



Royaume du Maroc

Centre des Etudes Doctorales Homme et Espace dans le Monde Méditerranéen

Formation doctorale : Psychopathologie et psychologie clinique

Thèse de Doctorat

CARENCE AFFECTIVE ET TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ LES ENFANTS DU DIVORCE

Effectuée par :

EL HOMRANI Rida

Encadrée par :

Dr ETTOUIJRI Mohammed

Table de matières

I. INTRODUCTION GENERALE	4
II. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	9
1. Etudes corrélatives à la problématique traitée	10
2. Carence constructive et troubles dépressifs ordinaires	12
3. Carence pathogène et troubles dépressifs pathologiques	13
4. Délimitation de la problématique et des hypothèses	15
III. PARTIE THEORIQUE	20
1. La période latence de la carence à la dépression	23
2. Définition de la carence affective	30
2.1. Carence affective en psychologie générale	31
2.2. Carence affective en psychopathologie	35
2.2.1. Définition de D.W. Winnicott	36
2.2.2. Délimitation de A. Dachmi	41
2.2.3. Définition de Mélanie Klein	47
2.3. Définition opérationnelle de la carence affective	53
3. Troubles dépressifs morbides et carence affective pathogène	57
3.1. Etudes précédentes relatives à notre problématique	58
3.1.1. Etude Tunisienne	58
3.1.2. Etude Hollandaise	59
3.1.3. Etude Américaine	59
3.2. Les catégories de la dépression infantile	60
• Définition préliminaire des deux catégories de dépression étudiées	67
3.3. Définition des troubles dépressifs	69
3.3.1. Symptômes dépressifs dans les classifications internationales	70
• CIM 10 (1994)	71
• DSM IV-R (2000)	72
3.3.2. Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques	73
3.3.3. Définition opérationnelle des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN)	76
3.4. Aspects cliniques et psychopathologiques des symptômes dépressifs	78
3.4.1. La tristesse ou l'humeur dépressive :	79
3.4.2. La diminution de l'intérêt ou le déplaisir	83
3.4.3. Les troubles de l'appétit	85
3.4.4. Les troubles du sommeil	90
3.4.5. L'agitation ou le ralentissement psychomoteur	93
3.4.6. La fatigue ou la perte d'énergie	97
3.4.7. Le sentiment de dévalorisation de soi	99
3.4.8. Le sentiment de culpabilité exagérée	102
3.4.9. La diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	106
3.4.10. Les idées noires, les pensées de mort et les tentatives du suicide	108
4. Aspects culturels des troubles dépressifs infantiles	113
4.1. Etiologies traditionnelles des manifestations dépressives	113
4.1.1. La Honte ou Hchouma	120
4.1.2. Le Destin ou Maktoub	124
4.1.3. Le Mauvais œil ou Alaâyne Alhassida	129
4.1.4. Les démons ou les « Djins »	133
4.1.5. La sorcellerie ou « Sihr »	137
5. Synthèse de la partie théorique	144

IV. PARTIE METHODOLOGIQUE	145
• Introduction	146
1. Approche quantitative et qualitative	147
2. La méthode comparative	153
2.1. Utilité de la méthode comparative dans cette thèse	154
2.2. Les outils de recherche utilisés dans le cadre de cette méthode	156
2.2.1. Les techniques statistiques	157
2.2.2. Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)	162
2.2.3. Questionnaire de l'étiologie dépressive	170
3. La méthode clinique	177
3.1. Utilité de la méthode clinique dans cette recherche	177
3.2. Les outils cliniques utilisés dans cette méthode	178
3.2.1. L'entretien clinique	179
3.2.2. L'observation clinique	180
3.2.3. Epreuves projectives : Test du Dessin de famille ⁰	181
3.2.4. Epreuves projectives : Test d'Aperception pour Enfants (CAT)	186
• Conclusion	192
V. PARTIE PRATIQUE	193
• Introduction	194
• Chapitre I : Etude quantitative	195
1. Etude comparative des résultats de l'inventaire de dépression chez l'enfant CDI	196
1.1. Résultats des deux groupes concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques.	196
1.1.1. Etude comparative des troubles dépressifs pathologiques	197
1.1.2. Etude comparative des MDRN	201
1.1.3. Etude comparative : absence de dépression	203
1.2. Etude comparative des degrés d'intensité des TDP au CDI	206
1.2.1. Comparaison des troubles dépressifs sévères	208
1.2.2. Comparaison des troubles dépressifs moyens	209
1.2.3. Comparaison des troubles dépressifs légers	210
1.3. Comparaison des classifications des TD au CDI	212
1.3.1. Les troubles dépressifs les plus fréquents	213
1.3.2. Les troubles dépressifs les plus ou moins répandus	217
1.3.3. Les troubles dépressifs les moins habituels	220
1.4. Synthèse générale des résultats du CDI	225
2. Etiologie des troubles dépressifs infantiles	228
2.1. Etude comparative de la carence affective comme étiologie dépressive objective	229
2.1.1. Carence affective certaine	230
2.1.2. Carence affective probable	232
2.1.3. Carence affective exclu	235
2.1.4. Discussion des résultats	236
2.2. Etude comparative des facteurs culturels comme étiologie dépressive subjective	239
2.2.1. Facteurs culturels certains	240
2.2.2. Facteurs culturels probables	243
2.2.3. Facteurs culturels exclus	245
2.2.4. Discussion des résultats	246
2.3. Classification des étiologies culturelles les plus répandus	248
2.3.1. Les démons ou les « Djins »	250

2.3.2. La honte ou «Hschuma »	254
2.3.3. La sorcellerie ou «Sihr »	257
2.3.4. Le destin ou «Maktoub»	260
2.3.5. Le mauvais œil ou Al Aâne Alhassida	263
2.3.6. Synthèse de la classification culturelle	266
2.4. Conclusion générale de l'approche culturelle	268
• Chapitre 2 : Etude qualitative	271
1. Etudes de cas des enfants issus de parents divorcés	273
1.1. Etude de cas Nouhaila	273
1.2. Etude de cas Ikram	285
1.3. Etude de cas Abdel-Ilah	295
1.4. Etude de cas Hassan	308
1.5. Synthèse des études de cas des EPD	318
2. Etudes de cas des enfants issus de parents mariés	319
2.1. Etude de cas Firdaous	319
2.2. Etude de cas Inