cela, petit à petit, mais de façon

---

<sup>5</sup> Dans la théorie interactionniste symbolique, pour De Queiroz et Ziolkovski (1994), le sens que donnent les humains à leurs actions provient ou dérive des interactions que chacun a, ou a eues, avec autrui. Cependant, le sens que les individus donnent à leurs actions est aussi manipulé et modifié par un processus d'interprétation que chacun met en œuvre.

<sup>6</sup> Chez Mead, la personnalité et l'identité sociale des personnes semblent être confondues dans ce qu'il appelle le Soi.

régulière par ses non-dits, ses non-symbolisés et ses non-représentés. La dyade mère-enfant peut alors former une communauté du déni pour Dejours (1986). Il y aura identification de l'enfant à la mère. De cette manière, nous pouvons comprendre avec Berger et Luckmann (1986) que :

l'expérience la plus importante d'autrui prend place dans la situation de face-à-face, qui est le cas type de l'interaction sociale. ] ... [ Dans la situation de face-à-face, autrui se présente à moi dans un présent frappant que nous partageons tous les deux. Je sais que dans ce même présent je me présente à lui. Mon et son « ici et maintenant » empiètent continuellement l'un sur l'autre aussi longtemps que la situation se prolonge. En conséquence, un échange continu se poursuit entre mon expressivité et celle de l'autre. Je le vois sourire, puis réagir à mon froncement de sourcil en s'arrêtant de sourire, et vice-versa, et cette réciproque est continue des actes expressifs et accessible simultanément à l'un et à l'autre. Cela veut dire que, dans une situation de face-à-face, la subjectivité de l'autre m'est accessible à travers un maximum de symptômes (p.44).

#### **1.4 La reconnaissance, un besoin essentiel**

(e) Selon Mead (1963), toute personne est dans un processus et est capable de prendre le rôle d'autrui. Chacun pouvant, de cette manière, être reconnu et en même temps reconnaître l'autre. Il existe ainsi un double mouvement d'identification et de différenciation sociale, celui-ci est au cœur du lien social des individus.

##### **1.4.1 Le jeu : une prise de rôle d'autrui, un processus d'identification et de reconnaissance**

Pour Mead (1963), le double mouvement d'identification à autrui est rendu possible grâce à la différenciation du Soi et à l'intériorisation de *l'autrui généralisé*. Mead (1963) explique que lorsqu'un jeune enfant joue le rôle d'autrui, que ce soit dans ses jeux libres ou dans des jeux prescrits, il joue à s'identifier aux autres. Ex. : jouer à la maman, au papa, à la maîtresse d'école, au docteur, etc. Il s'agit là, pour Mead (1963), ce qu'il a appelé *la prise de rôle*. Cependant, il précise, pour que l'enfant puisse passer du jeu libre au jeu réglementé, celui-ci doit posséder la connaissance des règles du jeu et de celles de l'organisation du rôle de tous les autres joueurs. De plus, l'importance de faire évoluer le jeu libre vers le jeu

règlementé permet à l'enfant de contrôler ses réactions ; ceci le conduira à peaufiner son unification et son organisation de Soi. En outre, pour Mead (1963), lorsque l'enfant entre dans le stade du jeu règlementé, celui-ci peut devenir plus important que sa famille. L'enfant, à ce stade, aime être membre d'une organisation et c'est « une phase remarquable du développement intellectuel de l'enfant, qui fait de lui un membre de la communauté conscient de Soi (p.136) ». Pour Habermas (1987, T.2) auquel Dejours se rattache :

L'enfant s'approprie, en reconstruisant *a posteriori*, le monde social où il naît et grandit. Corrélativement à la construction du monde social se réalise la délimitation d'un monde subjectif ; l'enfant forme son identité en acquérant la qualification pour participer à des interactions régulées par des normes (p.36).

#### **1.4.1.1 La prise de rôle : l'avènement de la réalité subjective et de l'organisation mentale.**

D'après Berger et Luckmann (1986), les rôles représentent l'ordre institutionnel et, par conséquent, la prise de rôle est un processus fondamental d'habituation et d'objectivation des connaissances des institutions. Lors de sa socialisation, l'enfant internalise les rôles des personnes qui lui sont significatives et en fera sa réalité subjective. Ainsi, la transmission (ou intériorisation) de la connaissance du monde social à l'enfant passe par la dialectique sociale des parents. Plus encore car, pour Dejours (1990), c'est toute l'organisation mentale de l'individu qui est imprégnée par la relation qu'il a eue avec ses parents et celle-ci formera les ligaments de sa personnalité. Pour cet auteur, l'organisation mentale ou la personnalité des individus n'existe pas à la naissance. Pour Dejours (1993), « l'organisation mentale n'est pas donnée à la naissance, mais se construit par étapes (p.55) ». Cette organisation mentale provient des différentes expériences vécues dans l'enfance c'est-à-dire dans les relations que l'enfant a eues avec ses parents.

Pour Dejours (1993), ce sont bien souvent les angoisses des parents qui font obstacle au développement psychoaffectif de leur enfant. Celui-ci va faire de l'angoisse de ses parents

son affaire comme si c'était la sienne. Il va s'identifier à la souffrance de ses parents et celle-ci va devenir sa propre souffrance. Par syllogisme, nous pouvons dire que la dépression de la mère va devenir la dépression de l'enfant. Dépression qui se présentera sous toutes sortes de manières et en fonction de la subjectivité propre à chacun. Pour expliciter cette notion, nous nous référerons à Marcelli<sup>7</sup> et ses collègues (1996) qui indiquent que chaque Dyade mère-enfant organise dans leurs interactions une dialectique qui leur est propre. De cette manière, selon Dejours (1990) : « les traits les plus stables de la personnalité s'enracinent dans l'enfance et les expériences précoces (p.691) ». La relation que l'enfant a eue avec ses parents servira de lien qui agira sur sa personnalité et sur son avenir social. Ainsi, par exemple, un adulte peut retrouver dans les conditions concrètes de son travail, ou dans sa vie privée, des analogies de structure ou de forme qui le renvoient au théâtre psychique de son enfance, théâtre qui a formé sa personnalité avec ses failles et sa souffrance. Les conditions de travail de l'individu devenu adulte pourraient être le scénario d'une réactivation de ses failles et de sa souffrance d'enfance. Souffrance qui le conduira à élaborer ou à réactiver des stratégies défensives afin d'échapper à la maladie mentale. Suivant Dejours (1993) lorsque la discussion dans un groupe social est impossible la reconnaissance des individus par les autres l'est également. Ces personnes doivent assumer seules leur solitude et leur souffrance. Pour Dejours (1993), cela peut conduire l'individu à avoir des angoisses et ses angoisses pourront le mener à la violence.

### **1.5 L'humain, un être angoissé qui a un important besoin de reconnaissance**

Selon Dejours (2000), lorsque le milieu est rigide et contraignant ou encore ambigu, l'individu qui y vit se construira des stratégies défensives. Ces moyens de défense contre la souffrance vont mobiliser toute la personnalité de l'individu et, plus particulièrement, son intelligence. Les stratégies défensives qu'il mettra en place vont jouer contre lui dans le sens

---

<sup>7</sup> Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA). Centre Hospitalier Spécialisé de la Vienne (CHSV), Poitiers en France.

où elles vont nuire à sa capacité de penser et de raisonner cela va, du même coup, altérer sa compréhension du monde. Ces stratégies défensives<sup>8</sup> vont protéger le sujet des plus graves maladies mentales ; néanmoins, elles vont aussi être, dans le même temps, un obstacle important à l'action et à la réflexion des individus. Les stratégies défensives inciteront le sujet à se construire une carapace faite de refoulements, de dénis et d'endurcissement. En conséquence de quoi, elles vont être une atteinte au Je meadien de l'individu ce qui peut accroître l'angoisse de la personne jusqu'à la rendre pathogène.

Le Je meadien pourrait également être considéré comme l'instrument de l'instinct de survie issu de l'angoisse fondamentale de l'individu. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, le Je meadien est l'instance du Soi qui souhaite être active et comme pour Dejours (1986) l'instinct de survie pousse l'individu à agir, nous pouvons considérer que ces deux théories se rejoignent. Plus précisément, selon Dejours (1986), l'instinct c'est l'énergie qui fait passer à l'acte et c'est l'angoisse qui en est l'instrument. Ainsi, suivant cet auteur, le fait de chercher de la nourriture provient de l'angoisse de mourir de faim et de l'instinct de conservation et donc, par conséquent : « l'angoisse<sup>9</sup> est source de mouvement et d'action à la recherche de l'apaisement par un détour dans la réalité (p.29) ». L'angoisse étant pour Dejours (1986) issue de décharges automatiques et endocrinométaboliques qui préparent, grâce à un instinct archaïque de survie, à faire face à un danger vital, soit par la lutte, soit par la fuite. Cependant, pour ce clinicien, lorsque le sujet doit faire face à des épreuves qui débordent ses capacités d'intégration celui-ci peut être sujet à de l'angoisse pathologique. Durant cette période, l'individu peut perdre tous ses repères et peut ne plus être capable d'utiliser toutes les expériences stockées dans sa mémoire. Il y a, à ce moment-là, échec à l'intégration de ses savoirs. Au final, il apparaît que l'être humain est un être d'action grâce à

<sup>8</sup> Pour Christophe Dejours, il en serait de même de la sublimation.

<sup>9</sup> L'angoisse est une réaction viscérale du corps alors que l'anxiété est purement psychique. Attention à ne pas les confondre avec l'inquiétude qui est, selon Dejours (1986), « moins intense que la peur et, répondrait à un danger non encore identifié, mais supposé identifiable et relativement précis (p. 30) ».

son instinct de survie (le Je) et il est, par ce fait même, un être biologiquement angoissé. Voyons maintenant ce qu'il en ait de la reconnaissance et de l'accomplissement de soi.

### **1.5.1 La reconnaissance conduit à la coopération et à l'accomplissement de soi**

D'après Dejours (1993), les humains peuvent choisir la voie de la coopération lorsqu'il existe des relations de confiance avec les personnes de son groupe. Cette relation s'acquiert grâce à la visibilité des règlements et à la transparence des actions des autres. Cependant, pour Dejours (1993), le désir de jouer le jeu avec autrui dépend aussi des conditions psychoaffectives de la coopération. Ainsi, pour ce chercheur, lorsque les conditions sociales sont mauvaises, cela induit de la peur chez l'individu qui y est confronté. Il ressent alors du non-sens vis-à-vis de ses actions et il peut également percevoir de l'absurdité dans son vécu. Pour qu'il y ait un désir de coopérer chez l'individu, il faut qu'il y ait, en plus des conditions énoncées plus haut, la reconnaissance. Reconnaissance qui est, selon Dejours (1993), une rétribution morale attribuée par autrui à l'effort d'un individu.

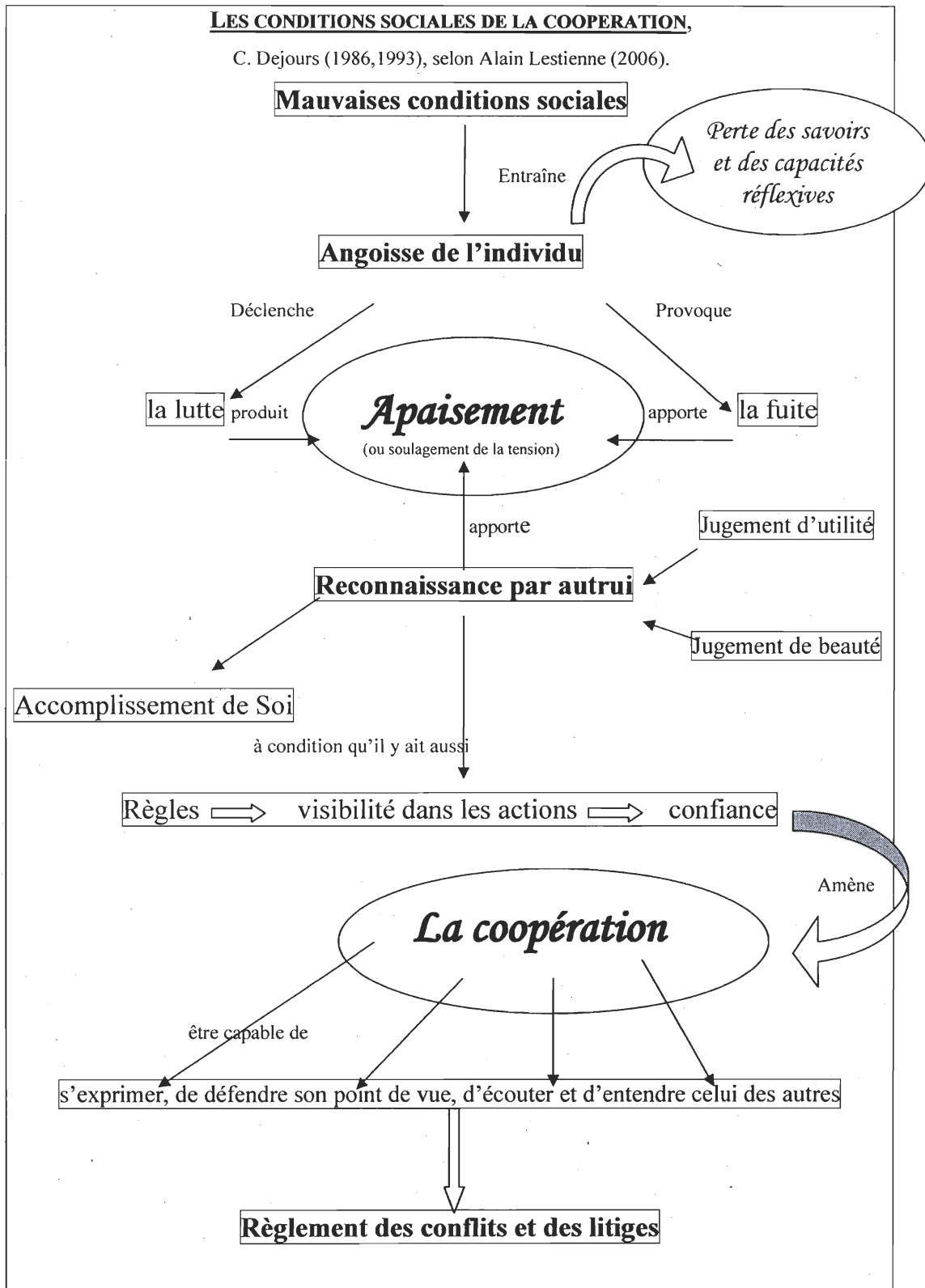
Pour cet auteur, la reconnaissance passe par deux types de jugement de la communauté : le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Ces deux jugements sont importants pour l'individu, car ils contribuent au développement de son identité. Le premier jugement porte sur l'utilité sociale, économique et technique des apports de l'individu à la communauté. Le second jugement correspond à la reconnaissance des actions que fait l'individu et lui signifie que celles-ci sont conformes aux règles du groupe. Ce jugement peut aussi porter sur l'originalité et l'ingéniosité des réalisations de la personne. Selon notre point de vue, lorsqu'une mère reconnaît son enfant comme ayant simplement le droit d'exister, ou lorsqu'une mère, en tant que chef de famille, profère des jugements d'utilité et de beauté, cela va, selon Dejours (2000), « s'inscrire au niveau de la personnalité en terme de gain dans le registre de l'identité. Pour le dire autrement, la rétribution symbolique conférée par la reconnaissance peut prendre sens par rapport aux attentes subjectives quant à



l'accomplissement de Soi (p.22) ». Pour cet auteur, l'accomplissement de soi se situe dans deux mondes : le monde intime et le monde social. Le premier se situe dans le champ de l'amour et le second dans celui du travail. Nous pouvons considérer que le domaine familial se situe à la fois dans le domaine intime et dans le domaine social puisque la famille est normalement le lieu privilégié de l'amour. Cependant, nous estimons que la famille constitue également un lieu de préparation, par la socialisation, au monde extérieur et notamment au monde du travail. De la sorte, nous pouvons dire que la reconnaissance ainsi que la coopération sont primordiales pour le développement global de la personne. Selon Dejours (2003), la coopération permet de régler les conflits et les litiges. Elle demande pour cela d'être capable de s'exprimer, de défendre son point de vue, d'écouter et d'entendre celui des autres. Voyons maintenant l'illustration que nous pouvons donner aux conditions sociales de la coopération de Dejours (1986, 1993).

**LES CONDITIONS SOCIALES DE LA COOPERATION,**

C. Dejours (1986,1993), selon Alain Lestienne (2006).



### **1.5.2 L'organisation des activités est déterminante pour la santé mentale**

Suivant Dejours (1982a), si les conditions dans lesquelles les personnes vivent sont importantes pour leur santé physique, néanmoins, c'est l'organisation des activités dans la structure de vie qui est déterminante pour la santé mentale des personnes qui y cohabitent. Les conditions de vie, pour cet auteur, ont pour référence l'ambiance physique comme : le bruit, la température, la propreté, etc. L'organisation des activités renvoie à l'ambiance relationnelle telle que : le type de tâche que l'on demande de faire, la façon de le demander, la rigidité ou la souplesse de l'organisation, le mode de commandement, en un mot, les interrelations des personnes. De cette manière, selon nous, si une mère dépressive organise une activité non pertinente pour l'âge de son enfant, celui-ci risque d'être atteint dans sa santé mentale. Par exemple, demander à un enfant de faire une activité alors que ce dernier n'a pas encore l'âge de le faire peut induire l'enfant à s'auto dévaloriser, surtout s'il est comparé ou se compare à un enfant plus âgé. Pour Dejours (2000), la personnalité de l'enfant soumise uniquement à la reconnaissance de l'amour et du jeu des sentiments maternels ne pourra pas se développer adéquatement, car il y aura fusion de la mère avec l'enfant. L'enfant ne peut construire son identité sans passer par la confrontation avec la réalité. Selon ce clinicien, la réalité est amenée dans la dyade mère-enfant par le père. Sans cette triangulation, l'enfant aura des problèmes de santé mentale.

Ce que nous pouvons estimer important, c'est que pour Dejours (1986), il existe deux types d'angoisses celles qui sont instinctuelles et issues des besoins physiologiques et celles provenant des conditions de vie dans les organisations sociales. Les deux poussent à l'action afin d'apaiser les tensions générées. Le premier type d'angoisse est satisfait lorsque les besoins physiologiques sont apaisés tels que le boire ou le manger. Le second provient des interactions entre les individus ainsi qu'avec les structures sociales. Elles peuvent amener soit la fuite ou la lutte du fait de la peur de l'individu. La fuite et la lutte permettent d'apaiser les

angoisses. Les relations qui apportent la coopération entre les personnes sont des relations de confiance parallèlement à la reconnaissance de l'expérience sociale des individus par autrui. Cette reconnaissance contribuera au développement de l'identité et apportera un sentiment d'accomplissement de Soi. Mais, que se passe-t-il lorsque l'organisation sociale est pathogène ? Et bien, c'est ce que nous aborderons présentement avec les tenants de la psychodynamique du travail.

#### **1.5.2.1 Lorsque la communication dans l'organisation sociale est pathogène, il y aura un durcissement des stratégies défensives**

Selon Dejours (1992), lorsque l'organisation du travail se fait de façon très rigide, l'initiative, l'inventivité et la coopération naturelle des individus ne se mettront pas en place. De cette manière, pour Dejours (1992), s'il y a un décalage notable entre ce qui doit être fait et ce qui est réellement fait ou bien lorsque qu'il y a des incohérences, des insuffisances ou des impossibilités dans l'organisation du travail, il y aura mobilisation de l'intelligence rusée des individus, intelligence rusée qui peut prendre la forme de tricheries. Si ces tricheries sont l'objet de coercitions de la part des autorités, cela mènera à des conflits qui déstructureront encore plus la coopération avec autrui et il s'installera une méfiance pathogène entre les acteurs. Cette méfiance déconnectera la communication. Il y aura ainsi une coupure dans les relations et, alors, s'installera la solitude, la souffrance, le secret ainsi que le durcissement des stratégies défensives. Stratégies défensives qui, si elles sont confrontées à d'autres stratégies défensives coercitives, pourront déclencher des décompensations empreintes de destructivité. Pour Maranda (1998), lorsque les relations et les conditions de vie et de travail sont pathogènes cela va engendrer chez certains individus des mécanismes de défense telles que la surconsommation d'alcool et de drogues ainsi que le développement de diverses conduites compulsives. Nous verrons dans notre mémoire comment nous pourrions établir un parallèle

entre ce qui se passe dans une entreprise où l'organisation du travail est pathogène avec ce que nous appelons *l'organisation du travail de soins de la mère dépressive*.

### **1.6 Synthèse et conclusion de notre chapitre**

Dans ce premier chapitre, nous avons fait dialoguer la théorie du Soi de Mead avec la psychopathologie et la psychodynamique du travail de Christophe Dejours. Nous pouvons estimer que ce dernier conçoit l'être humain comme un être biologique et viscéral alors que pour Mead, l'être humain est principalement un être rationnel qui communique avec les autres grâce à des gestes significatifs et plus particulièrement par le langage. La théorie interactionniste symbolique meadienne nous est apparue essentielle pour comprendre comment la société peut être perçue comme productrice d'ordre social et nous a fait concevoir cet ordre social comme un ordre interactionnel. D'après Mead, la société véhicule une culture ; elle possède des structures et des institutions qui entretiennent un processus permanent d'interactions entre elles. Les interactionnistes se préoccupent essentiellement des situations les plus spécifiques de la société c'est-à-dire de la microsociété comme la famille. La famille dans laquelle est éduqué le jeune enfant n'est ni plus ni moins qu'une microsociété unité de la macrosociété. Cette microsociété familiale a un mode de fonctionnement qui est transmis à l'enfant. De cette manière, les individus sont modelés par la microsociété et, simultanément, par la macrosociété dans lesquelles ils baignent depuis leur naissance. En somme pour les interactionnistes c'est l'interaction sociale et plus spécifiquement la communication significative qui permet l'émergence de la pensée et de la personnalité. Les interactions avec autrui permettent de développer la raison et la personnalité ou l'esprit des individus. De la sorte, selon la théorie du Soi de Mead, l'être humain, s'il bénéficie de la sympathie de la mère, pourra devenir un être rationnel et à défaut, il sera instinctif. Dans son approche théorique, Mead nous donne un modèle idéaliste et formaliste de la socialisation dans un but universaliste. Selon Dejours, l'être humain est un être viscéral qui vit dans

l'angoisse et c'est cette angoisse qui motive ses actions. De cette manière, les actions des humains ont pour finalités l'apaisement de l'angoisse et elles prennent la forme soit de lutte, soit de fuite ou encore de coopération avec autrui si le milieu est favorable. Seulement, d'après Dejours qui s'intéresse à la psychopathologie et à l'expérience de l'humain, l'expérience de l'individu avec son environnement peut aussi le conduire à la souffrance. Souffrance qui se manifeste sous forme d'angoisse pathogène. Cette angoisse particulière va faire qu'il y aura des ruptures dans l'intégration du Soi accompagnées de périodes de déconstruction et de crise. Pour Christophe Dejours, la souffrance de l'adulte n'est que le prolongement de celle de l'enfant. Bien souvent la souffrance des enfants provient de la violence non représentée des parents envers leur enfant et c'est ce qui est le plus dangereux pour la santé mentale de celui-ci. Cette violence va entraîner des traumatismes et l'enfant n'aura plus confiance en ses parents ou en un de ses parents. Il va alors s'instaurer une méfiance primaire qui est à la base de beaucoup de maladies mentales. L'enfant répondra soit par des passages à l'acte violents, soit par l'instauration de mécanismes de défense afin de prévenir la folie. Selon cet auteur, à l'instar de Mead, la communication entre les individus est essentielle. Pour Dejours, celle-ci permet normalement la conversion de la souffrance en initiative et en mobilisation créatrice et, selon Mead, elle amène la conscience de Soi. Nous utilisons ces deux théories parce que nous pensons que l'homme est à la fois un être rationnel tout en étant un être biologique et viscéral. De même que ces deux auteurs, nous estimons que seules la communication et la coopération entre les humains vont permettre de faire évoluer la société dans son ensemble (et les individus en particulier) et cela constituera le fondement de notre recherche. Ainsi, c'est dans la communication et les interactions sociales que les individus développent leur esprit et leur conscience de soi et c'est plus particulièrement par le jeu que l'enfant apprend à assumer son rôle dans la société. Jeu et socialisation qui apparaissent comme extrêmement important du fait que l'enfant, devenu adulte, retrouvera

dans sa vie active des conditions qui pourraient rappeler ses expériences d'enfance. Que l'expérience primaire d'un enfant soit empreinte de failles ou qu'il ait vécu une organisation sociale faite d'incohérences, d'insuffisances ou d'impossibilités, cela pourrait le conduire à la désorganisation de soi et à la décompensation. L'individu peut également élaborer des stratégies défensives afin de résister aux normes sociales en vigueur. Subséquemment, la personnalité ou l'organisation de Soi émerge de l'ensemble des interactions que l'enfant aura eu avec ses parents durant sa socialisation, interactions qui prennent la forme aussi bien de communications que de relations avec les personnes significatives de son entourage. Les parents vont transmettre à leur enfant leur façon d'appréhender le monde et leur rôle dans celui-ci. L'enfant va les incorporer à sa subjectivité comme étant sa propre vision du monde. Cette vision subjective du monde pourra se transformer en mode de vie. Ce mode de vie pourra instaurer aussi les relations entre les individus. De ce fait, la famille détient un rôle capital dans la socialisation de ses enfants tout comme elle en a un pour l'avenir de la société dans son entier par le fait que les individus qui la composent proviennent de cette unité sociale comme nous l'expliquerons dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE 2

### LA SOCIALISATION, SES RISQUES POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

#### Introduction

Dans ce deuxième chapitre, nous évoluons plus au cœur des théories interactionnistes symboliques et des théories psychopathologique et psychodynamique du travail de Dejours. Plus précisément, en premier lieu, nous allons aborder deux sujets essentiels pour le développement des enfants. Le premier sujet sera constitué par une découverte de la théorie de la socialisation et le second discutera des risques qui peuvent être encourus pour le développement de l'enfant dans le cas d'une défaillance durant la socialisation. Un troisième thème composera notre étude, il s'agira d'une prospective de ce qu'il pourrait advenir des individus qui deviennent déviants.

Dans ce chapitre, nous apporterons de nouveaux ingrédients à notre construction théorique. La notion biologique qu'est la dopamine<sup>10</sup>, mais aussi des éléments conceptuels comme la prise de rôle, la fonction de pare-excitation de la mère et la triangulation par le père dans la dyade mère-enfant seront abordés. De plus, un moment de notre réflexion sera consacré aux difficultés d'apprentissage, à la violence et à la déviance. Tous ces éléments devraient nous servir de base pour nos futures analyses de situation.

Notre chapitre se déroulera comme suit : en premier lieu, il y aura une présentation de la vision interactionniste de la socialisation des enfants. En second lieu, nous verrons que la socialisation n'est pas seulement une affaire d'interactions entre les personnes significatives et l'enfant ; elle s'exprime aussi au moment où l'enfant, par le jeu de la prise de rôle, va imiter

---

<sup>10</sup> Selon Dejours (1986), la dopamine est une substance indispensable au bon fonctionnement du Système Nerveux Central. Elle permet notamment la régulation du système sensitive sensorielle.



ses parents ou des personnes de son entourage. Ensuite, ce que nous appellerons *la pré-socialisation* de l'enfant sera abordé. Il s'agit de la période du post-partum ; période, selon Christophe Dejours, qui est à haut risque pour le développement de l'enfant. Après, nous découvrirons les problèmes que peuvent constituer le manque de triangulation dans la dyade mère-enfant. Comme suite à cela, il sera évoqué avec Berger et Luckmann, Mead, Dejours, Habermas et, dans une moindre mesure, avec Erickson ce que représente la socialisation primaire et la socialisation secondaire. Un récapitulatif de ce qui peut se passer lors de la pré-socialisation, la socialisation primaire et la socialisation secondaire sera formulé. Après, un moment sera pris pour regarder ce que peut produire un regard stigmatisant sur les personnes déviantes et, pour finir, nous aborderons ce que peuvent représenter les visions sociales et judiciaires concernant les personnes alcooliques et toxicomanes.

## **2.1 Notions fondamentales : la prise de rôle, le post-partum et la triangulation**

Mead, selon De Queiroz et Ziotkowski (1994), estime que, lors de la socialisation, les enfants prennent les attitudes et le rôle des autres. Ce mécanisme d'emprunt est naturel et spontané, il « conduit à l'intériorisation des valeurs, des attitudes et surtout des attentes de l'autre (p.22) ». Selon Berger et Luckmann (1986), le processus d'intériorisation va faire en sorte que, par la suite, la compréhension des conduites d'autrui sera immédiate c'est-à-dire que l'individu interprétera les événements comme possédant une signification vraie. Il ne s'agit là, cependant, que de la compréhension subjective des actions d'autrui. Cette compréhension subjective de l'autre, même si elle s'avère erronée, deviendra *la réalité sociale* de l'individu. Pour Ralph Turner d'après De Queiroz et Ziotkowski (1994), « l'enfant apprend et intériorise à la fois toute une vision du monde (p.39) ».

### **2.1.1 La prise de rôle, une imitation des parents qui socialise**

Pour Mead (1963), la prise de rôle constitue le principal mécanisme qui socialise et qui forme le Soi de l'enfant. D'après ce chercheur, l'enfant, lors de la prise de rôle, se voit du point

de vue des personnes qui lui sont proches (le groupe primaire) et, plus particulièrement, vis-à-vis du regard de sa mère. Selon Mead, l'enfant imagine ce que sa mère perçoit de lui. Il y répond. Sa mère, à son tour, interprète les réactions de son enfant et y réagit. C'est de cette pratique quotidienne d'interactions entre les partenaires que se crée la prise de rôle. Ensuite, l'enfant prend le rôle des partenaires extérieurs à sa famille ou groupe secondaire (ex. : les professeurs, les camarades de jeu). Grâce au mécanisme naturel et spontané de la prise de rôle, l'enfant généralise et intériorise l'ensemble des attitudes, des valeurs et des modèles ainsi que des attentes de son entourage social. Les attitudes et les attentes des autres deviennent, par ce processus, les assises cognitives et sociales de la personnalité de l'enfant c'est-à-dire l'intelligence. Pour Mead (1963), l'intelligence est essentiellement sociale. Il précise :

l'intelligence sociale dépendant de la faculté qu'a l'individu de prendre les rôles des autres et de se substituer à ceux qui sont engagés avec lui dans des situations sociales données ; elle dépend aussi de cette sensibilisation à leurs attitudes envers lui et de lui envers lui-même (p.120).

Pour en revenir à la prise de rôle, l'interactionniste Turner, dans De Queiroz et Ziotkowski (1994), précise que celle-ci n'est pas seulement l'instrument de la socialisation primaire. Il s'agit, selon lui, d'un processus essentiel qui dure toute la vie. D'après Turner, selon ce qu'en a indiqué De Queiroz et Ziotkowski (1994), la prise de rôle par l'individu constitue un processus continu qui possède deux aspects, l'un est cognitif, l'autre est d'identification. La prise de rôle, sous l'aspect cognitif, est constamment utilisée par les individus. Ceux-ci cherchent continuellement à reconstruire les intentions et les attitudes des autres afin d'établir la cohérence des comportements et afin de comprendre les conduites d'autrui. Pour ce qui est de la fonction d'identification de la prise de rôle, celle-ci est intermittente pour Turner, car, il existe, selon lui, une séparation très nette entre la reconstruction de l'attitude des autres et les croyances intériorisées par les personnes.

La socialisation c'est donc la création du Soi de l'individu par les personnes significatives en charge de son développement. De cette manière, le Soi est imprégné par l'expérience vécue au cours de la socialisation. L'enfant, dans le même temps, expérimente par lui-même et intériorise son vécu grâce à la prise du rôle des personnes du groupe primaire puis des personnes significatives du groupe secondaire. Devenu adulte, il restera sensible à l'histoire de son expérience sociale et s'en servira pour donner un sens aux situations qu'il vit. Cela constituera sa *réalité sociale*. Nous pourrions dire que la prise de rôle des enfants n'est ni plus, ni moins qu'une socialisation actée par l'enfant. En d'autres mots, l'enfant joue le rôle des adultes qui lui sont significatifs et il devient ainsi l'acteur de sa socialisation. Nous pouvons, en cela, rejoindre la philosophe Hannah Arendt (1993), lorsqu'elle explique que ce sont les conditions faites par le réseau social ainsi que les événements créés par l'individu qui forment l'histoire de vie. L'individu n'est pas l'auteur de sa vie, il en est l'acteur. Pour Arendt (1993), l'individu en naissant commence sa vie en s'insérant dans le monde des humains par l'action et la parole. Dejours, lui, parle à plusieurs reprises, dans ses articles et ses livres, de l'importance du théâtre de l'enfance des personnes.

Cependant, si la prise de rôle apparaît déterminante pour le développement de l'enfant lors de sa socialisation, il existe une période vécue par la dyade mère-enfant qui est appelée *post-partum*. Cette période pourrait être à haut risque pour le développement de l'enfant.

### **2.1.2 Le post-partum, une période à haut risque développemental pour l'enfant**

Pour Dejours (1986), la période du post-partum<sup>11</sup> constitue la période où l'existence de l'enfant a le plus de risque d'être menacée par les maladies mentales. C'est une période qui n'est pas explicitée par les interactionnistes ; elle demeure pourtant porteuse de l'avenir de l'enfant. Cette période n'a pas été omise par Dejours (1986) qui se réfère à Freud. Cet auteur

---

<sup>11</sup> La période de la grossesse est également à haut risque, cependant comme elle n'est pas notre sujet, nous n'en parlerons donc pas ou très peu dans ce travail.

présente la période du post-partum comme la phase clé de la vie future de l'enfant, et cela, parce que celui-ci est totalement dépendant de sa mère. En effet, à cette époque de sa vie, le nouveau-né est décrit par Dejours (1986) comme ne disposant pas du contrôle de son cortex. Il a donc absolument besoin de sa mère pour parer aux excès d'excitations sensorielles du milieu où il vit. La mère doit aussi le protéger des décharges d'angoisses provenant de sa détresse biologique. C'est, pour cet auteur, en cette période que se jouent en grande partie la vie mentale et les conduites futures de l'individu. Selon Dejours (1986), la protection de la mère est essentielle car les excitations viscérales<sup>12</sup> et motrices automatiques de l'organisme<sup>13</sup> sont en lien avec les « manifestations archaïques et stéréotypées de préparation à la lutte, à la fuite et à la survie face à un danger vital (p.56) ». Ces réactions s'inscrivent dans le non mémorisable et seront inexprimables dans l'avenir du fait qu'il n'y aura pas possibilité de représentation mentale de ce vécu. « Elles ont seulement valeur de réactions archaïques de survie (p.56) » commente Dejours (1986).

Toujours selon Dejours (1986), l'individu devenu adulte peut, lors d'un traumatisme ou lors d'un excès d'excitations psychiques, revenir à cet état de souffrance primaire qu'est l'angoisse viscérale. Il y aura chez le sujet un débordement du Moi qui entravera la recherche, par lui-même, d'une solution à sa souffrance. Ne possédant plus la capacité d'effectuer des démarches réflexives, le sujet s'adressera à un thérapeute qui en retour éprouvera une inquiétude et un désir de protection immédiate face à une situation d'urgence. Cette attitude protectrice du thérapeute devrait avoir la fonction de pare-excitation maternelle pour Freud selon Dejours (1986). Comme nous le verrons plus précisément dans notre troisième chapitre, un des effets de la dépression post-partum de la mère est que la mère peut être défaillante quand il s'agit d'être une « pare-excitation ». La mère dépressive pourra aussi amener l'excès d'excitations. La mère doit normalement réagir à la place du nourrisson dont le système

---

<sup>12</sup> Appelées aussi angoisses viscérales par Dejours (1986).

<sup>13</sup> Selon Dejours (1986), les excitations viscérales et motrices automatiques proviennent de l'hypothalamus.

cérébral est immature. Elle doit l'apaiser au moment où une angoisse biologique survient ou lorsque que l'enfant subit un excédent de stimuli sensoriels provenant du milieu. Par ailleurs, elle doit aussi être capable de le stimuler adéquatement de façon à éveiller l'esprit de l'enfant à la découverte de son environnement. La mère doit donc faire office de régulateur d'excitations vis-à-vis de son enfant ; à défaut, il y aura apparition d'une souffrance. Dejours indique dans son livre : *Le facteur humain* (2002) que c'est lorsqu'il y a une souffrance qu'il y a mise en place, par l'ego, de mécanismes de défense. Ces mécanismes automatiques jouent le rôle d'atténuateurs de la conscience de la souffrance et agissent comme des analgésiques. De plus, selon Dejours (1986), la mère, grâce à ses soins judicieux, harmonise la production de dopamine produite par le cerveau de l'enfant. La dopamine fait office de médiateur de la régulation sensitive sensorielle du système nerveux central. En excès, la dopamine provoque des maladies mentales telles que les délires, les hallucinations, les psychoses ou les états d'angoisses persécutrices. Le manque de dopamine amène l'individu à l'hyperactivité. L'hyperactivité réside en une recherche exagérée d'excitations sensorielles afin de stimuler le système dopaminergique. Cette dernière apparaît comme la caractéristique des enfants hyperactifs en échec scolaire, échec tant décrié dans les écoles. En effet, toujours selon Dejours (1986), l'agitation psychomotrice, le manque d'attention et le déficit de concentration conduisent des enfants à l'inadaptation et aux déboires académiques. Nous consacrerons, dans notre chapitre 5, un moment pour parler du problème de l'hyperactivité qui, selon Dejours (1986), amène bien souvent l'enfant à l'échec scolaire et à la consommation d'addictifs (médicaments, drogues, alcool).

Pour l'instant, nous aborderons un sujet qui nous paraît être important pour l'avenir de l'enfant ; il s'agit du manque de triangulation par le père dans dyade la mère-enfant durant la socialisation.

### 2.1.3 Un manque de triangulation dans la dyade mère-enfant peut provoquer la destructivité chez l'enfant

Il y a une autre possibilité qui peut mener l'enfant à l'échec scolaire c'est la violence. Pour Dejours (1986), lorsque la violence apparaît chez l'enfant, c'est qu'il y a eu échec de la triangulation de base mère-père-enfant. Selon lui, seule cette triangulation permet, dès la naissance, l'entrée de l'enfant dans un univers que l'auteur appelle *fantasmatique structuré*. Dans une relation triangulaire normale, le père doit faire sortir l'enfant de la relation symbiotique mère-enfant. Quand la triangulation se passe normalement, il y aura un détournement des pulsions de la violence archaïque, appelées aussi pulsions de conservation ; l'enfant pourra alors développer sa sexualité psychique et l'érotisation de son corps. Si la mère ne laisse pas de place symbolique au père ou que le père est absent, les pulsions de conservation amèneront des structures pathologiques, ce qui n'autorisera pas la sexualité objectale<sup>14</sup> de se développer correctement.

Selon Dejours (1986), il y a deux trajectoires psychiques principales qui sont créées par les parents et, cela, dès la naissance de l'enfant.

L'une se situe dans l'absence d'espace fantasmatique triangulaire : l'enfant, alors, ne saura pas contenir sa violence parce qu'il n'y aura pas eu d'étayage sur le plan de sa sexualité psychique. La libido<sup>15</sup> de l'enfant ne pourra pas se développer de façon satisfaisante. Plus précisément, les pulsions de conservation, appelées aussi *instinct d'autoconservation*<sup>16</sup> ou encore *comportements instinctifs*, seront tournées vers le plaisir et la violence. Les pulsions de

<sup>14</sup> Nous comprenons en cela que la sexualité psychique doit correspondre avec le genre du corps de la personne.

<sup>15</sup> La libido, selon Freud (1964), est composée de plusieurs instincts, qui sont : la conservation de soi, la conservation de l'espèce, l'amour de soi et l'amour objectal. Dans la libido, se trouve aussi l'instinct de destruction qui tend à réduire l'organisé en inorganisé comme lorsque nous mangeons, pour notre conservation de soi, nous détruisons les aliments pour les assimiler à notre organisme ou bien, l'acte sexuel est une agression pour réaliser une union plus étroite. L'équilibre dans le fusionnement des deux instincts que sont l'amour et la destructivité est essentiel. Ainsi, pour Freud (1964), par exemple, un amoureux devient un meurtrier sadique au moment où son agressivité sexuelle est en excédent, il est timide ou impuissant quand elle est faible.

<sup>16</sup> L'autoconservation est, selon Dejours (1986), un héritage biologique archaïque qui devrait être placé dans le Ça de la théorie freudienne. Cette autoconservation sert principalement à la conservation de l'espèce et est particulièrement résistante aux influences de l'environnement et de l'histoire subjective.

conservation lorsqu'elle déborde le Moi vont inciter à passer à l'acte. La violence pourra se caractériser principalement par des problèmes de violence alimentaire, sexuelle, physique ou mentale. Pour Dejours (1986), cette violence instinctuelle provient de la phylogenèse des comportements et ne devrait plus être d'actualité du fait que l'humain a accédé au langage. Selon lui, la violence constitue un acte non-représenté et non symbolisé qui entre dans le domaine de l'inconscient. D'après ce clinicien, il est irréalisable d'endiguer la violence par des lois. En d'autres mots, il est impossible que quelque chose de symbolique comme une loi puisse freiner une action non symbolique qu'est la violence. Ainsi, pour Dejours, si nous interprétons bien ce qu'il explique, aucune loi pénale ne devrait pouvoir contenir la violence quelle qu'elle soit.

L'autre trajectoire, celle-ci apparaissant comme la seule façon de s'opposer à la violence, réside dans la transformation de « l'énergie propre à la violence instinctuelle, pour la mettre à profit dans l'élaboration de la sexualité psychique et de la pulsion de vie (p.243) ». À défaut de cette transformation, « les conséquences seront la désorganisation et la désintégration du fonctionnement psychique, avec à terme la maladie mentale ou la somatisation<sup>17</sup> (p.242) ». Pour Dejours (1986), c'est exclusivement la triangulation du père dans la relation symbiotique mère-enfant qui permet de mettre en place le dispositif de transformation des pulsions de conservation et autorise le développement de la sexualité psychique et celui du corps érotique. En d'autres mots, seul le père est en mesure d'amener la transformation de la violence instinctive et d'instaurer la sexualité objectale des enfants.

Pour ce qui concerne la socialisation des garçons par une mère monoparentale, le psychanalyste et conseiller clinique<sup>18</sup> Daniel Puska (2005) nous donne une illustration<sup>19</sup> par

---

<sup>17</sup> Nous aborderons le sujet de la somatisation dans notre chapitre 5 section 5.1.1.

<sup>18</sup> Conseiller clinique auprès des équipes de réadaptation des Centres Jeunesse de Montréal.



l'intermédiaire de la journaliste Simone Piuze dans l'article intitulé : *Ces mères qui élèvent seules leur fils*<sup>20</sup>. Dans cet article, on peut lire que bien souvent la mère monoparentale s'accapare son fils en en faisant son « petit mâle » afin de combler ses manques ou elle en fait son « petit dieu » qui va réussir pour elle. Pour ce psychanalyste, lorsque la mère élève seule son fils, elle peut prendre inconsciemment celui-ci pour son compagnon et lui faire partager son intimité. Arrivé à l'adolescence, le fils peut se transformer en conseiller de sa mère, et même son consolateur. Le jeune garçon va étouffer dans cette relation symbiotique<sup>21</sup>, voire d'inceste psychique où il ne pourra pas développer sa personnalité masculine faute de modèle masculin. À la puberté, pour pouvoir se séparer de sa mère, le fils pourra avoir recours à la violence. Il peut ainsi devenir impoli ou effronté. Puska (2005) explique que : « si, à six ans, ils caressent leur mère, à 12 ans ils la « battent » (p.48) ». Pour ce clinicien, les cris irrespectueux de l'adolescent représentent des appels au secours. Quand il y a la présence du père, celui-ci doit remettre l'enfant à sa place. Il structure de cette manière la personnalité de l'enfant qui doit accepter que ce soit ainsi. Il prendra ensuite naturellement son père pour modèle. Lorsque le fils<sup>22</sup> est laissé dans la relation symbiotique avec sa mère, il s'installera chez lui un sentiment de toute puissance. Le sentiment de toute puissance et la violence, nous pouvons les retrouver, par exemple, dans les comportements des enfants à l'école comme nous allons le voir maintenant avec Serge Boimare.

---

<sup>19</sup> Cet article a valeur uniquement d'illustration de nos propos scientifiques et ne doivent en aucun cas donner matière à démonstration du fait que nous n'avons pas fait d'analyse systématique du contenu thématique par catégoriel.

<sup>20</sup> Nous parlerons plus longuement des mères monoparentales dans notre troisième chapitre section 3.4.

<sup>21</sup> Pour Dejours (1986), concernant la problématique de la symbiose mère-enfant, l'Œdipe dépend, non pas du stade de développement de l'enfant, mais « de la position psychique du père dans l'organisation mentale de la mère. Si le père de l'enfant est reconnu par la mère comme amant et pas seulement comme géniteur accessoire d'une part, et comme père de l'enfant d'autre part, alors l'enfant entre dans un univers fantasmatique, dès sa naissance, structuré par une triangulation de base. Si le père est dans une position marginale, pour la mère, qui ne laisse pas fantasmatiquement de place symbolique au père, alors les stades oral, anal et génital ne conduisent pas du tout à l'Œdipe et ne parviennent en aucun cas à supplanter la relation à deux (mère-enfant), vouée de façon durable à une problématique symbiotique (p.245) ».

<sup>22</sup> Des questions se posent, ici : qu'en est-il du comportement de la mère qui élève seule sa fille ? Et : comment les filles peuvent réagir à une symbiose mère-fille ? Il serait intéressant que des études puissent y répondre.



### **2.1.3.1 Le manque de triangulation se retrouve à l'école sous la forme de difficultés d'apprentissage**

Un autre des effets du défaut de triangulation, selon Serge Boimare<sup>23</sup> (1999), se retrouvera lors des situations d'apprentissage à l'école. Pour ce pédagogue d'enfants en très grande difficulté scolaire, les enfants qui ont trop fusionné avec leur mère vont faire l'impasse de la composante « affect (étranger) » de la triangulation. Pour cet auteur, la triangulation est la seule voie qui permet l'accès au symbolisme. Les enfants non triangulés auront des difficultés à se construire un savoir, étant donné que pour éviter les affects de perte (de la mère) et d'anéantissement de la confiance en soi<sup>24</sup>, ils vont privilégier les savoirs immédiats. Ces savoirs correspondent *au voir* et *à l'agir* et sont aussi ceux qui ne sont pas coupés des racines pulsionnelles. Pour ce pédagogue, les seuls savoirs qui suscitent de l'intérêt pour les enfants non triangulés doivent être imprégnés de violence et de sexe. D'après Boimare (1999), le dysfonctionnement fusionnel, voire intrusif, des interrelations avec la mère va inscrire dans la personnalité de l'enfant « la peur d'apprendre ». Ces enfants vont être mis en difficultés sévères d'apprentissages parce que l'exercice de la pensée va devenir pour eux un lieu de danger potentiel du fait que l'apprentissage va réactiver leurs malaises et leurs peurs infantiles, ou leurs angoisses archaïques ; celles-ci vont parasiter et même bloquer le fonctionnement intellectuel. De plus, d'après Boimare (1999), les enfants à qui les parents n'ont pas su imposer progressivement l'épreuve de la frustration et de la désillusion vont se défendre dans les situations d'apprentissage. Pour se défendre, ils vont se recouvrir d'une carapace protectrice composée principalement : de flou dans les repères, de refus de remise en cause, de rejet du doute ainsi que du déni de leur monde intérieur. Ces artifices de la pensée vont faire que leurs inquiétudes face à l'exercice de la pensée et à la confrontation avec l'apprentissage vont transformer l'école en un lieu dangereux pour leur santé mentale ; à ce

---

<sup>23</sup> Serge Boimare est directeur pédagogique du centre Claude Bernard à Paris. Instituteur spécialisé, rééducateur et psychologue clinicien, il s'occupe plus particulièrement de tous les enfants renvoyés des écoles pour violence.

<sup>24</sup> Un des piliers de l'estime de soi, selon Lelord et André (1998).

moment, il ne sera plus pour eux question de vouloir apprendre quoi que ce soit. De cette manière, pour Boimare (1999) : « lorsque la représentation personnelle n'arrive pas à se dépêtrer de sentiments, de peurs, de préoccupations primaires, les enchaînements et les liens nécessaires à l'apprentissage véritable ne sont plus possibles (p.19)».

Selon David M. Day, Carol A. Golench, Jyl MacDougall, Cheryl A. Bealsonzalèz (2001), qui ont fait une étude sur la prévention de la violence à l'école au Canada, la violence dans les écoles suscite une inquiétude de plus en plus préoccupante. Ces chercheurs se réfèrent à Ramsey, Bank, Patterson et Walker (1990) et estiment que le comportement agressif est appris à la maison et se retrouve à l'école de manière coercitive vis-à-vis des enseignantes et des pairs. Lorsqu'on demande aux enfants pour quelles raisons ils sont brutaux, la majorité d'entre eux répondent qu'ils veulent bien paraître et se sentir puissants. Pour Day et ses collègues (2001), les principaux facteurs contextuels qui menacent la sécurité sociale et économique de la société canadienne sont : l'augmentation des divorces, l'accroissement des familles monoparentales<sup>25</sup> et plus particulièrement celle dont une femme est la chef de famille (elles représentent 82% des familles monoparentales) ainsi que l'aggravation de la pauvreté.

Pour Dejours (1986), la seule façon de lutter contre la violence passe par la restauration de la libido. En effet, celui-ci estime qu'il faut trouver le moyen de transformer l'énergie de la violence instinctuelle en énergie psychique sexuelle et, de ce fait, étayer la pulsion de vie. De la sorte, l'enfant devenu adulte pourra s'épanouir dans une vie sociale et sexuelle la plus ardente pour reprendre l'expression de François Dagognet dans la préface du livre de Dejours (1986) *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Normalement, ce travail devrait être fait par les parents et plus particulièrement par la mère qui doit introduire le père

---

<sup>25</sup> Nous parlerons des familles monoparentales dans le chapitre 3 section 3.4.

dans la vie de l'enfant. Nous verrons un peu plus tard que la mère doit tout simplement être « suffisamment bonne » au sens winnicottien du terme. Pour Dejours (1986), tout comme pour Winnicott, on ne peut traiter en thérapie les enfants sans avoir libéré, en priorité, les parents de leur propre violence. Ainsi, la socialisation idéale que pourrait préconiser Dejours devrait être faite par les deux parents et cela dès la naissance. Faute de quoi, les parents doivent s'attendre un jour ou l'autre à voir réapparaître leur propre violence par le biais de leurs enfants. Cette violence, comme nous l'avons expliqué plus haut, pourra prendre diverses formes telles que des troubles alimentaires ou sexuels, de la brutalité physique et de la violence psychologique. Nous pouvons donc concevoir que s'occuper de ses enfants, c'est les socialiser et que les socialiser positivement c'est leur permettre d'avoir plus tard une vie affective et active satisfaisante.

Voyons maintenant ce que la littérature interactionniste révèle à propos de la socialisation.

## **2.2 La socialisation, une affaire d'interactions significatives**

La théorie interactionniste prône qu'il y a réciprocity entre les individus et la société et qu'il existe, dans le discours des personnes, un incontestable reflet de la représentation sociale instaurée par la socialisation. La personne adulte porte en elle une socialisation primaire ; celle-ci a été créée lors des toutes premières interactions avec les personnes significatives de sa famille. De ce fait, il pourrait s'agir de la période couvrant le post-partum et la petite enfance. Pour les interactionnistes, les interactions résident dans un processus qui est à la fois social et individuel de création de Soi par les groupes sociaux de référence. De cette manière, la socialisation de l'enfant est influencée, en premier lieu, par les personnes significatives proches ; elle est appelée *socialisation primaire*. En second lieu, lorsqu'elle est influencée par des partenaires sociaux externes à la famille, elle est nommée *socialisation secondaire*. Les partenaires externes à la famille sont plus précisément ceux avec lesquels les individus ont

interagi durant toute la durée de l'enfance et de l'adolescence. De cette manière, l'esprit meadien que nous avons évoqué dans le premier chapitre va au-delà de l'organisme individuel. Il représente le produit du processus social de l'expérience vécue dans l'enfance ainsi que la conduite des personnes significatives. L'esprit émerge donc de la matrice des relations et des interactions sociales des individus. Selon Dejours (1992), les conduites sociales des individus sont ordonnées par l'histoire particulière de ceux-ci. Cette histoire reviendra sans cesse dans toutes les situations vécues par le sujet. Pour cet auteur, c'est l'historicité de l'adulte qui donne un sens aux vécus subjectifs des circonstances présentes. L'individu pourra ressentir du plaisir ou de la souffrance en fonction de la réussite ou de son échec dans ses efforts pour la résolution de ses contradictions subjectives.

### **2.2.1 La socialisation primaire**

Pour Berger et Luckmann (1986) « la socialisation primaire est la première socialisation que l'individu subit dans son enfance (p.179) » et elle est plus qu'un apprentissage cognitif. Ces auteurs considèrent que la socialisation primaire se situe dans un contexte d'attachement fortement émotionnel sans lequel il serait difficile, voire impossible pour l'enfant, d'accéder à l'apprentissage. L'affect d'attachement déclenche l'intériorisation et celui-ci fait apparaître l'identification de l'enfant à ses parents. Le Moi de l'enfant va donc refléter les attitudes des personnes qui lui sont significatives. L'enfant devient de cette manière capable d'avoir une identité subjectivement homogène et réaliste. Cependant, le jeune enfant n'a pas d'autre choix que d'intérioriser le seul et unique monde qui lui est accessible c'est-à-dire celui de ses parents ou de ses substituts. Même si l'enfant est agissant lors de la socialisation, ce sont les parents qui fixent les règles du jeu d'après leurs pré-définitions significatives. En effet, Berger et Luckmann (1986) expliquent :

qu'il n'y a pas de problème d'identification dans la socialisation primaire puisque le choix des autres significatifs n'existe pas ] ... [ On doit se tirer d'affaire avec les parents que le destin nous a envoyés. ] ... [ L'identification de l'enfant à ces derniers est quasi automatique. Pour la

même raison, son intériorisation de leur réalité particulière est quasi inévitable. ] ... [ C'est pour cette raison que le monde intériorisé au cours de la socialisation primaire est tellement plus solidement incrusté dans la conscience que le monde intériorisé au cours de la socialisation secondaire (p.184).

Nous pouvons considérer que c'est lors de cette période que l'enfant va plus particulièrement intérioriser le monde de sa mère et ensuite celui des autres personnes significatives secondaires. Ces personnes significatives secondaires sont le père, les frères et sœurs ou les grands-parents. Ce processus de socialisation de l'enfant et, par conséquent, de la formation du futur adulte se situe obligatoirement dans une interaction quotidienne avec son milieu. Donc, en premier lieu, selon les interactionnistes, la socialisation primaire se fait au contact des personnes physiquement et affectivement proches soit le groupe familial. La famille médiatise auprès de l'enfant un ordre culturel et social qui lui est spécifique. Plus précisément, pour Berger et Luckmann (1986), c'est tout le développement biologique de l'enfant qui est soumis aux continuelles interactions des personnes qui en ont la charge. Celles-ci vont déterminer, non seulement, sa formation et ses connaissances, mais également son univers socioculturel. En d'autres mots, c'est par ce processus ontologique que l'enfant va fermement et durablement s'installer dans la réalité idiosyncrasique du monde dans lequel il a été élevé. Cette réalité du monde paraît être essentielle à l'enfant, mais elle n'est, en fait, remplie que par des contingences et des attentes inculquées par les parents. Pour qu'une socialisation soit réussie, il faut, selon Berger et Luckmann (1986) « un haut degré de symétrie entre la réalité objective et la subjectivité (p.223) ». Si c'est le cas, l'individu acquerra une personnalité bien définie et celui-ci saura par conséquent qui est autrui et qui il est lui-même.

Par ailleurs, Dejours (2000) précise que des études indiquent que la lutte des parents pour leur propre normalité mentale aura parfois pour coût la vulnérabilité psychique des enfants. Pour la psychanalyste Bloch, mentionnée par Dejours (1986), la pathologie des

enfants est clairement la réponse à la violence des parents d'une part. Et d'autre part, un enfant peut aussi être stigmatisé par les personnes significatives du fait de son apparence physique ou de ses attitudes. Il sera alors perçu comme inférieur par les autres et, de cette manière, enfermé dans une réalité objective<sup>26</sup>, qui sera celle comme éprouvant une personnalité d'être inférieur. « La socialisation ratée entraîne la possibilité d'une altération intériorisée en tant que trait permanent de l'appréhension subjective de l'individu par lui-même (p.230) » expliquent en effet Berger et Luckmann (1986).

Pour Erikson (1972), normalement la socialisation primaire devrait créer progressivement la capacité d'abstraction chez l'enfant. Selon Anna Freud, relatée par Erikson (1972), il s'agit d'un processus de maturation. Processus qui, grâce à une connaissance progressive de la réalité et à une adaptation à celle-ci, va permettre aux fonctions du Moi de l'enfant de se perfectionner et d'être ainsi de plus en plus objectif et indépendant des affects. C'est cette capacité d'abstraction qui devrait mener l'enfant vers le monde social des rôles et des attitudes des personnes extérieures au monde familial c'est-à-dire vers la socialisation secondaire.

### **2.2.2 La socialisation secondaire**

Selon Mead (1963), lorsque l'enfant sort de son milieu familial pour entrer dans le monde social, il accède aux personnes de la communauté ou *autrui généralisé*. Ce monde social va poursuivre la socialisation de l'enfant. Il s'agira, selon Berger et Luckmann (1986), de la socialisation secondaire qui « consiste en un processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de la société (p.179) ». Ces autres personnes deviennent alors le groupe de référence. Ce groupe est composé des partenaires avec lesquels l'individu interagit soit directement soit indirectement.

---

<sup>26</sup> Pour Berger et Luckman, selon Yvan Comeau (1987), la société produit des sens subjectifs qui, par le fait d'être externalisés régulièrement, finissent par devenir une réalité objective pour les acteurs qui les subissent.

Pour les interactionnistes, une fois achevée sa socialisation primaire, l'individu se réfère et se compare surtout à des personnes ou à des groupes dont il ne possède qu'une connaissance indirecte et stéréotypée. Cependant, cette connaissance n'apportera qu'une simple identification réciproque entre les interlocuteurs, car elle n'est plus chargée d'autant d'affects que la socialisation primaire. Berger et Luckmann (1986) précisent en effet que :

Le fait que les processus de socialisation secondaire ne présupposent pas un haut degré d'identification et que leur contenu ne possède pas de caractère d'inévitabilité peut être utile pragmatiquement parce qu'il permet des séquences d'apprentissage qui sont émotionnellement contrôlées et rationnelles (p.197).

Et Habermas (1987, T.2) d'ajouter que : « Nul ne peut adhérer de manière réfléchie à la forme de vie dans laquelle il a été socialisé exactement comme il adhère à une norme dont la valeur l'a convaincu (p.122) ». Pour Mead, commenté par Habermas (1967, T.2), ce n'est que lorsque qu'un individu dépasse l'héritage social qu'il a reçu et qu'il devient unique par rapport aux autres qu'il y aura personnalité. L'identité secondaire précise l'interactionniste Anselm Strauss par le biais de De Queiroz et Ziotkowski (1994) peut être transformée lors d'un changement important de la vie d'un individu. Ainsi le changement d'un statut pour un autre, par exemple, la fiancée qui devient l'épouse puis la femme enceinte et ensuite la mère de famille peut modifier non seulement les actions et les attitudes de la personne, mais aussi le sens même de ses actes voire l'ensemble de son identité (identité que la personne s'était forgée au fil des années) et faire advenir sa véritable personnalité. Il en est ainsi, car l'action de l'individu implique une référence au Soi de celui qui l'a fait. En effet, selon Anselm Strauss au quel se réfèrent De Queiroz et Ziotkowski (1994), bien que la personne se soit fait une vision du monde avec les constituants des cultures extérieures, il n'en reste pas moins que celle-ci a été, ce que cet auteur appelle, *formatée* par l'influence de la socialisation primaire qu'elle a subie dans sa petite enfance. Autrement dit, selon De Queiroz et Ziotkowski (1994),



la personnalité de l'individu est soumise à une culturation<sup>27</sup>. La socialisation secondaire est, selon Berger et Luckmann (1986), plus propice à des transformations par le fait qu'elle est moins profondément enracinée dans la conscience que la socialisation primaire. Cette socialisation vue par Mead, selon Habermas (1987, T.1), devrait normalement avoir pour objectif de créer des individus possédant la capacité d'accomplir des actions et de s'intégrer socialement pour arriver à un but. De plus, lors de la socialisation de l'enfant, la formation de sa personnalité doit se faire sous la forme de communication ; communications ou interactions qui sont médiatisées par des symboles c'est-à-dire par les attitudes, les comportements et le langage. Dejours (2000) précise que la parole constitue un « moyen très puissant de penser, de penser subjectivement l'expérience vécue. ] ... [ Le langage acquiert cette puissance lorsque la parole est adressée à autrui (p.231) ». Selon la lecture d'Habermas à propos de Mead (1987, T.2), les « processus de socialisation se forment à travers la structure langagière des relations entre l'enfant qui grandit et ses personnes de références (p.102) ». L'enfant doit apprendre à utiliser le Je dans les rôles sociaux qu'il doit occuper, et cela afin de pouvoir définir son monde intérieur et ses limites dans ses interactions sociales. Ainsi, en employant le Je dans ses interactions avec autrui, l'individu signifie aux autres participants qu'il prend des initiatives personnelles dont il aura à répondre.

D'après Habermas (1987, T.2), Mead distingue deux types d'identité, la première constitue *l'identité prescrite* acquise par les rôles et les normes édictées par la société. C'est l'identité conventionnelle et elle est le reflet intériorisé des modèles de comportement qui ont été inculqués et qui ont été appropriés d'une certaine façon par l'enfant. Plus tard, elle

---

<sup>27</sup>Pour le sociologue Bourdieu la culturation s'appelle l'habitus, et celui-ci est inaliénable. Pour Bourdieu, selon Muxel (1996), l'habitus, c'est, en quelque sorte, les structures sociales de notre subjectivité. Ces structures se constituent, en premier lieu, au travers de nos premières expériences (habitus primaire) et ensuite durant de notre vie d'adulte (habitus secondaires). Les structures sociales s'impriment dans notre tête et notre corps par intériorisation de l'extériorité. La notion d'habitus s'inscrit dans un ensemble de schémas composé de perceptions et d'actions d'origines sociales qui déterminent, de manière implicite et rigide, les comportements et les prises de décision des individus. L'habitus, en général, ne fait que se renforcer avec l'âge puisque l'individu qui n'est pas, en général, conscient de son fonctionnement, ne retient de son expérience que ce qui le conforte dans son habitus.



correspondra à la réponse à la question : quel genre de personne est-on devenu et quel est le tempérament que nous avons acquis ? La seconde est *l'identité affirmée*, identité autonome et responsable. Cette identité a un rapport avec le Je, elle est mise en face du réel et a subi l'adversité de la réalité. C'est elle qui donne la capacité d'avoir une action autonome orientée vers des actions universalistes. Elle constitue aussi la capacité de la réalisation de Soi à travers une histoire vécue et assumée de façon responsable. La personne se comprendra par rapport à son Je en réponse à la question : quelle personne veut-elle être dans l'avenir ? Le Je doit être fort et s'insérer dans la réalité et les attentes de la société. Et c'est lorsque le Je d'un adulte est capable de se reconstruire une nouvelle identité en y incluant et en assumant toute l'histoire de sa vie passée, bonne ou mauvaise, qu'il peut y avoir réalisation de Soi.

Ainsi donc, les conduites et les actions sociales des individus sont créées par un jeu complexe d'interactions qui font que les enfants, lors de la socialisation primaire et secondaire, internalisent les autrui significatifs et les *Autrui généralisés* (société), tout en y réagissant, pour devenir un Soi. C'est la communication entre les individus et celle de l'individu envers lui-même qui amènent la vie sociale et la vie mentale de celui-ci, en bref, la conscience sociale. Nous ne pouvons exister dans la vie sociale sans interaction et sans une continuelle communication avec les autres acteurs sociaux. Ainsi, le microgroupe social dans lequel a été élevé l'enfant influence son expérience et sa conduite aussi bien immédiate que son comportement à venir<sup>28</sup>.

### **2.2.3 Il y a trois périodes de socialisation**

Après avoir consulté les divers écrits des tenants de la théorie interactionniste meadienne et ceux de la psychopathologie et psychodynamique du travail dejourienne, nous pouvons donc estimer qu'il y a trois périodes dans la socialisation des individus. La première

---

<sup>28</sup> Vézina (1996) confirme cela lorsqu'il affirme que les différences d'habileté entre les personnes à faire face, par exemple, à des situations de stress au travail dépendent des différences de socialisation et des expériences que les personnes ont eues dans leurs groupes sociaux d'origines.

est la période du post-partum que nous appellerons *pré-socialisation* avec ensuite la socialisation primaire et la socialisation secondaire.

La première, celle du post-partum, est une situation à haut risque pour l'équilibre mental de l'individu. En effet, celui-ci risque, du fait de défaillances des personnes chargées de son développement, de sombrer dans des maladies mentales ; maladies qui pourraient être vécues sous forme d'autisme, mais aussi de délire, d'hallucinations, de dépression, de psychose ou d'angoisses persécutrices. Dans ces conditions, l'apprentissage pourrait être quasi impossible. Dans une moindre mesure la défaillance des personnes en charge de l'enfant peut conduire l'enfant à l'hyperactivité. L'hyperactivité est un des facteurs d'échec scolaire, mais aussi de consommations addictives et de violence à l'adolescence. Un autre facteur annonciateur d'avenir de violence pour certaines personnes est le manque de triangulation par le père dans la dyade mère-enfant. En règle générale, la violence peut prendre quatre configurations. Les trois premiers aspects de la violence pourront être constituées par des troubles du comportement instinctuel tels que : les troubles alimentaires, les troubles sexuels et la violence destructive. La quatrième forme que peut prendre la violence pourra se retrouver dans la somatisation.

Le second temps de la socialisation représente ce que les interactionnistes appellent la socialisation primaire, cette période est propice à l'identification des enfants aux personnes significatives de leur entourage. Cette identification s'élabore grâce aux forts sentiments émotionnels dus à l'attachement. Cette socialisation devrait déterminer la structure de la formation des connaissances et l'univers socioculturel de l'enfant. La socialisation primaire est aussi porteuse pour l'enfant du niveau de sa capacité d'abstraction et de sa conscience de Soi. En cas de défaillance des personnes en charges de l'enfant durant cette période,

notamment de la mère, l'enfant pourra avoir des sentiments d'infériorité et des difficultés importantes dans les apprentissages.

La troisième forme de socialisation est la socialisation appelée par les interactionnistes socialisation secondaire. Elle indique que la socialisation des individus se poursuit au contact des personnes extérieures à la famille. Cette période serait favorable à une identification à autrui ; celle-ci sera toutefois moindre que l'identification primaire. Cette socialisation devrait apporter à l'enfant le contrôle de son comportement et devrait l'aider à progresser dans la formation de son identité sociale.

#### **2.2.4 Les conséquences d'une socialisation trop rigide**

La socialisation n'est pas toujours idéale, elle peut même se faire dans un milieu familial difficile comme nous l'avons vu précédemment. Alors, nous pouvons nous demander : qu'est-ce qui pourrait se passer chez l'enfant lorsqu'il subit une socialisation inadéquate ?

Pour Dejours (1986), par exemple, lorsque la socialisation est trop rigide, l'enfant apprend à composer avec l'autorité. Il se soumettra à l'autorité, du moins en apparence. Cependant, pour ce chercheur cela n'ira pas sans répercussion, il restera toujours une trace de révolte sous-jacente pour faire contrepoids à la domination. Subséquemment, pour Dejours (1986) qui se réfère à la psychanalyste américaine Bloch, l'attitude de soumission survient quand l'enfant est terrifié par la violence de ses parents et renonce à développer son propre Soi. Il en perd son identité propre et arrête trop tôt l'évolution de son identité sexuelle. Cela n'est pas sans incidence, attendu que, selon Bloch dans Dejours (1986) :

Il garde en secret, et proportionnellement, à la peur que lui inspirent ses parents, ses références infantiles à la toute-puissance et aux instances idéales ce qui le conduit inévitablement à son tour à nourrir des fantasmes de toute-puissance qui risquent de le jeter soit dans l'effondrement narcissique, soit dans l'explosion compulsive d'une violence mise en acte (p.247).

Comme nous pouvons le voir avec Bloch, sous l'apparence de soumission à l'autorité, il reste toujours une volonté de révolte des individus et celle-ci peut éclater de diverses manières. Ainsi, la souffrance due aux rapports de domination peut entraîner des problèmes de violence, mais aussi des conduites addictives. Selon Maranda, Negura et De Montigny (2003) qui se réfèrent aux sociologues Trice et à Roman, les problématiques de surconsommation addictives peuvent être considérées comme « une réaction déviante à un fonctionnement normatif (p.271) ».

### **2.3 Les effets de la déviance sur les parcours individuels à risque**

La façon de concevoir ce qui a conduit aux problèmes d'assuétude présenté par Bloch introduite par l'intermédiaire de Dejours, nous amène à nous poser la question de savoir comment certaines approches sociologiques, et plus particulièrement, comment les interactionnistes perçoivent la déviance, mais également comment sont appréciées les personnes qui sont dépendantes de l'alcool et des drogues.

#### **2.3.1 Regard sur la déviance**

D'après Maranda (1992), les sociologues tels que Romain et Trice considèrent la déviance comme :

une conduite qui s'éloigne de façon significative des normes auxquelles sont soumises les personnes détentrices de statuts sociaux. Aucune conduite n'est déviante en soi ; il faut que la conduite déroge à des normes reconnues nécessaires par la collectivité pour qu'on la qualifie de déviance (p.14).

Dans cette vision fonctionnaliste, les personnes qui sont alcooliques ou toxicomanes ont des problèmes d'équilibre entre ce que la société propose comme buts aux individus et les moyens mis à leur disposition pour les réaliser. De ce fait, les personnes dépendantes de l'alcool ou de drogues apparaissent comme des gens qui ont de la difficulté à concrétiser leurs

objectifs personnels. Elles adoptent des conduites déviantes afin de compenser leurs insuffisances.

Pour l'interactionniste Becker (1985), c'est dans le domaine des statistiques que l'on trouve la définition la plus simpliste de la déviance. La déviance y est définie lorsque l'individu s'écarte trop de la moyenne. Il s'agit là de tout ce qui diffère du commun. D'après Becker (1985), la personne déviante est une personne qui transgresse des normes acceptées par un groupe social ou une institution. Or, d'après ce chercheur lorsqu'un groupe social édicte des normes, il génère automatiquement de la déviance et des déviants. Selon Mead (1963), les personnes déviantes sont considérées comme « antisociales » puisque ces individus entrent en conflit avec les cadres sociaux. Ils sont alors considérés comme tentant de détruire l'organisation sociale en place. Cet auteur définit, en contrepartie, les attitudes sociales comme étant des conduites qui apportent l'amitié et la coopération. Les attitudes antisociales, par conséquent, sont celles qui engendrent l'hostilité et l'antagonisme. Pour Becker (1985) : « La déviance est une propriété, non du comportement lui-même, mais de l'interaction entre la personne qui commet l'acte et celles qui réagissent à cet acte (p.38) ». Pour les interactionnistes, la déviance est le produit social du groupe qui la juge et non pas l'acte d'une personnalité déviante. En outre, on n'est déviant que lorsque l'on est désigné publiquement comme déviant. En conséquence, l'étiquetage public d'un déviant a pour effet de le mettre en dehors de la société normée soit sous une forme symbolique, soit par une expulsion physique. Le déviant est en général considéré comme « étranger » au groupe qui le juge et cela le met, *ipso facto*, en dehors de la normalité requise pour faire partie du groupe.

En somme, pour les tenants de l'interactionnisme symbolique, les comportements déviants ne le sont que par rapport aux valeurs du groupe qui les juge. Ce groupe, selon eux, prend les actes déviants des personnes en posant une étiquette sur l'individu : « personnalité

déviant » et ne prend pas l'acte déviant en tant que « produit social ». Pour les interactionnistes tel que Becker (1985) : « c'est à travers les manières d'agir à l'égard d'autrui en fonction des objets qu'une signification se forme (p.31) ». Ainsi donc, la déviance n'existe que par rapport aux normes institutionnelles du groupe concerné.

Pour Erving Goffmann (1975), le fait de rendre public un acte de déviance stigmatise d'un discrédit celui qui en est l'acteur. En outre, selon Becker (1985), un attribut statutaire spécifique de déviance dans un domaine particulier va entraîner, selon l'opinion publique, une subordination de tous les autres domaines de la vie du stigmatisé déviant. D'après cet auteur, c'est toutefois la manière de traiter les déviants qui les oblige à rentrer plus profondément dans l'illégalité. Pour Becker (1985), la personne qui a un statut de déviant se verra traitée par la communauté de manière à ce qu'il lui soit impossible d'accomplir normalement la moindre de ses activités courantes. Becker (1985) explique cela en disant :

pour un individu, le fait d'être étiqueté comme déviant : il lui est plus difficile de poursuivre les activités ordinaires de la vie quotidienne, et ces difficultés mêmes l'incitent à des actions « anormales ». Il est ainsi plus difficile de gagner sa vie dans un métier ordinaire quand on a un casier judiciaire, et celui qui se trouve dans cette situation est poussé à prendre un métier illégal (p.203).

Pour les tenants de la psychodynamique du travail, les actes déviants tel que l'utilisation de l'alcool ou de drogues sont regardés comme des mécanismes de défense ou des soupapes de sécurité. Ces mécanismes de défense sont utilisés par les personnes afin de lutter contre des émotions trop fortes suscitées par les conditions sociales dans lesquelles elles vivent quotidiennement. Il nous est paru important de préciser que pour les interactionnistes ce n'est pas le fait d'être étiqueté déviant qui, *a priori*, a poussé l'individu à faire un acte déviant tel qu'absorber de la drogue, de l'alcool ou de devenir délinquant cependant l'étiquetage de déviant pourrait aggraver la situation par l'image qu'elle confère à la

personne. Ces réflexions concernant la déviance, nous poussent à chercher à savoir quelle est de la vision sociale des alcooliques et des toxicomanes.

### **2.3.2 Représentations sociales de l'alcoolisme et de la toxicomanie**

Pour Maranda et ses collègues (2003), bien souvent les personnes alcooliques ou toxicomanes sont considérées traditionnellement par les entreprises comme des gens à problèmes. On ne doit pas les embaucher ou elles sont mises à l'écart lorsqu'elles ne correspondent pas, ou plus, aux normes productives et sociales de l'entreprise. Comme l'indique Maranda (1994), qui se réfère au spécialiste de l'alcoolisme et de la toxicomanie, le Dr Marcoux, le fait que les individus consomment de l'alcool est un moyen de défense contre ce qui s'inscrit comme indésirable pour leur situation sociale. Toujours suivant cette auteure, les interactionnistes estiment que l'alcool est un stupéfiant pris dans le but d'oublier les vicissitudes de la vie quotidienne. Pour la sociologie compréhensive, la consommation d'alcool détient comme fonction le lien et l'intégration sociale. Elle symbolise aussi le plaisir et la fête. Selon Dejours (1985), l'alcool est un médicament anxiolytique, antidépresseur, euphorisant, et désinhibiteur qui aide aux relations de groupe et évoque aussi la bonne chère et la bonne compagnie. Cependant, pour Dejours (1985), l'alcool est un artifice qui ne sert qu'à cacher l'angoisse et la peur de ceux qui l'utilisent. C'est pourquoi, d'après Dejours (1985), l'alcool est valorisé dans les métiers à risque ; toutefois, attention pour celui ou celle qui se fait étiqueter « alcoolique ». Attendu que ce sera, pour lui ou pour elle, le mépris et le rejet, car « l'alcool est aussi un piège (p.36) » : nous dit Maranda (1994). L'alcoolique devient, à ce moment-là, soit un malade pour l'approche médicale, soit une personne immorale pour les tenants de certains groupes sociaux moralisateurs.

Pour ceux qui s'adonnent à la toxicomanie, c'est pire encore, et notamment, aux États-Unis où la consommation et le commerce de la drogue sont considérés comme le plus regrettable acte criminel après l'homicide. Pour Trice et Roman, selon Maranda (1992), les

tenants de la consommation de drogues sont jugés par la société comme étant des personnes sans volonté. Il n'y a pas lieu d'avoir de l'empathie pour elles. Les toxicomanes par conséquent n'ont pas vraiment de soutien social à espérer de la société, elles doivent plutôt s'attendre à des sanctions. D'après la théorie économique néo-classique, explique Maranda (2002a), la toxicomanie instaure un sérieux handicap pour l'intégration dans le travail. La souffrance et le recours aux drogues constituent une moins-value pour les entreprises et comme elles ne souhaitent pas augmenter leurs coûts sociaux, il y aura rejet...

Selon Maranda (1996), la littérature des approches psychosociales indique qu'il existe plusieurs sortes de personnalité à risque, car elles présentent des modèles de comportements dangereux. Il y en aurait deux qu'ils ont appelées personnalités de type A et de type T. Pour le type A, il s'agit d'un individu qui a tendance à fumer, à boire de l'alcool, à être agressif. Il a aussi la prédisposition à être conditionné par la notion d'urgence ; ce qui l'amène à faire de l'hypertension et avoir un taux élevé de cholestérol. Pour Wood et ses collègues explique Maranda (1996), le type T est plus dangereux pour la raison qu'il est neurologiquement prédisposé à la criminalité. Ces personnes sont impulsives et ont une excitabilité extrême. Elles aiment l'aventure et adorent le risque. Les risques et les aventures sont recherchés dans des expériences hors du commun en vue de les tirer de leur ennui chronique. Elles ont besoin de connaître des sensations de plaisir et d'euphorie démesurées dans des actes risqués ou déviants, et cela, afin de stimuler la dopamine qui leur fait défaut. Dans les hypothèses de la psychodynamique du travail, toujours selon Maranda (1992), l'étiologie de la toxicomanie et l'alcoolisme provient de problèmes relationnels avec les parents durant l'enfance. Ces problèmes relationnels vont faire que, d'après certains auteurs psychologues comme Bélanger et Otis indiqués par Maranda (1992), les personnes qui ont des troubles de comportement alcooliques ou toxicomanes ont une personnalité caractérisée par :



une image de soi pauvre ou négative et éprouvant des sentiments de rejet, d'échec, de honte, d'infériorité et de culpabilité. Les manifestations cliniques sont l'immaturation, l'état dépressif, l'instabilité affective, la dépendance, la faible tolérance à la frustration, l'impulsivité, une tendance à la manipulation, les difficultés relationnelles et les attentes irréalistes. (p.34).

Nous avons tenu à présenter les différents modèles de déviance et les différentes visions que la société a envers les personnes souffrant de troubles addictifs, afin de démontrer qu'il serait peut-être plus important pour la société de se préoccuper de la prévention des problèmes de dépendance addictive<sup>29</sup> plutôt que de sa répression.

#### **2.4 Synthèse et conclusion de notre chapitre**

En bref, nous pouvons considérer qu'il y a trois périodes au cours de la socialisation. La première nous l'avons appelé *la pré socialisation*, elle a lieu durant le post-partum. Puis nous avons *la socialisation primaire* ; celle-ci est constituée par l'ensemble des interactions que l'enfant a eu avec sa famille jusqu'à ce qu'il soit capable de sortir hors de son milieu familial. C'est lorsque l'enfant sort de la cellule familiale que commence la troisième socialisation qui est présentée par les interactionnistes comme la socialisation secondaire. La socialisation secondaire est moins structurante pour la psyché, car elle fait moins appel à l'affectivité de l'enfant. Cependant, la socialisation secondaire devrait permettre d'affiner la structuration du développement de l'identité.

Les interactionnistes ne différencient pas la pré socialisation et la socialisation primaire. Nous avons suivi Dejours dans la voie de la précision et nous avons distingué les deux périodes. Selon nous, la socialisation primaire débute lorsque l'enfant commence à parler. Il entreprend, à ce moment-là, les préludes de sa capacité à utiliser ses aptitudes à symboliser par le moyen du langage. Cependant, la socialisation primaire ne se résume pas seulement à la capacité de symboliser ; elle signifie plus que cela. Elle nous apparaît comme le ferment de ce qui va permettre à l'enfant d'avoir les aptitudes à apprendre et à devenir

---

<sup>29</sup> Nous verrons plus en détails les problèmes de déviance et de dépendance dans notre chapitre 5.

quelqu'un de réflexif au sens meadien du terme. Cette réflexivité devrait octroyer aux enfants la capacité de vivre une existence affective et active heureuse dans leur vie d'adulte. La réflexivité permet notamment d'effectuer la distinction entre ce qui est objectif et ce qui réside dans le subjectif.

La pré-socialisation représente la période où l'enfant ne possède pas le langage. À vrai dire, pour Dejours, cette étape de la vie est capitale pour la santé mentale de l'enfant, car celui-ci est totalement dépendant de sa mère. Les défaillances de soins durant la toute première période de la vie sont celles qui génèrent une souffrance importante chez l'enfant. Cette souffrance que nous appellerons *primaire* est celle qui est le plus à risque pour la santé mentale. Dans une moindre mesure, l'enfant pourrait éprouver les prémices de troubles d'hyperactivité<sup>30</sup>. La souffrance primaire occasionnée en début de vie n'est pas mémorisable car l'enfant ne dispose pas encore d'un cortex suffisamment développé pour le faire. Cette souffrance n'en sera pas moins imprégnée dans le Système Nerveux Central et c'est plus particulièrement la partie archaïque instinctuelle du cerveau qui en sera affectée. Ces fonctions archaïques instinctuelles relèvent de la stratégie défensive que sont la fuite et la lutte pour la survie. Ainsi, ce sont les fonctions instinctuelles de survie qui pourront être touchées par une défaillance maternelle et elles affectent : l'alimentation, la sexualité et la violence. Outre la violence, les problèmes alimentaires et sexuels, la défaillance de la mère à l'encontre de l'enfant pourrait également engendrer chez celui-ci des difficultés d'abstraction et de profonds sentiments d'infériorité. De plus, la mère joue un rôle capital dans le fonctionnement que Dejours appelle *sensitivo-sensoriel* de l'enfant. En effet, pour Dejours, la mère, lorsqu'elle donne des soins appropriés au nouveau-né, contribue à réguler la production de

---

<sup>30</sup> Nous développerons le sujet des TDAH dans notre chapitre 5 section 5.1.3.

dopamine fabriquée par le cerveau de l'enfant. Donc, en cas de soins non appropriés, le taux de dopamine pourrait être déséquilibré<sup>31</sup>.

Il existe également pour Christophe Dejours un autre facteur de risque pour l'avenir de l'enfant, il s'agit du manque de triangulation du père dans la relation symbiotique de la dyade mère-enfant. La triangulation devrait normalement avoir lieu durant toute l'enfance c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence. Sans cette triangulation, l'enfant pourra avoir des difficultés sur le plan du développement satisfaisant de sa libido et du contrôle de sa violence instinctuelle. Dans le cas d'une situation défailante de triangulation, l'enfant pourra réagir en devenant agressif, pourra avoir des déséquilibres alimentaires (manger et boire) mais il pourra aussi avoir des problèmes d'ordre sexuel. Le manque de triangulation pourrait être remarqué durant la scolarisation car ces enfants pourraient connaître des difficultés sur le plan de la confiance en soi, de l'estime de soi et avoir des troubles sévères d'apprentissage. Le défaut de triangulation pourra ainsi se révéler sur le plan de l'acquisition du symbolique c'est-à-dire : du langage, de la lecture et de l'écriture ; tout ce qui a un rapport avec les mots. En outre, si nous nous souvenons de ce que dit Boimare, l'enfant non triangulé pourra avoir peur d'apprendre parce que l'école représenterait un lieu dangereux pour sa santé mentale ; et cela du fait que devoir réfléchir pourrait faire resurgir ses angoisses archaïques. Ce que nous pouvons dire concernant la pré socialisation et la socialisation c'est que ces périodes détiennent pour enjeux la structuration de la personnalité de l'enfant.

Pour ce qui concerne les personnes en charge de socialiser, nous comprenons que ce sont elles qui vont générer la création du Soi ou la personnalité de leur enfant. Les parents engendreront les expériences de vie de leur descendance. Ces expériences de vie enfantine

---

<sup>31</sup>Nous verrons les suites de cette situation de déséquilibre de la dopamine, plus particulièrement, dans notre chapitre 5, section 5.3.2.

seront fondamentales puisqu'elles constitueront les assises de la sensibilité des personnes vis-à-vis des situations sociales qu'elles vivront dans le futur. Ainsi, dans les attitudes d'une personne adulte, nous pourrions retrouver les traces des conduites des personnes qui l'ont socialisé. De cette manière, si nous pouvons percevoir chez les adultes des traces de la manière dont ils ont été socialisés, cependant c'est dans la façon de jouer chez les enfants que nous pourrions retrouver le plus les stigmates de la formation de leur Soi. En effet, les jeux des enfants sont constitués par le phénomène de la prise de rôle, de l'extériorisation des modèles parentaux. Ces modèles parentaux sont en fait plutôt composés de leurs attentes, de leurs attitudes et de leurs valeurs. La prise de rôle, qui veut dire *l'imitation des parents* ou des personnes extérieures de la famille, est, si l'on se réfère à Mead, une façon naturelle, spontanée et instinctive d'intégrer la vision du monde de son entourage. Cette vision du monde pourra engendrer l'intelligence sociale de l'enfant et par voie de conséquence sa réalité sociale. Cette réalité sociale, pour Berger et Luckmann, devrait devenir le modèle de la compréhension subjective du monde social qui entoure l'individu devenu adulte.

Ce que nous pouvons retenir enfin c'est qu'il pourrait exister deux principaux facteurs qui engendreraient des problèmes liés au développement de l'enfant. Ces facteurs perturbant l'enfance sont la défaillance de la mère dans les soins à l'enfant et le manque de triangulation du père. De plus, ce que nous avons pu comprendre concernant les risques encourus par une défaillance de la mère et du manque du père c'est que ces carences pourraient produire chez l'enfant une altération dans le développement des ressources instinctuelles et amener ceux-ci à entrer dans la déviance. Cependant, pour les interactionnistes, la déviance n'est estimée *déviance* que par des groupes de personnes qui les jugent selon leurs propres valeurs. Pour Dejours, les actes qui peuvent être envisagés par certains comme déviants, tels que consommer de l'alcool ou de la drogue, sont en fait des mécanismes de défense. Ces mécanismes défensifs permettraient aux personnes de lutter contre les angoisses de leur vie

actuelle. Nous pouvons considérer qu'au-delà de la consommation d'addictifs pourrait se découvrir une souffrance résultant d'une enfance possiblement altérée par une défaillance parentale.

Dans notre prochain chapitre nous verrons qu'une des défaillances parentales possible pourrait se manifester sous la forme de la dépression de la mère.

## CHAPITRE 3 :

### LA DÉPRESSION POST-PARTUM ET SON CONTEXTE SOCIAL

#### Introduction

La dépression apparaît un terme générique et général dont il convient de spécifier les aspects. En faisant ressortir la variété de sens que recouvre cette expression, nous constaterons à la fois l'ampleur du problème qu'il désigne et bien souvent la confusion dont il est l'objet dans son usage commun comme dans son usage savant. La dépression post-partum constituera le sujet de notre présente étude et nous verrons en quoi sa définition est importante en faisant l'état de la question de la dépression.

L'objectif de ce chapitre est triple. En premier, situer la dépression de l'adulte, ses troubles spécifiques, tels que la dépression post-partum, dans le contexte sociétal actuel. Deuxièmement, nous parlerons de l'organisation du travail de soins de la mère dépressive, de ses interactions avec l'enfant. Nous affinerons notre hypothèse et nous énoncerons la position du problème de la mère dépressive en milieu familial. En trois, nous souhaiterons attirer l'attention sur la situation des mères monoparentales ainsi que sur le bien-être de leurs enfants.

Dans ce qui suit, nous allons commencer par ouvrir le volet de l'importance de la dépression en général, et de la dépression post-partum en particulier. Pour ce faire, des données statistiques provenant d'articles de recherche seront présentées ainsi que des descriptions issues de manuels pour les spécialistes (OMS, DSM IV-TR et dictionnaire international de la psychanalyse). Des points de vue de professionnels du domaine de la santé mentale seront également indiqués. Nous évoquerons, suite à cela, l'organisation du travail de

soins de la mère auprès de l'enfant. La notion *d'organisation du travail* que nous appliquons au contexte familial de la mère dépressive découle du point de vue conceptuel de l'organisation du travail dans les entreprises évoqué par la psychodynamique du travail et élaborée par Christophe Dejours. Ceci amènera notre hypothèse inspirée de la position théorique de Dejours et de celle de Mead. Nous poursuivrons notre cheminement en indiquant la position du problème quant aux interactions de la mère dépressive vis-à-vis de sa filiation. La position du problème sera plus particulièrement évoquée grâce à des résultats de recherches provenant aussi bien du champ de la psychanalyse que de la théorie de l'attachement. L'étude se poursuivra par l'examen de notre contexte social actuel de la maternité et de la famille. Ce regard sur la société se fera, d'une part, grâce à des articles de philosophes contemporains et, d'autre part, nous aurons un point de vue féminin quant à la condition maternelle à l'aide de témoignages de mères recueillis par des magazines féminins. Étant donné l'importance de la monoparentalité au féminin dans notre société, une interrogation sur ce phénomène en émergence sera évoquée. Nous terminerons par une revue de littérature relative à l'incidence de la monoparentalité féminine sur le développement des enfants à l'aide de données statistiques et de résultats de recherches.

### **3.1 Initiation à la dépression**

La dépression agit en profondeur dans la société. Celle-ci, bien souvent, ignore ou néglige ses effets sur le devenir collectif ; la dépression tient pourtant une place prépondérante dans nos collectivités et cette question n'est ni négligeable, ni à prendre à la légère, comme l'indiquent parfaitement les chiffres officiels.

### 3.1.1 La dépression en quelques chiffres...

La dépression concerne 340 millions de personnes dans le monde.<sup>26</sup> Selon le journal *leSoleil* du 11 janvier 2006, au Canada, chaque année la dépression touche 1 million<sup>27</sup> de personnes dont 250 000 au Québec. Elle est actuellement la première source d'inaptitude sur la planète. En outre, elle augmentera de telle façon que d'ici 20 ans, dans les pays industrialisés, elle deviendra la première cause de morbidité devançant ainsi les maladies cardiovasculaires, indique Sophie Payeur (2002a) de la revue *Découvrir* qui se réfère à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, l'OMS (2003) annonce qu'à l'échelle mondiale, la dépression est la première parmi les cinq maladies mentales causant le plus d'incapacité (11% de la charge totale de morbidité). Elle devance la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, l'alcoolisme et la névrose obsessionnelle.

Les psychologues Hélène Lebel et Richard Paquette (1996) présentent la dépression comme un des troubles psychologiques les plus fréquents. En effet, celle-ci a de 10 à 25% de risque de se manifester un jour dans la vie d'une femme tandis qu'elle n'atteint les hommes que de 5 à 12%. D'après les chercheurs R. C. Kessler, C. B. Nelson, K. A. McGonagle, J. Liu, M. Swartz et D. G. Blazer (2001), les femmes âgées de 25 et 44 ans sont perturbées par une dépression clinique à la hauteur de 8 à 10%. Pour J. Gauthier, C. Morin, F. Thériault et J. S. Lawson (1982) qui se réfèrent à Coleman, Woodruff, Clayton et Guze, Schuyler et Katz, la population adulte est touchée entre 4 et 12% ; et ceci, à un tel degré que ces personnes ont dû effectuer un traitement clinique à un moment donné de leur vie. En 2005, le professeur de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, Marcello Otero (2005) annonce que les femmes sont troublées par la dépression pour 25% d'entre elles et que les hommes se situent à un niveau de 15%. L'OMS (2001) précise que les femmes sont plus à risques et plus

---

<sup>26</sup> Doctissimo ma santé en un mot : Déprime et dépression.

[http://www.doctissimo.fr/html/sante/mag\\_2001/mag0223/ps\\_3419\\_mortalite\\_troubles\\_mentaux.htm](http://www.doctissimo.fr/html/sante/mag_2001/mag0223/ps_3419_mortalite_troubles_mentaux.htm)

<sup>27</sup> Officiellement, il s'agit de 1 million de personnes mais dans la réalité le chiffre est estimé à 3 millions.



susceptibles d'être atteintes par la dépression et l'anxiété alors que les hommes se trouvent plus à risque en ce qui concerne l'asociabilité et la toxicomanie.

### **3.1.2 L'importance des troubles dépressifs de la maternité**

Pour Delzenne et ses collègues (1996), les femmes nouvellement accouchées sont touchées par la dépression post-partum dans la proportion de 10 à 20%. Selon Rousseau (1994), 7 à 15% des mères manifestent des indices de dépression durant l'année qui suit l'accouchement. D'après les chercheurs Briggs-Gowan et ses collègues mentionnés par Carter, Garrity-Rokous, Elizabeth, Chazan-Cohen, Little et Briggs-Gowan (2001), 16% des femmes qui ont des enfants et des nourrissons présentent des symptômes dépressifs élevés. Pour les chercheurs Tronick et Field (1986), la dépression maternelle touche de 12 à 20% des mères ayant de très jeunes enfants et des enfants d'âge pré-scolaires. Ces résultats sont confirmés par Michèle Mariette (1998), pour qui, la dépression affecte de 12 à 20% des mères qui ont des enfants de moins de cinq ans. Pour le D<sup>r</sup> Poulin<sup>28</sup> interviewée par Stéphanie Martin du journal leSoleil (2008b), les dépressions post-partum (DPP) sont actuellement en hausse. Selon cette psychiatre, au Québec, la DPP toucherait une mère sur cinq depuis l'automne 2007 au lieu d'une femme sur huit dans les années antérieures. Pour Rousseau (1994) qui se réfère au Direm<sup>29</sup>, une famille française sur sept est concernée par la dépression post-partum. Il arrive aussi que les troubles provenant de la dépression post-partum provoquent la séparation ou la rupture définitive du couple amenant ainsi la dislocation de la cellule familiale. Par ailleurs, Dawson, Ashman, Hessel, Spieker, Frey, Panagiotides, et Embry (2001) estiment que les mères monoparentales sont trois fois plus à risque d'être dépressives que les autres mères.

---

<sup>28</sup> Le D<sup>r</sup> Marie-Josée Poulin est responsable de la seule clinique de psychiatrie périnatale de la province du Québec. Elle est située au centre hospitalier Robert-Giffard à Québec.

<sup>29</sup> Bulletin d'Informations de l'Action Enfance Maltraitée. Créé en octobre 1993, le Direm est un bulletin d'information scientifique, de coordination et d'actualité concernant l'enfance maltraitée. Il est publié à raison de 6 numéros par an. <http://www.one.be/act/direm.htm>.

### **3.1.3 La dépression, qu'est que c'est ?**

La notion générale de dépression entre dans le domaine de la maladie mentale. Ainsi, l'OMS, dans son rapport sur la santé mondiale (2001), décrit les symptômes de la dépression comme une baisse d'énergie ayant pour conséquence une perte complète d'intérêt accompagnée d'un affaiblissement important de l'estime de soi. Selon le DSM IV-TR, (2003), la plus déterminante des manifestations de la dépression est une humeur triste tout le long de la journée avec une constante envie de pleurer. Les personnes dépressives peuvent avoir des difficultés à se concentrer. Elles peuvent également avoir perdu confiance en elles et peuvent se culpabiliser de façon injustifiée. Elles ont aussi tendance à avoir des troubles de l'alimentation tels que l'anorexie et la boulimie ce qui peut entraîner une modification significative<sup>30</sup> de leur poids. Pour l'OMS (2001), la dépression est une épreuve pénible qui survient la plupart du temps après une adversité difficile et douloureuse comme un deuil, une perte d'emploi ou un divorce. La dépression peut s'inscrire comme un épisode temporaire, celui-ci pouvant se métamorphoser en un désastre pour la vie. De cette façon, la dépression d'une personne peut durer de quelques semaines jusqu'à devenir une existence chargée de morbidité où la personne peut laisser filer sa vie et celles des autres. Ces personnes peuvent même anéantir leur propre existence ou celle d'autrui.

Pour le DSM IV-TR (2003), les personnes dépressives sont surtout perturbées dans leurs humeurs. Ces personnes ont un sentiment de vide, ont l'impression de ne plus rien ressentir et se disent sans courage et sans espoir. Elles sont susceptibles d'être agitées ou d'avoir un ralentissement psychomoteur. Les problèmes de sommeil dus à la dépression, souvent, engendreront une grande perte d'énergie ce qui pourrait amener la personne à avoir des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions. Un fort sentiment de dévalorisation et la conviction de ne plus être à sa place prédominent chez la personne atteinte de dépression.

---

<sup>30</sup> Selon le DSM IV-TR (2003), la modification significative est de 5% de poids en plus, ou en moins, en un mois.

De plus, elle peut ressentir l'impression de ne pas convenir dans l'accomplissement de ses tâches ; en d'autres mots, elle se conçoit comme incompétente. Ce sentiment d'incompétence entraîne généralement une culpabilité excessive.

Toujours, selon le DSM IV-TR (2003), il existe d'autres symptômes dépressifs qui sont cliniquement importants et qui altèrent aussi bien les relations sociales que professionnelles et familiales. Ces symptômes dépressifs se font remarquer par une altération du fonctionnement de la personne. En effet, les personnes dépressives ont tendance à avoir une préoccupation morbide pour leur auto-dévalorisation, mais aussi pour la dépréciation des autres. De plus, d'après le DSM IV-TR (2003), les personnes dépressives souffrent dans la plupart des cas de rumination par rapport à de petites erreurs qu'elles ont commises dans leur passé. Ces ruminations les amènent à accomplir une évaluation non réaliste et négative d'elles-mêmes. C'est cette évaluation pessimiste qui provoque de forts sentiments de culpabilité. De cette manière, bien souvent les personnes dépressives ne savent plus comment interpréter les événements (qu'ils soient professionnels, sociaux ou familiaux) ou les expliquent de façon négative. Ainsi, elles se jugent comme n'étant plus à la hauteur de leurs tâches et exagèrent leur responsabilité vis-à-vis de la situation. Ces personnes ne peuvent donc estimer adéquatement leur problématique ni, selon nous, celle des autres.

D'après la psychanalyste Alice Miller (1983), les personnes dépressives se singularisent par : « des sentiments de vide intérieur, d'isolement, d'absurdité de l'existence ou d'angoisse de la pauvreté et de la solitude, qui se révèlent toujours être lié à la tragédie de la perte de soi, ou de l'aliénation du soi (p.45) ». Pour cette auteure, la dépression est très répandue dans notre société et surtout dans notre génération ; selon elle, la dépression est la maladie de notre siècle. Pour le Dr Arthur Janov<sup>31</sup> (1992), la dépression est caractérisée par un

---

<sup>31</sup> Le docteur Arthur Janov travaille dans le laboratoire de Recherche de la Fondation Primale à Los Angeles en liaison avec le Laboratoire de Recherche Neurologique de l'Université de Californie.

trop-plein de sentiments qui émergent à la conscience et qui ont besoin de s'exprimer. Ils s'énoncent en désespoir, en impuissance, en résignation et en impression de futilité. Janov (1992) ajoute également la notion de *souffrance*. La souffrance, selon Dejours (1988) qui se réfère à Serge Bouchard, a pour définition : « une difficulté d'être ». D'après Dejours (1982), la dépression ou « dé-pression » c'est lorsqu'il n'y a plus d'espoir que les choses s'améliorent c'est-à-dire que l'on n'éprouve plus de désir. Cela se traduit par une perte de tonus, de la pression et de l'élan. Nous pouvons considérer qu'une personne dépressive s'inscrit aussi comme quelqu'un qui n'est pas disponible pour entrer en relation avec autrui. Selon le DSM IV-TR (2003), les personnes dépressives peuvent sembler tristes de prime abord, mais en général, le nient et refusent de consulter. Cependant, si l'on approfondit les choses avec elles, elles finissent généralement par faire remarquer qu'elles ont souvent envie de pleurer.

Nous pouvons tenter de comprendre le comportement des mères dépressives qui cachent leur état dépressif avec le modèle interactionniste d'Erwin Goffman mais aussi avec celui de Sigmund Freud. En effet, Goffman indique que les humains ont une tendance innée à se présenter aux autres sous un jour favorable, soit pour protéger leur image de soi soit pour dissimuler leurs déficiences. La présentation positive de soi, selon cet auteur, constitue une technique défensive afin de protéger le Soi. Par ailleurs, cette technique défensive qui consiste à ne pas consulter alors que l'on se sent dépressif peut être assimilable à la stratégie défensive d'évitement. Pour Freud (1964), les individus fuient ou évitent les expériences lorsque celles-ci comportent de trop fortes charges émotives. Il s'agit d'un instinct d'autoconservation du Moi qui tend à supprimer l'accroissement des tensions que pourrait activer une consultation psychologique, par exemple. Cette consultation amènerait potentiellement du déplaisir. Ainsi, pour Freud (1964), « à toute augmentation attendue, prévue de déplaisir correspond un signal d'angoisse et ce qui déclenche ce signal, qu'il soit du dehors ou du dedans, s'appelle danger (p.5) ». L'étude canadienne des chercheuses Nicole Létourneau et Linda Duffett-Leger (2005)

de l'Université du Nouveau-Brunswick consacrée à la dépression post-partum confirme cette stratégie des mères dépressives qui ne vont pas consulter parce qu'elles ont peur d'être stigmatisées. « Stigmatisées » c'est-à-dire que cela signifierait pour ces femmes qu'elles ne sont pas « normales » et par conséquent, qu'elles sont « délinquantes » ou déviantes. Elles savent qu'en demandant de l'aide, elles seront officiellement étiquetées par les agents du contrôle social tel que l'explique l'interactionniste Becker et nous le rappelle Nicolas Dodier (1988). Cependant, nous pouvons aussi considérer qu'une personne dépressive n'est pas toujours consciente de son état.

Selon nous, l'étiquetage officiel pourrait être un coup dur pour la personne en difficulté, et être difficilement acceptable pour elle, dans la mesure où elle serait devenue « suspecte » aux yeux de la société. Suspicion qui pourrait être insupportable pour celles qui sont déjà en conflit avec elles-mêmes. En effet, pour le dictionnaire international de la psychanalyse (2002), la dépression est le résultat d'un conflit intrapsychique qui amène les personnes à un trouble de l'humeur. Ce conflit provient de la difficulté du Moi à intégrer les pulsions agressives, car elles sont vécues comme un danger pour les objets libidinalement investis. Selon Philippe Mazet, Leslie Conquy, Joseph Latoch, Ouriel Rosenblum, Françoise Cukier-Hémeury et Bernard Faurie (1990), les mères dépressives peuvent aussi projeter leurs états affectifs sur les autres. Par exemple, elles peuvent faire des projections sur leurs enfants. En effet, ces chercheurs ont remarqué qu'une mère dépressive demandait à son enfant pourquoi celui-ci pleurait alors que visiblement l'enfant était calme et ne présentait pas d'inconfort. Ou, par exemple, une mère peut, dans certains cas de dépression psychotique, tuer ses enfants pour les empêcher de souffrir comme elle, elle souffre. Ce sont les pulsions agressives, par le biais du Surmoi devenu trop rigoureux, qui vont se retourner contre la personne qui, en plus de culpabiliser, évoluera vers une rigidité et une sévérité envers elle-même et vis-à-vis des autres. Ainsi, une mère pourra être violente et intrusive ou encore être

trop maternante (surprotectrice) envers de ses enfants. D'après Davidson et Roberson, cités par Dayan, Gwenaëlle et Dugnat (1999), au moment du post-partum, il peut également survenir un infanticide dans le cas des plus graves troubles dépressifs psychotiques. Ainsi, l'étude de Létourneau et Duffett-Leger, dans l'article du Journal leSoleil du 9 octobre 2005 intitulé : *La dépression « post-partum » peut être dangereuse pour la mère, selon une étude*, expliquent qu'une mère dépressive s'est suicidée après avoir tué son mari et ses enfants. Comme nous pouvons le remarquer dans cette recherche, la dépression d'une mère peut également être dommageable pour ses enfants<sup>32</sup> comme nous tenterons de le démontrer dans ce mémoire.

Pour le dictionnaire international de psychanalyse (2002) qui se réfère à Lynne Murray et ses collègues ainsi qu'à Philippe Mazet, il existe une dépression qui est sous-estimée par les professionnels, et par les femmes qui ne vont pas consulter car elle est déniée ou ignorée<sup>33</sup> par celles-ci, c'est la dépression post-partum. Cette dépression, selon ces chercheurs, demande plus particulièrement un dépistage et un traitement indispensable. Dépistage systématique qui est effectué au Canada dans la province de l'Alberta, mais pas dans celle du Nouveau-Brunswick précisent Létourneau et Duffett-Leger (2005).

### **3.1.4 La dépression post-partum**

La psychiatre et psychanalyste, spécialiste de la dépression maternelle postnatale, Monique Bydlowski (2005a) indique dans un article sur le sujet que les troubles mentaux des nouvelles accouchées sont des faits connus depuis longtemps, puisque selon elle, Hippocrate

---

<sup>32</sup> Nous ne parlerons pas des problèmes avec le mari du fait qu'ils ne font pas l'objet de notre présente étude. Ni du phénomène expliqué par Ian H Gotlib et Sherryl H Goodman (2001), pour qui les enfants dont la mère a été dépressive durant la grossesse sont plus susceptibles d'avoir des anomalies neuroendocriniennes. Ces anomalies seraient dues soit à une diminution de la circulation sanguine destinée au fœtus, soit à des comportements malsains pour la santé ou encore à la prise d'antidépresseurs ou deux ou trois des problèmes dans le même temps.

<sup>33</sup> Selon la journaliste du journal leSoleil Stéphanie Martin (2008c), les animatrices du groupe d'entraide pour les mères en dépression post-partum Oasis à Québec, Lynda Ouellet et Johanne Perrault expliquent que : « la plupart des mères qu'elles rencontrent admettent ne jamais avoir entendu parler de dépression post-partum (p.A10) ».

en parlait déjà. De plus, cette auteure relate qu'en 1839 le psychiatre français Esquirol mentionnait déjà que, lors d'un accouchement, de nombreuses femmes étaient atteintes de maladies mentales sévères, et, malgré cela, celles-ci ne recevaient aucune offre de soins psychiatriques, et ceci, parce que ces femmes n'étaient pas identifiées à ce moment-là. En 2008, le D<sup>r</sup> Poulin, interviewée par Stéphanie Martin du journal leSoleil (2008b), explique que « le risque de suicide est 70 fois plus élevé dans les années qui suivent un accouchement que dans toute autre période de la vie d'une femme (p.A10) ». Peut-être qu'Hippocrate commence à être entendu puisque les ministres de la santé des pays océaniques (2003) ont souligné que :

Dans le rapport sur la santé dans le monde de 2001 consacré à la santé mentale, l'O.M.S. fait un énoncé clair et solennel. La santé mentale, qui est négligée depuis trop longtemps, est cruciale pour le bien-être global des individus, des sociétés et des pays, et notre perception globale de la santé mentale doit changer radicalement. Le bien-être physique et le bien-être mental sont liés et s'influencent mutuellement lors de la santé comme lors de la maladie (p.6).

#### **3.1.4.1 Confusion entre le baby-blues et la dépression post-partum**

D'après Monique Bydlowski (2005a), il se trouve que certaines dépressions sont confondues entre elles comme le baby-blues, qui est plutôt d'origine biologique, avec la dépression postnatale appelée aussi dépression du post-partum. La confusion provient, selon Bydlowski (2005a), du fait que le baby blues a été décrit au même moment aux États-Unis par Yalom et ses collègues en 1968 et par Pitt en Europe. Les premiers l'ont appelé *Post-partum blues* et le second l'a appelé *Dépression postnatale atypique mineure*. Le trouble proviendrait d'une confusion conceptuelle de deux pathologies très voisines et qui ont été décrites sous deux terminologies différentes.

#### **3.1.4.2 Le baby-blues, un trouble courant de la maternité**

Pour le comité de la pédiatrie psychosociale (2004), le baby-blues est un syndrome habituellement bénin qui apparaît le troisième jour après l'accouchement et qui dure seulement de quelques heures à quelques jours. Bydlowski (2005a) précise qu'il perdure de

une à dix journées et qu'elle touche environ 50% des accouchées. Il s'agit d'un trouble affectif qui se présente sous forme de pleurs, de confusion, de labilité d'humeur, d'anxiété et d'humeur dépressive. De plus, pour Bydlowski (2005a), ces jeunes mères sont tristes et ont des problèmes d'insomnie. Ce blues commun apparaît généralement lorsque l'on a vécu un grand stress physique ou mental. C'est une réaction physiologique normale qui survient aussi après une opération chirurgicale d'après Kennerly mentionné par Bydlowski (2005a) mais également après des compétitions sportives et intellectuelles. Cependant, un baby-blues sévère peut entraîner une dépression postnatale explique Bydlowski (2005a) celle-ci faisant référence aux recherches de Fossey et ses collègues.

### **3.1.5 La dépression post-partum, un trouble à prendre au sérieux**

D'après Bydlowski (2005a), il y a une similitude entre le baby-blues et la dépression postnatale ce qui fait que les mères réellement dépressives ne sont pas répertoriées. Cette chercheuse précise que c'est le désintérêt couplé avec des sentiments d'inefficacité et d'inadéquation éprouvés par la mère vis-à-vis de son enfant qui caractérisent la différence entre le baby-blues et la dépression post-partum ainsi que sa durée. La dépression post-partum peut durer entre un à deux ans, voire plus, et peut se transformer en dépression majeure. Ces personnes ne consultent pas, car, en général, elles nient leur détresse. Pour Bydlowski (2005a), les mères dépressives culpabilisent de ne pas être à la hauteur du bonheur qui aurait dû les submerger grâce à la maternité et, de plus, ne se sentent pas autorisées à rechercher de l'aide. Ainsi, par exemple, la journaliste Stéphanie Martin du journal de leSoleil du 17 février (2008a) donne le témoignage d'une mère atteinte de dépression post-partum sévère. Elle n'a rien dévoilé de son mal être et de sa culpabilité pendant huit mois ; personne n'était au courant, pas même son mari. Cette femme refusait de reconnaître que l'enfant était le sien (durant trois jours, le personnel hospitalier lui avait retiré le nourrisson car il avait des complications). Rentrée à la maison, à part le changer et lui donner le sein, explique-t-elle, la



mère ne s'occupait pas de lui. Elle avait des pensées infanticides et suicidaires. C'est lorsque ses idées mortifères vis-à-vis de ses enfants sont devenues prépondérantes qu'elle a recherché de l'aide. Cette mère de deux enfants a été hospitalisée d'urgence en psychiatrie périnatale en pleine crise suicidaire.

Pour le comité de la pédiatrie psychosociale (2004), les mères en dépression post-partum ont des humeurs dysphoriques, de la lassitude, font de l'anorexie, ont des troubles du sommeil, sont anxieuses, ont une culpabilité excessive et ont des pensées suicidaires. Il se trouve également que ces mères ne se sentent pas perçues comme comprises par leur entourage (maris et personnels de la maternité). De plus, certaines nouvelles accouchées, en dépression post-partum, peuvent se montrer très exigeantes avec leur entourage comme l'explique Clara à Marie-Claude Fortin du magazine *Elle Québec* (2007) : « Mes attentes envers mon mari étaient si élevées qu'il n'arrivait jamais à y répondre. J'étais devenue intolérante. J'avais l'impression qu'il ne faisait rien de la bonne manière (p.53) ». Clara indique au magazine *Elle Québec* que lorsque son mari et ses parents lui ont signifié qu'il fallait qu'elle fasse quelque chose, car son état n'était plus habituel, elle pensait qu'ils étaient tous tombés sur la tête et qu'elle ne comprenait pas pourquoi ils lui disaient cela. Elle était, de plus, convaincue que personne dans son entourage n'était capable de s'occuper de ses deux enfants. Tout le monde était inapte, elle incluse. Lors de sa deuxième dépression post-partum, son premier enfant avait alors 30 mois et sa deuxième fille n'avait que quelques semaines. Nous entrevoyons dans le discours (citation) de Clara qu'il pourrait y avoir eu là une possible rupture du couple et par extension, peut-être pourrions nous trouver là l'explication aux nombreux divorces qui ont lieu lorsque les enfants sont en bas âge comme l'indique Richard Cloutier et ses collègues (2004) :

Ainsi, l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ, 1998-2002) rapporte qu'au cours de leurs 29 premiers mois de vie 9,9% des enfants québécois nés en

famille intacte vivront au moins un épisode de monoparentalité, proportion qui monte à 17,2% chez les enfants nés en familles recomposées (ISQ).

### 3.1.5.1 Les origines de la dépression post-partum

Selon le Dr Appleby, cité par Jeanne Siaud-Facchin (1996), les principales conditions de la dépression post-partum sont des situations économiques et sociales difficiles ainsi que l'absence de soutien social et, plus particulièrement, une situation de manque affectif. D'après Poulin interviewée par Martin du journal leSoleil (2008b) : « les causes sont à la fois biologique, psychologie et sociales (p.A10) ». Pour le médecin français spécialisé en psychiatrie et en psychanalyste Véronique Lemaître (2005), les fondements de la dépression post-partum peuvent être diverses. Elles dépendent du contexte de la conception de l'enfant, de la grossesse et de la naissance. Elles peuvent provenir ainsi d'un deuil récent qui fait resurgir des blessures narcissiques de l'enfance, elles peuvent être issues d'un conflit familial ou avec le mari ou encore de l'éloignement de la famille et du manque de soutien. Pour Janov (1992), la dépression s'installe durablement lorsque la situation actuelle d'une personne fait résonance avec un traumatisme ou avec un affect similaire imprégné dans le vécu *primale*<sup>34</sup> de cette personne ; par exemple : « une naissance difficile suivie d'une enfance sans amour et vide d'espoir (p.203) ».

Dans la perspective de la psychopathologie du travail de Dejours (1986), la dépression pourrait apparaître chez une personne au moment où sa condition sociale entre en résonance, résonance qu'il appelle « symbolique », avec une situation souffrante qu'elle a déjà vécue dans son enfance. Par exemple, les chercheurs Karlen Lyons-Ruth, David Zoll, David Connell, Henry U. Grunebaum (1986) indiquent que les mères dépressives de leur étude qui présentent les symptômes dépressifs les plus importants sont les mères qui ont dévoilé avoir eu une enfance marquée par un niveau socio-économique faible ainsi que par un manque d'affection

<sup>34</sup> Pour le Dr Janov, le mot *primale* qualifie tout ce qui renvoie aux premières expériences de vie qui ont imprégnées une personne.

dans leurs relations avec leur famille d'origine. Plus précisément, leur propre mère (pas le père) présentait des problèmes psychopathologiques tels que : des troubles psychiques ou des abus de drogues ou bien d'alcool. De plus, leur climat familial était entaché de conflits et de violence. Elles ont vécu de nombreux déménagements et ont eu des difficultés dans leurs relations avec leurs pairs et leurs professeurs. Par ailleurs, pour Janov (1998), les gens dépressifs proviennent de familles où la discipline régnait en maître et où les enfants ne pouvaient pas exprimer leurs sentiments.

Pour en revenir à la *résonance symbolique* expliquée plus haut par Dejours, un licenciement ou un divorce peuvent aussi, selon nous, être vécus par une personne comme étant un rejet ou un abandon. Les sentiments de rejet et d'abandon peuvent ainsi entrer en résonance avec de forts sentiments identiques éprouvés par l'enfant d'alors lorsque sa mère, dépressive ou pas, ne lui donnait pas les soins adéquats dans sa prime enfance. Selon nous, la dépression post-partum pourrait également apparaître quand la pression en lien avec la grossesse entre dans sa phase de dé-pression puisque la mère, étant pleine de l'enfant qu'elle portait, va ressentir, non seulement, un vide physique, mais également une perte vis-à-vis des fantasmes qu'elle avait au sujet de l'enfant qui est, maintenant, hors d'elle. Cela peut, également, se traduire par un sentiment d'abandon de la mère par son enfant du fait que celui-ci l'a quittée. La professeure de psychopathologie Jacqueline Lanouzière (1991) note que : « Freud a développé l'idée que la dépression de l'adulte était la reproduction d'une déception libidinale entraînant une blessure narcissique, réveillée à l'âge adulte par un événement ou une situation entraînant à son tour une blessure identique à la blessure primitive (p.33) ». Cette auteure cite aussi Abraham K. qui explique que : « Diverses manifestations, au cours de la dépression, répétaient fidèlement tout ce qui avait donné sa physionomie à la dysphorie originelle infantile - la haine, la rage et la résignation, les sentiments d'abandon et l'absence d'espoir (p.33) ».

Selon nous, les troubles, ou la souffrance psychique, dus à la grossesse et à la maternité pourraient être considérés comme entrant dans le cadre de la *résonance symbolique* de Dejours (1990). En effet, la mère ou la future mère, en raison de son choix de métier de mère, peut ressentir la souffrance initiale ou fondamentale qui est issue des échecs qu'elle a vécus dans son histoire c'est-à-dire dans son développement psychique. La grossesse, l'accouchement et le post-partum constitueraient corollairement des périodes propices à la résurgence du refoulé c'est-à-dire à l'émergence de ce qui a été clivé durant l'enfance de la personne. En effet, pour Freud, cité par le dictionnaire international de psychanalyse (2002), l'enfant, pour survivre psychiquement, doit trouver une solution lorsqu'il fait face à un danger potentiel qui lui crée de l'angoisse. L'enfant va donc devoir ruser pour survivre psychiquement c'est-à-dire arriver, à la fois, à satisfaire ses besoins fondamentaux et la réalité menaçante. Le clivage d'après Winnicott, mentionné par le dictionnaire international de psychanalyse (2002), permet de protéger le vrai Self ; cependant, il isole la personne de la réalité. Cette réalité est tellement inquiétante pour la personne qu'elle conduirait, si elle était vécue, à une désintégration psychique ou à un effondrement psychotique. Le clivage<sup>35</sup> fait donc office de réponse à une angoisse d'effondrement de nature psychotique. Selon Dejours (2000), c'est la peur qui régit la dégradation du fonctionnement mental et de l'équilibre psychoaffectif. La période de la grossesse et du post-partum peut ainsi révéler ce que Winnicott appelle le *faux Self*. Ce faux Self étant généré par le clivage, celui-ci s'inscrit donc dans le registre de la distorsion entre ce qui a constitué l'environnement maternel de la personne et les besoins réels de son enfance. Conformément à la théorie de Dejours (1990) concernant le choix de l'activité du travail de mère, les périodes de la grossesse et du post-partum peuvent fournir l'occasion de rétablir les zones fragiles de la personnalité et permettre

---

<sup>35</sup> Nous parlerons plus en détail du clivage dans notre chapitre 5 section 5.4.1.

de se lancer à la conquête de son identité comme nous allons tenter de l'expliquer dans la partie suivante.

### **3.1.5.2 La grossesse, une période de résonance symbolique et une révélation des troubles de la personnalité de la future mère.**

Monique Bydlowski (2005b), en s'appuyant sur les propos de Paul-Claude Racamier, pense qu'il y a une période de maturation chez les femmes enceintes qui se traduit par une crise identitaire tout comme celle qui a lieu chez les adolescents. Cette crise s'accompagne de résurgences de problématiques d'enfance non résolues. Pour Bydlowski (2005b), la grossesse ravive la mémoire originelle des souvenirs enfouis, ce qu'elle appelle *la transparence psychique*. Cette transparence peut faire apparaître une « conflictualité dépressive » si la nouvelle mère a, elle-même, vécu une petite enfance difficile. Cette conflictualité dépressive est caractéristique aux personnalités « borderline » ou psychotiques, précise le dictionnaire international de psychanalyse (2002). Par ailleurs, le Dr Poulin interviewée par Martin du journal leSoleil (2008b) souligne : « qu'on sait aussi que de nos jours, les principales complications obstétricales ne sont pas physiques, mais bien psychiatriques. Et que la première cause de mortalité maternelle après la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse est le suicide. (p.A10) ». Ainsi, la grossesse et l'accouchement pourraient être des périodes qui déstabilisent l'identité de la femme et pourraient, de cette manière, faire apparaître la véritable personnalité de la nouvelle mère. Pour Dejours (1995) qui se réfère à Ricœur, l'identité : « est une promesse », celle-ci n'est donc jamais définitivement acquise contrairement à la personnalité.

Pour Bydlowski (2005b), contrairement à l'idéal social, la période de la grossesse n'est pas, concernant les pensées de la mère, tournée vers l'enfant, mais vers elle-même, vers son identité ainsi que vers son narcissisme. D'après la psychologue Catherine Bergeret Amseleck (2005), la maternité s'inscrit comme un épisode de « crise existentielle », car la femme devient mère. Cette crise existentielle fait surgir tout un univers archaïque rempli

d'affects tels que l'amour, la joie, mais il est aussi plein de tensions, de secrets de famille et de deuils non faits. Pour le pédopsychiatre Jean-Marie Delassus (2005), la période de la grossesse et du post-partum engendre la remontée, à la mémoire de la mère, du vécu de sa propre expérience fœtale qu'elle revit, par, et dans son corps. Selon Bergeret Amseleck (2005), la grossesse et la maternité s'inscrivent comme la rencontre du petit bébé que la femme a été avec sa propre mère, la mère qu'elle a idéalisée et celle de son adolescence qu'elle trouvait intrusive et dangereuse.

Pour Bergeret Amseleck (2005), la mère doit, à la mise au monde de l'enfant, faire le deuil de sa vie, de son corps et de son identité d'avant. D'après l'interactionniste symbolique Anselm Strauss, indiqué par De Queiroz et Ziolkovski (1994), le passage d'un statut à l'autre tel que la femme qui devient femme enceinte puis mère fait partie des transformations identitaires normales. Celle-ci doit reconnaître et accepter de ne plus être comme avant. Pour Gauthier (1996), la réapparition de l'imgo<sup>36</sup> maternelle chez la nouvelle mère va être le centre de ces changements adaptatifs en ce qui concerne les conflits non résolus avec sa propre mère. Cela peut provoquer aussi bien des perturbations dans la relation entre la mère et le nouveau-né qu'avec le père de l'enfant. En effet, selon Rousseau (1994), fréquemment l'irritabilité de la mère en proie au blues du post-partum est dirigée vers le père et le personnel hospitalier. De plus, pour Bydlowski (2005c), explique le professeur Bernard Golse, en procréant, le père génère sa propre exclusion. La femme enceinte se tournant vers son passé plutôt que vers son avenir. Ce moment particulier qu'est la grossesse constitue une véritable crise identitaire et de maturation pour la femme ; cela entraîne, non seulement une augmentation de sa conflictualité, mais aussi un transfert de ce conflit sur l'enfant ainsi qu'un désintérêt pour tout ce qui est étranger à ses fantasmes érotiques vis-à-vis de l'enfant et à ses propres conflits psychiques.

---

<sup>36</sup> Représentation inconsciente à laquelle sont subordonnées les relations avec l'entourage.



Nous nous demandons maintenant si la mère dépressive, lorsqu'elle a mis au monde son enfant, est capable de faire abstraction de ses problèmes psychiques personnels et si elle se tourne vers les intérêts de son enfant et son avenir en tant que futur adulte. L'organisation du travail de soins de la mère dépressive vis-à-vis de son enfant pourrait être déterminante.

### **3.2 L'organisation du travail de soins de la mère dépressive, ses interactions avec l'enfant**

Pour Dejours (1982) ce qui influence le plus la santé mentale chez les personnes qui travaillent c'est l'organisation du travail. L'organisation du travail comprend le contenu de la tâche et les relations humaines. Certaines organisations du travail, explique Dejours (1982), sont très dangereuses pour le fonctionnement mental des individus. Elles attaquent la tête des gens qui y travaillent et provoquent « non seulement des perturbations, mais des souffrances, et éventuellement des maladies physiques et mentales (p.11) ». Toujours selon Dejours (1988, T 1), la souffrance se situe dans l'espace entre la normalité et la maladie. La souffrance s'installe lorsque l'organisation du travail prescrit n'est pas adaptée aux besoins de l'individu qui travaille. D'après Dejours (2000), les principaux mécanismes de défenses des personnes soumises à une organisation du travail pathogène pour la santé mentale sont : la fuite dans l'alcoolisme, la violence antisociale, la dépression. Il peut y avoir aussi l'utilisation de drogues, de conduites à risque et d'hyperactivité au travail et, éventuellement, et si l'on ne peut utiliser ces échappatoires, il peut y avoir la mort. Le parallèle que nous effectuons concernant la souffrance des enfants c'est que si l'organisation du travail de soins donnés à l'enfant par la mère dépressive ne correspond pas à ses besoins réels, l'enfant va se mettre à développer des mécanismes de défense afin de lutter contre cette souffrance intra-psychique. Voyons maintenant comment peut se présenter l'organisation du travail de soins de la mère et comment peuvent être les interactions des mères dépressives auprès de leurs enfants.

Cohn et Tronick, mentionnés par le Dictionnaire international de psychanalyse (2002), indiquent qu'il existe quatre types d'interactions entre les mères dépressives et leurs enfants.

Certaines mères qui étaient normalement positives et accueillantes socialement sont devenues distantes vis-à-vis de leur nourrisson. D'autres se sont repliées sur elles-mêmes. Elles ont peu d'échanges bienveillants avec l'enfant. De plus, elles sont lentes, silencieuses et tristes. Certaines mères sont en colère et ont des propos déplaisants envers leur bébé. Elles sont intrusives et dures dans leurs comportements interrelationnels. D'autres ont un panachage de ces trois caractéristiques lors de leur travail de mère c'est-à-dire dans l'organisation des tâches et des soins qu'elles donnent aux enfants.

Selon Bill Chandler (1994), la mère exerce de nombreuses tâches auprès de ses enfants. Une des tâches importantes concerne les soins octroyés aux enfants. Ces soins que nous pouvons diviser en plusieurs tâches qui sont : l'allaitement, donner le biberon, donner à manger, mais aussi changer les couches, faire la toilette, donner le bain et faire l'entretien de la peau. La mère peut aussi jouer avec l'enfant, lui faire la lecture et la conversation. Pour Chandler (1994), la mère peut également aider l'enfant, lui donner de l'enseignement et de l'instruction, lui faire des remontrances et lui donner des soins médicaux. Mais la mère ne fait pas que cela à la maison nous précise Bill Chandler (1994) qui nous donne une liste des activités de la mère qui ont valeur de travail ménager. Ainsi, la mère prépare les repas, fait des pâtisseries et des conserves, elle nettoie après les repas, fait le nettoyage intérieur et extérieur de la maison, fait la lessive, le repassage, le pliage et le séchage du linge. Concernant les vêtements, la mère fait du raccommodage et de la confection de vêtements ainsi que l'entretien des chaussures. Sans donner toute la liste de travail qu'une mère peut faire à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, nous pouvons dire qu'une mère fait normalement un énorme travail à la maison celui-ci allant des tâches domestiques aux courses, comme faire l'épicerie, mais aussi effectuer des services, tels que acheter des vêtements, faire le chauffeur, etc., sans oublier les soins et les services aux autres membres de la maisonnée. Vaste travail en vérité. Revenons maintenant à l'organisation du travail de soins de la mère dépressive.



Pour la psychologue Mariette Michèle (1998), qui se réfère à Bernard Golse<sup>37</sup>, la mère déprimée, contrairement à la mère absente physiquement, continue de donner des soins à son bébé ; toutefois, elle le fait sans amour. Pour ce chercheur, les mères dépressives jouent très peu avec leur enfant<sup>38</sup>, les interactions verbales sont pauvres et sans affection, le comportement est mécanique voire même opératoire suivant le degré de dépression de la mère. Certaines mères délaissent leur bébé, même s'il pleure, d'autres vont le surstimuler physiquement au détriment de son bien-être. Cohn et Tronick, soulignés par Lowenstein et Field (1990), indiquent dans leur recherche qu'ils ont comparé les interactions entre des mères et leur enfant c'est-à-dire qu'ils ont, plus précisément, étudié le comportement de mères non dépressives et positives avec des mères dépressives renfermées et des mères dépressives importunes (agressives). Ces recherches démontrent que les mères non dépressives et positives passent plus de 50% de leur temps à jouer avec leur enfant. Les mères renfermées s'occupent de leur enfant uniquement s'il pleure. Les mères importunes maltraitent leur enfant, elles répondent à la demande du nourrisson avec colère, hostilité et irritation dans plus de 40% du temps qu'elles passent à s'occuper de leurs enfants. Selon Jean-Claude Chaise<sup>39</sup>, (2005), qui se réfère à Guedeney, les mères déprimées ont peu de relations visuelles avec leur nourrisson. De plus, elles surstimulent kinésiquement leur bébé en arrêtant régulièrement le bercement de celui-ci, elles changent aussi souvent de position ce qui perturbe la continuité du « holding ». Pour cet auteur, la mère dépressive crée une vulnérabilité à la dépression chez son enfant lorsqu'elle ne prodigue pas un bon holding.

Après avoir lu ces écrits, nous nous proposons maintenant de peaufiner l'élaboration de notre hypothèse et ensuite nous vous présenterons un énoncé plus précis de la position du problème.

---

<sup>37</sup> Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Necker, à Paris.

<sup>38</sup> Nous verrons pourquoi le jeu avec la mère est important pour le développement de l'enfant dans le chapitre 4, section 4.3.

<sup>39</sup> Psychologue scolaire de l'Université Reims 6.

### **3.2.1 Notre hypothèse**

Notre hypothèse est que le travail de soins de la mère va être rendu plus difficile par la situation dépressive dans laquelle elle est en souffrance. Ainsi, il y a de fortes probabilités que cette situation puisse compromettre l'ambiance de l'organisation de son travail de soins auprès de son enfant c'est-à-dire que les interactions de ces mères ne seront pas adaptées aux besoins réels de l'enfant. Elles vont donc exposer leur descendance à la souffrance et au développement de mécanismes de défense qui pourront prendre la forme de troubles somatiques et de perturbations psychiques voire de maladies mentales. De cette manière, certaines expériences primaires de l'enfant, que l'on appelle aussi socialisation, pourraient alors être considérées comme étant à risque pour la santé mentale de l'enfant. Ceci pourrait le conduire à une désorganisation de Soi, à des comportements instinctifs tels que les troubles alimentaires et sexuels et la violence destructive.

### **3.2.2 L'organisation du travail de soins de la mère dépressive en milieu familial : la position du problème**

Selon nous, les conditions familiales où sévit la dépression de la mère, et dans lesquelles sont élevés certains enfants, ne sont pas tellement éloignées des conditions de travail pathogènes décrites par Dejours en 1982.

Pour Daniel Marcelli, Agnès Paget et Patrick Blossier (1996), « le problème fondamental concernant la dépression maternelle c'est que l'émergence de l'activité de penser du nourrisson s'organise grâce aux interactions mère-enfant (p.5) ».

Voici quelques exemples de résultats de recherches dans le domaine : Pour Bydlowski (2005a), qui se réfère à Philippe Mazet et ses collègues, les interactions des mères dépressives avec leur enfant ne sont pas sans conséquence sur le développement affectif de l'enfant ainsi que sur son comportement vis-à-vis de ses relations avec sa mère. De cette manière, pour Bydlowski (2005a), lorsque les mères déprimées sont repliées sur elles-mêmes et offrent peu

d'interactions positives à leur enfant, celui-ci cesse rapidement de solliciter sa mère et se renferme dans le silence, lui aussi, ou pleure de façon incompréhensible. Les mères qui éprouvent des réactions anxieuses ou agitées vont surcharger le nourrisson de sollicitations inadéquates auxquelles il répond de la même manière. Ainsi, selon nous, l'organisation du travail de soins de la mère souffrant de dépression pourrait se transmettre à l'enfant qui a une tendance innée à imiter sa mère.

Selon les psychologues Chantal Cyr et Ellen Moss<sup>40</sup> (1999) lorsqu'il y a des interrelations déséquilibrées entre la mère et son enfant, associées à des symptômes dépressifs de la mère, cela va engendrer significativement un attachement inséure-désorganisé et contrôlant pour l'enfant. Plus précisément, le comportement inséure-désorganisé-contrôlant de l'enfant est souvent associé à des attitudes d'insensibilités émotionnelles, d'hostilités et d'intrusions de la part de la figure maternelle. D'après l'échelle Mary Main et Cassidy citée par Moss, St-Laurent, et Humber (2000), l'attachement inséure-désorganisé et contrôlant veut dire que l'enfant a des comportements conflictuels de résistance et d'opposition ou une immaturité excessive qui provoque des comportements de passivité. Ces enfants peuvent être tentés de prendre le contrôle des parents que ce soit d'une manière hostile ou coercitive ou bien de façon douce et attentionnée ; il y aura, à ce moment-là, inversement des rôles. Ces comportements conflictuels peuvent, selon nous, correspondre à la mise en place d'un système défensif. De plus, E. Moss et ses collègues (2000) ont démontré, grâce à une étude longitudinale, que les enfants inséures-ambivalents et contrôlants ont beaucoup plus de risque de manifester un seuil clinique de problèmes extériorisés<sup>41</sup> à l'âge de six ans. Ils ont à l'âge de huit ans des signes d'émergence de problématiques intériorisées<sup>42</sup>. Pour Moss et ses

---

<sup>40</sup> Université du Québec à Montréal.

<sup>41</sup> Les problèmes de comportements extériorisés sont, en général, des problèmes de délinquance et des problèmes d'agressivité.

<sup>42</sup> Les problèmes de comportements intériorisés sont, en général, des problèmes de retrait, de somatisation et d'anxiété/dépression.

collègues (2000): « les ressources attentionnelles, émotionnelles et cognitives requises pour le maintien d'une relation de renversement de rôles avec le parent sont considérables, et elles laissent donc peu d'espace mental au jeune pour faire face aux exigences grandissantes liées à l'apprentissage et à l'exploration dans le milieu élargi de l'école et des pairs. (p.179) ». Selon le psychanalyste Peter Fonagy (2004), les enfants qui ont un attachement insécuré ont un style différent de traitement des informations. Ces enfants sont, en général, sur la défensive, ils sont évitants ou ambivalents avec une hypervigilance affective. D'après cet auteur, les enfants de parents borderline<sup>43</sup> (les personnes borderline ont beaucoup de caractéristiques en commun avec les personnes dépressives) ont un attachement évitant-ambivalent et se transforment en adolescents difficiles à aider, car ils ne croient pas en l'affection ni en leur capacité d'acquérir des connaissances.

Par comparaison, pour Fonagy (2004), les enfants, qui ont un attachement sécurisé, traitent les informations provenant des interactions avec le monde extérieur de manière plus appropriée, c'est-à-dire en fonction des besoins du moment, soit de manière affective soit de manière cognitive. Selon Montagner (1999) qui se réfère aux recherches de John Bowlby, l'enfant se construit et intériorise un schéma qu'il va généraliser envers son environnement sur le modèle qu'il aura intégré dans ses interactions primaires avec sa mère. Ainsi, les

---

<sup>43</sup> Les personnes atteintes du trouble appelé « Border line », selon le DSM IV-TR (2003), ont, en général, des problèmes d'instabilité dans leurs relations interpersonnelles et dans leur image de soi. Elles ont tendance à avoir des affects marqués par une impulsivité importante qui peut apparaître au début de l'âge adulte. Elles ont souvent besoin de faire des efforts effrénés pour éviter les abandons imaginés ou réels puisque leurs relations interpersonnelles ont tendance à être instables et intenses. Elles sont, généralement, caractérisées par des positions extrêmes d'idéalisation ou de dévaluations excessives. Elles présentent de fortes dispositions à l'instabilité avec des perturbations de l'identité notamment sur le plan de l'image de soi ou de la notion de soi. Elles sont évaluées impulsives dans, au minimum, deux des types de comportements suivants : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie. De plus, elles peuvent avoir des comportements à répétition, des gestes ou des menaces suicidaires ou d'automutilation. Elles sont souvent remarquées par une réactivité affective marquée par l'instabilité de l'humeur. Elles peuvent avoir une dysphorie épisodique intense, une irritabilité ou une anxiété durant quelques heures mais rarement de plusieurs jours. Elles ont aussi tendance à ressentir des moments de vide chroniques. Elles éprouvent régulièrement de la colère ou se battent souvent. Lorsqu'elles sont stressées, elles ont une idée de persécution ou des symptômes dissociatifs sévères dans leurs échanges de communication ou leur symbolisation. Les personnalités de type Border line ont tendance aux passages à l'acte, à avoir des épisodes de dépressions majeures mais aussi à s'adonner à l'alcoolisme, la toxicomanie ainsi qu'à des tentatives de suicide. Le diagnostic se révèle le plus souvent vers la trentaine lors d'un bouleversement affectif ou professionnel.

premières relations avec la mère qui représente la première figure d'attachement vont constituer le schéma primaire ou « pattern ».

Pour John Bowlby (1954), les effets de la carence partielle en soins maternels chez l'enfant sont constitués par « une grande anxiété, un besoin excessif d'affection et de puissants désirs de vengeance, source à leur tour de sentiment de culpabilité et d'états dépressifs (p.12). ». L'enfant qui se retrouve en proie aux angoisses liées à la dépression de sa mère ressent des émotions et des impulsions trop violentes pour lui. Celui-ci va être atteint de troubles de la structure psychique qui finiront par provoquer des symptômes névrotiques et une instabilité de caractère. Selon Bowlby (1954), la carence totale de soins maternels peut donner naissance à l'impossibilité définitive de créer des liens affectifs avec d'autres personnes. Pour Cicchetti, Rogosch, Lynch et Holt, (1993) les enfants maltraités indiquent des comportements de désadaptation comme une agressivité plus importante et sont plus repliés sur eux-mêmes que les autres enfants.

Pour Winnicott (1952), certaines mères dépressives peuvent avoir des comportements incohérents pour l'enfant et être instables dans les soins qu'elles lui apportent. Elles provoquent de cette manière une angoisse pathologique chez leur nourrisson. Pour Winnicott (1952), cette angoisse constitue *l'angoisse d'annihilation* et elle est caractérisée par un affaiblissement du Moi de l'enfant ce qui amène une souffrance psychotique. Pour Odile Bourguignon (1984), les interactions familiales passées et présentes détiennent une telle puissance qu'elles peuvent conduire aux décès des enfants. Cette mort peut arriver du fait que l'individu présentera soit des comportements de prise de risque, une vulnérabilité psychique, une absence de protection de soi ou bien soit encore celui-ci sera atteint de désordres mentaux graves. Ces attitudes se concrétisent, pour certains, dès le plus jeune âge, mais surviennent surtout à l'adolescence et à l'âge adulte. D'après Dejours (1986), les individus qui sont en

difficulté quant à leur solidité mentale doivent mobiliser toute leur énergie pour se défendre mentalement et, par voie de conséquence, n'en disposent plus pour des activités sociales positives.

Pour Montagner (1999), lorsque la mère est efficace, ce modèle pour l'enfant sera sécurisant et flexible. L'enfant va développer une confiance en l'environnement. Il sera capable de faire preuve d'anticipation des événements et sera apte de se protéger efficacement contre des périls éventuels, que ce soit dans son environnement habituel ou dans un nouveau milieu. Dans le cas où l'environnement originel ne répondrait pas de façon adéquate, l'enfant développe une méfiance vis-à-vis de la figure d'attachement. Il va penser qu'il n'est pas digne d'obtenir les soins qui lui sont dus. Les relations que vont engendrer ces expériences relationnelles seront de type angoissé, c'est-à-dire moins sécurisantes et plus rigides. Par ailleurs, toujours selon Montagner (1999), qui se réfère cette fois-ci à Marie Main, les enfants qui ont établi un attachement solide avec leur mère ont des comportements plus flexibles que les autres enfants. Ils ont une grande diversité de réponses dans de nombreuses situations. Ils sont capables d'avoir de nouvelles stratégies et sont aussi capables de s'ajuster dans des situations où ils côtoient des personnes qui leur sont étrangères.

Pour les médecins Gabriel Levi, Anna Fabrizi et la thérapeute Lucia Diomede (1995) qui se réfèrent à des tenants autant de la psychanalyse que de la théorie cognitivo-affectivo-sociale du développement de l'enfant, les enfants soumis à des distorsions dans leurs premières relations objectales tendront à avoir des troubles dans les processus d'échanges-communication-symbolisation. La dissonance dans la relation mère-enfant s'installe en spirale et aura tendance à s'aggraver au fur et à mesure du développement de l'enfant.

Boimare (1999) indique aussi que : « si l'enfant a été soumis, dès les premières semaines de son existence, à un cadre de vie insécurisant, marqué par la désorganisation et la



dispersion (p.17) », cela constituera la première des causes des difficultés sévères d'apprentissage scolaire, vu que l'enfant aura organisé des défenses qui vont empêcher l'exercice de la pensée. Le moment de l'apprentissage, et, donc, de l'exercice de la pensée, est un espace où le doute et la recherche sont indispensables. Plus précisément, d'après Boimare (1999), en cas de défaillance éducative précoce, les situations d'apprentissages vont se transformer en un espace non conscient de malaises, de peurs, souvent infantiles, voire archaïques.

Par ailleurs, Jacqueline Lanouzière<sup>44</sup> (1991) explique qu'elle a découvert que certains de ses patients adultes qui avaient vécu dans leur enfance en contact avec une mère dépressive avaient une hypervigilance visuelle et une extrême sensibilité à l'égard de ses propres états affectifs. Selon cette clinicienne, la dépression de leur mère était issue soit de la perte d'objet, comme le décès d'un enfant ou d'un parent proche, soit d'une séparation douloureuse. Dans ces cas-là, les adultes en psychanalyse ont démontré des capacités d'observation et une aptitude sensorielle à percevoir tout ce qui touchait à la personne de la thérapeute. Observation qu'elle interprète comme étant à la fois de la vigilance inquiète et de la sollicitude. Elle fait le lien entre ces comportements d'observation d'elle-même par ses patients et celui des enfants vis-à-vis de leur mère. Lanouzière (1991) développe cela en indiquant que le surinvestissement visuel des enfants a deux fonctions, l'une est « défensive » et l'autre est « thérapeutique ». Les deux sont « directement associées à la présence d'une dépression maternelle (p.42) ». Pour cette auteure (1991) qui se réfère à Winnicott, il y a ceux qui renoncent, qui se détournent du visage maternel et vont suivre ainsi leur mère dans la dépression, et ceux qui scrutent le visage de leur mère afin de lire les variations de son humeur. Ces bébés cherchent aussi à obtenir la restauration ou l'instauration de bonnes

---

<sup>44</sup> Professeure de psychopathologie à l'Université de Paris-Nord.

relations avec la mère c'est-à-dire qu'ils optent pour une sorte de *sollicitude thérapeutique* afin de tenter de réparer la mère défaillante.

Selon Alice Miller (1983), certains enfants de mères dont l'équilibre émotionnel est peu sûr vont, paradoxalement, développer une aptitude à comprendre les besoins narcissiques de leur mère afin d'obtenir leur amour en devenant la mère de leur mère. Ils seront leur confident, leur consolateur, leur conseiller ou leur soutien. Ils développeront ainsi des troubles narcissiques, car ils vont être dans l'impossibilité de vivre consciemment leurs propres sentiments, de peur de blesser leur mère ou de l'insécuriser. De cette façon, pour Miller qui se réfère à Winnicott, l'enfant va refouler<sup>45</sup> ses sentiments pour pouvoir s'adapter aux besoins inconscients de la mère et développera une personnalité fictive ou un faux Soi. Il entrera dans un état de non-communication avec son vrai Soi. Pour Lebovici (1970), l'enfant qui vit avec une mère dépressive va le ressentir. Il va faire comme s'il allait bien, même si ce n'est pas vraiment le cas. Le bébé apprend alors à considérer la moindre crispation et fait taire ses propres besoins. Il adopte le retrait comme système de défense nous dit Winnicott (1975) sinon c'est « ce qu'il y a de central (Moi central ou authentique) dans le Moi qui serait atteint (p.156). »

Après avoir positionné le problème de l'organisation du travail de soins de la mère dépressive. Nous nous questionnerons maintenant quant à savoir si le contexte social actuel est favorable à la maternité et, par voie de conséquence, si celui-ci est propice à une socialisation harmonieuse des enfants.

---

<sup>45</sup> Pour Serge Lebovici et Serge Stoléru (2003) : « Le travail de refoulement coïncide avec la dénégation de ce qu'on rejette de soi pour faire coïncider la réalité extérieure de l'intérieur de l'espace psychique avec l'autre réalité extérieure, celle dite objective (p.37) ».



### **3.3 Le contexte social actuel de la maternité**

Le moment de la maternité est une période de fragilité pour la femme qui remet en question son identité. Loin d'être une occasion d'intégration dans la société, cette étape sera plutôt celle de l'exclusion de la mère de la vie sociale hormis celle qu'elle développe éventuellement avec d'autres jeunes mamans. Les troubles dépressifs de la maternité sont d'autant plus importants qu'ils ne sont, la plupart du temps, pas encadrés par les institutions, ni même identifiés comme un problème social ; nous pouvons même dire qu'ils ne sont pas reconnus par la communauté, ou bien sont perçus négativement, la maternité devant toujours être regardée par la société comme un moment d'épanouissement et non comme un effondrement ou un changement de l'identité de la future mère. Voyons maintenant si le contexte actuel de la société est favorable à la maternité et à la famille.

#### **3.3.1 Notre société hypermoderne appliquée à la maternité et à la famille : une misère « symbolique » ?**

En 1979, Kaplan trouvait paradoxal qu'au moment où l'on découvre que l'attachement du petit d'homme vis-à-vis de sa mère a une importance vitale pour le développement futur de l'adulte, on constate que « les forces sociales modernes conspirent pour interrompre le dialogue originel entre la mère et l'enfant, dialogue qui est le garant de notre humanité (p.27) ». Ainsi, selon lui, cette façon de penser viendrait du fait que la société postmoderne a récemment fait croire aux femmes que rester à la maison pour élever leurs enfants était un comportement de soumission ou une défaite face à des valeurs sociales sexistes qui voudraient les confiner chez elles. Pour Kaplan (1979), « la mère moderne est privée de l'expérience légitime de la maternité (p.27) ». En effet, selon cet auteur, les forces sociales qui se voulaient libératrices de l'esprit humain en serait venues à dénigrer le biologique qui serait maintenant considéré comme une entrave au développement de la personne et de sa carrière. Du point de vue du contexte social actuel, d'après Kaplan (1979), « la maternité est entrée en conflit avec notre mentalité postindustrielle, une mentalité qui situe l'activité

essentielle d'une personne à l'extérieur de chez elle, et par conséquent remet en question la possibilité de s'épanouir à travers la maternité (p.26) ». De plus, la journaliste féministe Nathalie Collard (2007)<sup>46</sup> nous indique dans son article intitulé : *Conjuguer la femme et la mère n'est pas une mince affaire ! Depuis la sortie de cet essai, un nouveau débat prend forme...* qu'« il existe actuellement une compétition malsaine entre les femmes qui travaillent et celles qui font le choix de rester à la maison pour s'occuper de leurs enfants. Les secondes sont souvent méprisées par les premières (p.1) ».

Pour le philosophe Bernard Stiegler<sup>47</sup> (2004), la société postmoderne devenue « hyperindustrielle » se caractérise par le contrôle social des individualités afin de transformer les comportements individuels en comportements grégaires. Plus encore, dans son article au journal, *Le monde* (juin 2004), Stiegler dénonce l'économie industrielle qui tente de canaliser et de transformer les énergies libidinales en énergies de consommation. Selon Xavier Molénat (2003), le couple et la maternité n'échappent pas aux modèles de conduite sociétale c'est-à-dire que, selon lui, de plus en plus de personnes ont tendance à être dépossédées du sens de leur activité au profit des notions d'urgence et d'immédiateté, et cela, afin de satisfaire l'économie de la société « hypermoderne ». C'est ce que Stiegler (2004), appelle *la misère symbolique* ; celle-ci se révèle lorsque les individus ont canalisé leur énergie libidinale vers les seuls objets de consommation.

<sup>46</sup> Éditorialiste au journal *La presse* depuis l'année 2005, Nathalie Collard a participé à l'élaboration de nombreux magazines tels que : *Elle Québec*, *Châtelaine*, *Info Presse*, *Commerce* et l'hebdomadaire *Voir*. Ses sujets d'intérêts sont les questions sociales touchant la famille et plus particulièrement la vie des femmes.

<sup>47</sup> Bernard Stiegler est aussi docteur de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. Après avoir été directeur de programme au Collège international de philosophie, il est actuellement le directeur de l'institut de recherche et d'innovation (IRI). Il fut également directeur et fondateur de l'unité de recherche Connaissance, Organisation et Systèmes Techniques. Il a écrit plusieurs livres dont l'un est intitulé : *La valeur esprit contre le populisme industriel* (publié en 2006).

### **3.3.2 Dépendance au travail public et rejet du travail de soins privé : une possibilité de découvrir une dépression-post-partum cachée ou ignorée... Une analyse du discours de mères interviewées par le magazine *Elle Québec*.**

Nous allons tenter d'illustrer par des témoignages le fait que certaines personnes ont entamé leur entrée dans l'airé hypermoderne et sont marquées par les exigences des normes sociales de rentabilité insufflées par le collectif. Ainsi, selon nous, dans notre contexte de société hyperindustrielle, l'alternative que la société propose aux jeunes femmes devenues mères est soit d'envisager le sort de la maternité comme non enviable et non épanouissant pour elles, ou soit de se considérer comme un objet produit de la société de la consommation qui leur dicte quoi faire, comment paraître, quoi penser, comment vivre, etc. Dans cette situation, la jeune mère dépressive qui est en mal d'exister et qui a des difficultés à s'insérer dans la société et qui, de plus, connaît une phase de remise en question de son identité, fait figure d'être différente, ou pire, est vue comme inutile, étant donné, qu'elle peut être considérée comme improductive socialement et industriellement.

Les effets de cette mentalité postindustrielle ou Hyperindustrielle que nous pouvons appeler *mentalité à tendance dépressive*, nous pouvons, semble-t-il, les décrire par le témoignage de Jocelyne, lors de l'enquête de Marlène Hyppia pour le magazine *Elle Québec* du mois de mai 2003, et lorsqu'elle dit : « Etre mère à la maison, c'est se sentir exclue de la société active [...], moi, j'ai l'impression de revenir à l'âge de pierre. Non seulement, j'ai écopé des soins du bébé [...] je suis devenue financièrement dépendante. Quand, depuis vingt ans, tu gagnes ta vie et tu disposes de ton argent comme bon te semble, la chute fait mal (p.108). » Ou celui de Zelda Grimshasw qui dit : « Quand je suis devenue mère à 35 ans, je me suis sentie flouée. Du jour au lendemain, j'ai perdu mon statut de personne indépendante, pire d'égale. J'étais fâchée, enragée, pour être précise. Au lieu d'éprouver bonheur et plénitude, je ressentais ennui, frustration et solitude. J'étais épuisée constamment au bord de la crise de nerfs (p.105) ». Ou bien encore celui de cette mère célibataire de 32 ans qui

déclare : « Oui, je préfère travailler à l'extérieur et envoyer ma fille à la garderie. Je serais incapable de m'occuper d'elle toute la journée. Je crois que je deviendrais folle ! [...] je ne sais pas si je dois admirer ou plaindre les femmes qui restent à la maison (p.108) ». En écoutant le discours de ces mères qui parlent de sentiment : « d'être flouées, d'être exclues, d'ennui, de frustration, de solitude, de colère, d'être fâchées, d'être enragées, d'être épuisées, d'être incapables, de devenir folles, d'être au bord de la crise de nerfs », nous sommes porté à dire que ces mères pourraient cacher ou ignorer une dépression post-partum. En effet, Hopkins (1984) et O'Hara (1988), rapportés par le dictionnaire international de psychanalyse (2002), estiment que les mères dépressives lors du post-partum ont tendance à ressentir une absence d'aide et d'espoir. Elles peuvent aussi avoir le sentiment d'être prises au piège et à avoir tendance à devoir fuir à tout prix. Ceci pourrait être confirmé par les recherches sur les mères dépressives qui ont été faites en milieu familial par Lowenstein et Field (1990) et qui révèlent que les mères irritées et importunes passaient plus de temps hors de la pièce dans laquelle se trouve l'enfant que les mères non déprimées ou les mères renfermées et déprimées. Cette tendance pourrait être expliquée par Lanouzière (1991) pour qui : « Certaines mères se plaignent et se sentent mal à l'aise devant l'acuité visuelle de leur bébé qu'elles vivent comme une intrusion voire même une inquisition (p.38) ». Nous pouvons compléter cela en disant que ces mères peuvent aussi considérer les pleurs, les cris et les demandes de soins ou de prise en charge des enfants, voire leurs maladies comme du harcèlement psychologique ou comme de la psychoterreur<sup>48</sup> ; et cela, du fait que l'enfant pourrait les déranger dans leurs préoccupations existentielles, mais aussi en ce que le « harcèlement » du nourrisson pourrait n'être que le reflet de leur tendance projective quant à leurs problématiques personnelles.

---

<sup>48</sup> Ce terme de psychoterreur provient de l'article de Christian Genest, Chantal Leclerc et Marie-France Maranda (2005) dont la définition est : une forme de terrorisme psychologique qui se manifeste par l'enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles, exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible) au travail... Pris isolément, ces propos et agissements peuvent sembler anodins, mais leur répétition constante a des effets pernicieux. (p. 26-27).

De plus, suivant le discours des femmes, citées dans le magazine *Elle Québec*, et en conformité avec les explications des psychologues<sup>49</sup> Sylvie Esparbès-Pistre et Pierre Tap (2005), nous pouvons constater que leur position concernant le travail s'inscrit dans une stratégie identitaire leur permettant de faire des projets, de se positionner socialement et d'obtenir du coping. Lipianski, tels que l'indiquent Esparbès-Pistre et Tap (2005), estime que les personnes qui, lorsqu'elles sont sorties de leur contexte de travail n'arrivent pas à assumer psychiquement leur activité privées, plus précisément, lorsque celles-ci y vivent des sentiments d'insécurité et d'exclusion, cela tend à démontrer que ces personnes développent une dynamique identitaire basée sur un fort besoin de reconnaissance sociale. En effet, madame Grimshaw dit : « Fini l'appui moral des pairs, l'encouragement, la reconnaissance qui faisaient partie de mon ancienne vie. Me voilà réduite à accomplir des tâches ennuyeuses et routinières non valorisantes ni valorisées du reste. Je n'ai jamais travaillé aussi fort...sans être payée ! (p.106) ». Ainsi, si l'on se réfère à Esparbès et Tap (2005), pour les personnes dépendantes comme cela nous semble être le cas pour ces femmes citées dans *Elle Québec*, le travail pourrait être un moyen de défense ou de promotion de soi qui permettrait de se personnaliser ou de se repersonnaliser à l'aide d'une quête de pouvoir ou bien d'une recherche de sens, de signification, d'autonomie et de réalisation de soi. Ce moyen de défense qu'est la dépendance au travail pourrait également, selon nous, révéler une dépression puisque, pour Miller (1996), la dépression peut aussi s'exprimer sous un aspect social qu'est un groupe et que celui-ci peut devenir une « drogue » qui offre, grâce à l'étayage des membres du groupe, la possibilité d'entretenir l'illusion que le travail apporte à la personne la satisfaction de ses vrais besoins. En outre, le dictionnaire international de psychanalyse (2002) indique que, pour Bowlby, il peut y avoir une dépendance non résolue au travail, comme pourrait l'indiquer le comportement des femmes invoquées dans le magazine *Elle*

---

<sup>49</sup> Professeurs de psychologie sociale du développement et de la santé de l'Université de Toulouse II en France.

Québec et qui ressemble, toujours selon Bowlby, à un comportement d'attachement exacerbé et à un agrippement aux objets en lien avec le travail. De plus, il est possible, si l'on se réfère à Hopkins et à O'Hara indiqués dans le dictionnaire international de psychanalyse (2002), qu'il y ait des failles dans leur processus précoce d'intériorisation et dans leur narcissisme du fait que ces personnes recherchent des apports extérieurs dans l'intention de trouver un équilibre qu'elles ne trouvent pas sur le plan de leurs ressources internes. Elles ne peuvent, selon nous, assumer leur maternité. Elles sombrent dans une dépression et retournent au travail et à la société de consommation afin de fuir une réalité angoissante. L'hypothèse de Winnicott (1992) est que certaines mères ont peur que la *préoccupation maternelle primaire*<sup>50</sup> ne les transforme en légumineuse. Selon ce pédiatre : « Bien des femmes redoutent cet état et pensent qu'il va les transformer en légumes ; par conséquent, elles s'accrochent aux vestiges d'une carrière qu'elles considèrent comme si leur vie était en jeu et ne s'abandonnent jamais, même temporairement, à une implication totale (p.131) ». Elles retournent ainsi à la société de consommation de notre ère hyperindustrielle. Ère hyperindustrielle que nous tenterons d'expliquer un peu plus tard dans ce chapitre.

Pour le psychologue du travail Jean-Claude Valette (2005), souvent l'adulte qui souffre d'une névrose existentielle c'est-à-dire d'un état d'incomplétude composé d'angoisse et de frustration cherche à le réduire par divers moyens, dont le travail. Travail qui, selon cet auteur, devrait normalement faire baisser les tensions de l'individu et l'amener à la sublimation. Pour Dejours (2003) de nombreux individus sont sortis meurtris de leur enfance et ont une identité incertaine. Selon cet auteur, pour ces personnes, le travail peut être une

---

<sup>50</sup> *La préoccupation maternelle primaire* selon Winnicott (1956a) : c'est l'état de la mère pendant la grossesse et quelques semaines après la naissance. C'est l'équivalent d'un état de repli, de dissociation, de fugue vis-à-vis de la réalité et qui peut ressembler à un épisode schizoïde. C'est une sorte d'hyper sensibilité quasi pathologique. Une femme en bonne santé physique et mentale peut à la fois atteindre cet état et l'abandonner quelques semaines après la naissance de l'enfant (état dont elle ne se souviendra pas). La préoccupation maternelle primaire fournit à l'enfant les conditions nécessaires à son développement. Il y a une sorte d'adéquation totale entre la mère et son bébé. Ce dernier n'éprouve aucun danger, aucune menace et peut s'investir en lui-même sans problème.



seconde chance de pouvoir obtenir la reconnaissance (amour) qu'ils n'ont pas eue dans leur enfance. Cette rétribution symbolique qu'est la reconnaissance constitue un atout majeur dans le travail, car cela permettrait de transformer la souffrance en plaisir et notamment chez les individus qui vivent une détresse psychologique primaire. Le travail pourrait accroître la stabilité de leur identité. En effet, pour cet auteur, l'accomplissement de Soi entre dans deux domaines qui sont : l'amour et le travail. Et comme pour Dejours (2003) beaucoup d'hommes et de femmes sont en souffrance dans leur vie amoureuse, du fait qu'elle est peu satisfaisante, le travail pourrait jouer le rôle de médiateur indispensable à la lutte contre la dépression et la maladie mentale. En résumé, d'après ce qui vient d'être dit, le travail pourrait se vivre, ou être considéré, soit comme une dépendance soit comme un mode de régulation positif de l'équilibre mental.

### 3.3.3 Perte des savoirs

D'un autre point de vue, il est possible que nous assistions à une certaine tendance à la « victimisation<sup>51</sup> » des femmes qui ont des enfants et qui ont perdu les savoirs ancestraux concernant les soins dus aux enfants. En effet, Jocelyne, d'après le magazine *Elle Québec*, qui est une mère à la maison de 38 ans avec un enfant de deux ans, explique qu'elle n'a reçu ni soutien, ni épaulement ni conseil de son entourage social ni de la part de sa famille. Pour elle, la transmission du savoir des mères se perd. Jocelyne, tout comme Clara citée plus haut, apprennent leur travail de mère dans les livres. Ainsi, lorsque le problème n'est pas indiqué dans le livre c'est l'angoisse totale pour Clara (2007). Pour ce qui concerne Jocelyne, elle explique que sa mère est trop âgée pour l'aider, elle ne peut pas prendre part, du fait de son absence, à la transmission de son expérience c'est-à-dire : le savoir-faire et les ficelles du métier de mère ; rien de ce qui assurerait la « durabilité des choses » comme le dirait Jean-Pierre Brun (1990) qui reprend l'expression d'Hannah Arendt.

<sup>51</sup> Josée Blanchette du magazine *Châtelaine* (2005) parle de femmes « victimes de leurs hormones maternelles ou de leur gros bon sens (p.133) ».

Il se pourrait que beaucoup de personnes, tout comme les nouvelles mères présentées dernièrement dans le magazine *Elle Québec*, aient perdu leurs savoirs traditionnels de métier. Dans le magazine *Châtelaine* (2005), les femmes parlent aussi de perte des savoirs ; la maman-à-la-maison France-Paradis s'exprime ainsi : « On a perdu tous les repères, tout l'héritage des mères au foyer, il y a eu rupture des comportements (p.138) ». Toutefois, les mères ne sont pas les seules à avoir perdu leurs savoirs. En effet, d'après Geoffrey Canada, le président du Harlem's Children's Zone, interviewé par la journaliste du journal *La presse*, Nathalie Collard (2003), de plus en plus d'hommes ne sont plus capables de prendre soin de leur famille. Ils sont, par exemple, plus sensibles que les filles à la publicité qui joue sur la peur et l'anxiété afin de faire passer leur message d'incitation à la consommation d'alcool, de tabacs et de boissons gazeuses ; ces publicités tentent aussi de développer une culture de comportements à risque voire extrême. Stiegler (2004) estime que les savoirs perdus représentaient la possibilité d'exister collectivement, tout en restant unique. Les individus sont maintenant soumis aux normes des modes promues par le marketing. Ces modes instaurées dans le quotidien vont transformer des personnes dans le sens de la satisfaction immédiate de leurs intérêts et de leurs valeurs. Cela va dans le sens de ce qui est économiquement calculable, ce qui va faire que les valeurs intrinsèques individuelles vont avoir tendance à être désingularisées et désindividuéées au profit d'une standardisation des existences.

Pour Stiegler (2004), la société est devenue hypercontrôlante jusque dans les comportements les plus intimes des personnes. Cela se fait notamment par le biais des publicités surabondantes qui ont pour objectif de convertir les comportements individuels en comportements de masse. Cela provoque, de façon inconsciente, de la frustration, du discrédit et stimule les instincts de destruction. Privés d'individualité, les êtres humains auront tendance à devenir des individus en mal d'être et en mal d'avenir et auront tendance à devenir



de plus en plus furieux de ne pas y arriver. Ce sont ces « furieux », par exemple, que l'on retrouve bien souvent dans les groupes totalitaires, terroristes ou fanatiques.

### **3.3.4 La société « hypermoderne » tendrait à menacer les capacités mentales, intellectuelles et affectives des individus**

D'après Stiegler (2004), le type d'économie postindustrielle est devenu, en fait, Hyperindustrielle, celui-ci conduirait à la misère aussi bien symbolique que libidinale et affective c'est-à-dire à la ruine du narcissisme qu'il appelle *primordial*. Pour Xavier Molénat (2003), qui se réfère au livre : *Le culte de l'urgence* de la psychologue et sociologue Nicole Aubert, les individus qui sont dits « hypermodernes » sont atteints d'un hyperfonctionnement qui les fait vouloir exister à 200 Km/h afin de se sentir vivre, et surtout, de ne pas se poser de questions. Jusqu'au jour où il y a surchauffe et que l'individu « pète les plombs » d'une part ; et d'autre part, Molénat signale qu'il existerait actuellement des phénomènes de corrosion du caractère qui corrompraient les capacités de communication avec les autres. Selon Aubert, rapporté par Xavier Molénat (2003), les modèles de conduite qui s'offrent aujourd'hui à l'individu provoqueraient des tensions. Par exemple, pour cet auteur, certains couples semblent dans l'obligation d'obéir aux injonctions à la jouissance, à l'égalité, à l'autonomie, à la conjugalité et à la réalisation de soi. De plus, d'après le psychologue Gérard Neyrant dans Molénat (2003), lorsque des enfants arrivent dans un couple, il va se créer de nouvelles tensions dans les rapports parentaux. Ces tensions se retrouvent notamment dans la dimension relationnelle et les enfants vont être soumis à des injonctions paradoxales comme être égaux aux adultes, mais dans le même temps, ils en sont dépendants. Dans ces conditions, ils doivent se montrer, à la fois, libres, responsables et créatifs, néanmoins être aussi disciplinés, obéissants et être bons élèves, diplômés et ils doivent aussi réussir aux concours et aux sélections administratives qui ont des normes très strictes, etc..

Par ailleurs, pour Dejours et ses collègues (1995), la souffrance des parents, spécialement la souffrance au travail, influence le développement psychique et affectif des enfants. Les conséquences sur le comportement des enfants sont le désinvestissement et l'échec scolaire, la délinquance et diverses pathologies. Pour ces chercheurs, la société, telle qu'elle est actuellement, est désorganisée. Nous sommes dans une société dans laquelle les adultes souffrent de la perte d'espoir de pouvoir réaliser l'accomplissement de Soi. Cette souffrance apporterait la destruction des familles. Cette destruction serait due à des désynchronisations de la communication et du fonctionnement psychique des membres de la famille. Plus particulièrement, elle est le fait que les gens soient obligés de travailler le soir, la nuit et les fins de semaine. Ces horaires atypiques de travail désorganisent complètement la vie familiale et sociale selon Paul Beaud, Marie-Claude Bruhardt, Philippe Gottraux, René Levy, Françoise Messant-Laurent (1990). Ainsi, la détérioration de la famille est teintée de divorces, de violences conjugales, de pathologies mentales et de somatisation des parents. Cette position déterministe peut sembler sévère à l'endroit du monde du travail, mais elle est abondamment démontrée et documentée par la recherche en sociologie du travail de Beaud et ses collègues (1990). De plus, nous pouvons considérer que la destruction de la famille, comme expérience sociale des enfants aura un effet sur la personnalité de ces derniers. Ceux-ci pourront avoir des difficultés cognitives et affectives, des troubles du comportement à l'école ainsi que des perturbations face aux normes sociales en vigueur.

Pour Stiegler (2004), nous sommes face à un problème de type écologique industriel qui est inquiétant, étant donné qu'il menace les capacités aussi bien mentales, intellectuelles qu'affectives et esthétiques des êtres humains et cela, au moment même où nous disposons des possibilités de destructions massives sans précédent.

Un rapprochement pourrait être effectué entre le discours des femmes citées dans le magazine *Elle Québec*, de Kaplan, de Molénat, de Stiegler, de Laverdière et de Janov avec ce que Dejours (1981) décrit de l'évolution des structures mentales d'après-guerre. En effet, pour ce psychiatre et chercheur, de plus en plus d'individus se distinguent par un inachèvement du développement psychologique de la personnalité c'est-à-dire qu'il y a une piètre intégration de la loi et une réorganisation incomplète des pulsions sous le primat du génital. Cet aménagement peut se retrouver, selon cet auteur, sous les appellations d'états limites, de névrose de caractère ou encore de névroses de comportement. Selon Dejours (1981), ces états se caractérisent dans la vie de tous les jours par une inaptitude des personnes à l'engagement personnel et aux responsabilités ainsi qu'une moindre tolérance aux situations conflictuelles ; ceci amène plus une conduite de démission que d'engagement dans la lutte. Les structures mentales dont parle Dejours (1981) représentent des personnes qui résistent faiblement aux maladies somatiques, qui ont de grandes difficultés à s'investir dans des relations affectives et professionnelles de qualité. Elles ont, de plus, une fragilité narcissique anormale ainsi qu'une véritable propension à la dépression...

Si l'on tient compte de ce que Dejours explique au sujet de l'évolution des mentalités d'après-guerre et de ce que dit l'OMS quant à l'augmentation de la dépression dans les 20 prochaines années, nous pouvons comprendre qu'il pourrait y avoir une aggravation concernant le manque d'engagement personnel et le manque de responsabilité des individus. Ces manques quant à leurs comportements se situeraient soit dans les activités sociales comme le travail ou soit dans les activités privées telles que la famille ou bien les deux. De plus, compte tenu de ce qu'avance Stiegler concernant le mode de transformation des énergies libidinales en énergies de consommation, nous pouvons appréhender que l'avenir social et, par conséquent, que le but social prôné par Mead c'est-à-dire d'améliorer la société pour un plus grand bonheur pour tous, ne soit tourné, non pas vers un bonheur libidinal, mais vers un

bonheur matérialiste qui n'est, en fait si l'on retient les critères de Stiegler, qu'une « misère symbolique ». Notre raisonnement pourrait être confirmé par les recherches de Leaf Van Boven et Gilovich Thomas (2003) qui expliquent que, sur les 12 000 répondants américains de leur enquête, ceux-ci se sont exprimés majoritairement dans le sens suivant : ce sont leurs expériences de vie qui les ont le plus rendus heureux plutôt que la possession de biens matériels. Ces expériences de vie font maintenant partie significativement de leur identité et contribuent davantage à leur succès relationnel. Ces expériences de vie peuvent, de plus, être réinterprétées positivement même si elles ont été négatives alors que les biens matériels ne sont que des possessions extérieures dont on n'a pas forcément envie de parler.

Les structures mentales de nombreux individus hypermodernes semblent avoir été générées par le modèle social d'après-guerre. Le modèle social « Hypermoderne » pourrait amplifier le modèle d'après-guerre vers de plus en plus de problèmes d'ordre libidinaux tels que les problèmes dépressifs. Nous considérons que la dépression de la mère va se transmettre à ses enfants tout en l'amplifiant sous diverses formes de systèmes défensifs comme nous tenterons de l'expliquer dans le prochain chapitre. Nous sommes tenté de dire, dès à présent, et à la lecture des écrits des auteurs cités plus haut, que notre société hypermoderne pourrait corroder le comportement de bons nombres de personnes que ce soit dans leur vie privée ou sociale telles que le travail. De plus, nous pouvons indiquer que le contexte sociétal hyperindustriel pourrait introduire la notion de dépendance au travail<sup>52</sup> ce qui nuirait aux activités privées telles que la famille, et plus précisément, cela induirait la défection des activités liées au travail parental avec la perte des savoir-faire s'y rapportant.

---

<sup>52</sup> Selon le PAMBA (le Programme d'Aide aux Membres du Barreau du Québec : « La dépendance au travail peut être aussi perturbatrice qu'une dépendance à l'alcool ou aux drogues [...] Trop travailler, tout comme faire abus d'alcool, peut masquer de sérieux problèmes psychologiques et entraver la santé physique de même que les relations personnelles. Plus précisément, les personnes dépendantes du travail ne peuvent pas se sentir en vie en dehors du travail. « Ils ont tendance à souffrir d'un tas de malaises tels que l'anxiété, la dépression et les problèmes de nature gastro-intestinale ». Les personnes dépendantes du travail ne sont pas capables d'avoir une vie personnelle et sociale valorisante. Les personnes dépendantes au travail n'accordent ni temps, ni d'intérêts à leur famille.

De plus, si nous estimons, et ainsi que le pense Dejours, que le travail permet à de nombreuses personnes de rejouer une socialisation ratée, cela peut, selon nous, ne provenir que d'une pathologie de la personnalité ; ce qui pourrait entraîner une dépendance pathologique au travail. Nous voulons dire par là que la personne pourrait devenir dépendante de la reconnaissance sociale et de l'étayage des pairs et de la hiérarchie. Toutes autres activités devenant angoissantes. De cette façon, nous pouvons aussi penser que la manière d'être au travail pourrait se refléter dans la manière d'être en famille. La famille pouvant se transformer ainsi en un lieu tourné vers l'économie de consommation au détriment des valeurs libidinales de type freudienne. Nous pouvons également souligner que les personnes qui sont dépendantes du travail sont des gens qui ont tendance à négliger leur vie de famille ce qui peut entraîner un fort taux de divorce dû à un climat malsain et à de fréquentes disputes. Plus précisément, Capaldi et Patterson cités par Francine Cyr et Geneviève Carobene (2004) indiquent : « Les parents déprimés, anxieux ou qui ont des personnalités antisociales seraient plus susceptibles de divorcer, de connaître plusieurs transitions familiales, d'être des parents peu adéquats et d'avoir du mal à s'adapter aux stress associés aux divorces et aux diverses transitions familiales (p.13) ». Peut-être pourrions-nous voir là, encore une fois, une possible origine de l'augmentation du nombre des divorces et de l'accroissement des familles monoparentales.... Ce type de famille et ses conséquences sur les enfants, nous l'aborderons dans le thème suivant.

Pour ce qui concerne la dépression qui devrait augmenter, si l'on se réfère à l'OMS, nous pouvons supposer que la dépression des femmes va d'autant plus augmentée du fait que la dépression touche beaucoup plus les femmes que les hommes ; et comme toute femme est une mère potentielle... Ces mères potentielles seront d'autant plus des mères monoparentales si l'on se fit aux statistiques qui indiquent une augmentation considérable du nombre des

mères monoparentales. Celles-ci, comme nous l'avons déjà dit plus haut, ont trois fois plus de risque d'être dépressives que les mères mariées, et c'est dans ce contexte familial monoparental que tend à sévir le plus grand nombre de problèmes de conduites déviantes chez les enfants (alcool, drogue, décrochage scolaire, délinquance...) comme va le révéler notre recension des écrits sur le sujet.

### **3.4 Les mères monoparentales, un phénomène de société en expansion**

Il ne s'agit pas de faire ici la critique de la monoparentalité, mais de faire un constat social. Les éléments concernant la monoparentalité, notamment celle féminine, n'ont pas valeur de généralisation, mais tentent de montrer qu'il existe une zone sociale à risque pour l'enfant. En effet, si l'on se réfère à Richard Cloutier, Catherine Bissonnette, Josiane Oullette-Laberge et Marilyne Plourde (2004) de nombreux enfants (les deux tiers pour être plus précis) se développent dans les familles monoparentales sans problèmes significatifs. Pour Francine Cyr et Geneviève Carobene (2004) qui se réfèrent à Sanley et Fincham, la grande majorité des enfants vivant dans des familles séparées ne manifestent pas de difficultés sévères. Cependant, selon ces auteurs, ces enfants ont plus de potentialités de rencontrer des difficultés que les enfants des familles intactes. Plus précisément, les enfants de familles monoparentales auront deux à trois fois plus de possibilités de rencontrer des problèmes que les enfants des familles intactes. Ainsi, pour Cloutier et ses collègues (2004), la monoparentalité constitue un désavantage certain pour les enfants.

Le thème de la monoparentalité sera subdivisé en deux parties pour ce qui suit. Dans la première partie, nous donnerons des chiffres afin tenter de faire la balance de la question et dans la deuxième partie, nous parlerons de l'incidence que peut avoir la monoparentalité sur le développement et l'avenir social de l'enfant.

#### **3.4.1 Quelques chiffres**

Selon le psychologue français Poussin (1993), l'accroissement des familles monoparentales est constant et est devenu l'un des principaux symptômes de dysfonctionnement du milieu familial. Dans la France de 1990, une famille sur huit est monoparentale avec la mère à 90% comme chef de famille, soit un enfant sur dix vit dans une famille monoparentale. Ainsi, les familles monoparentales sont passées de 655 000 en 1968 à 1,084 million en 1995 dont 860 000 ont des mères comme chef de famille. 30% de ces mères vivent sous le seuil de la pauvreté<sup>53</sup> et 75% de ces foyers monoparentaux proviennent des foyers divorcés ou séparés de fait. D'après les données françaises de l'INSEE, dans les années 1985-1986, lors des divorces, 79,9% des enfants sont confiés à la mère, 11,3% sont confiés au père. Le Camus (1999) qui se réfère au rapport Bruel<sup>54</sup> indique qu'en 1995, c'est 95% des enfants qui ont été confiés à la mère lors des divorces.

D'après les chercheurs Annie Devault et Camil Bouchard (1996), les familles monoparentales (dont la très grande majorité est dirigée par la mère) représentaient, en 1971, 9% des familles canadiennes et, en 1991, 13%, soit une augmentation de 4% en 20 ans. La proportion des familles monoparentales canadienne a atteint 15,7% en 2001 précise André Boisclair (2005) qui se réfère aux statistiques du Ministère de la justice. Le nombre de ces familles a pratiquement triplé passant de 476 000 en 1971 ; à 1 332 300 en 2001 dont 81% ont une mère comme chef de famille. En 2001, selon le conseil canadien de développement social (2007), le pourcentage de familles monoparentales dont la mère est le chef de famille est de 12,7% du total des familles canadiennes et les familles monoparentales dont le père est chef de famille est de 2,7%.

---

<sup>53</sup> Selon Le Camus (2000), au Royaume-Uni, en 1995, 60 % des mères monoparentales vivent sous le seuil de la pauvreté alors qu'aux États-Unis, elles ne le sont qu'à la hauteur de 50 %.

<sup>54</sup> Rapport présenté en 1997 au ministère français de l'emploi et de la solidarité au nom du groupe de travail « Paternité » dont le titre est : *Un avenir pour la paternité ? Jalons pour une politique de la paternité.*

Sylvie Drapeau, Marie-Hélène Gagné et Rosalie Hénault (2004) précisent qu'au Québec c'est 20,3% des familles qui sont monoparentales. Si l'on se réfère à Cyr et Carobene (2004), entre les années 1970 et 1990, 75% des enfants étaient confiés par les tribunaux du divorce exclusivement à la garde de la mère et les 25% restants étaient réparties pour moitié-moitié entre la garde exclusive au père et la garde partagée, soit 12,5% des enfants ont été confiés aux pères. Depuis les années 1990 et jusqu'en 2000, les statistiques font état du fait que plus du tiers des enfants sont maintenant confiés à la garde partagée. Cependant, selon Cyr et Carobene (2004), qui se réfèrent à Statistiques Canada, le Québec a comme particularité le fait que 60% des enfants sont nés hors mariage ; et lors d'une séparation (qui se passe hors jugement de divorce), la majorité des enfants sont confiés à la mère. Du fait de l'augmentation<sup>55</sup> récente ainsi que du petit nombre de familles monoparentales dont le père est chef de famille il n'y a que très peu, voire pas de recherche sur le sujet. Pour cette raison, nous ne tenterons pas de faire la comparaison entre les familles de mères monoparentales et les familles de pères monoparentaux. Ainsi, dans la seconde partie de notre thème sur la monoparentalité nous parlerons uniquement des incidences de la monoparentalité féminines sur le développement des enfants.

#### **3.4.2 La monoparentalité de la mère n'est pas sans incidence sur le développement des enfants**

Selon l'article paru le 24 janvier 2003 sur le site Internet *Yahoo* intitulé : *Les enfants de familles monoparentales seraient psychologiquement plus fragiles*, le journal *The Lancet* de Londres révèle qu'une recherche faite en Angleterre démontre que les enfants de famille monoparentale ont tendance à être plus fragiles psychologiquement que les enfants de familles intactes. En effet, cette importante étude longitudinale porte sur un million d'enfants

<sup>55</sup> 49% d'augmentation selon le conseil canadien de développement social (2007) qui se réfère aux données statistiques du recensement de 2001. Les familles monoparentales dont le chef de famille est le père sont passées de 165 240 à 245 835 entre 1991 et 2001 alors que le nombre de famille monoparentale n'a augmenté que de 35%. Toujours, d'après le conseil canadien de développement social (2007), les mères monoparentales sont passées de 788 395 à 1 065 360.



de six à dix-huit ans suivis pendant dix ans et elle explique que les enfants qui vivent avec un seul parent, que ce soit le père ou la mère, ont deux fois plus de risques que les autres enfants d'être atteints par une maladie mentale telle que la schizophrénie ou la dépression sévère. Ils ont plus tendance à se suicider et à avoir des conduites addictives relatives à l'alcool. De plus, ces enfants sont plus toxicomanes que les enfants de famille biparentale. Les filles sont deux fois plus nombreuses à consommer de la drogue et le nombre de garçons qui en prends est quatre fois supérieurs aux garçons des familles biparentales.

En 1987, les chercheurs de l'équipe française conduite par Le Camus ont étudié des bébés de 17 à 21 mois et de 25 à 29 mois. Cette recherche a comparé des enfants qui vivent dans des familles monoparentales (dont la mère est la chef de famille) à des enfants vivant dans des familles composées de deux personnes (élevés aussi bien par la mère que le père biologique). Les conclusions de cette recherche ont souligné que les enfants provenant de familles monoparentales dont une femme était chef de famille ont plus tendance à être immobiles, à avoir un pattern d'attachement de nature archaïque comme regarder, sourire, se rapprocher, proposer et avaient un modèle de sociabilité horizontal peu élaboré tel que regarder, sourire, imiter ou partager une activité de jeu. Les enfants issus des familles biparentées dégageaient plus une tendance à la mobilité, à avoir un pattern d'attachement plus mature comme demander une intervention ou partager une activité et avaient un modèle de sociabilité plutôt élaboré tel que refuser de donner un objet, porter une attaque agressive, mais aussi prendre par la main ou par le cou, attendre son tour au jeu.

Au Québec, d'après Marie-Christine Saint-Jacques (2002), qui est chercheuse et professeure à l'école du service social de l'Université Laval, 54% des jeunes fréquentant les centres jeunesse sont issus de familles monoparentales et pour 27% de familles recomposées. Les jeunes provenant de foyers monoparentaux ont souvent vécu des recompositions de la

cellule familiale et peuvent donc, selon cette professeure, être considérés comme venant de familles reconstituées. Pour cette chercheuse, les adolescents originaires de ces foyers ont pour 58% d'entre eux des problèmes de comportement extériorisés et, pour 46% de ceux-ci les problématiques sont intériorisés, les deux déséquilibres atteignant le seuil clinique, alors que dans les familles intactes seulement 8% des jeunes ont une problématique comportementale.

Le rapport du gouvernement du Canada concernant le bien-être des jeunes enfants au Canada de 2003 indique que les enfants issues de familles monoparentales ont plus de risque d'avoir des problèmes scolaires comme redoubler leurs classes, ils ont moins de compétences linguistiques et ont plus de difficultés dans leurs relations avec leurs amis ou leurs parents que ceux qui vivent dans des familles biparentales. Ils sont aussi en moins bonne santé physique et mentale. Selon Boicclair (2005), 43% des enfants vivant dans des familles monoparentales, dont une femme à faible revenu est chef de famille, ont des troubles psychiatriques, des problèmes sociaux ou des problèmes scolaires par comparaison à 24% des enfants de familles biparentales qui ont un revenu identique. Cependant, précise cet auteur, l'absence du père ne peut être compensée que partiellement par un plus haut revenu. En effet, pour lui, peu importe le niveau de revenu ou les autres variables, 25% des enfants de familles monoparentales dont une femme est chef de famille ont des troubles psychiatriques (hyperactivité, troubles de conduite ou affectifs) ou des problèmes scolaires (faible rendement, redoublement) ou bien encore sociaux. De plus, Boicclair (2005), qui se réfère au rapport sur la surveillance de la santé des femmes de l'agence de santé publique du Canada, indique que 15% des femmes monoparentales sont dépressives par comparaison avec 6,5% des femmes mariées. Boicclair (2005) qui se réfère maintenant au rapport du centre canadien de la statistique juridique du Canada spécifie : « En 1998, 44% des cas corroborés de mauvais traitement des enfants mettaient en cause des enfants issus de familles monoparentales. Les familles monoparentales

comptaient ainsi pour 36% des cas de violence physique, 33% des cas d'agression sexuelle, 54% des cas de négligence et 40% des cas de violence psychologique<sup>56</sup> (p.1) ».

Selon l'étude d'Annie Devault et de Camil Bouchard (1996) concernant les stratégies de résolution de problèmes chez les mères monoparentales au Québec, celles-ci s'avèrent plus préoccupées que les hommes monoparentaux quant aux difficultés financières même si celles-ci gagnent, en général, plus que la majorité des femmes et autant que les hommes de leur échantillon. En effet, d'après cette étude, 90% des femmes ont évoqué des problèmes financiers ou une insécurité financière, mais aussi 60% d'entre elles ont démontré de l'inquiétude vis-à-vis de problèmes qui n'existent pas comme l'éventualité d'accidents ou de maladies. Par ailleurs, ces mères monoparentales ont affirmé avoir plus de problèmes physiques et psychologiques que leurs homologues masculins. De plus, la recherche de Gladow et Ray soulignée par Devault et Bouchard (1996), indique que pour les mères monoparentales, une relation amoureuse ne diminue pas le sentiment de leur solitude. Solitude qui ne peut être atténuée que par la présence d'une confidente. Ces résultats de recherche pourraient tendre à démontrer la tendance dépressive des mères monoparentales puisque Miller (1990) explique que les sentiments d'anxiété de pauvreté et de solitude sont le quotidien des personnes dépressives.

Selon une recherche récente d'Isabelle Cabot (2004), les adolescentes sont plus souvent mères monoparentales que les mères adultes. Les jeunes mères monoparentales proviennent très fréquemment de familles, elles-mêmes, monoparentales à faibles revenus et sont faiblement instruites. Ces mères monoparentales adolescentes ont couramment des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Elles sont aussi coutumières de la dépression, ont une faible estime de soi et vivent de l'anxiété. Elles ont, en outre, un soutien social déficient et ont tendance à être négligentes voire hostiles envers leurs enfants d'après

---

<sup>56</sup> Nous énoncerons des théories concernant la violence psychologique dans le chapitre 4 section 4.2.1.

les chercheurs Rutter (1985), Goodman et Brumley (1990), Lovejoy (1991), Musick (1993), Rauch-Elnekave (1994) Moore et ses collègues (1995), Hotz et ses collègues (1997), Kissman (1998), Kirkman et ses collègues (2001), Luster et Brophy (2000), Borkowski et ses collègues (2002) cités par Isabelle Cabot (2004). De cette façon, les sujets les plus à risque sont les enfants des mères adolescentes et monoparentales à faibles revenus. De l'avis de Carter et de ses collègues (2001), lorsque le milieu familial est entaché de pauvreté, de conflits familiaux, de la monoparentalité, d'un environnement dangereux combiné à la dépression de la mère qui, elle, est associée avec d'autres pathologies comme des désordres alimentaires ou la toxicomanie, il y a plus de risque que le développement de l'adaptation future de l'enfant soit perturbé. En effet, conformément à Downey et Coyne (1990), Gelfand et Teti (1990), Murray et Cooper (1997), Radke-Radke-Yarrow (1998), Reddin et ses collègues (1990) dans Carter et ses collègues (2001), ces enfants éprouvent de la difficulté à réguler leurs émotions et ont des interactions moins optimales avec les autres. Ils sont issus d'une famille dont la mère est atteinte d'une dépression ou qui présente des symptômes dépressifs élevés. Ces enfants ont une insécurité dans l'attachement, des comportements posant des problèmes et sont en retard dans l'acquisition de compétences. De plus, selon Matheny relaté par le Dictionnaire international de la psychanalyse (2002), les enfants, dont les mères dépressives et qui s'estiment « sans énergie et dépassées par les événements », ont plus d'accidents que les enfants de mères non dépressives. Ceci vient corroborer ce que souligne Gustason, mentionné par le dictionnaire de la psychanalyse (2002), disant que : « la juste appréhension du risque par l'enfant est étroitement associée à la qualité des relations nouées avec la mère (p.11) ».

### **3.5 Synthèse et conclusion de notre chapitre**

Ce que nous pouvons retenir de notre recension des écrits sur le sujet de la dépression maternelle c'est que la dépression est une source de mal-être qui touche plusieurs millions de personnes à travers le monde. Cette problématique est en forte augmentation, plus

particulièrement, dans les pays industrialisés. Les personnes dépressives sont potentiellement plus désespérées et plus centrées sur leurs problèmes existentiels ainsi que sur leurs difficultés d'être que les personnes non dépressives. En outre, les personnes dépressives ne seraient pas très disponibles pour les autres et ceci pourrait leur conférer une image d'insensibilité à autrui avec une distorsion des communications et, peut-être même, une corrosion du caractère. Les femmes sont plus touchées par la dépression que les hommes.

Il y a de nombreuses femmes qui souffrent de dépression après un accouchement. Cela s'échelonne sur un continuum allant du baby-blues à la dépression post-partum et peut aller jusqu'à la psychose. Malheureusement, beaucoup de femmes en état de dépression post-partum ne sont pas diagnostiquées par le fait que, bien souvent, le baby-blues et la dépression post-partum sont confondus. Nous devons considérer qu'il existe une différence essentielle entre le baby-blues, trouble biologique bénin et passager, et la dépression post-partum. Cette dernière a une durée plus longue et est caractérisée par des sentiments de désintérêt et d'inadéquation de la mère vis-à-vis de son enfant. La confusion entre baby-blues et dépression post-partum minimise la possibilité d'offrir rapidement une aide aux mères aux prises avec une dépression post-partum. De plus, les mères dépressives ont tendance à cacher leur état ou n'en ont pas conscience. Lorsqu'elles n'en ont pas conscience, elles pourraient avoir une propension à blâmer les autres. Cela pourrait représenter une projection de leur propre insuffisance ou de leur idéal maternel irréalisé sur les autres. Cette tendance pourrait s'avérer être une des sources de discorde parentale. Elle pourrait même être une des origines des nombreux divorces de parents ayant des enfants en bas âge, ces divorces engendrant un fort taux de familles monoparentales. La dépression post-partum peut avoir diverses causes, celles-ci allant de difficultés économiques aux conditions socio-affectives du contexte de la maternité. Cependant, elle pourrait aussi provenir de troubles de la personnalité de la mère. Ces troubles proviendraient d'une résonance de problèmes d'enfance de la nouvelle mère

avec sa propre mère. Ainsi, la dépression à l'âge adulte pourrait être vue comme la répétition ou la réémergence d'une désillusion libidinale vécue par la personne dans sa propre petite enfance. Elle pourrait aussi être considérée comme la résurgence de la souffrance initiale c'est-à-dire le retour de ce qui a été refoulé ou clivé durant l'enfance. Nous pourrions donc indiquer que la période de la grossesse est une période de crise identitaire au même titre que celle de l'adolescence. Cette crise peut amener à une plus grande maturité. Néanmoins, elle pourrait aussi faire émerger une problématique d'enfance non résolue et pourrait révéler ce que l'on appelle une conflictualité dépressive. Le type de personnalité sujet à cette conflictualité se rapporte plus particulièrement aux personnes psychotiques et aux personnalités états limites.

Nous pouvons considérer d'une part que, même si les mères dépressives sont présentes physiquement, elles sont souvent absentes psychiquement ce qui amènerait des distorsions dans l'organisation du travail de soins à donner à l'enfant. D'autre part, il y a principalement deux types de mères dépressives, celles qui sont repliées sur elles-mêmes et les mères agressives. Notre recension des écrits concernant les personnes dépressives en charge d'autrui, telles les mères souffrant de dépression post-partum, nous ont permis de comprendre que celle-ci peuvent affecter la santé mentale de leur enfant. Plus encore, cela pourrait troubler jusqu'à leurs capacités mentales, intellectuelles, affectives et esthétiques.

Par ailleurs, notre société ou macrosociété, si l'on se réfère à Stiegler, est devenue hypermoderne et aurait tendance à transformer les comportements des individus. En effet, Stiegler estime que de plus en plus de personnes ont l'impression d'être dépossédées du sens de leurs activités, et elles ont, de plus, tendance à ne penser qu'à satisfaire leurs besoins et leurs plaisirs de consommation immédiate, satisfaisant ainsi l'économie de la société. Les individus hypermodernisés ont donc plutôt tendance à vivre dans l'hyperactivité et ce comportement se caractériserait par une corrosion de la communication. L'ensemble de ces

conduites est appelé *misère symbolique*. La misère symbolique stieglerienne se révèle chez les personnes lorsqu'il y a plus particulièrement conversion de l'énergie libidinale en énergie tournée vers les seuls objets de consommation. Selon nous, la misère symbolique pourrait conduire à la détérioration de l'intelligence sociale prônée par Mead.

La maternité et le couple semblent ne pas avoir échappé au phénomène de la misère symbolique si l'on en croit Molénat et Kaplan. D'après Kaplan, il existerait une mentalité postindustrielle qui voudrait que les personnes aient l'essentiel de leurs activités tournées vers l'extérieur de la maison. Pour Molénat, le couple et la maternité ne semblent pas échapper à la tendance sociétale hypermoderne c'est-à-dire vivre dans l'urgence et l'immédiateté. Ces valeurs sont censées représenter le reflet de l'économie de la société hypermoderne. Toujours sur le plan de la famille et de la maternité, si l'on se rapporte aux discours des femmes qui s'expriment dans les magazines féminins, certaines mères qui ont choisi de se consacrer aux soins de leurs enfants au lieu d'être sur le marché du travail auraient plutôt tendance à se sentir méprisées par les mères qui travaillent. Selon nous, cette mentalité sociale qu'est la tendance à l'hyperconsommation ainsi que la tendance au mépris des mères à la maison pourraient, non seulement, conduire au bouleversement de la notion de famille, mais aussi à l'isolement des mères au foyer. Une autre tendance de notre société hypermoderne que nous pouvons soulever, c'est l'avènement de la famille monoparentale. Qu'elle soit issue de divorces, de séparations ou de mères célibataires, les familles monoparentales ont la plupart du temps une femme qui est seule responsable de la famille. Celles-ci sont généralement dans des conditions socio-économiques faibles. Ce type de famille a souvent été indiqué comme révélateur de troubles dépressifs chez la mère et d'une tendance à la déviance des enfants qui en sont issus. La famille monoparentale tend à être pointée par bon nombre de recherches, celles-ci indiquant la fragilité mentale et plus particulièrement la destructivité des enfants élevés dans ces conditions. Ces enfants sont, semble-t-il, plus sujets aux troubles du

comportement, au décrochage scolaire ainsi qu'à la toxicomanie que ceux qui vivent avec leurs deux parents. Des statistiques font état de beaucoup de mauvais traitements aux enfants dans les familles monoparentales. En somme, lorsqu'une mère est dépressive, ses enfants présentent de forts risques d'éprouver des problèmes de socialisation comme : des troubles d'attachement, des difficultés relationnelles, des désorganisations affectives et intellectuelles.

Ainsi, il y a donc à la fois une réflexion à effectuer à l'égard du bonheur supposé engendré par la maternité, une prise de conscience à développer quant à l'influence d'un tel regard social sur l'identité de la femme, et enfin, une remise en question concernant la compréhension du contexte social de la dépression. Et, principalement, pour ce qui concerne « ces jeunes à problèmes » que les spécialistes pointent comme hyperactifs, décrocheurs scolaires, consommateurs d'addictifs, déviants, violents, délinquants ou dépressifs. Ce sont ces problématiques concernant le développement de l'enfant que nous évoquerons plus en détail dans notre prochain chapitre. En effet, c'est le développement de l'enfant qui s'avère représenter notre variable dépendante.



## CHAPITRE 4 :

### L'ASPECT FONDAMENTAL DES INTERACTIONS MATEERNELLES POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

#### Introduction

Dans ce chapitre, nous allons plonger plus profondément au sein même du problème qui nous tient à cœur dans ce mémoire. Nous voulons parler maintenant de la perspective fondamentale pour le développement de l'enfant que revêtent les interactions de la mère vis-à-vis de celui-ci. La dépression maternelle, comme nous l'avons déjà écrit dans notre chapitre 3, ne nous semble pas suffisamment prise au sérieux par de nombreux professionnels de la santé et par les mères elles-mêmes. Nous pouvons imaginer que l'aspect transgénérationnel de la dépression de la mère, en d'autres mots, de la transmission de la dépression maternelle aux enfants est encore moins pris en compte, voire nié ou encore ignoré, par ces mêmes professionnels et par les parents. Notre but en soi n'est pas d'incriminer les mères dépressives, mais de tirer un portrait de la situation des enfants de ces mères. Et par cela, attirer l'attention des autorités concernées afin de créer des stratégies d'intervention précoces mère dépressive-enfant. Interventions qui permettraient aux mères en difficultés d'accéder à de l'aide sans que celles-ci n'éprouvent ni un sentiment de honte, ni même que celles-ci se sentent étiquetées ou stigmatisées.

L'objectif de ce chapitre est, en premier lieu, de démontrer l'importance de la fonction maternelle et de son organisation de travail de soins dans le développement de l'enfant. Plus précisément, nous allons tenter de mettre en évidence l'incidence de l'intériorisation de la dépression de la mère chez l'enfant. En second lieu, nous nous occuperons à chercher à

comprendre comment la souffrance de la mère résonne chez l'enfant, et, plus spécifiquement, quel en est le processus.

Dans ce qui suit, nous entamerons notre démarche en évoquant les aspects théoriques de la socialisation de l'enfant en relation avec la mère. Pour faire cela, il sera fait principalement référence aux théories Meadienne et Dejoursienne. Nous nous appuierons également sur la littérature de grands cliniciens tels que Winnicott et Lemaitre. L'illustration de nos propos sera faite avec à une vignette clinique issue d'un texte de Solnit. Suite à cela, grâce aux apports des grands spécialistes de la dépression maternelle comme Lowenstein, Field et Kreisler, nous parlerons plus formellement de l'incorporation de la dépression de la mère par l'enfant. Avec Winnicott et Kreisler, notre démarche sera poursuivie grâce à l'exploration de la normalité de la fonction maternelle et des inadéquations de l'organisation du travail de soins de la mère dépressive. Ceci permettra ensuite d'indiquer quel est, selon Winnicott, le processus développemental amenant la destructivité chez l'enfant. De plus, nous tenterons d'établir, grâce à Kreisler, une énumération des qualités d'une mère « ordinaire ». Ceci conduira à aborder l'importance du regard de la mère pour le développement de l'enfant. Nous verrons par la suite les modèles d'interactions pathologiques mères-enfants. Ils seront suivis par une perspective de harcèlement moral de l'enfant par la mère dépressive. La poursuite de notre étude se fera en examinant, avec Dejours, la similarité entre l'organisation du travail dans les entreprises et l'organisation du travail de soins de la mère ainsi qu'une prospective sur l'avenir de la personne en milieu de travail. Avec Daniel Marcelli, Agnès Paget<sup>55</sup> et Patrick Blossier<sup>56</sup> (1996), nous découvrirons ensuite comment le jeu avec la mère peut permettre à l'individu de pouvoir tolérer les écarts entre ce qui se passe réellement et ce qui devrait être. Pour illustrer nos propos scientifiques concernant l'intériorisation de la dépression maternelle par l'enfant, nous terminerons avec une vignette clinique. Cette

---

<sup>55</sup> Psychologue clinicienne (SUPEA).

<sup>56</sup> Psychomotricien (SUPEA).

vignette clinique parlera du cas d'Édouard, un enfant de 15 mois, dont la mère est gravement dépressive, et qui s'est installé dans une stratégie défensive de repli sur soi pré autistique. Nous analyserons ce cas avec les théories meadienne et dejoursienne.

#### **4.1 L'intériorisation de la dépression maternelle par l'enfant, les aspects théoriques**

Lorsque nous nous référons à la théorie meadienne, nous pouvons estimer que l'intériorisation de la dépression maternelle entre dans le cadre de la théorie de la socialisation par l'intériorisation des attitudes et du rôle d'autrui. En effet, selon Mead, les enfants intériorisent les valeurs, les attitudes et les attentes des personnes significatives et cela de façon naturelle et spontanée. De cette manière, la dépression des enfants pourrait ne pas être autre chose que l'écho à la dépression de la mère. Plus précisément, Berger et Luckmann voient la socialisation primaire comme une internalisation du monde environnant, ce monde devenant la réalité subjective de l'enfant. Suivant la théorie de ces auteurs, les conduites dépressives de la mère devraient servir de dialectique sociale vis-à-vis des connaissances du monde social de l'enfant qui, lui, par le phénomène de la prise de rôle, va institutionnaliser la dépression comme une norme. Ainsi, Berger et Luckmann (1986) pensent que non seulement les interactions entre les personnes comprennent toutes leurs expériences et leurs connaissances quotidiennes, mais aussi que ces connaissances se transmettent de façon transgénérationnelle. La dépression de la mère peut, par incorporation de cette dépression par l'enfant, se transmettre à sa descendance. De plus, les conduites de la mère dépressive vont angoisser l'enfant, car elles ne correspondent pas à ce qu'il s'attend de ce que devraient être les attitudes de sa mère envers lui. En bref, ce qui est fait réellement par les mères dépressives n'est pas ce qui est prescrit aux mères ordinaires. L'enfant va, en réaction, selon la théorie dejoursienne, bloquer son identité sexuelle et renoncer à développer son propre Soi. Il prendra une attitude de soumission superficielle tout en gardant en son for intérieur des fantasmes de toute puissance. Ceci risque de le mettre au bord de l'effondrement narcissique ou proche de

la compulsion à l'explosion d'actes de violence. Pour la théorie meadienne, la réussite du développement du Soi, c'est-à-dire pour que l'individu soit capable de réflexion sur lui-même ou pour être conscient de Soi, cela passe par l'imitation de l'enfant et la sympathie de la mère. Ainsi donc, l'enfant va imiter sa mère dépressive, mais, de ce que nous avons appris de la mère dépressive, il ne devrait pas, ou peu, rencontrer de sympathie chez celle-ci.

La sympathie meadienne de la mère peut être traduite par l'amour, la tendresse ou l'attachement de la mère vis-à-vis de son enfant, ou encore par *la préoccupation maternelle primaire*<sup>57</sup> winnicottienne. Or, pour ce qui est des mères dépressives leur organisation du travail de soins est le plus souvent caractérisée par un manque de sensibilité. Ceci va dans le même sens que ce qu'explique Véronique Lemaître (2005), pour qui, lorsque la mère est dépressive dans la période du post-partum, la préoccupation maternelle primaire est absente et le bébé sera exposé à des soins mécaniques.

L'imitation, selon Mead (1963), se vérifie lorsque l'enfant joue le rôle d'autrui il y a là la marque de l'identification à autrui. En outre, pour Winnicott (2004), lorsque l'enfant joue à imiter les adultes, par exemple, en faisant semblant de s'occuper d'un bébé, de faire le ménage ou la cuisine, on ne doit pas se moquer de lui. Il doit être pris au sérieux sinon il peut advenir qu'il conçoive des sentiments d'impuissance et des sentiments d'être inutile. Et, en conséquence, l'enfant peut éprouver des sentiments d'être incompris. Ces sentiments d'incompréhension peuvent provoquer la désintégration du Soi ou sa non-intégration. À ce moment-là, des crises de destructivité et d'agressivité peuvent survenir, indique Winnicott (2004). Selon les neuropsychiatres Gabriel Levi, Anna Frabrizi et la thérapeute Lucia Diomede (1995), les enfants qui vivent une dyshomogénéité dans leur relation avec leur mère connaissent une difficulté d'intégration du Soi. La non-intégration de Soi est mise en relief

---

<sup>57</sup> *La préoccupation maternelle primaire*, selon Winnicott (1956), est une hypersensibilité de la mère qui lui permet de se dévouer complètement à son enfant dans les premiers mois de sa vie.

lorsque l'individu fonctionne de façon archaïque c'est-à-dire que les fonctions somatiques et sensorielles sont prédominantes. Mead (1963) dirait que la personne s'inscrit dans des réflexes instinctuels et peut se réfugier dans une routine. Routine qui pourrait, selon nous, constituer une stratégie défensive individuelle de démotivation qui va faire en sorte qu'un enfant, par exemple, se replie sur lui-même en installant des défenses autistiques.

Pour concrétiser les théories interactionnistes et dejoursienne concernant le blocage de l'identité sexuelle des individus lorsqu'il y a eu un arrêt angoissant dans le développement de l'enfant, nous allons nous référer au clinicien Solnit (2003) indiqué par Lebovici et Stoléru (2003). En effet, celui-ci explique qu'il a rencontré le cas d'un enfant qui a reçu une cure psychanalytique à l'âge de 5 ans suite à des problèmes d'interaction avec une mère dépressive et qui, vingt ans plus tard, possédait une bonne adaptation sociale, mais éprouvait toujours des problèmes sur le plan de la peur des régressions dans ses relations affectives. Ainsi, selon Yale, dans Lebovici et Stoléru (2003), l'individu aura des difficultés à trouver le bonheur dans les relations affectives. C'est pourquoi, selon Solnit (2003), il est important d'apporter de l'aide à la dyade mère-enfant de façon très précoce, car leurs interactions détiennent une valeur prédictive pour la personnalité et l'identité de l'enfant. En effet, pour Dejours (1986), lors de la socialisation il y a identification de l'enfant à sa mère qui lui transmet progressivement, le cas échéant, ses troubles psychologiques. Au regard d'Habermas (1987, T. 2), l'essence de Soi des enfants provient des relations communicationnelles avec les personnes significatives comme leur mère. D'après Mead, (1963), l'expérience sociale vécue par l'enfant avec sa mère influence son identité. Plus encore, d'après Mead (1963), la famille, ou microsociété, modèle les individus par leur mode de fonctionnement qui est transmis à l'enfant. Cependant, aux dires de nombreux experts, l'influence de la dépression de la mère irait beaucoup plus loin et apparaîtrait comme beaucoup plus à risque, en terme développemental pour l'enfant, qu'on ne le pense, c'est ce que nous allons voir maintenant.

#### **4.1.1 Les bébés ne sont pas passifs devant la dépression de la mère, ils l'incorporent**

Selon le médecin, pédiatre et psychanalyste, Léon Kreisler (1995), les nouveaux nés sont particulièrement habiles dans le domaine de la perception des signaux émis par la mère, dans leurs réactions à ces signaux ou dans leur incitation. Pour Lowenstein et Field (1990), les nourrissons sont actifs et impliqués dans les interrelations avec leur mère. Ils sont ainsi capables, dès l'âge de quatre mois, de mémoriser et de discerner les constructions simples et essentielles de la langue maternelle. Au bout d'un an, le bébé a accumulé une importante quantité de savoir-faire interactif. Selon Lowenstein et Field (1990), tout cela fait que l'enfant incorpore les comportements des parents, y compris ceux qui sont inadaptés ; l'enfant n'étant pas en possession des critères qui lui permettraient d'évaluer les actions et les comportements de ses parents ou des autres personnes de son entourage. Ainsi, Field et ses collaborateurs, dans Lowenstein et Field (1990), qui ont fait des recherches avec des nourrissons de trois mois de mères déprimées et de mères non déprimées, estiment que les bébés des mères déprimées présentent une plus grande tendance à l'agitation et ont un nivellement des affects plus important que les bébés des mères non déprimées. De cette manière, pour Field et ses collaborateurs (1990), le style de comportement du nourrisson s'est développé au contact quotidien des mères dépressives. Pour vérifier si le comportement des bébés de mères dépressives était durable, ces chercheurs les ont mis en contact avec des personnes inconnues non déprimées et positives. Les résultats de cette étude indiquèrent que les affects non déprimés de l'inconnue n'ont eu aucune influence sur les nourrissons des mères déprimées. Par contre, les enfants de mères non déprimées mis en présence d'une inconnue déprimée ont été perturbés et sont passés de l'engouement à la détresse, à l'agitation et à la plainte. Les chercheurs observèrent « que les nourrissons ajustent leur propre comportement à celui de leur mère (p. 58) ». Quant à Mazet et ses collaborateurs (1990) qui se réfèrent aux recherches de Field, ceux-ci considèrent que, si les bébés de mère déprimée ne réagissent pas aux personnes inconnues positives c'est parce qu'il y a une habitude des bébés de mère

déprimée aux comportements de leur mère. Il y a en fait reproduction du style déprimé de la communication. De plus, un bébé de style déprimé a une influence sur les affects des personnes inconnues non déprimées, car, selon leur étude, les personnes inconnues non-déprimées utilisées dans leur expérience éprouvaient plus d'affects négatifs lorsqu'elles étaient en présence de ces bébés. Pour Kreisler (1995), la dépression de l'enfant d'une mère, elle-même dépressive, peut renforcer la dépression maternelle. L'enfant n'étant plus une source de valorisation narcissique pour la mère, puisque celle-ci le perçoit comme ne correspondant plus à ses illusions.

Mazet et ses collègues (1990) qui font référence à Field et ses collaborateurs, considèrent que ces bébés ont démontré que l'indisponibilité aussi bien affective que physique de la mère est génératrice de tension. Cependant, ils affirment que l'indisponibilité affective reste plus stressante que l'absence physique de la mère ; cela vient du fait que les enfants qui ont été soumis à l'immobilité du visage de leur mère dépressive ont été plus difficilement consolables lors d'une situation de séparation. De plus, Mazet et ses collègues (1990) indiquent que le psychologue Green a retrouvé dans l'analyse de ses patients adultes déprimés ou ayant des troubles narcissiques, ou encore, ayant des problèmes d'états limites, des traces de la dépression de leur mère. Dépression de la mère qui est connue aussi sous le vocable de *syndrome de la mère morte*. Selon ces derniers auteurs, qui se réfèrent à Kreisler, les nourrissons qui vivent une situation où ils doivent faire face à la dépression de leur mère sont atteints du *syndrome du comportement vide*. Ce syndrome est caractérisé par : « une instabilité psychomotrice, une grande hyperkinésie, une absence d'angoisse face à l'étranger et un certain degré d'indistinction relationnelle, avec une situation de carence affective plus ou moins marquée (pp. 74-75) ». Après avoir parlé de la mère dépressive, nous pouvons légitimement nous demander ce qu'est une fonction maternelle normale. Pour ce faire, nous



allons nous référer à des cliniciens spécialistes de la petite enfance que sont Winnicott et Kreisler. Voyons, maintenant, ce qu'ils disent à propos des soins envers l'enfant.

#### **4.1.2 De la normalité de la fonction maternelle à l'inadéquation des soins de la mère envers l'enfant**

Pour Winnicott (1952) :

Le but des soins maternels n'est pas seulement d'avoir un enfant en bonne santé, mais aussi de parvenir au développement ultime, celui d'un adulte en bonne santé ] ... [ La santé de l'adulte s'édifie à tous les stades de la petite enfance et de l'enfance ] ... [ C'est la mère qui établit la santé mentale de l'enfant pendant la période où elle se préoccupe des soins à donner à son nourrisson (p.99).

Winnicott (1956a) définit les comportements de la mère avec son nourrisson par le terme de *préoccupation maternelle primaire*. Dans cette période, la mère est tout spécialement capable « de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité (p.171) ». En d'autres mots, l'amour de la mère pour son enfant va faire en sorte qu'elle perçoive ses besoins, qu'elle lui offre ses services au bon endroit et au bon moment. D'après cet auteur, les soins qui sont adéquats doivent être continus, fiables et doivent s'adapter à la progression du développement de l'enfant. Winnicott (1992) accorde une grande importance à la manière dont la mère porte l'enfant (holding), la façon dont elle lui donne des soins (handing) et la méthode qu'elle emploie pour introduire les nouveaux objets ou la manière dont elle les lui laisse utiliser (objet presenting). Le « presenting » de l'objet, selon Daniel Marcelli et ses collègues (1996) qui se réfèrent à Winnicott, est aussi la capacité de la mère à présenter à l'enfant le bon objet au bon moment c'est-à-dire ni trop tôt ni trop tard. Ainsi, d'après ces auteurs, si l'on donne le biberon à un enfant qui ne l'a pas suffisamment attendu ou qu'on le lui donne trop tard, le repas a des possibilités de ne pas être satisfaisant. Dans la première perspective (le biberon trop tôt) : « cela peut représenter une intrusion dans le fonctionnement psychique du nourrisson. Inversement, si on donne l'objet trop tardivement, l'enfant risque de traverser une période de rage et de colère qui le conduit à



détruire intrapsychiquement le désir, si bien que l'objet au moment où il lui est présenté est refusé (p.13) ». Toujours d'après Winnicott (1992), l'enfant a besoin de l'amour et des soins de sa mère pour pouvoir exister. Ainsi, selon ce clinicien, les premiers moments qui suivent l'accouchement sont une recherche incessante de contacts corporels entre la mère et l'enfant. La mère doit faire preuve d'une capacité d'identification à son bébé. Les avènements affectif, cognitif et social de l'enfant en dépendent. Si le lien entre la mère et l'enfant ne s'établit pas, alors des manques importants et persistants apparaîtront et entraveront l'épanouissement de la personnalité de l'enfant. Le nourrisson qui subit un mauvais holding<sup>58</sup> ressent, non pas de l'angoisse, mais ce que Winnicott (1992) appelle une *agonie primitive*<sup>59</sup> dont il gardera une trace toute sa vie. Ainsi, le Moi de l'enfant se mettrait trop vite en fonction et il en résulterait un état confusionnel. En d'autres mots, lorsque le nourrisson est troublé par l'organisation du travail de soins de sa mère à son égard, celui-ci se séparera ou se différenciera d'elle trop tôt ; ceci engendrera un échec de l'intégration du Moi et provoquera des fixations précoces. L'intégration de la personnalité s'accomplit grâce aux soins de la mère *suffisamment bonne* et devrait générer moins de probabilités de destructivité chez l'individu. La force qui sous-tend la destructivité s'inscrit dans la souffrance. La destructivité de l'enfant peut être reliée soit à de la colère due à une frustration, soit à une réaction à de la peur. Selon Winnicott, d'après le Dr Henri Sauguet (1969), des « fixations précoces se retrouvent dans la dépression, les processus schizoïdes, le masochisme et les conduites antisociales (p.9) » des personnes. Pour ce chercheur, le traumatisme narcissique chez l'enfant sera d'autant plus mutilant qu'il aura été précoce. Nous présentons maintenant un diagramme qui permet de clarifier le processus développemental winnicottien amenant les enfants à la destructivité.

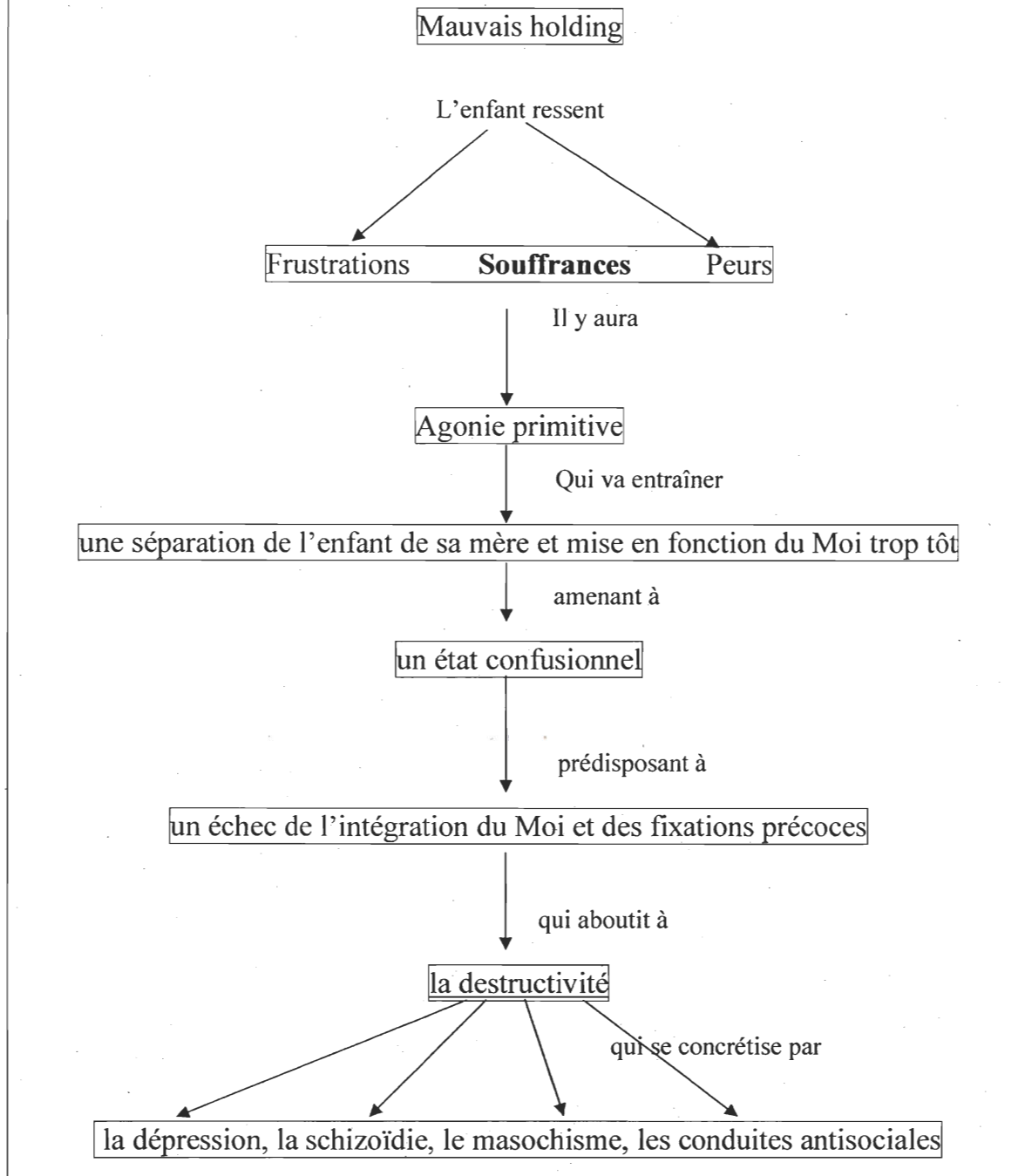
---

<sup>58</sup> Le mot Holding, pour Winnicott (1960), signifie aussi l'ensemble du comportement de soins de la mère c'est-à-dire le holding, le handing et le presenting. Il désigne également tout l'environnement qui fournira à l'enfant le souvenir et l'expérience de sa vie familiale. L'accomplissement de l'enfant en dépend.

<sup>59</sup> Winnicott, D. W. (1992). Le bébé et sa mère. Paris : éditions Payot (p.60).

**PROCESSUS DEVELOPPEMENTAL CONDUISANT A LA DESTRUCTIVITE CHEZ L'ENFANT,**

Winnicott (1969, 1992), par Alain Lestienne (2007)



#### 4.1.3 La fonction maternelle d'après Kreisler

Selon Kreisler (1995), dans la situation de normalité, la fonction maternelle primaire réside dans le fait de donner satisfaction aux besoins de base de l'enfant qu'ils soient physiologiques ou instinctuels. De plus, la mère doit faire office de « pare-excitation » c'est-

à-dire qu'elle doit protéger l'enfant des excitations nocives provenant autant de lui-même que de son environnement tant que celui-ci ne sera pas capable de le faire par lui-même. Pour Kreisler (1995), la mère « normale » doit être capable de comprendre les rythmes propres à l'enfant et de les suivre. Une mère adéquate, non seulement, sait percevoir, interpréter et répondre aux demandes d'apprentissage de l'enfant, mais elle doit également les susciter. Elle doit y répondre positivement aussi bien par le toucher que par le verbal. Elle doit également être capable d'établir des liens entre les émotions, les comportements et le fonctionnement somatique de l'enfant. Toujours selon cet auteur, une fonction maternelle convenable, telle que présentée ci-dessus, ne doit pas exclure le père. Pour ce médecin, les qualités essentielles de la mère doivent être la stabilité, la cohérence, la continuité, la perméabilité, la souplesse et la plénitude. La stabilité et la cohérence, pour Kreisler (1995), se situent dans le domaine des soins que la mère apporte à son enfant, mais aussi en réponse aux demandes de soins de l'enfant. Ses soins doivent, en outre, comprendre un rythme harmonieux dans tous les mouvements et les attitudes de la mère envers l'enfant. La perméabilité, la continuité et la souplesse se réfèrent à l'adaptation des interactions de la mère avec son enfant que ce soit dans le temps et dans l'espace. La plénitude, elle, s'inscrit dans la richesse fantasmatique des relations, car c'est elle qui érotise le corps biologique de l'enfant. L'enfant ressent et est pénétré par cet investissement dont il constitue l'objet. L'étayage pulsionnel de l'enfant réside dans les fantasmes que la mère conçoit pour lui que ce soit dans le présent ou dans l'avenir par les projets qu'elle envisage pour lui. Selon Kreisler (1995), les expériences concrètes et sensorielles de l'enfant constituent la base de *l'engrammation*<sup>60</sup> de ses représentations. Ainsi, d'après Kreisler (1995), l'engrammation des représentations de l'enfance dépend du degré de perméabilité, de la continuité des soins et de

---

<sup>60</sup> Elle peut aussi être nommée : imprégnation.

la souplesse de la mère dans les interactions avec son enfant aussi bien dans le temps que dans l'espace.

Kreisler (1995) a remarqué et souligné lors d'une consultation avec une mère dépressive et son enfant que celle-ci ne regardait pas son enfant. Nous aimerions connaître en quoi il est important qu'il y ait un regard de la mère sur son enfant et pourquoi cela est-il crucial pour celui-ci.

#### **4.1.4 Le regard de la mère, quel en est l'importance pour la fonction psychique de l'enfant ?**

D'après Winnicott (1975, 1992), la façon dont la mère regarde son enfant lorsqu'elle lui donne des soins, mais aussi quand il joue, constitue la base de la vision de soi de l'enfant. Ainsi pour Winnicott (1975), le regard de la mère participe à l'élaboration psychique de l'enfant de la même façon que le toucher, l'audition et la satisfaction des besoins de s'alimenter. Le regard est un moyen émotionnel de communication et de reconnaissance. Selon ce clinicien de l'enfance, il est important que l'environnement humain, et surtout la mère, reconnaisse et favorise la sollicitude de l'enfant. La sollicitude représente, selon Christophe Dejours, un savoir-faire incorporé et pour Winnicott (2004), elle est une tendance innée. Ainsi, la sollicitude, d'après Winnicott (2004), appartient à une vie saine et normale. Elle signifie que l'individu éprouve et accepte une responsabilité. Non seulement, il accepte une responsabilité, mais il se sent concerné et impliqué par les conséquences de son action. Selon cet auteur, la sollicitude est le fondement de la famille. Le fondement de la famille réside en ce que les partenaires soient capables de dépasser leur plaisir et sont aussi aptes à accepter la responsabilité des conséquences. En outre, la sollicitude a un sens plus large c'est-à-dire qu'elle entre aussi dans l'imaginaire du jeu et du travail constructif. La sollicitude apparaît au moment des premiers développements affectifs de l'enfant et dépend de la qualité des soins que la mère donne à son enfant. La mère doit donner un maternage suffisamment

bon pour que le développement affectif de l'enfant se fasse harmonieusement. De plus, pour Winnicott, cité par Anne Muxel<sup>61</sup> (1996) : « la mémoire de la sollicitude maternelle, (préoccupation maternelle primaire) [...] est la clé de bien des attitudes ou des comportements ultérieurs (p.119) ». D'après Janov (1998), nos idées, nos motivations, nos valeurs et nos intérêts proviennent des expériences familiales de notre enfance. Selon Winnicott (1975, 1992), lorsque la mère s'occupe de son enfant, il s'instaure une relation entre la mère et l'enfant. Cette relation constituera le modèle personnel des futures relations de l'individu avec lui-même, mais aussi avec autrui. Plus précisément, la vision que l'on a de soi et par conséquent de celle que l'on a des autres dépend du regard que la mère a posé sur son enfant dès les premières interactions. Le regard de la mère participe ainsi à l'élaboration de la vie psychique de l'enfant. Le regard maternel s'inscrit aussi comme une considération sociale qui modèle l'identité et la personnalité de l'enfant. Ce que nous pouvons dire concernant le regard de la mère envers son enfant c'est que si celui-ci contribue au développement psychique, tel qu'évoqué par Winnicott, nous pouvons préciser que c'est plus particulièrement au développement émotif qu'il participe. Ainsi, nous pouvons estimer que la mère a un rôle à jouer dans les futures relations familiales de son enfant puisqu'elle participe à l'élaboration de la valeur « sollicitude » de sa descendance. De plus, nous pouvons indiquer que la mère est étroitement impliquée dans le déploiement de la libido de son enfant. Nous tenons à préciser ici que la libido freudienne telle qu'elle est présentée, trop souvent, dans de nombreuses publications comme constituant uniquement la sexualité d'une personne, n'a pas seulement un caractère sexuel, mais qu'elle possède plusieurs composantes qui sont : la conservation de soi, la conservation de l'espèce, l'amour de soi et l'amour objectal.

Pour en revenir au regard de la mère vis-à-vis de son enfant, Kreisler (1995) indique qu'il a reçu en consultation une mère gravement dépressive qui, lors de l'entretien, avait son

---

<sup>61</sup> Directrice de recherche au centre de recherches politiques de Science Po en France.

bébé sur les genoux, mais le tenait à l'envers c'est-à-dire le dos vers elle. Selon cet auteur, la mère était affalée sur le fauteuil et maintenait son enfant à bout de bras, juste à peine, pour qu'il ne tombe pas. Elle ne le regardait pas.

Nous aimerions savoir ce qu'une telle attitude peut provoquer chez l'enfant ?

Pour Lanouzière (1991), par réciprocité, les enfants évitent de regarder leur mère lorsque la mère est défaillante et ne les regarde pas. Pour cette psychanalyste, lorsqu'il y a un manque de réciprocité du regard entre une mère dépressive et son enfant ce manque induira une insécurité, un malaise et un « dès-être » chez l'enfant. Selon Mazet et ses collègues (1990), quand il y a des perturbations dans les interactions entre le bébé et sa mère, l'enfant aura préférentiellement recours aux affects centrés sur lui-même pour réguler les inadaptations des réponses maternelles. Les affects centrés sur soi sont : sucer, se balancer, se replier sur soi, se détourner. Ces chercheurs estiment que l'enfant va ressentir le sentiment d'être seul ou d'être impuissant à modifier son environnement. D'après Mazet et ses collègues (1990), il y a des interactions qui troublent les relations entre la mère et son enfant. Selon Kreisler (1995), des études par centaines ont fait « dire que la psychiatrie du nourrisson est une pathologie de l'interaction (p. 159) ». Nous nous demandons alors quels sont les modèles types d'interactions qui pourraient perturber le développement des enfants. C'est ce que nous développerons dans le thème suivant.

#### **4.2 Les modèles d'interactions pathogènes mères-enfants**

Pour Kreisler (1995) qui se réfère à Marty, il y a trois types d'interaction qui provoquent des troubles dans le développement des enfants. Ces modèles interactionnels sont : 1) l'insuffisance chronique d'attachement, 2) la surcharge d'excitation, 3) les incohérences et les discordances qualitatives et temporelles. Le premier modèle se concrétise

par une carence libidinale<sup>62</sup>, un manque d'apports et de stimulations. Cette situation, selon ce clinicien, conduit à la *misère affective* de l'enfant et peut l'amener dans des pathologies les plus sévères. Le second modèle est caractérisé par une excitation continue de l'enfant ou une surprotection de la mère avec l'exclusion du père. Le troisième modèle est spécifique des conditions de la vie contemporaine basée plus sur des exigences matérielles que sur les besoins affectifs réels de l'enfant. Ces exigences sont le plus souvent confinées dans le conformisme et sont empreintes de discontinuité. Ainsi, Kreisler (1995) pourrait nous confirmer ce que nous avons expliqué avec Stiegler (2004) dans le chapitre précédant à propos de la *misère symbolique* de la société actuelle.

#### **4.2.1 L'organisation du travail des soins de la mère dépressive, une similitude avec le harcèlement moral ?**

Lorsque l'organisation du travail des soins donnés à l'enfant se fait : de façon mécanique, accompagnée d'une pensée de type opératoire<sup>63</sup>, dans le laisser-faire de la mère dépressive repliée sur elle-même ou dans l'agressivité des mères dépressives intrusives, dans la violence psychologique du manque de soin et de l'absence de regard, dans le manque de reconnaissance envers l'enfant, ces façons de faire nous apparaissent comme étant l'organisation du travail de soins réels donnés à l'enfant. Ces soins réels doivent être considérés comme antinomiques aux soins prescrits par la fonction maternelle normale décrite plus haut. Ils pourraient même être considérés comme du harcèlement moral ou

---

<sup>62</sup>Rappelons et précisons : la libido, selon Freud (1964), est composée de plusieurs instincts, qui sont : la conservation de soi, la conservation de l'espèce, l'amour de soi et l'amour objectal. Dans la libido, se trouve aussi l'instinct de destruction qui tend à réduire l'organisé en inorganisé comme lorsque nous mangeons, pour notre conservation de soi, nous détruisons les aliments pour les assimiler à notre organisme ou bien, l'acte sexuel est une agression pour réaliser une union plus étroite. L'équilibre dans le fusionnement des deux instincts que sont l'amour et la destructivité est essentiel. Ainsi, pour Freud (1964) par exemple, un amoureux devient un meurtrier sadique au moment où son agressivité sexuelle est en excédent, il est timide ou impuissant quand elle est faible.

<sup>63</sup> Selon le docteur Dominique Blet (2006) qui se réfère à Pierre Marty et ses collègues, la pensée opératoire entre dans le cadre d'un refoulement des émotions par une personne, car elle se retrouve incapable de les gérer. La pensée opératoire s'inscrit dans un processus inconscient qui permet de se protéger de toute émotion. Elle a comme résultat de rendre impossibles les relations avec les autres. Pour Dejours (2000) qui se réfère aussi à Marty et à De M'Uzan, la pensée opératoire est un mécanisme de défense qui bloque (paralyse) la pensée au niveau de sa source ; elle est appelée « répression » en psychopathologie.



psychologique voire de la terreur psychologique. En effet, pour Heinz Leymann (1996), la terreur psychologique consiste en un long processus tendant à ignorer, à isoler, à maltraiter et à exclure quelqu'un d'une organisation. D'après Marie-France Hirigoyen (1998), le harcèlement moral consiste en des conduites abusives qui se signalent par des paroles, des actions, des gestes et des comportements qui peuvent porter atteinte à la personnalité, à la dignité, à l'intégrité physique et psychique d'un individu ; il peut également dégrader le climat de travail. Pour Genest, Leclerc et Maranda (2005), qui reprennent la formulation de Dejours, le harcèlement moral se révèle être une pathologie de la solitude et constitue une forme d'aliénation sociale. Selon Dejours (1995) qui se réfère à Siglaut, l'aliénation mentale survient lorsque l'individu « entretient une relation de vérité avec le réel, sans cependant obtenir aucune reconnaissance par autrui. Il est condamné à la solitude (p.191) ». L'individu est obligé de vivre seul son rapport avec le réel et cela peut être insoutenable dans le long terme. Cette personne peut basculer dans la pathologie c'est-à-dire, soit entrer dans une dépression ou dans un sentiment d'injustice et, de là, ressentir de la persécution ce qui pourrait le mener à la paranoïa. Ainsi, la mère dépressive, par son type d'organisation du travail de soins pathogène, peut conduire à l'isolement de son enfant. De cette manière, le manque de communication et de reconnaissance aussi bien verbale, tactile que visuel peut contraindre son bébé à l'aliénation sociale telle qu'expliquée pour le travail en général par Dejours (1995).

#### **4.2.1.1 L'organisation du travail de soins de la mère, une prospective pour l'avenir de l'enfant**

Dans cette partie de notre travail, il sera tenté de faire apparaître la similarité entre l'organisation du travail dans les entreprises et l'organisation du travail de soins de la mère dans le milieu familial. Nous nous risquerons de faire également une prospective sur l'avenir social de la personne en milieu de travail. Nous partirons du postulat de Dejours (1995), pour



qui un individu, devenu adulte et en situation de travail, puisse revivre une situation similaire à l'organisation du travail de soins de sa mère et à son vécu infantile. En d'autres mots, le contexte de travail peut rejouer un scénario similaire au scénario originel de la souffrance<sup>64</sup> de l'individu, ce que Dejours appelle la *résonance symbolique*. Cet individu peut alors souffrir d'une décompensation semblable à celle qu'il a vécue étant enfant et dont il n'a pas eu conscience. Pour cet auteur, les maladies mentales reliées spécifiquement au travail dans les entreprises sont tout à fait exceptionnelles. De la sorte, lorsque les maladies mentales apparaissent, elles sont pratiquement toujours reliées à l'histoire d'enfance de l'individu. Ainsi, Maranda et Morissette (2002b), qui s'appuient sur les écrits de Dejours et Burlot, explicitent que : « si les contraintes psychiques du travail jouent un rôle dans l'alcoolisme, ce n'est qu'en profitant de failles existant auparavant dans l'arsenal définitif individuel contre l'angoisse et la souffrance (p.93) ». De cette manière, nous pouvons considérer que l'organisation du travail de soins de la mère devrait aider, ou non, à donner à l'enfant la capacité de déployer dans ses futures activités son intelligence sociale et son intelligence pratique sans avoir recours à des substances favorisant la dépendance<sup>65</sup>.

C'est pourquoi, nous tenterons de faire ici un parallèle avec les attitudes de la mère dans l'organisation de son travail de soins envers son enfant. Le fait est que la mère influence *l'engrammation* (Kreiser) des représentations et la santé mentale de sa filiation. Cet espace relationnel mère-enfant peut être considéré comme un espace de dialogue permanent tout comme Dejours (1993) envisage que la construction d'espace de discussion dans les entreprises est en fonction du niveau d'économie subjective, de la rationalité des conduites, de l'identité et de l'accomplissement des travailleurs. Suivant Dejours (1993), la perméabilité de l'espace de discussion constitue une condition essentielle pour la préservation de la santé

---

<sup>64</sup> Selon Maranda et Morissette (2002b), « il y a souffrance lorsqu'il est impossible d'adapter l'organisation du travail à ses besoins, à son désir ou lorsque les espaces de communications sont bloqués (p.93) ».

<sup>65</sup> Nous expliciterons ce sujet dans notre prochain chapitre.

mentale des personnes. Dejours envisage donc il faille un espace de discussion dans les entreprises, et cela afin que soit préservée la santé mentale des personnes. De plus, pour Dejours (1993), qui se réfère à Daniellou et ses collègues, le travail réel dans les entreprises ne correspond pratiquement jamais au travail prescrit. C'est la gestion de la différence entre le prescrit et le réel qui peut troubler certaines personnes ; d'autres peuvent se sentir à l'aise, car elles ont la capacité d'avoir une activité de création, d'invention, en d'autres mots, elles sont capables d'utiliser leur intelligence pratique pour pouvoir faire face à cet écart. Dans le cas contraire, il est possible que les personnes aient recours à des substances addictives pour tenter d'y parvenir. Nous pouvons dire que dans le cas de l'organisation du travail de soins de la mère dépressive vis-à-vis de son enfant, il y a beaucoup d'écart entre ce qui devrait être et ce qu'il en est réellement.

L'organisation du travail de soins de la mère apparaît donc importante pour l'enfant du fait que pour résoudre ses problèmes à l'âge adulte et comme l'indique Mead (1963), l'individu fait appel à la fois au passé et à l'avenir. De cette manière et d'après Dejours (1993), les individus font appel aux activités provenant du théâtre de l'enfance pour faire face à la souffrance qu'ils ressentent dans l'organisation actuelle de leur travail. Pour cet auteur, les employés des entreprises utilisent leur intelligence pratique qui, selon lui, est enracinée psychiquement dans le corps. Lorsque nous nous penchons sur ce que Mead (1963) explique sur le sujet, celui-ci estime que l'intelligence représente ce qui permet de faire face au décalage dans les situations (que ce soit le travail ou autre). Cette capacité provient de la réflexion du sujet vis-à-vis des stimuli que lui propose son environnement. La réflexion de l'individu devrait se porter sur les gestes et les conséquences que ses actions auront sur les conditions environnementales. La personne devrait tenter de trouver les solutions les plus harmonieuses possibles afin de pouvoir réduire les écarts entre ce qui existe et ce qui pourrait être plus satisfaisant. Cela devrait apporter le plus grand bonheur pour tous.

Au vu de ce que disent ces auteurs, nous aimerions connaître comment les enfants acquièrent-ils leurs capacités à faire face aux décalages entre le réel et le prescrit. En d'autres mots comment les enfants accèdent-ils à l'intelligence créatrice ?

#### **4.3 Des activités ludiques qui permettent à l'enfant de tolérer l'écart entre le réel et le prescrit**

D'après Dejours (1993), dans les entreprises, les personnes doivent utiliser leurs propres ressources pour pouvoir faire face au travail réel qui est toujours différent du travail prescrit. Pour combler cette différence, le sujet doit notamment être capable de prendre des initiatives, d'explorer et d'inventer. Pour Dejours (1993), ces capacités sont mobilisées par l'énergie pulsionnelle et les fantasmes. Ceux-ci découlent plus particulièrement de l'histoire et de la personnalité de l'individu. Nous verrons maintenant avec Marcelli et ses collègues (1996), qu'est-ce qui, dans l'histoire de la personne, va faire en sorte que celle-ci sera habile dans la mobilisation de son énergie pulsionnelle et de ses fantasmes comme indiqué plus haut par Dejours.

Normalement, selon Daniel Marcelli et ses collègues (1996), la mère joue avec son enfant. « Elle joue, par exemple, à « la petite bête qui monte », aux marionnettes, à la surprise, à la fausse gronderie (lorsque le bébé fait ses besoins, la maman fait semblant de le gronder). Elle joue ainsi à des choses fausses, des semblants ; elle joue à provoquer des surprises, fait des chatouilles (p.14) ». Pour ces chercheurs, ce comportement normal de la mère ne fait pas partie des soins. Cependant, s'ils semblent inutiles, ils font toutefois partie des interactions ludiques qui permettent à l'enfant de 2-3 mois d'acquérir la capacité d'attendre (de patienter). L'enfant pourra, en surplus, investir psychiquement le temps d'attente lorsqu'il y en aura, de temps en temps, des surprises agréables. Pour Marcelli et ses collègues (1996) : « l'attente de la surprise permet l'investissement libidinal de cette tension croissante par anticipation de la détente liée à la surprise (p.15) ». Cette capacité est importante, elle apparaît même

essentielle, car elle va permettre à l'enfant de pouvoir tolérer les irrptions et les interruptions des soins ainsi que de leur attribuer un sens. De plus, selon ces auteurs, les surprises et les tromperies que la mère procure à l'enfant vont lui octroyer la « capacité de tolérer l'écart entre ce qui est attendu et ce qui advient, entre la représentation psychique investie et la réalité perçue, puis dans un temps second, de penser cet écart (p.16) ». Suivant Marcelli et ses collègues (1996), l'enfant intériorise les attitudes que la mère a eues à son égard puisque le bébé vers l'âge de 4 à 6 mois commence à être capable de prendre l'initiative de s'amuser à tromper sa mère et d'y prendre plaisir. Cependant, précisent les chercheurs, les inattendus ne doivent pas se produire dans le domaine des soins sinon c'est le chaos pour l'enfant avec comme conséquence l'émergence de défaillances narcissiques. De cette manière, la répétition stable de soins<sup>66</sup>, autrement dit une organisation invariable du travail de soins suffisamment bons accompagnée de moments de surprises positives ou de tromperies bienveillantes représentent les éléments essentiels pour que l'enfant puisse investir la pensée. Ainsi, nous rejoignons la théorie psychodynamique du travail de Dejours (1993) pour qui, ce qui constitue l'intelligence pratique<sup>67</sup> est en partie fait d'espièglerie, d'astuce et de ruses.

Nous pouvons considérer au regard de la théorie meadienne du développement du Soi que les interactivités ludiques dans la dyade mère-enfant vont permettre au Soi du bébé de se réaliser. En effet, quand la mère joue avec son enfant et lui donne des soins adéquats, elle le reconnaît, et l'encadre. La reconnaissance et l'encadrement représentent pour Mead une condition essentielle pour que le Soi se réalise. Le fait que le bébé prenne l'initiative de jouer avec sa mère nous indique que le Je, composante du Soi, est capable de prendre des décisions et qu'il s'inscrit dans la créativité. En outre, les jeux avec la mère permettent à l'enfant de

<sup>66</sup> Sont considérés comme soins qui doivent être stables et que le bébé attend comme tels : les repas, les levers et les couchers, la toilette, les promenades et le bain.

<sup>67</sup> Pour plus de précisions, se référer à l'article de Dejours (1993) : Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation permanente*. 116. (pp. 47-70). Université de Genève, Suisse.

développer sa capacité d'attendre ainsi que sa tolérance aux autres. Les jeux avec la mère procurent ainsi à l'enfant la prédisposition à donner un sens aux interactions grâce à la réflexion. Dans la théorie meadienne, cela correspond à la genèse de la prise de conscience de Soi. La conscience de Soi pour Mead, dans De Queiroz et Ziotkowski (1994), rappelons-le, réside dans : « l'action de prendre ou de sentir l'attitude d'autrui envers Soi et être conscient de Soi, c'est par essence devenir un objet pour Soi en vertu de ses relations avec les autres individus (p.22) ». De plus, l'investissement de la pensée de l'enfant grâce au jeu avec la mère pourrait promouvoir le développement de son originalité, de sa souplesse et l'amener à acquérir une grande diversité dans ses attitudes et ses comportements ce qui représente la source de la conscience sociale chez Mead. Habermas, dans sa conception sociopsychologique de la constitution de la personnalité, explique que les interactions positives avec les personnes significatives permettent à l'individu d'agir et de prendre ses responsabilités. Winnicott appellerait cela le début de la capacité de sollicitude.

Dejours (1986) indique que les activités ludiques avec la mère font partie de l'histoire psychique du sujet ; elles entrent dans la composition de sa conscience d'être et lui apportent une attitude réflexive et introspective qui amène l'individu à analyser ses comportements et ses réactions c'est-à-dire qui permettent l'intégration symbolique. Dans un certain sens et avec une perception dejoursienne, nous pouvons dire que la mère, lorsqu'elle joue avec son enfant, travaille avec lui. En effet, selon Dejours (1995), le travail c'est ce qui s'inscrit dans la nouveauté et qui relève fondamentalement de ce qui est de l'ordre de la créativité, de l'invention, de la trouvaille et de la découverte. De plus, pour ce chercheur, dans le travail, il y a deux perspectives : la première participe à la mise en œuvre d'une technique instrumentée ce qui pourrait correspondre aux soins apportés à l'enfant. La seconde implique une transformation du sujet ce qui coïncide avec l'activité ludique de la mère avec son enfant. De

plus, l'activité de jeu confère à l'enfant la reconnaissance de la mère. La reconnaissance, selon Dejours (1995), correspond à ce qui donne à l'individu le sens, le plaisir, et l'appropriation de son économie<sup>68</sup>. A contrario, d'après ce chercheur, lorsqu'il y a absence de reconnaissance, l'individu souffre et peut entrer dans une dynamique pathogène et mettre en place des stratégies défensives. Ces stratégies défensives peuvent aboutir à la démobilisation. Nous illustrerons nos propos scientifiques concernant l'émergence et le développement du Je chez l'enfant grâce au jeu avec la mère dans la vignette clinique d'Édouard.

#### 4.3.1 Vignette clinique d'Édouard et son analyse

Cette vignette<sup>69</sup> provient de la présentation, par Marcelli et ses collègues<sup>70</sup> (1996), du cas clinique d'Édouard ; un enfant de 15 mois qui souffre d'une grave dépression et dont des défenses autistiques<sup>71</sup> sont en cours de constitution. La mère est très dépressive. La psychothérapie consiste à faire jouer la dyade mère-enfant à des jeux comme des jeux de surprise, de caresses et de chatouilles, de coucous, de cache-cache et bien d'autres.

Lors des rencontres avec les thérapeutes, dans un premier temps, la mère nie que son enfant ait des difficultés dans son développement et le considère comme normal, néanmoins, et paradoxalement, elle reconnaît qu'il est spécial et pas du tout comme les autres enfants. Ensuite, la mère explique que son enfant ne l'aime pas et la rejette. De plus, elle conçoit des projections à l'égard d'Édouard telles que : « il est comme moi, il n'aime pas les autres, il préfère la solitude, il n'aime pas qu'on le dérange... (p. 27) ». Par la suite, la mère parle de sa

<sup>68</sup> Organisation mentale.

<sup>69</sup> Le cas clinique d'Édouard que nous avons rapporté d'un écrit scientifique, nous permet de donner un exemple de situations concrètes qui ont été rencontrées sur le terrain par des cliniciens. Il peut, de cette manière, avoir une portée pédagogique en matérialisant ainsi ce que nous avons rapporté théoriquement.

<sup>70</sup> Pour plus de précisions concernant cette vignette clinique se référer à l'ouvrage de référence : Marcelli, D., Paget, A. et Blossier, P. (1996). Les origines du travail de penser entre mère et bébé. *Revue de psychiatrie de l'enfant*, 39 (1), 5-40.

<sup>71</sup> Selon la théorie de ces auteurs, l'autisme infantile se définit précisément « par l'incapacité de l'enfant d'attribuer à autrui une fausse croyance, c'est-à-dire de se décentrer de son propre état psychique et d'attribuer à l'autre des pensées, des désirs, des croyances qui puissent être fondamentalement différentes de la réalité psychique propre au sujet lui-même (p.17) ».

dépression chronique et admet qu'elle ne tolère pas la relation triangulaire entre elle, son mari et l'enfant, cela lui provoque une envie destructive ou bien un effondrement dépressif. Son mari, qui est médecin, explique à un moment où il est seul avec la thérapeute qu'il y a des conflits dans le couple et qu'il les fuit. Il exprime également ses angoisses face à la dépression de sa femme et devant les problèmes de son fils.

Rappelons que, selon Dejours (2000), la triangulation avec le père permet à l'enfant de développer sa personnalité ; et cela ne peut se faire que s'il est confronté avec la réalité qui est amenée par le père. Pour ce chercheur, lorsque l'enfant est soumis uniquement à la reconnaissance de l'amour, ou aux jeux des sentiments de la mère, il pourrait y avoir le risque d'une fusion mère-enfant ce qui amènera l'enfant à la psychose. Dans le cas présenté, l'enfant n'a donc ni la triangulation avec le père ni la reconnaissance de l'amour maternel. L'enfant n'est soumis qu'aux sentiments dépressifs de la mère qui ne lui reconnaît pas le simple droit d'exister en tant qu'être différent d'elle tant elle a des projections à son égard. L'enfant semble s'être démobilisé et s'être replié sur lui-même et cela, afin de fuir l'organisation du travail de soins pathogène de sa mère dépressive. Il est, de cette manière, entré dans une phase de défense pré autistique.

Précisons les attitudes que la mère conçoit à l'égard de son fils ainsi que les propos qu'elle tient à madame Paget, la thérapeute.

Lorsque la mère tente, à la demande de la thérapeute, de jouer avec son fils à des jeux de coucou, de cache-cache, les échanges, après avoir procuré un grand plaisir à tous les deux, tournent rapidement en agressivité de la part de la mère. Ensuite, celle-ci commente ses actes en criant qu'elle est incompétente, qu'elle a des carences et qu'elle se comporte agressivement vis-à-vis de son enfant. La mère explique alors à la thérapeute son mal-être, la

lourdeur de son corps carcan qui la fige et qu'elle n'a qu'une envie, c'est de fuir. Elle dit notamment que jouer avec le corps de son enfant lui apparaît futile, inutile, voire malsain, et plus encore, angoissant. Pour elle, les soins corporels qu'elle donne à son fils sont méthodiques et efficaces. Elle dénigre également les progrès de l'enfant en ne parlant que ce qui ne va pas chez lui et de plus, elle estime que la faute en revient à l'enfant du fait qu'il a du potentiel pour progresser.

L'enfant, quant à lui, ne prend jamais d'initiatives, ne fait aucune demande pour être pris dans les bras. Il ne tend pas les bras pour désigner les objets qu'il souhaite. En outre, il refuse de se déplacer, d'être mis debout ; il n'utilise pas ses jambes, l'enfant ne réclame jamais rien, pas même à manger. Il ne se plaint pas, ni ne cherche à rejoindre sa mère quand elle le quitte. Il ne présente aucune manifestation lorsque celle-ci revient. Il ne ressent pas d'angoisse face à un étranger et s'efforce de trouver ailleurs que chez sa mère, les interactions et les jeux dont il a besoin, notamment auprès de la thérapeute.

Comme nous pouvons le voir, la mère ne reconnaît pas son enfant du fait qu'elle ne joue pas avec lui, qu'elle le dévalorise et qu'elle lui donne les soins de façon mécanique. Cette mère a des difficultés dans son organisation de travail de soins de mère. Ces difficultés se portent sur l'ensemble de l'organisation du travail de soins de la mère avec l'enfant c'est-à-dire sur les tâches de soins mais aussi sur les activités ludiques ainsi que dans son travail d'introduction du père dans la dyade mère-enfant.

Au cours de la deuxième année de la thérapie d'Édouard (l'enfant a maintenant 25 mois), pour madame Paget (la thérapeute), l'enfant commence à accéder à la pensée et au jeu. Il marche maintenant seul, il a 26 mois. « Mais son allure est celle d'un petit vieux trotinant péniblement, les épaule rentrées, les bras raides le long du corps...(p.29) » explique la



thérapeute. Après plusieurs séances de thérapie, il commence à jouer à imiter sa mère, ce que la thérapeute appelle « l'identification projective », (ce que Mead nommerait « la prise de rôle »), il mime, avec un ton vif et expressif, la colère et le désespoir de sa mère. Ainsi, lorsque sa mère évoque les rapports complexes qu'elle a eus avec sa propre mère, Édouard intervient et répète les mots qu'il a dû entendre de sa mère : « C'est pas simple...Mme Paget c'est pas simple... ! (p.31) ». De plus, selon les dires de la thérapeute, madame Paget, c'est lorsque celle-ci a proposé à la mère d'Édouard de reprendre sa thérapie (abandonnée il y a plusieurs années), que l'enfant, en entendant ces propos, s'est exprimé d'un air malicieux et complice en disant : « Oh ! Mme Paget, oh ! Mme Paget. (p.31) ». Ou encore, Édouard, lors d'un jeu avec une boule de terre qu'il fait rouler, celui-ci mime la colère et le désespoir de sa mère et crie : « Édouard, viens ici !... Édouard viens ici !... Édouard viens ici !... (p.31) ». Pour la psychothérapeute, Édouard semble être passé par une phase d'identification projective dont il commence à se dégager. De plus, nous explique la thérapeute, c'est au moment où l'enfant a amorcé la mise en scène des comportements et les expressions de sa mère, qu'Édouard a, pour la première fois, utilisé le Je dans son discours. L'utilisation du Je signifie, d'après Mead, que l'enfant commence à prendre conscience de son existence. Après deux ans de thérapie, (Édouard a 39 mois) il est capable, suite à un entretien avec sa mère, de prendre l'initiative de la raccompagner à la salle d'attente.

Dans cette vignette clinique, nous pouvons considérer qu'Édouard a intériorisé la dépression de sa mère. En effet, selon Mead (1963), l'intériorisation est effectuée par le système nerveux central ; non seulement celui-ci enregistre les communications que l'on a avec autrui, mais il y a des répercussions sur l'ensemble du corps. Ainsi Édouard, par le fait qu'il n'utilise pas ses jambes et ne se déplace pas, peut sembler « être atteint de la lourdeur de

son corps carcan qui la fige » tout comme sa mère le dit<sup>72</sup> à propos de son propre ressenti. Il a, en quelque sorte, intériorisé les sentiments de sa mère. Le Soi d'Édouard a aussi enregistré et intégré les attitudes de sa mère. Le Je d'Édouard ne s'est pas développé au contact de sa mère. La mère semble refuser de le reconnaître en tant que personne différente d'elle puisqu'elle considère, par exemple, que tout comme elle-même, il est un solitaire et il n'aime pas être dérangé. Le Je, selon Mead (1963), constitue une composante du Soi, et prend part à une réaction active et sélective aux conditions et aux valeurs extérieures. Édouard a de cette manière intégré qu'il ne devait pas communiquer avec l'extérieur. C'est de cette façon qu'il a développé un mécanisme de défense de type pré autistique par intériorisation des projections des affects dépressifs de sa mère. Il a ainsi commencé sa compréhension et sa construction du monde extérieur comme étant négatif et dangereux (violence de sa mère). Selon la théorie interactionniste, l'attitude de sa mère tient lieu d'instrument de contrôle social et représente les valeurs du groupe qu'incarne la mère. Il est possible que, sans sa thérapie, Édouard puisse être devenu un autiste violent, de par non seulement l'introjection ou intégration de la violence de sa mère, mais aussi du fait que celle-ci n'autorise pas la triangulation avec le père. La triangulation doit, selon Dejours (1986), détourner les pulsions violentes et doit également permettre l'instauration de la sexualité sur le plan psychique et corporel. Édouard a subi une double contrainte : la non-reconnaissance de sa mère et l'éviction de son père. Il pourrait donc être aliéné dans la solitude. En bref, sans la thérapie d'Édouard, la dépression de la mère aurait pu façonner un individu doté de véritables défenses psychopathologiques de type autistique.

L'activité thérapeutique par le jeu, le toucher et les surprises ont donné l'occasion à Édouard d'intérioriser les attitudes de la thérapeute à son égard ce qui lui a permis de mettre en place son Je. Le Je, selon Mead expliqué par Habermas (1987, T. 2), c'est la capacité de

---

<sup>72</sup> expliqué page 141.

trouver des solutions satisfaisantes, grâce à sa créativité, lorsque les situations sont limitées par un contrôle social (la mère d'Édouard) qui peut perturber l'autoréalisation. Nous pouvons dire que l'autoréalisation d'un enfant doit être stimulée par la mère car, en cas d'échec, le Soi peut devenir pathologique tel que l'autisme ou autres pathologies. Comme nous avons pu le percevoir dans cette vignette clinique, le Je d'Édouard, sous l'action de la thérapeute (substitut de la mère), a commencé à être actif dans sa contribution à l'œuvre commune. En effet, nous pouvons dire que l'œuvre de sa thérapeute et son développement personnel ont permis à Édouard de prendre l'initiative de mettre à l'écart sa mère en l'accompagnant dans la salle d'attente afin qu'elle n'affecte pas leur travail thérapeutique. Le travail thérapeutique n'est pas autre chose qu'une tentative de réparation de l'autodétermination et de la réalisation de soi<sup>73</sup>. Ainsi, le Je d'Édouard, au sens donné par Habermas qui explicite Mead (1987, T. 2), souhaite le respect de soi. L'action thérapeutique a aussi offert la chance à Édouard de mettre en action son Je. En effet, Édouard est passé à l'action, il a donc, selon Dejours (1986), mis en place un mouvement et des actions d'apaisement en effectuant un détour dans la réalité au lieu de sombrer dans l'autisme (repli sur soi). C'est cette activité de coopération<sup>74</sup> avec la thérapeute qui lui a permis de changer sa réalité et d'apaiser ses angoisses qui autrement auraient pu le conduire à se replier sur lui-même et ainsi l'exclure de toute réalité. Dejours dirait qu'Édouard était, du fait de la dépression de sa mère, face à un danger vital pour lui. Son instinct archaïque de survie lui faisait prendre la fuite, la thérapie l'a tourné vers la lutte, la coopération et l'expressivité. Nous pouvons aussi dire que l'intelligence sociale d'Édouard commence à se mettre en place, car il tend à agir de manière autonome et à vouloir se libérer des conventions existantes et des routines quotidiennes instaurées par sa mère. De la sorte, en ce qui concerne la thérapie d'Édouard, celle-ci a contribué, selon Mead (1963), à ce que le Soi

---

<sup>73</sup> Voir le schéma intitulé : Le Soi, une structure sociale qui naît de l'expérience sociale, Mead (1963) selon Alain Lestienne (2006) dans le premier chapitre, page 17.

<sup>74</sup> Voir chapitre 1, section 1.5.1 ou le schéma intitulé : Les conditions sociales de la coopération, C. Dejours (1986,1993), selon Alain Lestienne (2006) page 30.

d'Édouard se réalise grâce aux relations avec la thérapeute, mais également au moyen de la reconnaissance de sa valeur. Dejours (1986) considérerait que ce sont les stimulations et les incitations du milieu humain qui ont permis l'apprentissage, le développement ainsi que la maturation d'Édouard.

#### **4.4 Synthèse et discussion pour notre chapitre**

La littérature concernant la socialisation meadienne et dejoursienne de l'enfant en relation avec la mère nous apprend que la mère, de par son rôle de personne socialisante et étayante, est essentielle pour la compréhension du développement physique et psychique du nourrisson. Nous comprenons aussi que la mère fait office de modèle normatif pour l'enfant. Ainsi, l'enfant, de façon instinctive, s'imprégnera des attitudes, des valeurs et des attentes de son modèle à tel point que le bébé en élaborera son monde subjectif et donc sa réalité.

Pour l'enfant nouveau-né, qui n'a pas encore la capacité de vérifier le bien-fondé des conduites de sa mère dépressive, la dépression post-partum de celle-ci, caractérisera, non seulement, sa manière de se concevoir lui-même, mais influencera sa compréhension du monde extérieur. Il en sera de même de son mode de communication à l'égard de lui-même et vis-à-vis de son environnement. En un mot, l'enfant intériorisera la dépression de sa mère.

L'enfant a des besoins de base comme recevoir des soins satisfaisants. L'enfant a également besoin que la mère le regarde, l'encadre et qu'elle ait des activités ludiques avec lui. En d'autres mots, l'enfant a besoin de l'amour, de la sollicitude et de la reconnaissance de sa mère pour pouvoir être aussi bien en bonne santé physique que psychique. Pour cela, la mère, quand on se réfère à Kreisler, doit à la fois faire preuve de souplesse, de stabilité, de continuité, de perméabilité et de plénitude dans ses relations avec son enfant. La mère « normale » Kreislerienne doit aussi servir de pare-excitations et ne doit pas exclure le père. Or, de ce que nous avons pu lire au sujet des mères dépressives et bien que toutes soient

différentes les unes et des autres, celles-ci ont, dans l'ensemble, des difficultés à assumer les besoins essentiels de base de leurs enfants. Les difficultés des mères dépressives pourraient se révéler sous la forme d'interactions constituées par un manque constant d'attachement, de trop ou de pas suffisamment d'excitations. Les interactions mères dépressives-enfants peuvent aussi être entachées d'incohérences et de dissensions vis-à-vis de l'enfant. Une mère dépressive peut aussi avoir tendance à stimuler constamment son enfant, ou à le surprotéger et à exclure le père. Les soins à l'enfant peuvent être donnés selon un mode mécanique induit par des pensées de type opératoire. En général, lorsque les attitudes des mères dépressives ne sont pas conformes à ce que l'enfant attend de sa mère, celui-ci a des risques de s'angoisser. L'angoisse, si elle est trop élevée, pourrait amener l'enfant dans une *misère affective* et l'enfant pourra se donner une conduite de soumission superficielle qui pourrait altérer son fonctionnement psychique ; cela pourrait même l'entraîner dans des pathologies sévères. Il pourrait en résulter que l'enfant bloque le développement de son identité sexuelle et abandonne le développement de son Soi. Pour le clinicien Winnicott, le nouveau-né ressent plus que de l'angoisse, il « agonise » psychiquement. Pour lutter contre cette agonie, son Moi va s'éveiller et l'enfant se différenciera de sa mère. Toutefois cet éveil du Moi s'effectuera trop tôt<sup>75</sup>, car le cortex d'un nourrisson n'est pas encore suffisamment développé pour considérer le problème seul. L'enfant nouveau-né a donc besoin d'être dépendant de sa mère ; du moins pour un temps. De l'indépendance psychique prématurée de l'enfant vis-à-vis de sa mère en découlera un état confusionnel accompagné d'un échec de l'intégration du Moi ainsi que des fixations précoces. Ces fixations précoces pourront constituer l'origine des maladies mentales les plus destructives. Pour Christophe Dejours, la souffrance pourrait impulser l'enfant, angoissé par l'organisation du travail de soins pathogène de sa mère dépressive, à concevoir des phantasmes de toute puissance. Ces fantasmes menaceraient de le conduire à

---

<sup>75</sup> Voir chapitre 4, section 4.1.2 ou schéma intitulé : Processus développemental conduisant à la destructivité chez l'enfant, Winnicott (1969, 1992), par Alain Lestienne (2007), page 127.

l'effondrement narcissique ou à la compulsion à la violence. Cet état d'esprit pourrait donc détourner l'enfant de la réussite du développement de son Soi, tel que Mead le préconise. De cette manière, il pourrait s'avérer que l'individu ait des difficultés quant à sa capacité réflexive et dans le développement de sa conscience de soi. De la sorte, il se pourrait que l'enfant soit plus tourné vers la destructivité de lui-même ou de celle des autres. Il ne pourra ainsi faire preuve d'intelligence sociale, intelligence sociale qui, chez Mead, vise à améliorer le bonheur du plus grand nombre.

En fait, qu'est-ce qui s'est passé dans la vie de l'enfant pour que celui-ci ne soit plus capable de développer son Soi ?

Si nous nous référons à Winnicott, la mère dépressive ne peut mettre en place la *préoccupation maternelle primaire* qui lui permettrait d'être hypersensible aux besoins de son enfant. Ainsi, la mère dépressive en post-partum ne peut s'identifier et se dévouer complètement à son enfant dans les premiers mois suivant l'accouchement. Or, l'enfant a besoin de l'amour et des soins de sa mère pour exister. De la sorte, l'enfant de mère dépressive souffre et réagira aux carences maternelles. Il pourrait également souffrir du manque de la présence du père. Ces réactions pourraient être soit de la colère en lien avec les frustrations vécues, soit l'enfant aura eu peur et probablement les deux en même temps. S'il veut survivre, l'enfant est obligé de réagir devant sa souffrance et il l'effectuera par la destructivité. Rappelons que la libido - ou instinct de survie - est composée pour Freud d'amour et de destructivité. L'enfant ne recevant pas d'amour, il lui restera la destructivité pour s'exprimer. Et, c'est cette destructivité qui bloquera non seulement ses capacités de sollicitude mais également ses capacités d'épanouissement de la personnalité. De plus, si nous nous référons à Mead, l'enfant, de par son aptitude innée à imiter sa mère, va reproduire avec lui-même et avec autrui les relations qu'il a connues et éprouvées avec sa mère dépressive.

Cela va constituer pour lui une norme de conduite. C'est cette norme de conduite qui soutendra tous ses comportements à venir. C'est ainsi que l'enfant internalise et institutionnalise la dépression de sa mère comme représentant la réalité de son monde. L'enfant souffrant de la dépression de la mère pourra aussi se réfugier dans une stratégie de repli sur soi tel que l'autisme comme nous l'avons développé dans notre vignette clinique.

Dans la vignette clinique d'Édouard, nous avons vu les points forts de sa thérapie, mais quels pourraient en être les points faibles ?

Dans cette vignette clinique, nous avons remarqué à quel point le jeu avec la mère constitue un investissement essentiel pour l'avenir psychique et physique de l'enfant. Selon ce que nous avons constaté dans cette thérapie, c'est que le jeu de la mère avec l'enfant permet de faire émerger le Je de l'enfant. Toutefois, lorsque la mère n'apparaît pas capable de jouer avec son enfant et que celle-ci est exclue de la thérapie, comme nous l'avons vu dans la thérapie d'Édouard, nous pouvons estimer qu'il va manquer quelqu'un dans la thérapie. Nous sommes tenté de dire qu'il serait peut-être aussi important d'aider la mère à accepter de s'amuser avec son enfant que d'essayer de sortir l'enfant de l'autisme. Autisme dans lequel il cherche à se réfugier. Cette vignette clinique nous donne comme enseignement : ce n'est pas tant le jeu qui est crucial en soi pour l'enfant. Cela peut paraître contradictoire avec ce que nous avons dit précédemment, mais comme nous l'avons précisé c'est le-jeu-avec-la-mère qui est nécessaire à l'enfant et non pas le jeu avec le(a) thérapeute. En effet, la thérapeute qui se substitue à la mère n'est que de passage en remplacement de la mère. La mère, elle, demeurera toujours sa mère et celle-ci devra s'occuper de l'enfant jusqu'à, au maximum, qu'il soit devenu un jeune adulte. Nous pensons aussi, et comme nous le verrons dans le chapitre suivant, que l'avenir d'Édouard pourrait être entaché de bien des problèmes et que celui-ci aura besoin d'être étayé pendant très longtemps. Nous avons pu le comprendre avec le suivi



de ses clients à long terme expliqué par le clinicien Solnit. En effet, selon lui, une thérapie peut aider un enfant à devenir un adulte ayant une bonne adaptation sociale, mais cela ne suffirait pas à lui donner le sentiment d'une stabilité émotionnelle. L'enfant en question, devenu adulte, éprouverait toujours une peur des régressions affectives. Ceci pourrait confirmer la vision de Dejours à propos des blocages affectifs des adultes qui ont été soumis à la souffrance durant leur enfance.

Aussi, nous nous posons la question : qu'est-ce qui pourrait advenir, du point de vue socioprofessionnel, des personnes qui ont subi des troubles dans l'organisation du travail de soins de leurs mères dépressives durant leur enfance ? Ou comment le jeu avec la mère peut octroyer à l'individu la capacité de pouvoir tolérer les écarts entre ce qui est réellement et ce qui devrait être dans le travail.

La mère de par ses jeux avec son nourrisson va lui permettre d'obtenir progressivement la capacité de tolérer les différences entre ce qui doit être et ce qui se passe dans les faits. De plus, elle lui donnera, ou pas, la prédisposition à investir psychiquement le temps et l'espace. Cette capacité s'acquière dès l'âge de 2-3mois, si l'on en croit Marcelli et ses collègues et cela grâce à la préoccupation maternelle primaire de la mère pour son enfant. En effet, pour ces cliniciens, le bébé va investir libidinalement le temps entre les surprises agréables ; cela lui permettra de pouvoir patienter et de donner un sens à l'absence de la mère. Il aimera donc sa mère même si elle est absente. L'attente de la surprise et des jeux avec sa mère lui octroieront la capacité de s'investir dans la pensée et la réflexion. Nous pouvons dire réflexion car l'enfant, avec qui la mère a joué aux surprises agréables, devient capable à son tour d'imiter sa mère et d'initier des surprises et des tromperies bienveillantes à sa mère et y prendre plaisir. Ainsi, lorsque l'enfant a appris de sa mère ; il y a eu pensées, réflexion et actions ce qui peut signifier que l'enfant a un Je. L'enfant détient ainsi, selon les auteurs tels



que Mead, Dejours, Habermas et Winnicott, les structures mentales pour le développement de Soi. Ceci devrait lui permettre de se réaliser. Il pourra de cette manière posséder la faculté d'attendre, d'avoir des prédispositions créatives et d'être original. Il pourrait se montrer réflexif, capable d'initiatives et de prendre des décisions, d'être souple et tolérant face à lui-même et aux autres. Il pourra également détenir la disposition à la sollicitude, à la conscience de soi et être plus susceptible d'agir en étant responsable de ses actions. Ces capacités, selon nous, font partie de ce que Dejours appelle l'intelligence pratique faite d'espiègeries, d'astuces ou de ruses. Pour Dejours, l'intelligence pratique est une activité créatrice qui permet de lutter contre la rigidité et les incohérences de l'organisation du travail dans les entreprises. Or, ce que nous pouvons tenter de mettre en valeur dans ce parallèle, c'est que l'organisation du travail de soins prodigué par la mère vis-à-vis de son enfant devrait lui donner, ou non, des structures psychiques qui favoriseront plus tard l'épanouissement. Cela pourrait se révéler bien utile dans les entreprises (ainsi que dans sa vie privée). L'individu devenu adulte devrait donc éprouver du plaisir à vivre dans des conditions où il y a des écarts entre le réel et le prescrit. Cela lui fournirait la possibilité d'utiliser ses aptitudes structurelles incorporées auprès de sa mère<sup>76</sup>.

Nous pouvons considérer que les organisations de travail dans les entreprises pourraient s'avérer être comparables aux activités parentales de développement des personnes qui y occupent des emplois. Cela devrait permettre aux employés de développer une certaine part de leur créativité naturelle tout comme la mère normale l'accomplit dans son organisation de soins et de jeux avec son enfant. Elles devraient également donner de temps en temps, tout comme la mère le pratique avec son enfant, des surprises agréables à leurs employés. Dans le

---

<sup>76</sup> Toutefois, précisons que tout n'est pas blanc ou noir et que les structures psychiques de l'enfant devraient, évidemment, se développer sur un continuum composé de ses propres capacités biologiques, de ce que ses deux parents lui ont inculqués et d'autres facteurs entrant en jeu comme les conduites de toutes les personnes significatives qui pourraient prendre soin de lui. Cependant, la mère, lorsqu'elle rentre chez elle après avoir accouché, va s'occuper seule, bien souvent, de l'organisation du travail de soins à l'enfant.

cas contraire, lorsque règne, que ce soit dans l'organisation du travail des entreprises ou de la mère, une trop grande rigidité accompagnée d'actions coercitives, cela pourrait se traduire par l'installation de mécanismes de défense à défaut d'avoir recours à l'intelligence pratique<sup>77</sup> dejoursienne. Pour Dejours, quand des personnes rencontrent dans une entreprise une organisation du travail qui leur semble néfaste et similaire à l'organisation du travail de soins qu'elles ont vécu dans leur milieu familial, il appelle cela la « résonance symbolique ». Cette résonance symbolique devrait faire en sorte que l'histoire des souffrances enracinée psychiquement dans le corps de ces personnes soit réactivée par l'organisation du travail dans leur entreprise. Cet écho provenant du théâtre de leur enfance pourrait, selon Christophe Dejours, les faire entrer dans une dynamique pathogène. Pour cet auteur, les personnes qui vivent une résonance symbolique mettent en place des stratégies défensives comme l'utilisation de substances addictives tels les cigarettes, l'alcool, les drogues ou autres.

Nous nous proposons maintenant d'étudier ce que Dejours appelle « théâtre de l'enfance » qui conduit aux stratégies défensives addictives. Plus précisément, nous chercherons à connaître les enjeux sociaux associés à la dépression post-partum. Nous avons déjà vu dans ce chapitre qu'un enfant pouvait fuir sa mère dépressive en devenant autiste. Nous verrons dans notre prochain chapitre comment l'organisation du travail de soins pathogène d'une mère dépressive peut conduire à d'autres problèmes que l'autisme.

---

<sup>77</sup> Pour Dejours, il s'agit des aptitudes à utiliser la créativité, l'inventivité, les trouvailles et les découvertes pour le bon fonctionnement de l'entreprise.

## CHAPITRE 5 :

### LES ENJEUX SOCIAUX ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION POST-PARTUM

#### INTRODUCTION

Toutes les semaines, voire tous les jours, que ce soit aussi bien dans les journaux, à la télévision ou à la radio nous entendons parler de délinquance, de drogues, d'alcoolisme, de tabagisme ainsi que du décrochage scolaire des jeunes. Les autorités, elles, discutent sur le manque de motivation, parlent d'interdire, de coercition ou de santé mentale. Quant aux nombreuses recherches dans ces domaines que sont la toxicomanie, la délinquance et le décrochage scolaire, elles nous précisent qui, combien, où, quand, avec qui, comment... Elles nous parlent aussi de conditions socio-économiques, de pauvreté, de niveau d'éducation, mais il est rare que l'on nous parle de *misère affective*, de traumatisme ou de souffrance. Très peu de recherches expliquent, ou essayent de comprendre, le processus de la dépendance ni pourquoi les jeunes prennent des produits addictifs ou encore pourquoi ceux-ci deviennent des délinquants. C'est ce que nous tenterons de faire dans ce chapitre.

Par ailleurs, nous avons lu sur le site internet de la bibliothèque du Parlement (2007) que l'on se posait la question de savoir la raison pour laquelle certaines personnes deviennent dépendantes de substances psychoactives. Comme nous pouvons le voir, le sujet de la consommation de produits conduisant à l'assuétude est un sujet qui intéresse les décideurs politiques et nous espérons dans ce chapitre, pouvoir, du moins en partie, répondre à leurs interrogations. Évidemment, nous ne prétendons pas expliquer de manière absolue le pourquoi de la dépendance mais nous estimons intéressant d'explorer la piste de la dépendance vis-à-vis de la mère puisque les recherches dans ce domaine ne sont que très peu amorcées.

Dans ce chapitre, nous mentionnerons des résultats cliniques et des statistiques provenant de recherches afin de tenter de corroborer ce que nous avons déjà indiqué dans les chapitres précédents. Nous chercherons également à expliquer quels sont les processus psychiques qui peuvent conduire une personne à devenir dépendante. Pour argumenter notre recherche, nous tenterons, à chaque fois, de donner des points de vue de professionnels du domaine concerné.

Du fait de notre positionnement dans le domaine de l'éducation, nous nous attarderons plus particulièrement aux problèmes d'apprentissage et aux troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Ces deux difficultés seront traitées en lien avec la dépression de la mère. De plus, quelques recherches épidémiologiques sur des sujets comme la consommation de tabac et d'alcool et un peu sur la drogue seront évoquées puisque ce sont ces toxiques que les étudiants, notamment au secondaire, consomment le plus.

Ainsi, dans ce qui suit, nous commencerons notre chapitre en évoquant les enjeux sociaux et les enjeux d'avenir des enfants en relation avec des mères dépressives. Pour ce faire, il sera fait référence à des spécialistes aussi bien d'éthologie, de pédopsychiatrie, de psychanalyse que de psychologie. Ensuite, nous tenterons de comprendre comment les difficultés relationnelles entre une mère et un enfant pourraient engendrer des problèmes somatiques chez l'enfant. Pour appréhender cette symptomatique, nous dirigerons notre démarche vers la pathologie psychosomatique chez l'enfant. Dans un premier temps, il sera question des relations mères-enfants. Elles seront matérialisées par quelques cas cliniques. Ensuite, nous tacherons de comprendre comment se passe le processus de somatisation chez l'enfant. Après, un inventaire des principaux problèmes psychosomatiques du nourrisson sera évoqué. Puis, nous recenserons les troubles émotivo-cognitifs et les problèmes du comportement qui ont été relevés chez des enfants de mères dépressives. Après cela, sera

abordé le problème de la consommation du Ritalin en lien avec les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Sur le thème des TDAH, en premier lieu, nous discuterons des difficultés concernant le diagnostic et le traitement des TDAH. Des résultats de recherches qui rapportent le lien entre la mère dépressive et les TDAH chez les enfants seront indiqués tout de suite après. Puis, nous aborderons l'étiologie des troubles du déficit d'attention et d'hyperactivité chez les enfants en lien avec la consommation de toxiques durant la grossesse et le post-partum. La poursuite de notre sujet se fera en questionnant l'avenir potentiel des jeunes troublés par des TDAH. Nous ouvrirons alors le volet du décrochage scolaire. Puis, des expériences de vie qui peuvent faire cheminer des enfants vers la délinquance seront évoquées. Ceci nous conduira à nous questionner sur la santé mentale des jeunes délinquants. Ce questionnement amènera la considération des différents aspects dépressifs de ces jeunes. Ensuite, nous énoncerons des statistiques relatives à la dépression, aux dépendances et à la délinquance des adolescents. Nous évoquerons, subséquentement, une épidémiologie de la consommation de tabac suivie de celle de la consommation d'alcool chez les jeunes Canadiens. Ceci amènera un exemple d'itinéraire de jeunes gens devenus délinquants. Ce parcours juvénile nous conduira à approfondir le sujet du tabagisme en nous questionnant sur ce qui peut attirer les personnes en détresse vers le tabac. Ce thème nous dirigera vers un des sous-produits de la consommation de cigarettes qui est appelé : la nicotine. L'étude se poursuivra avec la problématique de la dépendance des personnes, thème dans lequel sera abordé le processus psychique qui pourrait conduire une personne à devenir dépendante. Ceci amènera à évoquer un élément important de l'étiologie de la dépendance que constitue le mécanisme de défense appelé *le clivage*. Nous continuerons notre démarche en soulignant le processus traumatique qui conduit l'enfant à mettre en place un mécanisme de défense. Ces propos seront illustrés grâce une vignette clinique. Celle-ci nous conduira à parler du processus de regroupement comme une stratégie défensive des personnes

stigmatisées par le regard social. Ce chapitre se terminera par une discussion sur le thème du regroupement avec nos auteurs de référence que sont Mead et Dejours. Voyons, en premier lieu, quels pourraient être les enjeux sociaux de la dépression maternelle.

### 5.1 Les enjeux sociaux de la dépression de la mère

Pour Hubert Montagner<sup>67</sup> (1999), les enjeux sociaux concernant la problématique des relations non satisfaisantes entre les mères et leurs enfants dans les premières années du post-partum sont considérables. Selon cet auteur (1999), il s'agit de phénomènes de société qui constituent un gâchis humain et économique. Ainsi d'après ce chercheur :

Il est de plus en plus clair que les difficultés d'adaptation et les inadaptations constatées au cours de l'enfance et de l'adolescence ont des racines profondes dans le non-attachement, les difficultés d'attachement et le détachement précoce entre le bébé et sa mère ; mais aussi dans les phénomènes de non-communication ou de communication difficile du bébé avec la mère et les autres personnes au cours des premiers mois ou des premières années (p.15).

D'après Rousseau (1994), les effets néfastes de la dépression post-partum sur le développement de l'enfant sont incontestables. De plus, cet auteur estime qu'il existe un véritable cercle vicieux quant à la relation pathogène entre la mère et l'enfant. La relation pathogène dans la dyade mère dépressive-enfant entraîne une tendance chronique à l'intériorisation de la dépression maternelle chez l'enfant, tout en l'amplifiant.

Nous aimerions savoir ce que peut vouloir dire : la dépression de la mère est amplifiée par l'enfant ?

Le psychanalyste Heinz Kohut (2004) explique que :

des perturbations précoces dans la relation au soi-objet archaïque idéalisé, et particulièrement des déceptions traumatiques liées à cet objet peuvent nuire considérablement au développement de la capacité fondamentale du psychisme de maintenir, par lui-même, l'équilibre narcissique de la personnalité (ou de le rétablir lorsqu'il a été troublé). Tel est, par exemple, le cas de ces personnalités qui développent des dépendances (à la drogue, etc.). Le trauma qui les a affectées est le plus souvent celui d'une grave déception causée par une mère, qui par suite d'une

---

<sup>67</sup> Montagner Hubert : professeur d'université et directeur de recherche à l'Inserm. Il est l'un des pionniers de l'éthologie française.



empathie erronée avec les besoins de l'enfant (ou pour d'autres raisons), n'a pas rempli de façon satisfaisante les fonctions dont pourra se charger plus tard l'appareil psychique parvenu à maturité (p. 53-54).

Et, selon le pédopsychiatre Bernard Cramer (1999), les symptômes des troubles physiques d'un enfant sont des indices de dépression ou d'angoisses maternelles. L'enfant manifeste habituellement des problèmes d'alimentation et du sommeil, il est agité, présente des troubles du comportement et a des relations conflictuelles avec ses parents. Pour Cramer (1999), ces symptômes sont également des indicateurs de développements problématiques ultérieurs. Pour Montagner (1999), le devenir des humains se prépare dès la naissance et dans le cas où cela se passe mal il y aura des problèmes dits de la « petite enfance ». Ces problèmes aboutiront, entre autres, à : des suicides, de l'inadaptation, des mal-adaptations, des maladies mentales, des agressions, de la violence individuelle, de la peur, des craintes extrêmes, au stress et à des maladies psychosomatiques.

Nous voudrions maintenant connaître comment les difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant peuvent-elles engendrer des symptômes psychosomatiques chez l'enfant.

### **5.1.1 Les symptômes de la pathologie psychosomatique du nourrisson en lien avec les problèmes d'interaction mère dépressive-enfant**

Pour Lanouzière (1991), les bébés ne maîtrisent pas encore l'accès au langage. Lorsque ceux-ci vivent de l'anxiété, par rapport à la dépression de leur mère, ils révèlent leur anxiété sous la forme d'un mal-être corporel appelé également psychosomatisme. D'après Kreisler (1995), les soins maternels au moment du post-partum garantissent le fonctionnement interactif entre la mère et l'enfant. C'est cette interaction qui assure la régulation de l'équilibre psychosomatique. De plus, ce clinicien précise que :

les premières représentations inscrites dans le *psychisme* sont *des représentations concrètes sensorielles et motrices*. La richesse et la qualité de ces choses, mémorisées dans l'inconscient primaire, appartiennent à la fonction maternelle. Celle-ci est non moins déterminante pour l'acquisition des représentations verbales, inhérentes à la symbolisation (les représentations de *mots* que Freud oppose aux représentations de *choses*) (p.168).

Pour Kreisler (1995), la pathologie psychosomatique du bébé doit prendre en compte les interactions mère-enfant « génératrices de trous relationnels ou de distorsions introduisant des failles objectales (p.196) ». Cet auteur affirme que ce sont bien les relations mère-enfant qui sont à la base de la somatisation chez l'enfant. Pour lui, des thérapies conjointes mère-enfant ont généré des progrès convaincants vis-à-vis de la pathologie somatique de l'enfant. Kreisler (1995) dans son article intitulé : *La perspective psychosomatique dans la psychopathologie du nourrisson*, nous confirme le lien entre la dépression de la mère et les problèmes psychosomatiques des nourrissons. Pour bien démontrer ce lien interactionnel mère dépressive-enfant, cet auteur nous résume quelques-unes de ses nombreuses entrevues cliniques (quarante cinq années). Il indique notamment qu'une mère lui a présenté un bébé de trois mois qui était atteint d'une anorexie primaire sévère. Ce bébé vivait un investissement maternel désertique du fait que sa mère était gravement déprimée. Il nous parle aussi de Viviane, une enfant d'un an, qui était affectée par des troubles du sommeil, et cela, dès le retour de la clinique d'accouchement. Ses nuits étaient ponctuées d'agitations et de cris. Cette enfant était hyper stimulée par une mère tombée dans une décompensation de type *dépression essentielle*<sup>68</sup>. Cette femme offrait à sa fille des soins de type opératoire et perfectionniste. Il nous explique également le cas d'un garçon de deux ans qui était atteint de bronchites à répétition entrecoupées par des problèmes d'allergiques cutanées. Celui-ci éprouvait aussi des angoisses de séparation intenses et des troubles névrotiques de type panique. Il était en effet paniqué vis-à-vis de certains bruits provenant du voisinage ainsi qu'à la vue de différents objets domestiques. Sa mère, troublée par une dépression de longue durée, avait organisé autour de lui un système compliqué de surprotection. Pour ce clinicien, c'est essentiellement la dépression et le surplus d'excitation provoqué par la conduite de la mère qui contribuent aux principaux éléments de la somatisation chez l'enfant.

<sup>68</sup> La dépression essentielle pour Kreisler (1995) qui se réfère à Marty: « représente une véritable sidération affective d'où résulte un fonctionnement mental de type « opératoire » privé d'affects et de représentations fantasmatiques. Elle est significative des mouvements individuels de mort (p.167) ».



Aussi, nous nous posons la question de savoir : comment se passe le processus de somatisation ?

D'après Kreisler (1995) : « la dépression essentielle et le surplus d'excitation ont pour conséquence commune de suspendre la mentalisation : la dépression par vidage de la pensée affective, la seconde par le débordement des pressions extérieures ou psychiques (p.179) » chez les enfants. Ce que dit Kreisler au sujet de la *dépression essentielle* et le surplus d'excitation peut correspondre aux deux types de mères dépressives qui sont, pour les premières, les mères repliées sur elles-mêmes, encore appelées *les mères mortes*, et pour les secondes, elles pourraient coïncider avec les mères intrusives que nous avons mentionnées dans notre chapitre 3, sections 3.1.3 et 3.2. Selon Kreisler (1995), la mentalisation représente : « les mécanismes par lesquels le psychisme assure l'émergence et opère la régulation des énergies inconscientes, instinctuelles et pulsionnelles, libidinales et agressives (p.167) ». Ainsi, si l'on se réfère aux psychanalystes français, spécialistes de la psychosomatique de l'adulte (Marty, Fain, De M'Uzan, David), cités par Kreisler (1995), les nourrissons, tout comme les adultes, somatisent car ils ne sont pas capables d'utiliser l'expression mentale. L'expression mentale permet de canaliser les pulsions inconscientes produites par des situations traumatiques. Lorsque des individus ne peuvent mentaliser ceux-ci somatisent c'est-à-dire que les pulsions inconscientes de ces personnes ne s'exprimeront pas verbalement mais au travers de certains organes<sup>69</sup>.

D'après Kreisler (1995), les principaux problèmes psychosomatiques du nourrisson peuvent s'exprimer sous la forme d'insomnie, d'anorexie, de boulimie, de vomissements, de coliques, de constipation, de diarrhée et de troubles respiratoires. Les troubles respiratoires, selon la nomenclature médicale citée par Kreisler (1995), sont, entre autres, l'asthme, les

---

<sup>69</sup> Si la question se pose de savoir par quels organes le corps somatisera les pulsions inconscientes, il pourrait répondre que le corps devrait s'exprimer par les organes qui ont des faiblesses génétiques ou organiques.

otites et les bronchites répétitives. De plus, il peut y avoir aussi des problèmes de maladies cutanées comme l'eczéma, l'urticaire, le psoriasis ainsi que des problèmes généraux comme les maladies allergiques, la malnutrition, les retards de croissance, l'obésité et les infections à répétition.

Pour Monique Bydlowsky (2005a), ce sont des pédopsychiatres qui ont découvert, en faisant des anamnèses, que les troubles du sommeil, les troubles de digestion ou encore les retards précoces du développement chez les nourrissons présentés à leurs consultations, étaient amenés par des mères qui avaient des altérations de l'humeur ou des dépressions. Pour le comité de la pédiatrie psychosociale du Canada (2004), lorsque la dépression maternelle a lieu lors de la grossesse celle-ci peut avoir des conséquences telles que : des soins prénataux insuffisants, une mauvaise alimentation, une prématurité plus élevée, des petits poids à la naissance, une prééclampsie et des avortements spontanés. Quand la dépression se situe au moment du post-partum, le nourrisson pourra présenter des comportements de colère et des styles d'adaptation protecteurs, une passivité, un repli sur soi et des conduites d'autorégulation. Dès lors que la dépression de la mère trouble le nouveau-né, celui-ci pourrait avoir l'attention et l'éveil désorientés. La dépression de la mère lorsque les enfants sont tout-petits pourrait amener ceux-ci à avoir une non-docilité passive, une expression moins mature de l'autonomie, mais aussi des troubles d'internalisation ou d'externalisation et des interactions plus limitées. Les enfants non dociles passifs, ont, du point de vue du cognitif, des jeux créatifs moins fréquents et des rendements cognitifs moins élevés. La dépression de la mère pour les enfants d'âge scolaire peut conduire ceux-ci à démontrer des altérations fonctionnelles de l'adaptation, des troubles d'internalisation et d'externalisation ainsi que des déséquilibres affectifs, des troubles anxieux et des problèmes comportementaux. Sur le plan académique, ils peuvent témoigner de troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ainsi que des résultats moindres au test de QI. Pour ce qui concerne les

adolescents qui ont été troublés par la dépression de la mère, ceux-ci sont susceptibles de présenter des désorganisations affectives telles que : de la dépression, des troubles anxieux, des phobies, des troubles paniques et de comportement, des abus d'intoxicants et des dépendances à l'alcool. Dans le domaine scolaire, ils peuvent démontrer des TDAH ainsi que des problèmes d'apprentissage.

Nous consacrerons notre prochain thème, dans un premier temps, à la consommation du Ritalin en lien avec les troubles TDAH et, dans un second temps, aux problèmes d'apprentissage.

### **5.1.2 Les prescriptions du Ritalin en expansion**

Nous pouvons retrouver indirectement les conséquences de l'augmentation de la dépression maternelle<sup>70</sup>, notamment, sur le plan de la consommation du médicament qui s'appelle le *Ritalin*. Selon l'étude de la journaliste du Journal de Québec, Marie-France Bornais (2004), il y a une accentuation considérable du nombre de prescriptions de ce médicament. Les chiffres sont passés de 36 000 ordonnances en 1990 à près de 461 000 en 2003. Par ailleurs, pour la pharmacienne Lyse Lefebvre (1996), du centre de Toxicomanie du Québec, il y a plus d'un million d'enfants aux États-Unis qui utilisent le Ritalin et cela afin de tenter de diminuer les problèmes d'apprentissage. Ces chiffres représentent une augmentation de 250% par rapport à l'année 1990.

Comme nous l'avons expliqué plus haut et en accord avec les pédopsychiatres, il y a un lien indéniable entre la dépression de la mère et les troubles TDAH chez les adolescents. Paradoxalement, cette augmentation de l'usage de cette drogue proviendrait d'une confusion dans le diagnostic et le traitement des troubles véritablement TDAH. Cette confusion s'opérerait avec deux autres troubles que les pédopsychiatres Frédéric Kochman, Laurent

---

<sup>70</sup> Voir notre chapitre 3, section 3.1.1.

Karila et Sandrine Tiravi (2002) appellent la pseudo hyperactivité. Pour ces praticiens de l'unité pédopsychiatrique de Lille en France, il y a deux sortes de pseudo hyperactivité : l'une serait d'origine psychoéducative et l'autre serait réactionnelle. Dans le premier cas, les enfants éprouvent une tendance naturelle à l'agitation, ils se dispersent dans leurs activités et se révèlent facilement agressifs et impulsifs. Ils sont en général issus d'un milieu familial qui ne met pas l'accent ou stimule peu la gestion des frustrations, le contrôle des émotions et le respect des autres. Dans le deuxième cas, les enfants présentent un comportement extraverti principalement basé sur la provocation qui témoigne, en cela, qu'il y a un mal-être plus profond. Selon Kochman et ses collègues, dans ces deux cas de pseudo hyperactivité, il n'y a pas lieu de donner du Ritalin aux enfants. Suivant notre estimation du problème, il pourrait être formulé l'hypothèse que ces deux types de pseudo hyperactivité pourraient être une réaction des enfants à la dépression de la mère. Ces indications concernant le lien entre la dépression maternelle et les TDAH des enfants pourraient être confirmées par le rapport du gouvernement du Canada (2003) sur le Bien-être des jeunes enfants. Effectivement, celui-ci stipule que les enfants qui habitent avec une mère dépressive apparaissent particulièrement susceptibles d'avoir des problèmes de comportement et d'apprentissage. Ils ont, de plus, l'humeur irritable et sont difficiles. Ces explications semblent être confirmées par les résultats de recherche du psychologue Chaise. En effet, Chaise (2005) mentionne que 28% de l'échantillon d'enfant hyper kinésiques de sa recherche avaient eu des interactions précoces violentes, incohérentes et carencées. Toujours d'après Chaise (2005) qui se réfère à Michèle Billion elle-même citant une recherche de Hechtmann, les conclusions de cette étude indiquent que la fréquence d'antécédents de dépression de la mère chez les enfants hyper kinésiques se situe à hauteur de 38,4%<sup>71</sup> alors qu'il se trouve de 6 à 14% pour les mères non dépressives du groupe contrôle. Pour Chaise (2005), la dépression des pères peut avoir aussi

---

<sup>71</sup> Plus précisément : 17,9% de dépression majeur et 20,5% de dépression mineure.

des incidences sur l'hyperactivité des enfants. Il l'explique par les résultats d'une recherche faite par Berger en 2000 et qui démontre que 14,5% des pères d'enfants hyperactifs ont eu une dépression importante dans la première année de la naissance de l'enfant. Cependant, l'étude de Berger a également établi que si les mères de ces enfants hyperactifs - tous des garçons- n'étaient pas dépressives celles-ci, pour 75% d'entre elles, présentaient des comportements de type *forçage* avec la volonté de contrôler aussi bien le mari que l'enfant. Pour Chaise (2005), la dépression du père pourrait avoir perturbé la préoccupation maternelle primaire de la mère. En outre, la conduite de la mère contrôlante pourrait aussi avoir compliqué le mouvement œdipien chez l'enfant.

Pour le pédopsychiatre canadien Claude Jolicœur (2005), l'étiologie des troubles du déficit d'attention et d'hyperactivité pourrait aussi provenir de la consommation de toxiques (alcool, drogues, tabac et autres), d'une malnutrition de la mère durant la grossesse et durant le post-partum. Mohamed Ben Amar<sup>72</sup> et Nancy Légaré<sup>73</sup> (2006), qui se réfèrent à de nombreuses recherches dans le domaine, estiment que les difficultés d'apprentissage concernant : « le développement du langage, les capacités de lectures, les habiletés mathématiques (p.79) » seraient en lien avec la consommation de cigarettes durant la grossesse. De plus, ils indiquent que les risques de TDAH des enfants de mères fumeuses sont doublés par rapport aux enfants de mères non fumeuses. En outre, le rapport du gouvernement du Canada (2003) sur le Bien-être des jeunes enfants indique que les enfants de mères qui consomment abusivement de l'alcool ont davantage de troubles affectifs, d'angoisse de

---

<sup>72</sup> Pharmacien, spécialiste en biologie clinique et en pharmacologie, professeur de pharmacologie à l'Université de Montréal. Il est consultant pour l'industrie pharmaceutique et agit à titre d'expert devant les tribunaux du Québec et du Nouveau-Brunswick.

<sup>73</sup> Pharmacienne, spécialiste en psychiatrie clinique et en sciences biomédicales. Elle exerce la pharmacie à l'institut Philippe-Pinel de Montréal. Elle est également professeure associée au département de psychiatrie de la faculté de médecine et conférencière aux facultés de pharmacie et des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

séparation, de comportements hyperactifs, de problèmes d'agressivité et ont une tendance supérieure à la délinquance que les autres enfants.

Pour en revenir à l'augmentation de la consommation du Ritalin, Lefebvre (1996) se demande si, dans notre société actuelle, la vie des adultes ne serait pas devenue si infernale que ceux-ci (parents, professeurs, psychologues scolaires) recommanderaient fortement le recours aux médicaments. Ils susciteraient cela du fait qu'ils ne maîtriseraient plus la patience de supporter les exigences contraignantes des enfants. D'après Lefebvre, aux États-Unis, 50% des enfants que l'on a envoyé consulter pour des TDAH n'étaient pas atteints de TDAH. Ils présenteraient d'autres mal-être comme des problèmes d'apprentissage, de la dépression ou des troubles d'anxiété. Ces troubles ressemblent aux TDAH, mais ceux-ci ne nécessitent pas l'emploi du Ritalin. Dans ces cas-là, la prescription du Ritalin, nous explique cet auteur, est néfaste pour ceux qui en reçoivent alors qu'ils n'en ont pas besoin.

Nous nous demandons alors ce qui peut advenir des adolescents troublés par les TDAH ?

### **5.1.3 L'avenir potentiel des enfants affectés par des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)**

Pour le docteur Robaey (2002), spécialiste des troubles de déficit d'attention avec hyperactivité, la situation est alarmante, car les problèmes des enfants qui ont aujourd'hui moins de 12 ans vont se répercuter sur leur santé mentale durant les 50 prochaines années. Selon ce chercheur, il faut comprendre le problème et prendre des mesures préventives, parce qu'il y aura un coût aussi bien financier que psychique pour la société. Pour Jolicœur (2005), les individus atteints de TDAH sont aussi des personnes hypersensibles qui, avec le temps, peuvent devenir anxieuses, phobiques, obsessives-compulsives ou dépressives.

Pour les problèmes spécifiques des garçons qui présentent des TDAH, le Comité de la pédiatrie psychosociale (2004), qui se réfère à plusieurs études sur le développement des enfants, spécifie que les garçons pourraient être plus sensibles à la dépression post-partum de la mère. Cette sensibilité se situerait aussi bien sur le plan cognitif qu'émotionnel. L'étude longitudinale de Hay et ses collègues invoquée par le comité de la pédiatrie psychosociale (2004) révèle que les enfants d'âge scolaire dont la mère était dépressive trois mois après l'accouchement avaient des indices de QI plus faibles, avaient des troubles de l'attention, des problèmes de raisonnements mathématiques et des besoins éducatifs spéciaux beaucoup plus couramment que les enfants du groupe témoin dont la mère n'avait pas été dépressive lors du post-partum. Cette étude révèle aussi que les garçons étaient beaucoup plus touchés par la dépression de la mère que les filles.

Une hypothèse sur ce sujet pourrait être émise dans le sens où les garçons pourraient sembler être plus touchés que les filles, mais seulement en apparence. Les filles pourraient être tout aussi touchées que les garçons. Seulement, comme les garçons ont plus tendance à extérioriser leurs problèmes, leurs conduites se repèrent plus facilement que celles des filles. En effet, partant du principe que les filles sont plus enclines à internaliser les difficultés, celles-ci pourraient être tout aussi atteintes que les garçons. Leurs perturbations se présenteraient plutôt sous la forme de dépression, d'angoisse et d'anxiété. Ces troubles sont moins visibles et moins dérangeants pour l'environnement que l'hyperactivité. Il n'en reste pas moins que ces troubles pourront avoir tendance à resurgir lorsque les filles, devenues femmes, seront enceintes comme nous l'avons souligné dans notre chapitre 3 section 3.1.5.2. Il pourrait, en effet, y avoir une réémergence des problématiques d'enfance de ces personnes qui a été appelée *transparence psychique* par le docteur Bydlowski. Il serait intéressant que cette hypothèse soit vérifiée par des recherches empiriques.

Pour ce qui concerne les données statistiques, d'après Lefebvre (1996), les garçons seraient atteints de TDAH 8 à 10 fois plus que les filles. Selon Royer (2003), au Québec, il y a « 5% des jeunes qui ont des problèmes de comportement au point qu'ils sont rébarbatifs à l'enseignement normal (p.21) ». Ce psychologue constate qu'il y a une lacune concernant l'aide aux enfants ayant des retards d'apprentissage et des troubles du comportement. De plus, il estime que 39% des garçons âgés de 20 ans n'ont obtenu aucun diplôme alors que les filles réussissent à un taux supérieur à 75%.

Par ailleurs, pour Bornais (2004) qui se réfère à Vincent, de plus en plus d'adolescents et d'adultes consomment le Ritalin, du fait que, contrairement à ce qui avait été estimé par les médecins, les troubles TDAH se poursuivent jusqu'à l'âge adulte. Ce que nous pouvons en conclure concernant les troubles TDAH c'est qu'ils sont, en fait, une expression somatique du corps qui exprime sa souffrance et ses angoisses par des impulsions psychiques qui mobilisent indéfiniment les muscles du corps.

Pour Castellanos et ses collègues, cités par l'OMS (2001), ce sont les adolescents touchés par des problèmes de déficit d'attention qui commencent à fumer le plus tôt dans leur vie et ce sont les personnes atteintes par la dépression qui fument le plus. Suivant ces recherches, les enfants fument de plus en plus précocement et ceux qui fument de très bonne heure, auront plus de probabilités de se droguer ou de devenir délinquants à l'adolescence. Nous aborderons plus précisément le volet du tabagisme un peu plus tard dans ce chapitre.

Nous pouvons, donc, dès à présent considérer qu'actuellement il y a une polémique concernant l'utilisation adéquate du Ritalin. Par ailleurs, nous pouvons, à la lecture de ces explications, exprimer que les TDAH ont de fortes chances d'être induit par les relations difficiles entre des mères dépressives et leurs enfants. Nous pourrions subséquemment, dans un premier temps, conclure, par syllogisme, que la dépression de la mère pourrait être



prédictive de décrochage scolaire. Après avoir discuté des problèmes de TDAH, voyons ce qu'il en est sur le plan du décrochage scolaire.

#### **5.1.4 Le décrochage scolaire, la pointe d'un l'iceberg ?**

Ce que nous avons pu retenir de notre recension des écrits sur le sujet, et c'est ce qui inquiète le plus les autorités canadiennes ; c'est qu'elles entendent parler de plus en plus de comportements déviants dans les milieux académiques. Ce qui apparaît le plus marquant pour monsieur Legault, Ministre de l'Éducation du Québec en poste en 2001, c'est que le décrochage scolaire ne constituerait que l'une des parties les plus visibles de l'iceberg. Celui-ci précise que le taux de redoublement des enfants des écoles du primaire se situe au niveau de 23% et que 70% de ces redoublants quittent l'école au cours du secondaire. De plus, il spécifie qu'un grand nombre de ces enfants se trouvent dans des conditions familiales d'urgence. Ils abandonnent leur scolarité faute de soutien familial et d'appui dans les écoles. Plus précisément, le chercheur Jacob (2003) mentionne que les décrocheurs sont des jeunes venant de familles dysfonctionnelles et défavorisées. Pour confirmer cela, le président de la Ligue pour le Bien-Être des enfants du Canada en 2003, monsieur Geoff Pawson, souligne que 26% des enfants canadiens vivaient une situation de pauvreté en 2000. Cela constitue, selon lui, une augmentation de 1,5% par rapport à l'année 1995. Pawson précise que ces enfants proviennent de familles monoparentales<sup>74</sup> aux revenus précaires. Pour les chercheurs Furstenburg (1987), Pogarsky et Farrington (1997), Jaffee et ses collègues (2001), Whitman et ses collègues (2001) cités par Isabelle Cabot (2004), beaucoup d'enfants de mères adolescentes et monoparentales sont des enfants difficiles à l'âge de 6 mois. Ils ont, de plus, un attachement insécure entre 1 an et 5 ans et sont retirés et dépressifs dès l'âge de 3 à 5 ans. Ils ont, en outre, des troubles sur le plan développemental cognitif, ont des difficultés d'adaptation et des problèmes comportementaux à l'école. Ils vivent du décrochage scolaire,

---

<sup>74</sup> Nous avons parlé des familles monoparentales dans notre chapitre 3 section 3.4.

sont plus potentiellement sans emploi et ont plus de risques de devenir, eux aussi, des parents monoparentaux. En outre, ces enfants possèdent des prédispositions à être violents et à cheminer régulièrement vers la criminalité. Ainsi, les difficultés des enfants des mères jeunes et monoparentales se signalent très tôt, se poursuivent à l'adolescence pour se perpétuer à l'âge adulte.

Nous souhaiterions connaître ce qui se passe ou ce qui s'est passé dans leur expérience de vie pour que ces enfants cheminent vers la délinquance.

### **5.1.5 Du trouble psychique à la déviance : la délinquance, une quête d'amour**

Le chercheur Rachid Ringa (1998) mentionne que 80% des petits délinquants et plus de 90% des jeunes vagabonds du Maroc viennent de foyers dissociés. Déjà, en 1954, John Bowlby signalait l'étude de grande envergure de Menut<sup>75</sup> concernant les enfants ayant des troubles du comportement appelés couramment *enfants difficiles*. Ceux-ci provenaient à hauteur de 66% de familles où les parents étaient séparés. Par extrapolation, nous pouvons dire que ces jeunes se trouvaient à la garde de la mère et, cela, du fait que c'est à la mère que l'on confie le plus souvent les enfants au moment du divorce<sup>76</sup>. En outre, lors d'une recherche qualitative de ce chercheur, celui-ci a pu démontrer qu'un milieu parental disjoint constituait le facteur étiologique essentiel des problèmes de conduite pour 84% des enfants de son étude.

Madame la juge Bigot, interviewée par Ringa (1998), précise que les problèmes de délinquance juvénile proviennent principalement de deux contextes familiaux. Soit, ces enfants sont originaires d'un foyer où la mère est irresponsable, dépressive ou autoritaire et, donc, ne remplit pas son rôle de mère *suffisamment bonne*. Soit, ils sont issus de familles dont le père est absent, faible, alcoolique ou violent et, conséquemment, n'assure pas sa fonction symbolique. En général, Bigot se base sur le fait que l'adolescent délinquant a souffert d'une

<sup>75</sup> L'étude a été faite à Paris.

<sup>76</sup> Voir notre chapitre 3, section 3.4.1.

carence affective dans sa petite enfance et il apparaîtrait, selon elle, comme :

Un mal-aimé qui ne connaît pas la sécurité intérieure et vit continuellement dans un état d'insatisfaction. Très tôt, il a éprouvé une angoisse de frustration affective qui compromet gravement son évolution. Les voyous grands et petits, sont des mendiants d'amour dans une solitude et une détresse intérieure infinies. ] ... [ Rien n'est pire, en fin de compte, que le manque affectif. Avec la misère économique, c'est une des causes essentielles de la délinquance. Tout le problème sera de savoir, si le jeune s'exprime par la violence ou le retournement de l'agressivité contre lui-même (p.89).

Pour Winnicott (1960), les individus dits *caractériels* présentent principalement un affaiblissement du moi qui crée des tensions chez eux. Ces tensions les amènent à avoir une tendance aux attitudes *antisociales* comme : la glotonnerie, l'inhibition de l'appétit, la malpropreté, l'incontinence, les larcins, la destructivité, les mensonges, etc. Selon Winnicott d'après Sauguet (1969), ces tensions sont « dérivées d'une intrication instinctuelle qui sont des signes d'une détresse fondamentale, d'un appel à l'aide [...] qu'appelait l'amour primaire des parents (p.10) ». Par exemple, selon Winnicott (1956b) un enfant « qui vole cherche quelque chose auquel il a droit ; il réclame à sa mère et à son père des dommages et intérêts parce qu'il se sent privé de leur amour (p.167) ». Pour ce clinicien, c'est parce que les enfants ressentent ou estiment que leurs parents ne les aiment pas qu'ils volent. Il appelle cela *le complexe de privation des enfants carencés*.

Bowlby (1954), qui se réfère à une étude de Scott sur 102 délinquants récidivistes de 15 à 18 ans, conçoit que les enfants qui ont des comportements *antisociaux* éprouvent des problèmes d'anxiété. L'« anxiété, résultant de liens affectifs non satisfaits au cours de la première enfance, prédisposait les enfants à réagir de façon antisociale aux tensions ultérieures (p.12) ». Pour Miller (1990), lorsque des adolescents cambriolent une maison ou font du vandalisme ou encore bafouent les sentiments et les droits des autres, c'est parce qu'ils ont été escroqués dans leurs émotions durant leur enfance. Pour cette auteure, ils ignorent eux-mêmes « qu'on leur a fait la même chose autrefois : on leur a volé leur âme,

qu'on a détruit leurs sentiments, qu'on a méprisé leurs droits, et qu'on s'est vengé sur eux, victimes innocentes, des humiliations subies jadis. Parce qu'un enfant n'a aucun droit (p.50) ». Nous pouvons estimer, quand on se reporte à ces résultats de recherche ou à ces études cliniques, que la délinquance des jeunes seraient issue plus particulièrement de situations familiales où règnent la discorde, le manque affectif et ils sont issus de foyers désunis. En tout cas, il s'avère que les jeunes délinquants ont pour origine des milieux où les ascendants ne font pas leur travail de parents ou ils proviennent de familles monoparentales. Rappelons que, selon Dejours, la violence des enfants proviendrait aussi d'un manque de triangulation avec le père.

Pour en savoir plus sur les jeunes déviants ou les délinquants, nous nous demandons : qu'en est-il de leur santé mentale ?

#### **5.1.5.1 La délinquance des jeunes, deux aspects à leur dépression**

Pour le psychologue Robert Pelsser (1982), la délinquance des jeunes possède deux composantes : l'agressivité et la dépression. Pour cet auteur, il y a deux catégories de délinquance. L'une est une externalisation des problèmes et se présente sous forme de vandalisme, de vol ou de vol qualifié, l'autre est une internalisation des troubles comportementaux, elle se révèle sous la forme de toxicomanie et de prostitution. Le premier type de délinquance rentre dans la dimension plutôt agressive et le second dans la dimension plutôt dépressive de la problématique. Les garçons ont plus particulièrement une délinquance agressive et les filles ont plutôt une délinquance dépressive. D'après Pelsser (1982), la délinquance agressive a pour but de détruire l'autre et la délinquance dépressive vise subtilement à se détruire soi-même. Selon Pelssier (1982), qui se réfère à Kohut, l'enfant est délinquant pour se défendre contre les pulsions agressives qui l'assaillent. La dépression, en revanche, agit pour maintenir l'illusion de toute-puissance. Ainsi le jeune dépressif pourrait trouver des issues possibles dans la délinquance et la toxicomanie. La délinquance, tout

comme la dépendance à la toxicomanie, pourrait apparaître comme des « solutions » pour faire face à la dépression. Le spécialiste de la délinquance Marc Leblanc (2005), parle, lui, plutôt de « dépressivité » chez les adolescents qui consomment des psychotropes. Pour Le Blanc (2005) : « Non seulement la dépressivité est une caractéristique fondamentale des adolescents qui éprouvent des difficultés avec leur consommation de psychotropes, mais elle est également associée à la personnalité antisociale (p.173) ». Cependant, il précise : « les mécanismes qui lient la dépressivité et la consommation de psychotrope sont mal connus (p.171) ». Un peu plus tard dans ce chapitre, nous tenterons d'expliquer les mécanismes qui lient la dépressivité et la consommation d'intoxicants ; où plutôt, nous examinerons le processus psychique qui conduit une personne à devenir dépendante. Voyons tout d'abord quelques statistiques concernant à ce sujet.

## **5.2 Statistiques relatives à la dépression, aux dépendances et à la délinquance des jeunes**

Pour l'OMS (2001), la dépression commence à apparaître de plus en plus tôt chez les adolescents et les jeunes adultes. La dépression des jeunes est caractérisée par des moments dépressifs répétitifs qui vont de quelques mois à plusieurs années. Selon Thornicroft et Sartorius cités par l'OMS (2001), dans 20% des cas, sans traitement approprié, la dépression sera irrévocable. De plus, elle constitue un taux de récurrence de 35% durant les deux années suivant le premier épisode. Sur une période de 12 ans, les rechutes se rencontrent dans 60% des cas. Selon l'OMS (2001) qui se réfère à Goodwin et Jamison, les personnes dépressives se suicident pour 15 à 20% d'entre elles. Payeur (2002a) signale, dans son article intitulé : *La dépression, maladie du siècle* publié dans la revue Découvrir, que les adolescents âgés de 15 à 24 ans sont parmi les individus qui ont la santé mentale la plus fragile du Québec. Payeur (2002b) souligne que « les dépendances aux drogues et à l'alcool, l'épilepsie, la schizophrénie ] ... [ Les jeunes Canadiens, y compris les Québécois, affichent les taux de détresse les plus élevés de la population, alors qu'ils avaient le taux le plus faible il y a vingt ans (p. 24) ». À

cet égard, selon l'Institut de la statistique du Québec (2001) présenté par Maranda et ses collègues (2003), les jeunes de 15 à 24 ans étaient, en 1998, 41,9% à s'enivrer régulièrement et 32% à consommer des drogues illicites. Ces chercheurs se réfèrent à Dejours pour qui les jeunes sont en souffrance et utilisent l'alcool et la drogue pour s'en protéger. Suivant Dejours (2000), il s'agit pour les jeunes de puissants mécanismes de défense employés dans un espace de lutte qui se situe entre la maladie et le bien-être. Les adolescents deviennent consommateurs d'addictifs pour pouvoir faire face à une réalité de souffrance.

En France, d'après la psychologue Claire Blain (2004), les données épidémiologiques sur les difficultés des jeunes sont signalées par l'INSERM (2002). Les chiffres sont : un huitième des enfants français souffre d'un trouble mental. Le psychanalyste Raymond Cahn (1999) précise qu'en France, il y a une augmentation de la pathologie des conduites chez les adolescents. Ces conduites sont, entre autre, de l'ordre de la délinquance, de la toxicomanie, des tentatives de suicide, de l'anorexie, de la boulimie et des ruptures scolaires. Selon le magistrat français Jean-Pierre Rosenczveig (2005), la délinquance juvénile représentait 14% des délits constatés en 1990 alors qu'elle est passée à 25% en l'an 2000. Il signale notamment une augmentation de 27% en un an de la violence des adolescents encore à l'école primaire dans le département de Seine-Saint-Denis.

Sur le plan international, les recherches épidémiologiques dans les centres de soins de santé primaire effectuées en 1995 par Üstum et Sartorius et Golberg et Lecrubier à la demande de l'OMS (2001) ont révélé que 24% des patients qui s'y présentent avaient des problèmes mentaux. Les troubles prévalant sont la dépression, les troubles anxieux, les toxicomanies et la pharmacodépendance. Les toxicomanies liées à des perturbations mentales et à des problèmes de comportement sont l'utilisation d'alcool, d'héroïne, de marijuana, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne et de stimulant comme le tabac et les solvants volatiles.

Pour ce qui concerne des recherches en dehors des centres de soins de santé, une étude effectuée par Maranda et Morissette (2002b) indique que, selon des intervenants en milieu de travail, 250 000 employés québécois éprouvent des problèmes d'alcoolisme auxquels s'ajoute, pour 40% d'entre eux, la consommation de drogues. Pour Ben Amar et Légaré (2006), qui se réfèrent aux études de Difranza et Guerrero, de Abrams et coll., de Batel et coll., de Gullivier et coll., de Schmitz et coll., il existe un lien corrélatif entre la dépendance à l'alcool et la dépendance au tabac. Nous nous intéresserons maintenant à savoir ce qu'il en est de la consommation de tabac chez les jeunes Canadiens.

### **5.2.1 Épidémiologie de la consommation de tabac chez les jeunes Canadiens.**

Au Québec, Ben Amar et Légaré (2006), qui se fient à une enquête de Dubé en 2005, estiment que 11,1% des jeunes scolarisés de 12 à 17 ans ont fumé au minimum 100 cigarettes dans les 30 derniers jours de leur étude. Pour 7,6% d'entre eux, ils avaient fumé entre 1 et 99 cigarettes. Dans l'ensemble du Canada indiquent Ben Amar et Légaré (2006), qui reprennent l'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), les adolescents de 15 à 19 ans fument à hauteur de 21%. Plus l'âge augmente, plus la consommation s'accroît. Les jeunes adultes de 20 à 24 ans ont un taux de fumeurs de 27%. C'est dans la province du Québec que les individus fument le plus au Canada. Ils sont 23,3% de fumeurs au Québec comparativement à 19,9% pour l'ensemble des Canadiens. Selon Santé Canada souligné par Ben Amar et Légaré (2006), en 2006, le taux de fumeurs chez les groupes d'âge des jeunes Québécois était de 26% pour les 15-19 ans, de 38% pour les 20-24 ans. Le journal *leSoleil* du 20 janvier 2006 précise que 26% des jeunes Québécois de 15-19 ans fument alors que le taux national canadien de cette catégorie se situe à 19%. Pour les jeunes Québécois de 20-24 ans, le taux est de 38% alors que le taux national est de 27%. C'est ainsi que 465 000 jeunes de 15-19 ans et que 487 000 jeunes de 20-24 ans fument soit un total de près de 1 million de jeunes adolescents et jeunes adultes québécois. Rappelons que, selon Payeur (2002a), au

Québec, ceux qui ont la santé mentale la plus fragile sont les jeunes de 15-24 ans. Égide Royer (2003) annonce que « la dépression des jeunes au secondaire est plus fréquente qu'on ne l'observait auparavant (p.28) ».

Par ailleurs, nous pouvons signaler que de plus en plus de jeunes Québécois fument du cannabis. En effet, selon l'article de Marie Allard paru dans le journal *La presse* du 7 octobre 2003 et intitulé *Drogue : l'école abdique* : « 40% des élèves de 12 à 17 ans a déjà consommé du cannabis » et 50% d'entre eux le font régulièrement. Ces chiffres proviendraient, selon cette auteure, de l'Institut de la Statistique du Québec et concernent l'année 2000. Après avoir parlé du tabac, voyons maintenant ce qu'il en est de l'alcool chez les jeunes Canadiens.

### **5.2.2 Épidémiologie de la consommation d'alcool chez les jeunes Canadiens**

Selon Le Blanc (2005), les garçons québécois de 14-18 ans étaient, en 1966, 59% toutes classes sociales confondues à boire de l'alcool et 9%, pour les plus aisés, à faire usage de drogues. Pour ce chercheur, en 2000, c'est 72% des garçons qui consomment de l'alcool et 43% qui consomment de la drogue. L'enquête épidémiologique effectuée au Canada en 2002 par Guyon et Desjardins (2005) révèle que, spécifiquement au Québec, les garçons et les filles de 12 à 18 ans ont le même taux de consommation d'alcool ; alors que ce n'est pas le cas dans les autres provinces. Dans les autres provinces du Canada, les garçons consomment souvent plus d'alcool que les filles. De plus, cette recherche indique que 18% des élèves de 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> secondaire, soit près d'un élève sur cinq, ont une fréquence hebdomadaire de consommation alcoolique. La principale façon de consommer de l'alcool c'est le boire excessif expliquent ces auteurs qui se réfèrent à Daveluy et ses collègues. Le boire excessif cela veut dire boire 5 boissons alcoolisées ou plus au cours d'une même occasion. Selon ces chercheurs, 23% des jeunes prennent 5 consommations alcoolisées dans la même occasion et cela au moins 5 fois dans l'année. Ce type de consommation est considéré comme un comportement à risque puisqu'il peut engendrer des problèmes de conduite de véhicule avec l'attention affaiblie, des



relations sexuelles non protégées, de la violence physique ou encore des risques de blessures. D'après la recherche de Guyon et Desjardins (2005), 5,2% des jeunes, soit 250 00 jeunes Québécois se différencient des autres par la consommation d'alcool et de drogues. Leur différence est qu'ils cumulent l'alcool et le cannabis en plus grande quantité, mais aussi avec une plus grande précocité. En effet, d'après Guyon et Desjardins (2005), ces jeunes ont commencé très tôt à fumer des cigarettes. Ces résultats de recherche voudraient dire que plus les jeunes commencent à fumer tôt, plus ceux-ci ont de risques de consommer de la drogue et de l'alcool de façon abusive. Ils apparaissent aussi comme plus à risque d'avoir une faible estime d'eux, d'avoir des difficultés scolaires et d'être décrocheurs. Ces chercheurs précisent que ces jeunes aux comportements problématiques proviennent de familles monoparentales ou reconstituées. Le Blanc (2005) estime aussi que les garçons provenant de familles monoparentales sont les plus susceptibles d'être des surconsommateurs de psychotropes.

### **5.3 L'alcool, la cigarette, le premier pas vers la consommation de drogues et la délinquance : itinéraire de jeunes drogués**

Pour Leblanc (2005), il y a eu, chez les jeunes judiciairisés<sup>77</sup> et pour ceux qui sont en centre de traitement<sup>78</sup>, une progression dans leur consommation d'intoxicants. Selon cet itinéraire type, les garçons ont commencé par boire de l'alcool vers 10,8 ans, les filles ont commencé à fumer vers l'âge de 11 ans. Le cannabis (la drogue la plus consommée) est arrivé à 12,7 ans, les solvants et les hallucinogènes (plus les garçons que les filles) vers l'âge de 13,8 ans. Les filles consommaient, elles, des tranquillisants et des barbituriques à l'âge de 14 ans, la cocaïne et les amphétamines ont suivi à la moyenne d'âge de 14,7 ans et pour finir les opiacés sont survenus à 15,3 ans. Ces jeunes sont aussi des délinquants, car à l'âge moyen de 14 ans et 4 mois ils ont commencé à vendre de la drogue. Leurs comportements déviants ont débuté très jeunes puisqu'à 8 ans et demi ils étaient en rébellion contre leur école. À 9 ans et

<sup>77</sup> Population judiciairisée : 656

<sup>78</sup> Population volontaire en centre de traitement pour consommation de psychotrope : 111

deuxième, ils se sont révoltés contre leur famille. À 10 ans, ils ont fait des vols mineurs et à 10 ans et demi, ils ont agressé des personnes. À 11 ans, ils ont fait du vandalisme et à 11 ans et demi, ils ont consommé des psychotropes. À 13 ans, ils ont eu des relations sexuelles non protégées et à 14 ans ils en sont arrivés à la prostitution homosexuelle et aux vols graves et pour finir, à 14 et demi, ils ont commencé la prostitution hétérosexuelle. Nous illustrerons le parcours de ces jeunes délinquants présentés par Le Blanc<sup>79</sup> par le tableau suivant.

<b>ITINERAIRE DE JEUNES JUDICIARISES ET EN TRAITEMENT,</b> Leblanc (2005), selon Alain Lestienne (2007)	
<b>AGE</b>	<b>SITUATION</b>
8 ans et demi	Rébellion scolaire
9 ans et demi	Rébellion familiale
10 ans	Vols mineurs
10 ans et demi	Premières agressions
10 ans,8	Début de la consommation d'alcool pour les garçons
11 ans	Début de la consommation de cigarettes pour les filles
11 ans et demi	Vandalisme et début de la consommation de psychotropes
12 ans,7	consommation de cannabis
13 ans	Relations sexuelles non protégées
13 ans,8	Les garçons consomment plus de solvants et d'hallucinogènes que les filles
14 ans	Les filles consomment des tranquillisants et des barbituriques. Prostitution homosexuelle
14 ans et 4 mois	Début de la vente de drogues
14 ans et demi	Vols graves et prostitution hétérosexuelle
14 ans,7	Consommation de cocaïne et d'amphétamines
15 ans,3	Consommation d'opiacés

<sup>79</sup> Le Blanc (2005) précise : « L'analyse de l'échelonnement de Gutteman témoigne, encore une fois, de la solidité statistique de cette séquence, puisque les coefficients de reproductibilité sont de 0,96 pour les adolescents qui abusent des psychotropes (0,88 pour les garçons et 0,91 pour les filles) et de 0,92 pour les pupilles de la Chambre de la jeunesse de Montréal (0,91 pour les garçons et 0,93 pour les filles) (p.155) ».

### **5.3.1 Le tabagisme, un indice de fragilité de la santé mentale ?**

Pour ce qui est du tabagisme, l'OMS (2001) estime qu'il est le plus grand fléau sur la planète. De plus, cet organisme explique que les personnes atteintes de troubles mentaux fument deux fois plus que les individus équilibrés. En outre, 41% des personnes affectées par des troubles mentaux fument alors que la majorité de la population ne le fait qu'à la hauteur de 22,5%. Aux États-Unis, les malades mentaux consomment 44% des cigarettes fumées dans le pays. Les plus gros fumeurs se rencontrent chez les schizophrènes et chez les alcoolos-dépendants. Quant à Ben Amar et Légaré (2006), qui donnent les résultats épidémiologiques des recherches en 2002 de De Leon et ses collègues, ils expliquent que de 68 à 92% des schizophrènes fument. Nous pouvons ici tenter de faire un lien entre la cigarette, l'alcool et la santé mentale des fumeurs avec ce que disait Winnicott en 1956 c'est-à-dire que lorsque la mère donne un mauvais holding à son nourrisson celui-ci pourrait être enclin à la destructivité. Selon ce clinicien, la destructivité est due à des fixations précoces qui prédominent dans les conduites antisociales, les processus schizoïdes et la dépression mais également dans le masochisme. De plus, rappelons que pour Bourguignon<sup>80</sup> (1984), les interactions familiales pathogènes vécues par les individus, que ce soit dans leur passé ou dans leur présent, peuvent mener les personnes à la mort ; cette mort peut surgir soit à cause de comportements de prise de risque, une absence de protection de soi ou encore à cause des troubles mentaux qu'elles ont engendrées.

Nous nous demandons alors : qu'est-ce qui est susceptible d'attirer les personnes en détresse vers le tabac ?

### **5.3.2 La nicotine, une source de bien-être !**

Il nous apparaît intéressant de noter que des chercheurs comme Ben Amar et Légaré (2006) ont proposé une piste de recherche pertinente : ils disent que la nicotine contenue dans

---

<sup>80</sup> voir notre chapitre 3 section 3.2.2.

la fumée du tabac stimule dans un premier temps une poussée d'énergie et qu'ensuite il y a une libération de dopamine<sup>81</sup> dans le cerveau. D'après Batra, dans le rapport de l'OMS (2001), la nicotine stimule la production de dopamine dans les parties du cerveau qui sont le siège des troubles mentaux, ce qui a pour effet d'atténuer la détresse et les conséquences indésirables des symptômes. Selon Ben Amar et Légaré (2006), la dopamine a un « rôle prépondérant dans la genèse du plaisir appelée *phénomène de renforcement positif*. Ce renforcement se caractérise par la capacité d'une substance à produire des effets qui conduisent le consommateur à la prendre de nouveau (O'Brien, 2006 indiqué dans Ben Amar et Légaré (2006) p.41) ». Pour Ben Amar et Légaré (2006), qui se réfèrent à Fowler et ses collègues, à Kotlyar et Hatsukami et à Walsh et Ellison, la nicotine possède, par le biais de la libération de dopamine dans le cerveau, des propriétés antidépressives qui permettent également « l'amélioration de l'humeur, de la vigilance et des fonctions cognitives, de l'augmentation de certaines performances motrices (p.47) ». D'après Ben Amar et Légaré (2006), pour ce qui concerne les personnes schizophrènes fumer aiderait à atténuer plusieurs symptômes de leur maladie comme l'anxiété, la dépression, l'apathie, certains manques sur le plan cognitif et améliorerait la concentration. Selon Ben Amar et Légaré (2006), qui se rapportent aux diverses recherches de Levin et ses collègues, de Garland, de Levin et Rezvani, de Shytle et ses collègues et à Potter et Newhouse, pour les personnes qui souffrent de TDAH, la nicotine diminuerait différents symptômes tel que les troubles du comportement, le manque de concentration et d'attention. Cependant, si la nicotine peut avoir des effets thérapeutiques secondaires, il n'en reste pas moins que fumer peut se solder par de graves problèmes de santé, ainsi qu'il est marqué sur les paquets de cigarettes. En effet, Ben Amar et Légaré (2006), qui se basent sur les données statistiques canadiennes, indiquent qu'en 2002 le tabac aurait tué au Canada environ 37 200 personnes dont plus de 10 000 au Québec. Les

---

<sup>81</sup> Nous avons parlé de la dopamine dans notre deuxième chapitre section 2.1.2.

premières causes de mortalité sont les cancers, les maladies du système cardiovasculaire et du système respiratoire. Maintenant, nous aimerions savoir comment devient-on dépendant de quelque chose ou de quelqu'un.

#### **5.4 L'étiologie de la dépendance**

Pour les praticiens de l'Association de Psychothérapeutes pour le Traitement des Addictions (APTA) (2007), « l'addiction conduit à un style de vie caractérisé par la répétition d'un comportement obsédant effectué malgré ses conséquences psychiques, physiques et relationnelles négatives. La relation particulière qu'entretient le dépendant avec ces comportements est le reflet d'une gestion inadéquate des émotions (p.1) ». Pour les praticiens de l'APTA, de nos jours la notion de dépendance ne s'applique plus à un produit déterminé mais à de nombreux comportements comme : la dépendance relationnelle, les achats compulsifs, les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique, le travail compulsif, la cyberdépendance et la compulsion sexuelle.

Pour le Dr Janov (1975), les souffrances vécues durant la vie intra-utérine, celles de la naissance puis de la petite enfance sont inscrites dans la mémoire du corps. Pour éviter cette souffrance, les individus devenus adultes auront recours à toutes sortes de comportements symboliques comme la prise de drogues, d'alcool, de cigarettes, de médicaments. Ils éprouveront également des problèmes d'insomnie, de cauchemars, de dépressions, des problèmes psychologiques ou bien ils mèneront des styles de vie désordonnée. Selon Kaplan (1979), « l'enfant déçu parce que le visage de sa mère est toujours détourné, comme l'enfant humilié qui, levant les yeux, trouve des sourcils froncés à la place du regard admiratif (p.52) » devient à l'âge adulte un individu qui, entre autres, choisit l'extase de l'héroïne, ou les rêveries de l'alcool.

Pour le Dr D. F. Jacobs explicité par Maude Laverdière (2001), il y a deux types de cause de la dépendance : la première est une prédisposition physiologique soit hypotensive ou bien hypertensive et la seconde provient d'une enfance où l'on a connu des expériences difficiles. D'après Janov (1998), lorsque l'enfant manque d'amour et de sollicitude de la part de ses parents, la souffrance qu'il vit va provoquer « des modifications physiologiques dans ses processus internes et cérébraux (p.14) ». Ceci voudrait dire que, selon Janov, il n'y a qu'une seule et même cause de la dépendance c'est-à-dire un traumatisme, ou plus précisément, un processus traumatique. Lorsqu'il y a souffrance chez un enfant, le système de protection biologique et instinctif de celui-ci va refouler les tensions et créer une coupure psychique. Le refoulement de cette tension se fait par le biais du système nerveux. Pour Janov (1998), si la tension reste bloquée au niveau du cerveau, c'est la maladie mentale, si c'est vers le corps que la tension est refoulée, il y aura somatisation. Le système de fonctionnement de l'individu traumatisé se retrouvera aussi sous la forme de comportements symboliques comme les névroses ou les maladies chroniques chez les adultes. Pour Janov (1998), « sous les conduites névrotiques se cachent des traumatismes refoulés de la prime enfance : un événement dramatique comme un accident de voiture ou, ce qui est plus grave, la blessure provoquée par l'insatisfaction des besoins d'un enfant négligé, ignoré, maltraité, ou qui ne se sentait pas aimé (p.18) ». D'après Miller (1990), la cigarette, l'alcool et la drogue ont pour fonction d'éviter chez les adolescents le jaillissement du sentiment d'avoir été floués dans leurs émotions durant leur enfance. Selon Lavalère (2001), la dépendance est une défense auto-induite afin de faire face à une douleur soit physique soit psychologique passée ou anticipée. Les personnes prennent des substances ou ont des activités addictives afin d'augmenter ou de diminuer leurs états d'excitation physiologique insoutenable. Pour Jacobs, explique Lavalère (2001), les éléments psychologiques prédisposant à la dépendance sont : « de profonds sentiments d'inadéquation, d'infériorité, de faible estime personnelle, de

honte, de colère et de rejet de la part des parents et de l'entourage (p.24) ». Les sentiments des enfants qui mènent à la dépendance proviennent de négligences ou d'abus émotionnel que leurs parents leur ont fait subir. Les abus émotionnels apparaissent comme les plus dévastateurs et les plus stressants. À ce propos, pour Laverdière (2001) qui se réfère à Jacobs, il y a sept points communs qui caractérisent les personnes dépendantes : elles veulent être appréciées par les autres comme étant mieux que ce que leurs parents percevaient d'elles ; elles n'aiment pas ce que leurs parents ou les autres personnes significatives leur ont fait ou ne leur ont pas fait ; elles considèrent la vie intolérable du fait que leurs sentiments de désespoir et de peur les troublent ; elles trouvent que leur environnement familial était toxique ; elles haïssent ce qu'elles sont parce qu'elles n'ont pas été aimées ; elles sont anxieuses et tendues ; elles sont malheureuses depuis longtemps.

Nous souhaiterions présentement connaître quel peut être le processus psychique qui conduit une personne à devenir dépendante.

#### **5.4.1 Le clivage, un élément essentiel dans l'étiologie de la dépendance**

Selon Janov (1975), les besoins primaires de l'enfant sont : d'être correctement nourri, d'être au chaud et au sec, de pouvoir grandir et se développer à son propre rythme, d'être pris dans les bras et caressé, d'être correctement stimulé, etc. Le processus de la névrose s'engage lorsque les besoins primaires de l'enfant ne sont pas satisfaits pendant un certain temps, et à ce moment-là, il souffre. Il souffrira constamment jusqu'à ce qu'il arrive à faire quelque chose pour que ses parents fassent une action afin d'apaiser ses manques ou jusqu'à ce qu'il paralyse sa souffrance en bloquant son besoin. Ce faisant, il va cliver ou se séparer de son besoin. Il va, par exemple, détourner la faim ou le besoin d'affection de sa conscience afin de se soustraire de la souffrance qui lui est insupportable. Cependant, si les besoins ont été effacés de la conscience, ceux-ci n'ont pas pour autant disparu ; tout au contraire, ces besoins

se perpétueront tout le reste de la vie. L'individu cherchera inlassablement de façon symbolique à satisfaire le besoin ou les besoins qui auront été clivés.

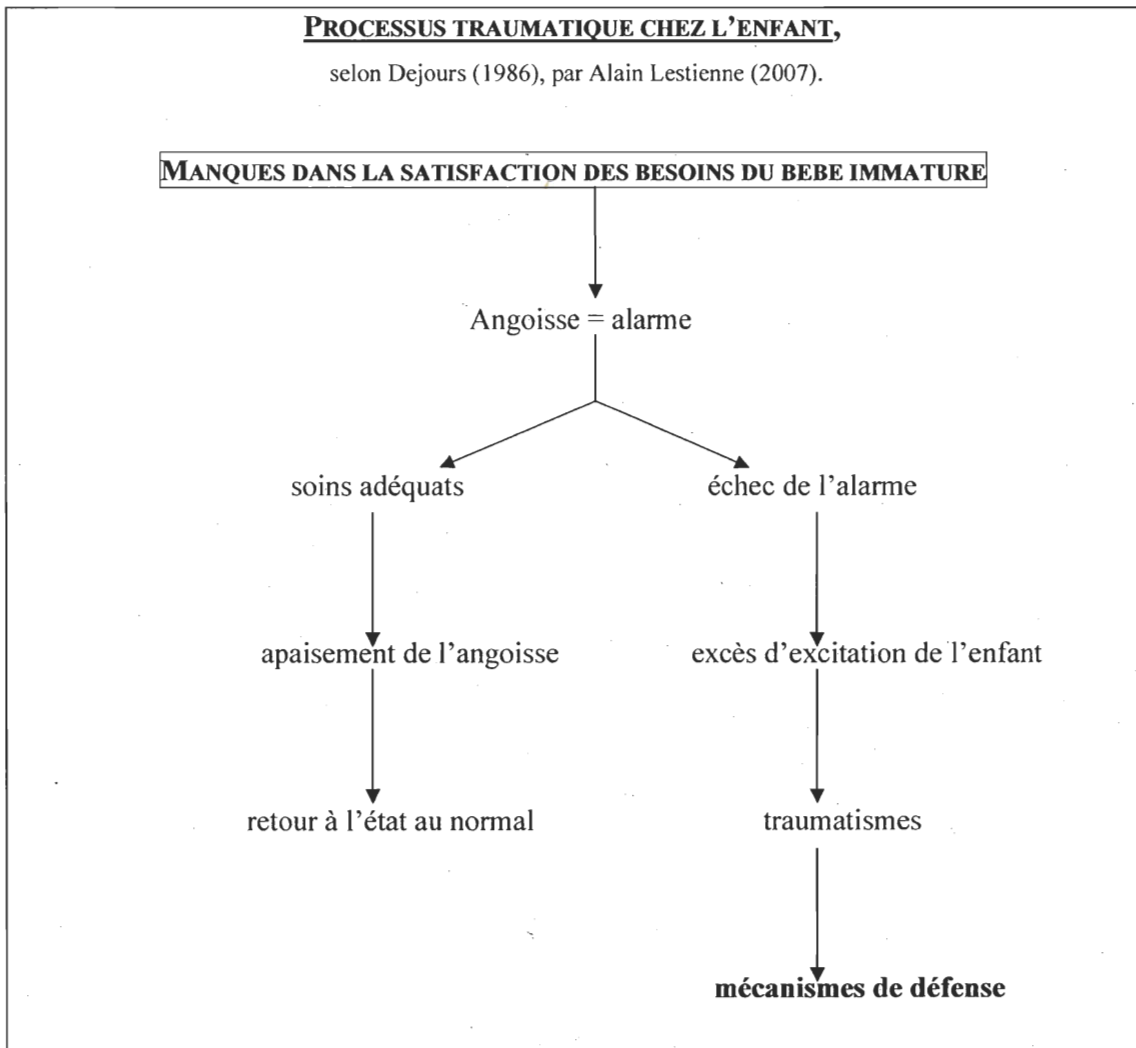
Ainsi, pour Janov (1975), « la névrose est un comportement symbolique de défense contre une souffrance psychologique et biologique excessive (p.26) ». Par exemple, selon lui, la nécessité de fumer pourrait provenir du besoin symbolique du sein de la mère pour l'enfant qui a été sevré trop brutalement. Les besoins symboliques ne peuvent jamais satisfaire les besoins réels dont les personnes ont été frustrées durant l'enfance. Ainsi, la névrose se perpétue en une continuelle poursuite du besoin névrosé. La névrose est donc un comportement automatique pour faire face à une réalité catastrophique. Elle implique un clivage. Le clivage est une coupure des besoins réels des personnes dont les sentiments angoissants ont été refoulés ou niés par la conscience. Le clivage s'inscrit, selon Janov (1975), dans un réflexe automatique dont la visée est d'empêcher le sujet de devenir fou. Nous pouvons dire, et rejoindre en cela Dejours (1986), que le clivage est un mécanisme de défense parmi ceux qui sont en lien avec des traumatismes liés à la non satisfaction des besoins de base de l'enfant. Sophie De Mijolla-Mellor (2002) qui a écrit le texte sur le concept de *clivage* dans le dictionnaire international de psychanalyse (2002) explique que :

Pour Winnicott, qui reprend la notion de « faux self » d'Hélène Deutsch, une distorsion dans la relation initiale entre la mère-environnement et le bébé crée un faux Self qui protège le vrai self, mais aussi qui l'isole du contact avec la réalité. Le clivage chez Winnicott peut également prendre la forme de la dissociation ou de la désintégration, réponses formées face à une angoisse d'effondrement de nature psychotique (p.318).

Pour Dejours (1986), par exemple, l'état de détresse vécu par le bébé dont le système biologique est encore immature stimulera un signal qu'il appelle *l'angoisse*. Cette angoisse est pour cet auteur une alarme. En cas d'échec de l'alarme, qui avertit d'un manque dans la satisfaction des besoins de l'enfant, il y aura installation de mécanismes de défense. Suite au manque, le corps s'excitera et à l'instant où il y a excès d'excitations, il y aura traumatisme.



Nous soulignerons le processus traumatique chez l'enfant tel que l'indique Dejours par le schéma suivant :



Sophie de Mijolla-Mellor estime par l'intermédiaire du dictionnaire international de psychanalyse (2002) que Freud pensait que le clivage était une solution *rusée* trouvée par l'enfant pour pouvoir faire face, dans le même temps, à ses pulsions et à respecter la réalité. Le succès de cette solution *rusée* est au prix d'une déchirure dans le Moi qui ne guérira plus jamais et qui grandira avec le temps. Pour Kaplan (1979), les personnes dont la vie est appauvrie par le phénomène de clivage continueront toute leur vie d'expérimenter leur destin tout comme le font les enfants afin de chercher les limites du seuil de tolérance de leurs

parents. Pour Heinz Kahut précise Arnold Goldberg dans le dictionnaire international de psychanalyse (2002), il existe un clivage dit *vertical* qui se caractérise par l'existence, côte à côte, de deux structures de personnalité distinctes. De cette manière, il peut apparaître qu'il y ait deux types d'existences chez une personne, l'une serait plus en accord avec la réalité et l'autre serait plutôt faite de désirs infantiles. C'est cette structure infantile peu structurée ou peu neutralisée qui ouvre le champ à une action déviante manifeste. Cette action peut se concrétiser par des troubles du comportement tels que la consommation de substances addictives ou par la délinquance. Le clivage peut aussi s'appeler dissociation selon Jacobs cité par Laverdière (2001) dans son article sur la dépendance intitulé : *la dissociation dans l'étiologie et le traitement des dépendances* : « La dissociation est la voie royale vers la dépendance (p.24) ». A ce propos, le dictionnaire international de psychanalyse indique (2002) « le clivage comme une dissociation résultant d'un conflit pouvant affecter le Moi (clivage du Moi) ou des objets (clivage de l'objet). (p.317) ». Suivant Laverdière, qui se réfère à Jacobs (2001), la dissociation va permettre à l'enfant de ne plus ressentir la souffrance infligée par des expériences dévastatrices et stressantes. D'après Janov (1975), il y aura clivage lorsque l'enfant dénie ses besoins réels pour satisfaire les besoins des autres au détriment de ses propres besoins ; surtout, s'il l'effectue sous peine d'exclusion ou de brimades par le groupe social dans lequel il baigne depuis sa naissance. Il deviendra plus tard un adulte vulnérable et hyper vigilant dont l'identité aura été altérée et qui cherche à oublier ce qu'il est dans la drogue ou tendra à vivre dans un monde fantaisiste. Selon le Dr Jacobs, il existe une forte prévalence dépressive chez les personnes dépendantes. Ainsi, nous pouvons considérer que la dépendance constitue une autre facette de la dépression.

Voyons maintenant une vignette clinique qui nous permettra d'illustrer nos propos concernant la dépendance. Cette vignette montre comment des liens difficiles avec les parents et notamment avec la mère peuvent conduire une personne à la dépendance, non seulement, à

l'alcool et à la drogue mais également mettre en place une stratégie défensive qu'est le regroupement. La stratégie de regroupement est une stratégie défensive dont on parle très peu dans les recherches, et que nous nous aborderons dès après la vignette.

#### **5.4.2 Vignette clinique**

Cette vignette clinique provient du livre du Dr Arthur Janov (1998), *Le corps se souvient, guérir en revivant sa souffrance*. Elle parle de Deena dont la mère était, selon elle, tendue, anxieuse et colérique. Elle la laissait souvent seule quand elle était petite. Ses parents se querellaient fréquemment et ils ont fini par se séparer. Du fait qu'elle se soit souvent retrouvée seule, estime Deena, celle-ci n'a jamais su créer de lien et n'a jamais pu se sentir bien avec les autres enfants de son milieu. Cette jeune fille, à l'âge de quatorze ans, commence par boire de l'alcool et prend un comportement rebelle envers la société en compagnie d'un groupe de blousons noirs qu'elle a rejoint. Dans ce groupe, elle adore le sentiment d'excitation et de danger qu'elle ressent. À seize ans, elle a commencé à fumer de la marijuana. À l'université, elle se joint à un groupe d'artistes qui se droguaient et à trente ans elle se confectionnait des cocktails de cocaïne. Selon cette personne, elle consommait de la drogue pour lutter contre son sentiment d'être au fond d'elle-même une petite fille qui mourait de peur et qui était toujours seule. Pour elle, le groupe c'était le sentiment d'appartenance qu'elle n'a jamais ressenti avec ses parents et la drogue l'espoir de se sentir mieux ne serait-ce qu'un court moment.

#### **5.5 Le regroupement des personnes, une stratégie défensive ?**

Nous pouvons remarquer grâce à cette vignette clinique que les personnes qui ont besoin de consommer des addictifs ont tendance à rechercher des personnes ayant les mêmes besoins. Le docteur Janov (1975) explique que les individus névrosés recherchent le même genre d'individu qu'eux-mêmes afin de partager leurs idées et leurs attitudes irréelles. Cette explication pourrait contredire aux thèses qui prétendent que c'est le groupe qui encourage,

voire même fait pression, pour la consommation de drogues. Par ailleurs, Dejours (1985) estime que les personnes qui se regroupent pour faire ensemble dans des activités dites *festives* où elles fument et boivent de l'alcool, celles-ci ne l'accomplissent que pour cacher leurs angoisses sous-jacentes. D'après cet auteur, l'alcool et la drogue sont des inhibiteurs d'angoisse. Ainsi, l'angoisse de ces personnes est le plus souvent engendrée par une situation perturbante qui rappelle le théâtre du vécu dans leur enfance. Cette façon de concevoir les addictions autoriserait à confirmer que la consommation d'intoxiquant pourrait être une réponse adaptative des individus qui font face à un stress social. Rappelons que pour Donald Wood Winnicott lorsque des personnes ont vécu des problèmes dans leur petite enfance ceux-ci auront tendance à donner des réponses asociales aux pressions extérieures.

Pour en revenir au groupe et au fait que les individus se regroupent afin de faire des activités ensemble, il pourrait être dit que quel que soit le groupe l'individu doit toujours se conformer aux normes et au contrôle social du groupe s'il veut rester dans le groupe. De cette façon, et selon la théorie de Mead, le Moi des individus est conscient, mais socialement restreint par les normes sociales du groupe dans lequel les personnes sont intégrées comme la famille ou le groupe de « skinheads ». Les normes sociales imposent leurs significations pour constituer le Soi de l'individu. Le Soi de l'individu peut être considéré comme le Moi irréal de l'individu. Ceci favorise, d'après Dejours (1988, T 1), la logique de l'aliénation à la volonté de l'autre. L'interactionniste Becker propose, d'après De Queiroz et Ziotkovski (1994), que l'entrée d'un toxicomane ou d'un délinquant dans un groupe va lui permettre d'accéder à la sous-culture déviante du groupe. Cela lui donnera, entre autres choses, l'occasion d'acquérir leur savoir-faire c'est-à-dire, par exemple : comment s'approvisionner en drogues, les manières de voler sans se faire prendre et connaître les endroits où revendre leur butin. Le groupe apportera aussi le sentiment d'appartenance que le jeune n'a pas connu dans sa famille. Notamment, il va pouvoir renouer des liens d'attachement et d'identification

qu'il n'a pas connus avec sa mère, la collectivité faisant office d'étayage maternel. À titre d'exemple, la Mafia est divisée en « familles », ce qui démontre bien l'aspect du besoin, parfois névrotique, d'appartenance ou d'attachement sous-tendant le fait qu'un individu déviant ou délinquant veuille faire partie d'un groupe ou d'un clan.

### **5.5.1 L'influence du regard social sur le regroupement des individus stigmatisés**

Pour Mead, mentionné par De Queiroz et Ziotkovski (1994), l'identité des individus provient de l'expérience accumulée par les définitions des situations formulées par les institutions sociales. Nous entendons par là que la famille entre parmi les institutions sociales qui régissent les personnes. Selon Georges Herbert Mead, ce sont des expériences de vie identiques ou similaires qui poussent des individus à se regrouper entre eux. En général, ces personnes ont subi une définition de leur réalité par une entité extérieure, c'est-à-dire que leur identité qu'elle soit objective ou subjective aura été prédéfinie par une structure sociale encadrante. Par exemple, France Paradis est orthopédaque de profession et, comme elle le dit elle-même, elle est trois fois maman-à-la-maison (elle a trois enfants). Cette personne a été interviewée par Josée Blanchette du magazine *Châtelaine* (octobre 2005) et elle estime que les mères qui sont à la maison pour s'occuper de leurs enfants ne se sentent pas valorisées par la société. Selon elle : « c'est dans le regard du conjoint qu'on voit toute l'importance de ce qu'on fait. Partout ailleurs, ces mères se sentent méprisées (p.140). ». Cela rejoint ce que le neurologue, psychiatre et professeur d'éthologie Boris Cyrulnik<sup>82</sup> (2001a) explique lorsqu'il dit que : « le regard social, en tant que représentation collective constitue une très grande force modelante qui peut organiser l'histoire d'une vie ». Par exemple, pour lui (2001b) :

L'idée que l'on se fait de ce qui nous est arrivé dépend beaucoup du regard des autres. Si vous avez du dégoût, de la pitié, de l'horreur pour ce qui m'est arrivé, c'est votre regard qui va transformer mon épreuve en traumatisme. Je pense aux femmes violées en disant cela. Elles racontent presque toutes que ce n'est pas la compassion qui les a aidées à s'en sortir, mais quand

<sup>82</sup> Boris Cyrulnik est professeur d'éthologie humaine pour l'Université du Var en France.

un homme leur a dit : « Je compte sur toi ». Que quelqu'un ait à nouveau de l'estime pour elles, les a réparées en tant que femmes. (p.87).

De plus, selon Cyrulnik (2001a) :

Il faut frapper deux fois pour faire un traumatisme : une fois dans le réel (c'est l'épreuve, la souffrance, l'humiliation, la perte) et une fois dans la représentation du réel et le discours des autres sur la personne après l'événement. C'est, en effet, bien souvent dans le discours social qu'il faut chercher à comprendre l'effet dévastateur du trauma.

Nous pouvons donc en déduire que c'est le regard social ou la vision du groupe dominant qui conduirait les personnes stigmatisées à se regrouper entre elles. Nous nous demandons ainsi : qu'est-ce que ces personnes recherchent lorsqu'elles se regroupent ?

### **5.5.2 La stigmatisation pousse au regroupement des individus ayant le même type de personnalité**

Selon Mead (1963), pour se protéger du regard social institutionnel négatif les individus stigmatisés vont avoir tendance à se regrouper. Ils créeront petit à petit une nouvelle communauté qui leur permettra de générer une nouvelle structure de plausibilité afin de définir des contre-définitions de la réalité. Ainsi, la-maman-à-la maison Manon Lavoie, explique Josée Blanchette du magazine Châtelaine (octobre 2005), veut créer une association pour les mères à la maison afin de créer des réseaux et pour avoir une force sociale afin de se faire entendre auprès du gouvernement pour ce qui concerne sa politique familiale. Cependant, au delà du regroupement pour créer une force sociale, selon la théorie du regroupement, il s'agira d'une association qui leur permettra de pouvoir redéfinir, et cela de façon positive, à la fois leur identité et leur statut de mères qui ont choisi de se consacrer à leurs enfants.

Dans la même veine, il a été remarqué depuis quelques années que les individus homosexuels qui se sont vu assigner durant de nombreuses années une identité négative se regroupent en petits groupes pour ensuite lorsqu'ils sont devenus suffisamment nombreux et

stables arriver à former une communauté. Communauté qui a redéfini leur identité comme plausible face à l'institution sociale. Ils sont ainsi parvenus à obtenir le droit au mariage au Canada et dans quelques autres pays. Nous pouvons considérer, de la même manière, que les enfants agressifs et en échec scolaire qui sont présentés ou stigmatisés par l'institution de la communauté comme étant « mauvais » vont avoir tendance à se regrouper d'abord en groupe puis en bande de délinquants. Ils peuvent ensuite entrer dans une communauté réelle et plausible qui s'appelle la « Mafia » ou les gangs de rue dans lesquels on valorisera leur statut de déviant.

Pour Kandel et Andrews mentionnés par Serge Brochu (1995), il est important de considérer que lors de l'entrée d'un individu dans un groupe de délinquants ou de toxicomanes, ce ne sont pas les mauvaises relations qui ont débauché « la bonne personne ». En effet, pour ces auteurs, il existe un mécanisme de sélection des individus pour accéder au groupe et celui-ci est fondé sur les traits de l'individu ou sur les expériences qui sont similaires aux personnes du groupe. Selon Cormier, Brochu et Bergeron, Elliott, Huizinga et Ageton, White, dans Brochu (1995), quand les jeunes ressentent des difficultés familiales, scolaires, ou bien encore lorsqu'ils éprouvent peu d'espoir de faire face aux promotions sociales qui leur sont offertes par les valeurs institutionnelles la sous-culture véhiculée dans les groupes déviants exerce un certain attrait. Le style de vie vécue dans cette sous-culture déviante leur est, du moins pour un temps, excitant et permet à certains d'oublier leurs frustrations. Pour Égide Royer (2003), il est plus difficile d'intervenir auprès d'un jeune de 17 ans qui se situe déjà dans le club-école des Hell's Angels qu'auprès d'un enfant agressif qui se trouve à l'école maternelle.

Selon l'interactionniste Mc Hugh mentionné par De Queiroz et Ziotkovski (1994), on peut estimer que ce genre de situation sociale, qu'est le regroupement, possède un caractère

processuel et dynamique dans une situation donnée et dans un espace social défini mais dont cependant il faut tenir compte comme d'une perspective possible dans l'avenir. D'après Dejours (1988, T 1), le regroupement des individus qui s'estiment en danger est considéré comme une défense collective qui bien souvent intègre la consommation d'alcool, mais également et de plus en plus la consommation de drogue. Cette attitude défensive permet aux individus de résister aux effets de la peur engendrée par la situation sociale actuelle mais qui est, en fait, la réémergence d'une peur primaire que Dejours appelle *angoisse*.

### **5.6 Discussion et conclusion de notre chapitre**

Ce qui pourrait être envisagé quant à l'avenir des enfants en interrelation avec des mères dépressives est en fait des enjeux sociaux, voire même tout un avenir pour la société. En effet, chacun s'accordera pour dire que les enfants d'aujourd'hui seront les adultes de demain. Comme nous l'avons expliqué durant tout ce chapitre, mais également dans les chapitres 3 et 4, la dépression de la mère n'est pas anodine vis-à-vis des enfants. Il est vrai que l'on pourrait dire que tout cela n'est que théorique. Par ailleurs, certains diront que l'on pourrait émettre des doutes quant à la validité des propos, des expériences cliniques ou des résultats de recherche mentionnés tout au long de ce mémoire.

Ce que nous pouvons souligner, c'est que les résultats de recherche que nous avons évoqués qu'ils proviennent de l'éthologie, de la pédopsychiatrie, de la psychologie, de la psychanalyse ou d'autres disciplines, sont unanimes sur le fait que la souffrance de la mère dépressive crée une relation pathogène avec l'enfant. Si nous avons bien considéré ce que notre recherche nous a appris, la société de demain devrait être constituée par de plus en plus de personnes dépendantes. Dans notre mémoire, qui peut aussi être envisagé comme une étude des chemins théoriques reliant la dépression de la mère et l'avenir social de l'enfant, à aucun moment nous avons rencontré une étude qui a indiqué qu'une relation pathogène entre une mère dépressive et son enfant soit bénéfique pour la santé physique, la santé mentale ou



pour le développement qu'il soit affectif ou cognitif de ce dernier. À moins que l'on considère l'augmentation de la dépression et de la délinquance chez les jeunes, l'accroissement de la consommation de Ritalin en lien avec les TDAH, l'amplification de la consommation de produits conduisant à l'assuétude comme une évolution normale de la société. Nous pouvons déjà retenir que ces phénomènes sociaux devraient prendre encore plus d'ampleur du fait que la dépression devrait s'accroître. De plus, comme les personnes ayant les mêmes caractéristiques, et plus particulièrement celles qui se sentent stigmatisées, sont plus enclines à constituer des groupes de pression (et cela afin de revaloriser leur image et leur statut), nous pourrions envisager qu'il pourrait y avoir l'émergence de nouvelles normes sociales dans un avenir prochain.

Malgré tout ce que nous venons d'exposer, l'on pourrait encore nier que tout cela soit réel. Nous pourrions répondre qu'en faisant cette étude sur les théories de la dépression maternelle en lien avec l'avenir de l'enfant, nous avons construit une théorie tirée d'une prospective de la réalité. Il pourrait être également dit que ce mémoire rentre dans le cadre d'une recherche qui ouvre des voies à des études empiriques ultérieures.

Il pourrait aussi être dit que le père est capable d'intervenir dans la socialisation de l'enfant et que celui-ci a la possibilité de modifier la relation de la dyade mère dépressive-enfant. Cependant, nous pouvons objecter que la mère dépressive peut ignorer qu'elle est dépressive et qu'elle peut considérer son comportement comme banal, tout en étant inquiétant, tout comme elle peut cacher sa dépression à ses proches. Elle peut également avoir tendance à exclure le père de son organisation du travail de soins envers l'enfant. Ce dernier pourrait ainsi être ignorant ou impuissant face à ce qui se passe entre la mère dépressive et l'enfant. Lorsque la mère dépressive tente d'exclure le père de la socialisation de l'enfant, il peut également se créer un climat de discorde. Nous pourrions émettre une hypothèse

concernant les discordes et les divorces. Il serait possible qu'un bon nombre de querelles, de séparations et de divorces aient pour origine une dépression de la mère. Nous savons qu'il y a d'autres motifs comme la violence du père ; cependant, il serait important pour la continuation de la recherche sur la dépression maternelle de savoir quel est le pourcentage des divorces dû à des troubles dépressifs de la mère, s'il est possible d'obtenir cette information

Pour en revenir à la pré-socialisation, nous pouvons faire la remarque que, bien souvent, dans notre société hyperindustrielle, la mère est souvent seule pour s'occuper de son nouveau-né au quotidien ; le père étant au travail. La famille proche peut ne pas être au rendez-vous, notamment en raison de l'éloignement géographique dû à la mobilité professionnelle. Cela a une importance primordiale du fait que la période la plus déterminante pour la santé mentale de l'enfant se situe durant le post-partum; période que nous avons nommée *pré-socialisation*. Durant cette étape de la vie de l'enfant, il faudrait être plus vigilant et plus à l'écoute de la relation mère-enfant. Cependant, l'ensemble de la socialisation de l'enfant est importante car les problèmes aussi bien physiques et mentaux ou encore de déviance peuvent surgir à n'importe quel âge.

Pour en terminer, au vu de tout ce que nous avons appris dans cette étude, nous dirons que l'organisation du travail de soins dysfonctionnelle de la mère dépressive est bien associée avec des perturbations tant sur le plan physique que psychique chez l'enfant. Nous vous convions maintenant à poursuivre votre lecture en découvrant notre sixième chapitre qui n'est autre que notre discussion et notre conclusion générale.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Tout au long de notre ouvrage nous avons cherché à comprendre les incidences de la dépression maternelle et plus particulièrement le rôle de l'organisation du travail de soins de la mère dépressive en lien avec le développement et l'avenir social de l'enfant. Pour ce faire, nous avons pris conscience de la nécessité d'introduire les bases d'une théorie sociale. En effet, le travail de soins de la mère s'inscrit dans un champ social communément appelé la famille. Dans cette microsociété que représente la famille, il nous a semblé pertinent de choisir la théorie interactionniste car celle-ci étudie les phénomènes en microsociété et non en macrosociété. De plus, nous avons ajouté la théorie psychopathologique et la psychodynamique du travail de Dejours car celle-ci étudie la souffrance. Pour nous, l'organisation du travail de soins de la mère dépressive s'inscrit dans la souffrance au travail, souffrance qui va se transmettre à l'enfant et que les concepts dejoursiens nous permettent de mieux cerner et analyser. En outre, il y a une souffrance qui peut se révéler sous la forme d'une dépression au moment de la naissance d'un enfant, c'est la dépression post-partum. C'est dans une perspective psychodynamique que se développe l'organisation du travail de soins chez la femme devenue mère et que, simultanément, débute la socialisation de l'enfant. Et c'est dans l'interaction mère-enfant que se manifeste, jour après jour, la dépression maternelle et l'organisation du travail de soins donnés à l'enfant ; le tout formant la socialisation de l'enfant. Ainsi donc, le versant du problème de la dépression maternelle post-partum s'accompagne d'un autre versant, celui d'une altération de la socialisation et la souffrance de l'enfant. Cette étude nous a indiqué non pas un, mais deux problèmes : le problème de la souffrance de la mère et de la défaillance dans la socialisation de l'enfant. Les deux sont, à notre avis, cruciaux et sont à prendre en compte conjointement. Une bonne socialisation dès le début de la vie de l'enfant est en effet essentielle pour le développement harmonieux de la personnalité de l'enfant. Ainsi, aider la femme à se vivre bien en tant que

mère est autant indispensable pour son équilibre psychologique et social que pour celui de l'enfant. Nous avons donc mis en exergue d'une part, l'importance de la socialisation et les risques à prendre en compte dans le développement de l'enfant. D'autre part, nous avons insisté sur l'aspect conceptuel et le contexte social de la dépression maternelle avant de nous interroger sur la double entité du problème qui nous occupe : la souffrance de la mère dépressive et la socialisation de l'enfant ; cette double entité du problème se matérialisant en une seule situation concrète. Cette situation est composée des interactions de la mère avec l'enfant ce qui constitue en fait le style d'organisation du travail de soins de la mère à l'enfant. Cette organisation se révèle être fondamentale pour le développement de l'enfant c'est-à-dire dans le déploiement de sa vie physique et psychique. L'organisation du travail de soins de la mère est importante, car l'enfant intériorise les conduites de la mère. En cas de dépression de la mère, l'enfant l'incorpore comme étant sa propre souffrance. Cette souffrance fera alors partie de sa personnalité et constituera non seulement sa vision de lui-même, mais également sa vision subjective du monde environnant. La mère « normale » donne des soins adéquats à l'enfant alors que la mère dépressive ne se sent concernée que par ses propres besoins. La mère adéquate, entre autres choses, donne de l'amour à l'enfant, le regarde et joue avec lui ; ce que ne fait pas ou peu la mère dépressive. Nous avons vu combien est important le regard de la mère et comment le jeu avec celle-ci construit le psychisme de l'enfant. Le regard de la mère favorise la sollicitude chez l'enfant. Les aptitudes à la sollicitude deviendront essentielles quand il viendra le temps de fonder une famille saine. De plus, la sollicitude établit les fondements de l'imaginaire du jeu et du travail constructif. Ce que nous avons appris en étudiant les activités ludiques, c'est que le Jeu entre la mère et l'enfant permet de développer le Je de l'enfant. Le jeu avec la mère permet aussi de donner à l'enfant l'aptitude à tolérer les écarts entre ce qui doit être et ce qui se passe réellement. Cette aptitude particulière permettra à l'individu devenu adulte de pouvoir travailler en étant

capable d'avoir de l'imagination, de pouvoir tolérer et faire face aux écarts entre ce qui est prescrit et ce qui se passe réellement dans le travail quotidien d'une entreprise. En fait, ce que la mère développe plus particulièrement chez l'enfant quand elle le regarde et quand elle joue avec lui c'est son intelligence sociale. Nous avons vu pourquoi de bonnes interactions de la mère avec son enfant sont essentielles pour le développement de celui-ci. Nous pouvons donc envisager à quel point une organisation du travail de soins d'une mère dépressive peut être perturbante et laisser des traces dans le développement de l'enfant. Ces traces pourraient se manifester par divers troubles autant réactionnels, instinctuels que somatiques. Ces troubles peuvent se révéler aussi bien sous la forme de troubles physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Plus tard à l'adolescence, ou l'âge adulte, cela pourrait transparaître sous la forme de différentes manifestations de déviations sociales comme l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la dépendance, la délinquance ou autres.... Pour ce qui concerne ces déviations, la société actuelle nous semble plus tentée de les réprimer qu'elle ne nous paraît essayer de les comprendre ou de les prévenir. Il existe également une autre problématique qui se cache afin de ne pas être étiquetée socialement, c'est la dépression et celle-ci fait des ravages sur le plan social comme nous avons pu le voir tout au long de notre mémoire.

Dans notre recherche, nous avons bien évidemment cherché à connaître ce qu'est la dépression maternelle, mais nous avons aussi été plus loin en tentant de comprendre le contexte de la maternité dans notre société actuelle. Il s'est avéré pertinent d'aller chercher un regard extrafamilial même si les interactionnistes ne s'occupent que de la microsociété. Nous y avons découvert trois particularités. La première est que la société actuelle n'a pas tendance à être tendre avec les mères qui ont décidé de consacrer leurs activités privées aux soins des enfants. La deuxième particularité de ce que nous avons pu comprendre, c'est que notre

société est plus tournée vers le matérialisme que vers le bien-être affectif. Cette société dite *Hypermoderne* aurait également, de par son mode de production des biens matériels et son mode de vie, plutôt tendance à la destruction des familles biparentales et à l'avènement de la famille monoparentale. La troisième spécificité que nous avons pu appréhender vis-à-vis de notre société c'est sa tendance dépressive, voir *État limite*. En effet, la dépressivité des gens est de plus en plus importante et si, dans le milieu familial, l'organisation du travail de soins de la mère dépressive peut générer une *misère affective*, notre société actuelle n'est pas en reste pour créer ce que Stiegler a mis en évidence et appelle la *misère symbolique*.

Pour ce qui concerne les renseignements concernant la dépression, nous ne pouvions faire autrement que de la chercher dans l'incontournable DSM-IV TR et le dictionnaire international de psychanalyse. Puis, nous avons tenté de chiffrer l'importance de la dépression dans notre société et plus particulièrement celle de la dépression post-partum. En effet, cette dépression constitue une particularité des femmes qui viennent de mettre au monde un nourrisson. Nous avons compris que cette période est extrêmement importante pour la mère car, durant toute sa grossesse et le post-partum, celle-ci s'est remise en question sur le plan de son identité ce qui a pu faire transparaître sa véritable personnalité. Et cette personnalité trouvera son essor dans son organisation du travail de soins et, par là même, dans ses interactions avec son enfant. Lorsque cette remise en question de la mère fait apparaître une dépression, c'est toute l'organisation du travail de soins qui pourrait ne pas être adaptée aux besoins essentiels de l'enfant. Or, l'enfant a un important besoin d'avoir une mère disponible ce qui n'est pas le cas d'une mère dépressive. Nous avons compris au fur et à mesure de notre connaissance des théories interactionnistes et dejoursienne que nous ne pouvions faire l'impasse de l'étude du contexte actuel de la maternité. De plus, l'angle organisationnel du travail de soins de la mère, pour lequel nous avons opté dans notre hypothèse de travail en

touchant la dyade mère-enfant dans l'espace familial, vise aussi le contexte social. C'est aussi bien la situation familiale que les circonstances sociétales qui nous semblent avoir été révélés dans le discours des mères interviewées par le magazine *Elle Québec*. Ce discours entre la maternité et la carrière nous a permis de démontrer que derrière de tels propos pouvait se cacher une dépression post-partum non identifiée ou non conscientisée.

Pour pouvoir étayer nos connaissances sur notre sujet, nous avons porté notre attention, en premier lieu, sur les notions fondamentales des théories meadienne et dejoursienne que sont la prise de rôle, la dépression post-partum et la triangulation. Nous avons également étudié les diverses phases de la socialisation des enfants ainsi que quelques visions sociales de la déviance. Ce que nous ont révélé ces recherches, c'est que l'on peut considérer qu'il y a trois périodes de socialisation.

L'étude de la première période de socialisation nous a permis de comprendre que les premières années de la vie s'avèrent cruciales tant pour l'avenir physique que psychique mais également pour l'avenir social de l'enfant. Pour ce qui concerne la période du post-partum, qui correspond à ce que nous avons appelé la *pré-socialisation*, celle-ci, en cas de dépression de la mère, peut devenir une menace pour la santé mentale de l'enfant. Cette étape de la vie est, en effet, une phase-clé pour le développement de son système nerveux central (S.N.C.). L'enfant à ce stade n'a pas le cortex suffisamment développé. Il est donc dépendant totalement de sa mère pour faire face aux excitations aussi bien internes qu'externes. L'importance de cette étape de la vie c'est que le défaut de pare-excitation, ou l'excès d'excitation de la part de la mère va engendrer une souffrance. En réaction à cette souffrance, il pourra y avoir une dérégulation de la production de dopamine dans le cerveau de l'enfant. Le dérèglement en excès de cette fonction normale du cerveau pourra donner lieu à la maladie mentale et le manque devrait provoquer l'hyperactivité. L'hyperactivité conduit bien souvent à l'échec scolaire, à la violence



et à la consommation de produits prédisposant à l'assuétude. Les maladies mentales susceptibles de perturber le développement de l'enfant durant cette période sont : l'autisme, les hallucinations, la dépression, la psychose, les angoisses persécutrices. Chez les nourrissons, les signes qui pourraient être avant-coureurs de ces maladies pourront être perçus sous la forme de problèmes somatiques chroniques. Ainsi, les troubles somatiques récurrents qui pourraient être en lien avec une dépression de la mère sont : des problèmes de sommeil, des troubles alimentaires et digestifs ainsi que des difficultés respiratoires. D'autres symptômes pourraient également être identifiés tels que des problèmes au niveau des oreilles et de la peau. Des infections à répétitions, des allergies, des retards de croissance, de la malnutrition, de l'obésité pourraient encore être remarqués. Plus tard, l'enfant pourrait éprouver des troubles émotionnels et cognitifs qui constitueront un frein à sa capacité de symboliser et de faire des abstractions. L'enfant pourra présenter également de nombreux problèmes de comportements extériorisés ou intériorisés. Nous pouvons estimer que cette liste n'est pas exhaustive. Ce que nous avons pu apprendre c'est que ces perturbations ne sont, ni plus ni moins, que des troubles appartenant au domaine du sensoriel et des activités motrices du S.N.C.. Ces troubles nous ont paru se manifester eux-mêmes en lien avec le type d'organisation du travail de soins de la mère. Il nous apparaît logique que ces problèmes, tant physiques que psychiques et comportementaux, lorsqu'ils sont issus d'une pré-socialisation et d'une socialisation défailtantes, soient des handicaps pour l'apprentissage scolaire. En outre, ce que nous avons pu comprendre c'est qu'il existerait durant ces périodes de socialisation un processus inné d'imitation des parents par l'enfant. Les interactionnistes l'ont appelée *la prise de rôle*. Ce que nous avons pu préciser, c'est que la prise de rôle n'est pas seulement une imitation des parents par les enfants grâce aux jeux. La prise de rôle est un processus naturel qui permet à la fois d'unifier et de peaufiner l'organisation de Soi. Nous pouvons même aller plus loin et dire que durant les deux premières périodes de socialisation les enfants vont intérioriser l'ensemble des attitudes et des



comportements des parents. Cette intégration devrait former la réalité subjective, l'organisation mentale et l'intelligence sociale de l'enfant ; l'ensemble formant la personnalité ou le Soi de l'enfant. Ainsi donc, les enfants qui vivent avec une mère dépressive vont incorporer la dépression de leur mère comme une composante de leur personnalité et devenir eux-mêmes des personnes dont la tendance sera à la dépressivité. Cette dépressivité pourra les conduire à la consommation de substances assuétives mais cela pourra également les amener aux conduites à risques comme devenir délinquants.

Une autre composante de la dépression de la mère vis-à-vis de l'enfant qui nous est apparue pertinente à étudier, c'est l'importance du père dans la dyade mère-enfant. Elle est appelée *triangulation* par Dejours. En effet, notre travail de recherche nous a révélé, d'une part, que certaines mères dépressives refusent la présence du père dans la socialisation de l'enfant. Et, d'autre part, nous avons pu mettre en évidence qu'il existait une situation familiale qui se développe de plus en plus dans notre société il s'agit de la monoparentalité avec la mère comme chef de famille. L'étude de cette situation familiale où manque le père fut déterminante pour notre mémoire. Grâce à cela, nous avons pu comprendre avec Dejours que le manque de triangulation dans la dyade mère-enfant peut provoquer une perturbation du développement satisfaisant de la libido chez l'enfant. Cette perturbation libidinale pourrait conduire à une désorganisation de la pulsion de vie ce qui devrait orienter l'enfant vers la destructivité. Cette destructivité pourra se retrouver sous la forme de consommation de produits addictifs, mais également sous la forme de violence physique et psychique.

Cette situation sociale que d'être quelqu'un tourné vers la destructivité et la dépressivité tel que présenté ci-haut, c'est-à-dire avoir tendance à consommer des produits addictifs et à être violent physiquement ou psychiquement, ne nous semble pas une situation sociale enviable. En effet, les personnes affligées par la dépressivité et la destructivité ne

paraissent pas comme des individus recherchés socialement. Elles sont en général étiquetées comme personnes déviantes ou délinquantes par rapport à l'ensemble de la population. Elles sont même évitées par les entreprises et, donc, se retrouveront possiblement plus sujettes à être des personnes sans emploi. De plus, celles-ci pourront, dans le pire des cas, devenir des délinquants punissables de prison. En effet, la consommation de drogue et la violence physique et psychique sont des actes répréhensibles pour la loi. Néanmoins, les personnes tournées vers la dépressivité et la destructivité auront tendance à se regrouper entre elles. Elles le feront pour revaloriser leur identité, mais également pour satisfaire leur besoin d'appartenance à un groupe. Ce regroupement pourrait aussi leur permettre d'entrer dans une sous-culture où elles trouveront de quoi satisfaire leur besoin, notamment, de prendre des risques et, cela, afin de combler leur manque de dopamine. Il existe une autre façon de prendre des risques et, en même temps, de soulager les angoisses c'est la consommation de cigarettes, ainsi que celle de boire de l'alcool, de consommer de la drogue ou des médicaments.

Il nous semblait que les enjeux de la dépression de la mère vis-à-vis de l'avenir social de l'enfant n'étaient pas suffisamment pris en compte par la société. En effet, ce que nous avons pu apprendre au fil de nos lectures c'est que les symptômes somatiques qui s'avèrent chroniques chez les nourrissons pourraient provenir d'interactions avec des mères dépressives. De plus, ces problèmes psychosomatiques pourraient être précurseurs de maladies mentales et d'hyperactivité chez les enfants. L'hyperactivité, quant à elle, serait annonciatrice de difficultés d'apprentissage avec échecs scolaires, de la consommation d'addictifs, de dépendance et de tendance à la violence et à la délinquance. En outre, les personnes troublées par des problèmes d'hyperactivité peuvent aussi faire preuve de désorganisations affectives. Ces perturbations émotionnelles pourraient se révéler sous la

forme de phobies, de troubles anxieux ou paniques, de dépression. Pour pouvoir tenter de contrôler les TDAH, les médecins prescrivent de plus en plus de Ritalin.

Les recherches, qui nous ont conduit vers les jeunes désorganisés par des TDAH, nous ont indiqué que ce sont les adolescents atteints de TDAH qui sont aussi les jeunes qui commencent à fumer le plus tôt. En outre, plus les jeunes commencent à fumer tôt, plus ils ont de risques de passer à la consommation d'alcool et de drogues et devenir des délinquants. Pour ce qui concerne la délinquance, celle-ci pourrait être vue sous deux aspects. Le premier de ces aspects est que la délinquance s'inscrit dans une sorte d'appel à l'aide afin de recevoir de l'amour et de l'attention d'autrui. Et deuxièmement, les délinquants ne font que reproduire, sous une autre forme, ce qu'on leur a fait dans leur enfance. Ainsi, la délinquance pourrait n'être que le retour de la violence des parents. La dépression de la mère peut être considérée comme une violence envers l'enfant. En effet, nous avons vu que les enfants des mères dépressives intériorisaient la dépression de celle-ci. Le retour de cette dépression pourrait prendre la forme de criminalités. Cette criminalité pourrait revêtir, quant à elle, deux aspects : la délinquance avec des comportements extériorisés et celle avec des conduites intériorisées. Pour la première, cela consiste en vols, en agressions, pour les secondes c'est la prostitution et la toxicomanie. Selon nous, la toxicomanie, dont fait partie la consommation de cigarettes, constituerait un indice de fragilité mentale. En effet, nous avons pu mettre en valeur, par exemple, que la consommation élevée de cigarettes étaient associée aux habitudes des personnes atteintes, notamment, dans leur santé mentale, les alcooliques dépendants ainsi que les personnes souffrant de TDAH. Pour ces personnes, la nicotine améliorerait leur bien-être en les aidant à soulager certains de leurs troubles. Cette amélioration du bien-être des personnes pourrait être une des raisons de la dépendance. Cependant, la dépendance des personnes proviendrait d'une recherche symbolique de quelque chose qui a manqué dans la

tendre enfance de celle-ci. Pour diminuer la souffrance du manque, l'enfant va cliver son besoin c'est-à-dire qu'il va séparer le sentiment du besoin et l'objet du besoin. Pourtant, ce manque n'a été ni oublié ni même effacé et l'individu recherchera symboliquement à combler son besoin sans jamais être satisfait.

Pour finir, nous avons vu qu'il n'était pas sain d'étiqueter et de stigmatiser les personnes en souffrance du fait que celles-ci pourraient, par réaction, avoir tendance à se regrouper entre elles. Elles opteraient pour la formation de groupes de pressions pour tenter de faire comprendre que leurs problèmes émotionnels doivent être considérés comme une nouvelle norme pour la société. Plus dangereux encore, certains individus pourraient être tentés de s'engager dans la clandestinité d'un gang criminel. Cela pourrait faire en sorte que leurs comportements délinquants soient valorisés et reconnus par leurs pairs. Reconnaissance et valorisation constituent des expériences que ces jeunes gens n'ont pas, ou peu, connues dans leur enfance et qu'ils recherchent ardemment sans jamais être satisfaits ni apaisés.

### **Discussion sur les questionnements soulevés par notre chemin de recherche**

Le chemin que nous avons parcouru nous amène à un certain nombre de questionnements que nous allons aborder maintenant.

Un des tout premiers questionnements qui nous est venu, c'est à propos de la confusion entre le baby-blues et la dépression post-partum qui a été signalée par Bydlowski. C'est pourquoi nous tenons à rappeler ses propos concernant la différence entre ces deux troubles dont l'un est relativement bénin et naturel et l'autre qui est à prendre au sérieux quant à l'impact qu'elle peut avoir, non seulement, sur la santé mentale, mais aussi sur le plan de la souffrance de la mère. Ainsi, la différence entre le baby blues et la dépression post-partum réside dans le détachement ou le désintéressement de la mère envers son enfant doublé d'un

sentiment d'inefficacité et d'inadéquation face à l'enfant. Il existe également deux autres caractéristiques : c'est, pour la première, la durée plus longue de la dépression post-partum (un à deux ans) comparée à celle du baby-blues (1 à 10 jours). La deuxième particularité de la dépression post-partum c'est, d'une part, que les mères qui en éprouvent les affres cherchent à cacher leur détresse et, d'autre part, c'est leur tendance à l'intransigeance vis-à-vis des autres personnes de leur entourage. Deux thèmes à questionnement nous sont venus, c'est premièrement : est-ce que les personnes dans les maternités qui sont en charge des nouvelles accouchées sont informées de ces particularités des mères en dépression post-partum ? Le deuxième questionnement qui nous est advenu est sur le plan des possibles ruptures de couples. Celles-ci, selon nous, pourraient être dues, à la fois, à la transformation de la personnalité de la nouvelle accouchée et/ou à l'apparition de la dépression post-partum qui pourraient indisposer le père de l'enfant. Ces deux sujets que sont les ruptures de couples juste après une naissance ainsi que le niveau des connaissances de la dépression post-partum chez les infirmières en charge des nouvelles accouchées pourraient faire l'objet de recherches empiriques. Un autre sujet qui pourrait donner lieu à une étude concernant la dépression post-partum, c'est sur le plan des politiques de santé des provinces du Canada. En effet, dans certaines provinces, la dépression post-partum est systématiquement recherchée dès la maternité alors qu'elle ne l'est pas dans d'autres provinces.

Nous avons mis en évidence une autre confusion qui concerne les estimations de TDAH qui seraient amalgamées avec d'autres problèmes comportementaux. La confusion proviendrait de ce que les conduites des enfants soupçonnés de TDAH ressemblent à ceux-ci, mais n'en sont pas pour autant de véritables TDAH. Ces pseudo TDAH relèvent plutôt de problèmes de socialisation ou de troubles du comportement découlant d'un malaise profond de l'enfant. De plus, souvent, les TDAH sont confondus avec des troubles d'anxiété, de dépression ou des difficultés d'apprentissage. Ce sujet nous interpelle sur au moins deux

points. Le premier point est de savoir sur quels critères se basent les personnes qui évaluent les comportements des enfants pour les estimer désorganisés par des TDAH. Et deuxième point, qu'est-ce qui se passe pour les enfants à qui l'on a prescrit du Ritalin et qui n'en n'ont pas besoin. Dans notre travail, nous n'avons pas approfondi ces aspects qui posent quand même un questionnement. Il serait pertinent que des recherches étudient plus à fond le problème.

Ce que nous avons aussi pu dégager de la littérature sur le thème de l'incidence de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant, c'est que la dépression de la mère peut se trouver amplifiée par l'enfant. Cette amplification, selon notre compréhension, pourrait être due à l'intériorisation de la dépression de la mère par l'enfant. Cette intériorisation conduirait l'enfant à une souffrance qui est appelée *primaire*. Cette souffrance primaire pourrait faire que ces enfants présentent plus de probabilités de souffrir d'une maladie mentale, d'être des décrocheurs scolaires, d'être des surconsommateurs de produits psychoactifs ou d'être plus violents que les autres enfants de mères non dépressives. De plus, la mère dépressive pourrait de nos jours avoir plus de probabilité de vivre de la monoparentalité.

Ce qui pourrait être mis en évidence grâce à ce mémoire, c'est que l'assuétude aux intoxicants pourrait représenter une recherche symbolique de la dépendance primaire à la mère. En effet, l'organisation du travail de soins était inadéquate au moment où l'enfant se trouvait totalement dépendant de sa mère. Pour cause de dépression de la mère, cette période s'est transformée en souffrance pour le nourrisson. Le bébé, par une réaction de peur, a dû quitter trop tôt ce qui aurait dû constituer pour lui une période de bien-être rassurant et sécurisant. De plus, en cette période de post-partum, le nourrisson n'a pas encore le cortex



suffisamment développé pour pouvoir assumer cette indépendance. Il en résultera une désorganisation du Soi. L'individu cherchera, plus tard, dans le « bien-être » fourni par les drogues à soulager sa souffrance et à retrouver momentanément cette dépendance à jamais disparue. Ce que nous pouvons également ajouter, c'est que la dépression de la mère peut être amplifiée par sa descendance. Et, cela parce qu'il nous semble que les problèmes de conduites des personnes dont la mère a été dépressive durant les premières années de leur vie (tel que nous l'avons indiqué tout le long de notre recherche) nous semble correspondre aux individus qui sont répertoriés « Borderline » dans le DSM IV-TR (2003). Ces attitudes « border line » pourraient provenir de la désorganisation de soi due à un éveil trop tôt du Moi de l'enfant. Ces comportements pourraient n'être qu'en fait des réactions qui permettraient d'échapper à la maladie mentale ou, dans une moindre mesure, à la dépression qui les guette.

Notre mémoire a pu également spécifier que, non seulement, les enfants qui ont été en interaction avec une mère dépressive pouvaient développer des problèmes affectifs, cognitifs et comportementaux, mais aussi des troubles somatiques. De plus, cela nous a permis de démontrer que certaines personnes adolescentes, ou adultes, pouvaient agir selon leur intentionnalité<sup>78</sup>. C'est, en fait, pour nous, d'intentionnalité dont parle Christophe Dejours lorsqu'il explique que les gens réagissent, à une situation donnée, en fonction du théâtre de leur enfance. Ceci nous ferait dire que, dans une même situation, deux personnes devraient répondre de façon très différente. En effet, aucune personne ne peut avoir les mêmes expériences; peut-être qu'elles ont pu connaître des vécus similaires, mais jamais identiques. Ce que nous avons pu comprendre, c'est que ce vécu leur sert de base pour évaluer une réalité sociale qui leur est propre. Ainsi, la réalité sociale pour les délinquants, les toxicomanes, et autres déviants, devrait être comprise comme la résonance d'une souffrance provenant d'un

---

<sup>78</sup> L'*intentionnalité* étant, rappelons-le, les pensées, les craintes, les fantasmes et les souvenirs issus de l'expérience et du vécu durant l'enfance.

traumatisme subi dans leur tendre enfance. Ce traumatisme pourrait tirer son origine, soit d'un choc soudain, soit d'une accumulation de déboires qui ont ébranlé leur psychisme. De la sorte, les personnes qui vivent de la délinquance ou de la dépendance sont en fait des individus qui expriment leur intentionnalité.

### **Synthèse et conclusion**

Compte tenu des données statistiques, des résultats cliniques et des résultats de recherches empiriques provenant de nombreux spécialistes, chacun dans leur domaine respectif, et compte tenu de ce que nous avons pu extraire de la littérature relative à la dépression de la mère et à son rôle dans le développement de l'enfant, nous pouvons faire ressortir qu'il existe un processus aussi bien psychique que psychosomatique qui pourrait conduire l'individu dans un continuum de souffrances. Nous sommes, maintenant, en fonction de nos connaissances, en mesure d'élaborer, le concept de la mère *communément adéquate* et le portrait d'une mère dépressive. Par ailleurs, nous pouvons également estimer que notre société actuelle, que certains auteurs désignent comme *hypermoderne*, pourrait être susceptible d'engendrer des styles de vie chaotique. En nous référant à ce que nous indiquent le philosophe Stiegler et les psychologues dont nous avons parlé dans notre mémoire, c'est qu'à défaut du Grand Bonheur que tout le monde espère, la politique industrielle n'a amené qu'une *misère symbolique* ainsi que le chaos dans les familles. Ce chaos dans les familles aurait été provoqué par une asymétrie entre les besoins familiaux et les besoins de l'économie. Ce chaos aurait participé conjointement à l'exclusion des pères. Cette éviction, quant à elle, a généré aussi l'avènement et une augmentation constante de la famille monoparentale avec la mère comme seule en charge de la famille. C'est tout cet ensemble de circonstances qui tendrait à générer de plus en plus de troubles psychosomatiques, de problèmes de santé mentale et comportementaux chez les individus. Ces problèmes des jeunes



que, selon nous, notre société a transformé en : *jeunes à problèmes*<sup>79</sup>. Ce que nous avons également relevé c'est que les gens des pays dits industrialisés, devenus *hypermodernes*, semblent sombrer, petit à petit, dans plus de dépression, plus de violence et dans plus de consommations addictives. Ils vivent de plus en plus de misère affective. Ainsi, il pourrait y avoir une diminution de l'espoir de réalisation de soi et, donc, de moins en moins, de possibilité de bonheur pour le plus grand nombre tel que l'envisage Mead.

Suivant Mead, l'objectif de notre société, normalement, devrait s'inscrire dans le progrès social et non le progrès exclusivement matériel ou intellectuel qui sont en valeur dans notre société actuelle. Ainsi donc, le but de la socialisation dans les familles devrait plutôt tendre à mettre en place les bases d'une intelligence sociale fondée sur le développement des besoins aussi bien psychiques, somatiques, affectifs, cognitifs et esthétiques propres à chacun des enfants. Cette socialisation que nous pourrions qualifier *d'idéale* pourrait orienter chacun des individus vers la réalisation de Soi.

Pour ce faire, l'enfant a besoin de recevoir des soins adéquats dans une organisation du travail de soins comprenant non seulement la sympathie de la mère, mais aussi une triangulation avec le père. La mère, dans ses interactions avec l'enfant, doit faire preuve de souplesse, de plénitude, de cohérence, de sensibilité ainsi que d'une continuité et d'une stabilité dans les soins qu'elle prodigue. De plus, dans les premières années de sa vie, l'enfant éprouve un important besoin que ses parents le regardent et, plus particulièrement, sa mère. En effet, la reconnaissance affective du nourrisson s'effectue par le biais du regard de la mère. C'est de cette reconnaissance affective que dépendra le développement de la sollicitude. La sollicitude permettra à l'enfant, plus tard, de fonder une famille, mais aussi de posséder de l'imagination dans ses jeux ainsi que de disposer d'une capacité de réaliser un travail

---

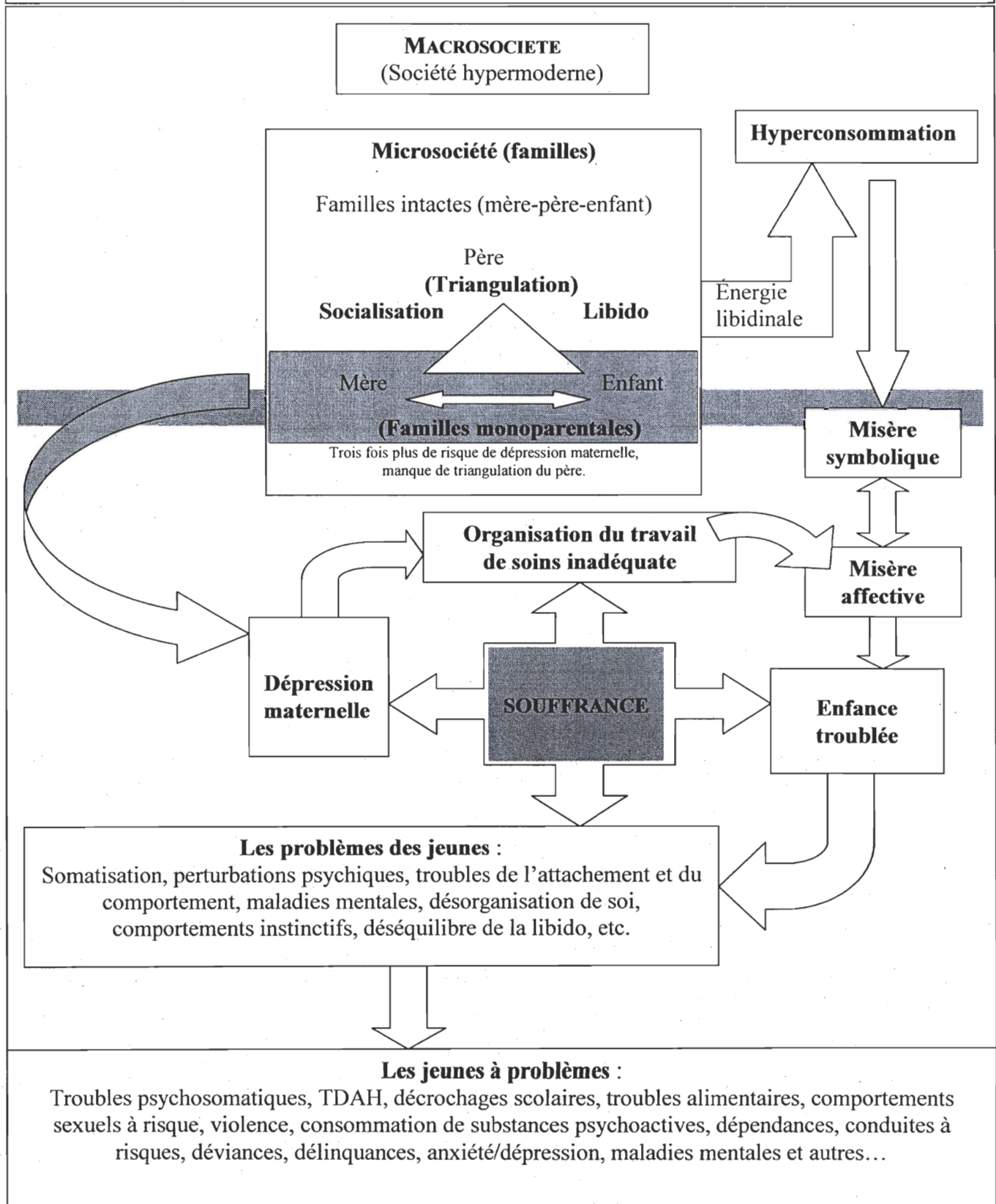
<sup>79</sup> Voir notre schéma 1 en annexe.

constructif. Assurément, il est indispensable que la mère joue avec son enfant, car le jeu développera le Je de l'enfant. Outre, la reconnaissance de l'enfant par les parents engendre l'accomplissement de Soi, la connaissance des règles qui régissent la famille devrait créer la confiance. Ce sont là les ingrédients essentiels pour obtenir la coopération de l'enfant. Plus encore, les éléments que constituent la communication adéquate, la reconnaissance, le jeu, la connaissance des règles contribueront à poser les bases qui donneront lieu au développement de la conscience de soi chez l'enfant. L'ensemble de ces composants devrait permettre de structurer une conduite sociale intelligente et responsable des individus. Comme nous avons pu le comprendre dans notre mémoire, la mère dépressive n'est pas en état d'assumer ce type de socialisation puisqu'elle-même ressent un important besoin de maternage pour retrouver ses propres capacités de sollicitude. Aussi, et cela constituera notre conclusion, nous estimons, premièrement, que c'est principalement la capacité de sollicitude qui est perturbée chez les mères dépressives. Deuxièmement, nous considérons que le problème primordial des enfants, qui sont troublés par la dépression de leur mère, se situe sur le plan libidinal. De ce fait, il serait utile de proposer à la société de réfléchir plus avant sur les deux sujets que sont la sollicitude et la libido. Nous pensons également pouvoir recommander qu'une recherche systématique de la dépression post-partum soit entreprise. Enfin, faire et multiplier des propositions de soins thérapeutiques mère-enfant, voire familiaux, aux personnes qui en font la demande, serait bienvenues. Nous suggérons aussi la création, si elle ce n'est pas déjà réalisée, d'une formation spécifique en soins thérapeutiques mères-dépressives-enfant.

**ANNEXE**

**LA SOCIÉTÉ HYPERMODERNE, LA DÉPRESSION MATERNELLE ET LES JEUNES À PROBLÈMES**

par Alain Lestienne (2007)



**BIBLIOGRAPHIE**

Allard, M. (2003). Drogue : l'école abdique. Journal leSoleil du mardi 7 octobre. Page titre.

American Psychiatric Association, DSM IV-TR (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : éditions Masson.

Arendt, H. (1993). Condition de l'homme moderne. France : éditions Calmann-Levy.

Association de psychothérapeutes pour le traitement des addictions (APTA). La dépendance. Site internet : <http://www.apta.ch/>. Le 6 juin 2007.

Beaud, P., Brulhardt, M.-C., Gottraux, P., Levy, R., Messant-Laurent, F. (1990). Travail de nuit et autres formes d'horaires atypiques, conséquences sur le travail, la santé, la vie privée et les relations sociales. Université de Lausanne.

Becker, H. S. (1985). Outsiders. Paris : éditions Métailié.

Ben Amar M. et Légaré, N. (2006). Le tabac à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, mise à jour des connaissances. Montréal : éditions Le centre québécois de lutte aux dépendances.

Berger, P. et Luckmann, T. (1986). La construction sociale de la réalité. Paris : éditions Méridiens Klincksieck.

Bergeret-Amselek, C. (2005). Peut-on dire que la naissance d'un enfant est aussi la naissance d'une mère? Site Internet : [http://www.maman-blues.org/rencont\\_1.php#](http://www.maman-blues.org/rencont_1.php#). Le 7 juillet 2005.

Bibliothèque du Parlement, (2007). Pourquoi les gens deviennent-ils dépendants des substances psychoactives ? Site internet : <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0611-f.html>. Le 13 juin 2007.

Blanchette, J., (2005). Mamans à la maison, les nouvelles rebelles. Magazine Châtelaine du mois d'octobre 2005. 132-140.

Blain, C. (2004). Santé mentale à l'école. Site Internet : [http://daniel.calin.free.fr/publications/sante\\_mentale.html](http://daniel.calin.free.fr/publications/sante_mentale.html). Le 7 juillet 2005.

Boicclair, A. et le parti conservateur (2005). Le blog de polyscopique. Site Internet : <http://www.polyscopique.com/blog/archives/000849.html>. Le 28 décembre 2005.

Boimare, S. (1999). L'enfant et la peur d'apprendre. Paris : éditions Dunod.

Boimare, S. (2004). L'enfant et la peur d'apprendre. Paris : éditions Dunod.

Bornais, M.-F. (2004). Ritalin un jour, Ritalin toujours? Le Journal de Québec du lundi 11 octobre 2004.

Bourguignon, O. (1984). Mort des enfants et structures familiales. Paris : Presses Universitaires de France.

Bowlby, J. (1954). Soins maternels et santé mentale. Genève : Organisation Mondiale de la santé.

Brochu, S. (1995). Prévention de la toxicomanie, prévention de la délinquance, prévention de la déviance. Site Internet : <http://www.risq-cirasst.umontreal.ca/PDF/Cr-13.pdf>. Le 5 février 2006.

Brun, J-P. (1990). Reconnaissance et méconnaissance de l'expérience ouvrière des monteurs de lignes électriques : une composante de la souffrance psychique au travail. Dans C. Dejours (1990), Revue Travail et santé mentale. 20, (1), 55-61.

Bydlowski, M. (2005a). Psychopathologie périnatale : du « blues » à la dépression maternelle postnatale (DPN). Site Internet : <http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/blues.htm>. Le 30 mai 2005.

Bydlowski, M. (2005b). La vie psychique de la femme enceinte. Site Internet : <http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/blues.htm>. Le 30 mai 2005.

Bydlowski, M. (2005c). La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Site Internet : <http://www.carnetpsy.com/arcives/ouvrages/items/cp34c.htm>. Le 30 mai 2005

Bydlowski, M. et Golse, B. (2006). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectivisation. Site internet : <http://www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/Items/p58.htm>. Le 13 janvier 2006.

Cahn, R. (1999). L'approche des adolescents perturbés. Revue Perspectives Psy. 38 (1), 7-8.

Cabot, I. (2004). La dépression maternelle, la maternité à l'adolescence et le développement de l'attachement mère-enfant : le rôle médiateur de la sensibilité maternelle. Mémoire de maîtrise, faculté d'étude sur l'enseignement et l'apprentissage. Université Laval.

Carter, A., Garrity-rokous, F., Elizabeth, J. D., Chazan-cohen, R., Little, C. et Briggs-gowan, M. J., (2001). Maternal Depression and Comorbidity: Predicting Early Parenting, Attachment Security, and Toddler Social-Emotional Problems and Competencies. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40 (1), 18-26.

Chandler, B. (1994). La valeur du travail ménager au Canada, 1992. Site internet : <http://www.statcan.ca/english/research/13-604-MIE/13-604-MIB1994027.pdf>. Le 24 janvier 2007.

Chaise, J.-C. (2005). L'enfant instable. Site Internet : <http://www.ienreims6.dyndns.org/index.html>. Le 7 juillet 2005.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A, Lynch, M. et Holt K. D. (1993). Resilience in maltreated children: processes leading to adaptative outcomes. Development and psychopathology, 5, 629-647.

Collard, N. (2003). Élever les hommes de demain. Journal La presse le 8 mai 2003.

Collard, N. (2007). Conjuguer la femme et la mère n'est pas une mince affaire ! Depuis la sortie de cet essai, un nouveau débat prend forme.... Site internet : [http://voldemots.blogspot.com/2006\\_12\\_31\\_voldemots\\_archive.html](http://voldemots.blogspot.com/2006_12_31_voldemots_archive.html). Le 7 février 2007.

Comité de la pédiatrie psychosociale, Société Canadienne de Pédiatrie (SCP) (2004), la dépression de la mère et le développement de l'enfant. Site Internet : <http://www.cps.ca/français/enonces/PP/pp04-03.htm#prescolaire>. Le 7 juillet 2005.

Conseil des ministres de l'éducation du Canada (1995). Site internet : [http://www.cmec.ca/international/teach\\_app\\_fre.htm](http://www.cmec.ca/international/teach_app_fre.htm). Le 24 mars 2006.

Conseil canadien de développement social (2007). Un profil des familles au Canada. Site Internet : <http://www.ccsd.ca/français/statistiques/famille/index.htm>. Le 13 février 2007.

Covey, S. R. (1998). Les sept habitudes des familles épanouies. Paris : éditions First.

Cloutier, R. Bissonnette, C. Oullet-Laberge J. et Plourde, M. (2004). Monoparentalité et développement de l'enfant. Dans M-C Saint-Jacques, D. Turcotte, S. Drapeau et R. Cloutier (éds.) Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Bilan d'une réalité complexe et pistes d'action (pp.33-63). Saint-Nicolas : éditions Les Presses de l'Université Laval.

Cramer, B. (1999). Que deviendront nos bébés ? Paris : éditions Odile Jacob.

Cyr, C. et Moss, E. (1999). Interaction mère-enfant et dépression maternelle à l'âge préscolaire comme prédicteur de l'attachement à l'âge scolaire. Site Internet : <http://www.sqrp.ca/>. Le 27 juin 2003.

Cyr, F. et Carobene, G. (2004). Le devenir des enfants de parents séparés : bilan d'une réalité complexe. Dans M-C Saint-Jacques, D. Turcotte, S. Drapeau et R. Cloutier (2004) (éds.) Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Bilan d'une réalité complexe et pistes d'action. (pp. 3-31) Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval.

Cyrułnik, B. (2001a). Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement. Paris : éditions Hachette.

Cyrułnik, B. (2001b). La résilience : le réalisme de l'espérance. Paris : éditions Éres.

Dawson, G., Ashman, S. B., Hessel, D., Spieker, S., Frey, K., Panagiotides, H. et Embry, L. (2001). Autonomic and brain electrical activity in securely-and insecurely-attached infants of depressed mothers. Infant Behavior and Development, 24, 135-149.

Day D. M., Golench C. A., MacDougall, J., Cheryl, Bealsonzalèz C. A. (2001). La prévention de la violence à l'école au Canada : résultats d'une étude nationale des politiques et programmes 1995-02. Toronto : éditions sécurité publique et protection civile Canada. Site Internet : [http://ww2.psepc-ppcc.gc.ca/publications/corrections/199502\\_f.asp](http://ww2.psepc-ppcc.gc.ca/publications/corrections/199502_f.asp). Le 24 mars 2006.

Dayan, J., Gwenaelle A., Dugnat, M. (1999). Psychopathologie de la périnatalité. Paris : éditions Masson.

Dejours, C. (1981). Les jeunes et le travail. Bulletin de l'association française de psychiatrie et de psychopathologie sociale. 6, 27-34.

Dejours, C. (1982). Intervention du docteur Christophe Dejours à des militants d'entreprises de la Prévention de la santé. Paris : fédération des travailleurs de la métallurgie.

Dejours, C. (1982a). Dépression et travail. Exposé au séminaire du Groupe d'Information et de Recherche Appliquées à la Dépression. (GIRAD).

Dejours, C. (1986). Le corps entre biologie et psychanalyse. Paris : éditions Payot.

Dejours, C. (1988). Souffrance et plaisir au travail : l'approche par la Psychopathologie du Travail. Dans C. Dejours (Tome 1) (éds), Plaisir et souffrance dans le travail. (pp. 15-24). Gap : édition de l'AOCIP.

Dejours, C. (1990). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. Dans J.-F. Chanlat (éds), L'individu dans les organisations : les dimensions oubliées. (pp.687-708) Québec : Presse Université Laval et EASKA.

Dejours, C. (1992). Pathologie de la communication. Situation de travail et espace public : le cas du nucléaire. Raisons pratiques (3), 177-201.

Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. Éducation permanente.116. (pp. 47-70). Université de Genève, Suisse.

Dejours, C. (1995). Analyse psychodynamique des situations de travail et sociologique du langage. Dans J. Boutet (éds), Paroles au travail. (pp.181-221). Paris : éditions l'Harmatan.

Dejours, C., De Bandt, J., et Dubar, C. (1995). La France malade du travail. Paris : éditions Bayard.

Dejours, C. (2000). Travail, usure mentale. Paris: éditions Bayard.

Dejours, C. (2002). Le facteur humain. Paris : Presses Universitaire de France.

Dejours, C. (2003). Réhabilité la normalité. Revue Le Passant Ordinaire. Site internet : <http://www.passant-ordinaire.com/revue/45-46-557.asp>. Le 15 mars 2006.

Delassus, J-M (2005). Le sens de la maternité. Site internet : [http://www.maman-blues.org/rencont\\_1.php#](http://www.maman-blues.org/rencont_1.php#). Le 30 mai 2005.

Delzenne, V., Poinso, F., Thirion, X. et Samuëlian, J-C. (1996). Vers un soin précoce de la dépression du post-partum. Travail en réseau et résultats d'une enquête épidémiologique et clinique en maternité. La psychiatrie de l'enfant. 39, (1) 296-323.



De Queiroz, J. M. et Ziotkowski, M. (1994). L'interactionnisme symbolique. Rennes : Presse Universitaire de Rennes.

Devault, A. et Bouchard, C. (1996). Difficultés vécues et stratégiques de résolution de problèmes : une comparaison entre pères et mères de familles monoparentales. Revue québécoise de psychologie. 17, (3) 5-23.

Dictionnaire international de la psychanalyse (2002). Concepts, notions, biographies, œuvres, événements, institutions. Paris : éditions Calmann-lévy.

Dodier, N. (1988). Commentaire du séminaire no 10. Dans C. Dejours (Tome 2) (éds), Plaisir et souffrance dans le travail. (pp. 105-114). Gap : édition de l'AOCIP.

Drapeau, S., Gagné, M-H. et Hénault, R. (2004). Conflits conjugaux et séparation des parents. Dans M-C Saint-Jacques, D. Turcotte, S. Drapeau et R. Cloutier (éds.) Séparation, monoparentalité et recomposition familiale. Bilan d'une réalité complexe et pistes d'action (pp.175-194). Saint-Nicolas : éditions Les Presses de l'Université Laval.

Erikson, E. H. (1972). Adolescence et crise, la quête de l'identité. France : éditions Flammarion.

Esparbès-Pistre, S. et Tap, P. (2005). Identité, projet et adaptation à l'âge adulte. Revue carriérologie. Site Internet : [http://www.carrierologie.uquam/volume08\\_1-2/11\\_esparbes/esparsbes.html](http://www.carrierologie.uquam/volume08_1-2/11_esparbes/esparsbes.html). Le 8 août 2005.

Fonagy, P. (2004). Théorie de l'attachement et psychanalyse. France : éditions Erès.

Fortin, M.-C. (2007). « J'ai fait deux dépressions postpartum ». Magazine Elle Québec. Janvier 52-53.

Freud, S. (1964). Abrégé de psychanalyse. Paris : Presse Universitaire de France.

Gauthier J., Morin C., Thériault F. et Lawson J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue québécoise de psychologie. 3 (2), 13-27.

Genest, C., Leclerc, C. et Maranda, M-F. (2005). Les conduites de retrait comme stratégies défensives face au harcèlement psychologique au travail. Site internet <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a5.htm>. Le 8 janvier 2006.

Goffman, E. (1975). Stigmate. Paris : éditions de minuit.

Gotlib, I. H. et Goodmann, S. H. (2001). Children of depressed Parents, Mechanisms of Risk and Implications of Treatment. Washington DC: éditions: American Psychological Association.

Gouvernement Canadien (2003). Le bien-être des jeunes au Canada. Édition : développement des ressources humaines Canada et santé Canada et sa Majesté la Reine Chef du Canada. Site Internet : [http://socialunion.gc.ca/ecd/2003/report2\\_f/c3f.html](http://socialunion.gc.ca/ecd/2003/report2_f/c3f.html). Le 30 décembre 2005.

Grimaud, L. (2005). Dialogue et construction psychique. Site Internet : <http://auriol.free.fr/psychanalyse/deficient-visuel-Lin-3.htm>. Le 10 mars 2006.

Guyon, L. et Desjardins, L. (2005). L'alcool et les drogues chez les enfants québécois de 12 à 18 ans, habitudes, comportements et consommation problématique. Dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry. (2005) (éds), Les jeunes et la drogue, usages et dépendances. (pp. 1-37). Québec : Presses de l'Université Laval.

Habermas, J. (1987). Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1 et 2. Paris: éditions Fayard.

Hirigoyen, M-F. (1998). Malaise dans le travail : harcèlement moral : démêler le vrai du faux. Paris : éditions La Découverte et Syros.

Hyppia, M. (2003). Maternité, la grande illusion. Magazine Elle Québec. Mai 105-108.

Indicateur de l'éducation au Canada (1999). Site Internet : <http://www.cmec.ca/stats/pceip/1999/Indicatorsite/french/pages/page9f.html>. Le 24 mars 2006.

Jacob, N. (2003). Le décrochage scolaire. Site Internet : [http://www3.sympatico.ca/njacob/decrochage\\_scolaire.htm](http://www3.sympatico.ca/njacob/decrochage_scolaire.htm). Le 19 juillet 2003.

Janov, A. (1975). Le cri primal. Paris : éditions Flammarion.

Janov, A. (1992). Le nouveau cri primal, revivre et vaincre sa souffrance. Paris : éditions presses de la renaissance.

Janov, A. (1998). Le corps se souvient. Guérir en revivant sa souffrance. Monaco : éditions du rocher.

Jolicoeur, C. (2005). Le déficit de l'attention chez l'enfant/jeune adolescent(e). Site Internet : <http://www.aei.ca/~claudelj/DA-enfance.html>. Le 30 décembre 2005.

Kaplan, L. (1979). Symbiose et séparation. Paris: éditions Robert Laffont.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu J., Swartz M. et Blazer D. G. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Study. Dans A. Carter, F. Garrity-rokous, J.-D. Elizabeth, R. Chazan-cohen, C. Little et M. J. Briggs-gowan, (éds.) (2001). Maternal Depression and Comorbidity: Predicting Early Parenting, Attachment Security, and Toddler Social-Emotional Problems and Competencies. (pp.18-26). Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40 (1).

Kochman, F., Karila, L. et Tiravi, S. (2002). Place des psychostimulants chez les enfants hyperactifs. Site Internet : <http://www.psy.be/articles.php?article=31>. Le 30 décembre 2005.

Kohut, H. (2004). Le Soi. Paris : éditions Presses Universitaires de France.

Kreisler, L. (1995), la perspective psychosomatique dans la psychopathologie du nourrisson. Dans G. Fava Vizzello, D. N. Stern et A. Birraux (éds.) Modèles psychothérapeutiques au premier âge, de la théorie à l'intervention. (pp.159-200). Paris, Milan, Barcelone : éditions Masson.

Lanouzière, J. (1991). Le surinvestissement visuel des enfants de mères déprimées. Revue Devenir 3 (2), 33-50.

Laverdière, M. (2001). La dissociation dans l'étiologie et le traitement des dépendances. Le magazine des psychologues du Québec. 18 (1), 24-25.

Lebel, H. et Paquette, R. (1996). La dépression. Site Internet : <http://www.psychomedia.qc.ca/sdos2men.htm>. Le 7 juillet 2005.

Le Blanc, M. (2005). Les adolescents montréalais et les psychotropes sur quatre décennies. Développement de la consommation, trajectoire et profils des consommateurs, stratégie et efficacité de l'intervention. Dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry (éds), Les jeunes et la drogues. (pp. 143-201). Québec : Presses de l'Université Laval.

Lebovici, S. (1970). La théorie psychanalytique de la famille. Dans H., Montagner (1999) (éds.), L'attachement, les débuts de la tendresse. Paris : éditions Odile Jacob.

Lebovici, S. et Stoléru, S. (2003). Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces. Paris : éditions Bayard.

Le Camus, J. (1999). Le père éducateur du jeune enfant. Paris : Presses Universitaires de France.

Lefebvre, L. (1996). Ritalin pour ou contre. Bulletin d'information toxicologique, vol. 12, no 1, avril 1996. Site Internet : <http://www.ctq.qc.ca/ritalin2.html>. Le 30 décembre 2005.

Legault, F. (2001). Communiqué de l'attaché de presse du ministre d'état à l'éducation et à la jeunesse. Site Internet : <http://www.meq.gouv.qc.ca/CPRESS/cprss2001/c010514.htm>. Le 30 juin 2003.

Lelord, F. et André, C. (1998). L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris : éditions Odile Jacob.

Lemaitre, V. (2005). Préoccupation maternelle et dépression du post-partum Site Internet : [http://www.maman-blues.org/rencont\\_1.php#](http://www.maman-blues.org/rencont_1.php#). Le 7 juillet 2005.

Lemieux, L. (2004). Trop de Prozac aux adolescents. Journal leSoleil du mercredi 4 février 2004.

Létourneau, N. et Duffett-Leger, L. (2005). La dépression « post-partum » peut être dangereuse pour la mère, selon une étude. Journal leSoleil du 9 octobre.

Lévi, G., Fabrizi, A et Diomedé, L. (1995). Identification et confusion dans les groupes thérapeutiques d'enfants présentant un trouble du développement. Dans G. Fava Vizziello, D. N. Stern et A. Birraux (éds.) Modèles psychothérapeutiques au premier âge, de la théorie à l'intervention. (pp.58-67). Paris, Milan, Barcelone : éditions Masson.

Leymann, H. (1996). Mobbing : la persécution au travail. Paris : éditions Du Seuil.

Lowenstein, M. K. et Field, T. (1990). Les effets de la dépression maternelle sur les nourrissons. Revue Devenir, (sept) 52-63.

Lyons-Ruth, K. Zoll, D. connell, D. et Grunebaum H. U. (1986). The Depressed Mother and her One-Year-Old Infant: Environment, Interaction, Attachment, and Infant Development. Dans E. Z. Tronick et T. Field (1986). (éds), (pp.66-82). Maternal Depression and Infant Disturbance. San Francisco et London: éditions Jossey-Bass.

Maranda, M.-F. (1992). Approches de l'alcoolisme. De la morale...à la sociologie du travail. Revue service social, 41 (1), 29-45.

Maranda, M.-F. (1994). Stratégies de défenses individualisées, phénomènes de psychopathologie du travail dans le secteur des pâtes et papiers. Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Sainte-Foy.

Maranda, M.-F. (1996). Visions sociologiques de la consommation des psychotropes. Dans O. Clain et D. Duclos (éds.) Actes du colloque pathologies du lien social et société contemporaine, Musée de la civilisation (pp.77-86). Québec : Département de sociologie, Université Laval.

Maranda, M.-F. (1998). Compromis fordiste et individualisation des stratégies de défense. Dans R. Jacob et R. Laflamme (éds), Stress, santé et intervention au travail. (pp. 151-158). Canada : presses interuniversitaire.

Maranda, M.-F., Morissette, P et Lessard, D. (2002a). Précarisation du travail et toxicomanie : un parcours socioprofessionnel doublement fragilisé. Revue Pratiques Psychologiques, (4), 109-122.

Maranda, M-F. et Morissette, P. (2002b). La problématique de l'alcool et des drogues en milieu de travail. Dans D. Harrisson et C. Legendre (éds.), Santé sécurité et transformation du travail. (pp. 81-103). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Maranda, M-F., Negura, L. et De Montigny, M-J. (2003). L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. Revue Déviance et Société. 27 (3), 269-284.

Marcelli, D., Paget, A. et Blossier, P. (1996). Les origines du travail de penser entre mère et bébé. Revue de psychiatrie de l'enfant, 39 (1), 5-40.

Mariette, M. (1998). Nourrissons de mères déprimées. Dans notes de cours de Gino Lesage. Psychologie du développement et de l'adaptation. Département des fondements et pratiques en éducation de l'Université Laval. Automne 2000.

Martin, S. (2008a). Dépression post-partum. Basculer dans le cauchemar. Journal leSoleil du dimanche 17 février. Page A9.

Martin, S. (2008b). Dépression post-partum. Un mal vicieux dont on guérit. Journal leSoleil du dimanche 17 février. Page A10.

Martin, S. (2008c). Briser le silence et les tabous. Journal leSoleil du dimanche 17 février. Page A10.

Mazet, P., Conquy L., Latoch J., Rosenblum O., Cukier-Hémeury F. et Faurie B. (1990). Bébés et mères déprimées. Revue Devenir, (1-4) déc., 71-79.

Mead, G. H. (1963). L'esprit, le soi et la société. Paris : Presses Universitaire de France.

Miller, A. (1983). Le drame de l'enfant doué. Paris : Presses Universitaire de France.

Miller, A. (1990). La souffrance muette de l'enfant, l'expression du refoulement dans l'art et la politique. Paris : éditions Aubier.

Miller, A. (1996). L'avenir du drame de l'enfant doué, les options de l'adulte. Paris : éditions Presse Universitaire de France

Molénat, X. (2003). L'individu hypermoderne. Revue des sciences humaines : Echos des recherches. 144 (12), 8.

Montagner, H. (1999). L'attachement, le début de la tendresse. Paris : éditions Odile Jacob.

Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C. et Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. Dans G. M. Tarabulsy, S. Larose, D. R. Pederson, et G. Moran (2000). Attachement et développement, le rôle des premières relations dans le développement humain. (pp.155-179). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Muxel, A. (1996). Individu et mémoire familiale. Paris : éditions Nathan.

Organisation Mondiale de la Santé (2001). Rapport sur la santé dans le monde. Site Internet : <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index4.html>. Le 26 août 2003.

Organisation Mondiale de la Santé (2003). Réunion des ministres de la santé des pays océaniques. Site Internet : [http://www.wpro.who.int/pic/2003\\_files/MNH\\_FR.pdf](http://www.wpro.who.int/pic/2003_files/MNH_FR.pdf). Le 7 juillet 2005.

Otero, M. (2005). La dépression est-elle une mode ? Revue Découvrir. 26 (3), 17.

Pawson, G. (2003). La pauvreté infantile progresse à Toronto malgré la croissance économique. Site Internet : Sympathico du 30 juin.

Payeur, S. (2002a). La dépression, maladie du siècle. Revue Découvrir. 23 (1), 32-35.

Payeur, S. (2002b). L'esprit, l'aspect le plus négligé dans la santé humaine. Revue découvrir 23 (1). 24-26.

Pelsser, R. (1982). La dépression entre l'agressivité et la dépression. Revue québécoise de psychologie. 3 (1), 74-86.

Piuze, S. (2005). Ces mères qui élèvent seules leur fils. Magazine CapitalSanté. (Sept) 7 (10), 47-49.

Poussin, G. (1993). Psychologie de la fonction parentale. Paris : éditions Dunod.

Programme d'aide aux membres du Barreau du Québec (PAMBA). Les boulotmans. Site interne : <http://www.barreau.qc.ca/journal/vol29/no5/boulotmane.html>. Le 31 janvier 2007.)

Ringa, R. (1998). Regards sociologiques sur la délinquance juvénile au Maroc. Maroc : éditions Mohammédia.

Robaey, P. (2002). La santé mentale des enfants, le ciment d'une société. Revue Découvrir. 23 (1), 28-31.

Rosenczweig, J.-P. (2005). La situation en France, la violence des enfants. Site Internet : <http://www.droitsenfant.com/violencefrance.htm>. Le 24 juillet 2005.

Rousseau, P. (1994). La dépression post-natale : un risque de négligence négligé par la société. Site Internet : <http://www.cfwb.be/maltraitance/pdf/textes%20ditem/10bis.pdf>. Le 30 mai 2005.

- Royer, E. (2003). Tous ensembles vers la réussite. Revue Notre-Dame. 101 (8), 16-28.
- Saint-Jacques, M.-C. (2002). Attention fragiles, les enfants de familles recomposées ont avant tout besoin d'un bon climat familial. Revue familles en transition. 1 (1), 1-6.
- Sauguet, H. (1969) Préface du Dr Henri Sauguet. Dans D. W. Winnicott (1969) (éds.), De la pédiatrie à la psychanalyse. (pp.7-12). Paris : éditions Payot.
- Siaud-Facchin, J. (1996). Deux regards sur le colloque international de psychiatrie périnatale de Monaco, les multiples professionnels qui en sont les acteurs. <http://www.carnetpsy.com/Archives/Colloques/Items/p25.htm>. Le 7 juillet 2005.
- Stiegler, B. (2004). Contribution à une théorie de la consommation de masse. Journal Lemonde diplomatique. p. 24-25.
- Tronick, E. Z. et Field, T. (1986). Maternal depression and Infant Disturbance. San Francisco, London: éditions Jossey-Bass Inc.
- Unicef, (2007). Child povety in perspective: An overview of child well-bieng in rich countries. Site internet : [http://news.bbc.co.uk/nol/shared/bsp/hi/pdfs/13\\_02\\_07\\_nn\\_unicef.pdf](http://news.bbc.co.uk/nol/shared/bsp/hi/pdfs/13_02_07_nn_unicef.pdf). Le 14 mars 2007.
- Valette, J-C. (2005). La centralité du travail : entre domination et émancipation. Site internet : <http://docsite.cgt.fr/1082124358.pdf>. Le 8 janvier 2005.
- Van Boven, L. et Gilovich, T. (2003). To be or to have? That is the question.. Journal of Personality and Social Psychology. 85 (6), 1193-1202.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. Santé mentale au Québec. 21 (2), 117-138.
- Winnicott, D. W. (1952). Psychose et soins maternels. Dans D. W. Winnicott (1969) (éds.), De la pédiatrie à la psychanalyse. (pp. 99-123). Paris : éditions Payot.
- Winnicott, D. W. (1956a). La préoccupation maternelle primaire. Dans D. W. Winnicott (1969) (éds.), De la pédiatrie à la psychanalyse. (pp. 168-174). Paris : éditions Payot.



Winnicott, D. W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. Dans D.W.Winnicott (1969) (éds.), De la pédiatrie à la psychanalyse. (p. 237-256). Paris : éditions Payot.

Winnicott, D. W. (1956b). La tendance antisociale. Dans D. W. Winnicott (1969) (éds.), De la pédiatrie à la psychanalyse. (p. 175-184). Paris : éditions Payot.

Winnicott, D. W. (1975). Jeu et réalité, l'espace potentiel. Paris : éditions Gallimard.

Winnicott, D. W. (1992). Le bébé et sa mère. Paris : éditions Payot.

Winnicott, D. W. (2004). Agressivité, culpabilité et réparation. Paris : éditions Petite bibliothèque Payot.

Yahoo, (2003). Les enfants de familles monoparentales seraient psychologiquement plus fragiles. Site Internet : <http://fr.news.yahoo.com/030124/5/2z559.html>. Le 24 janvier 2003.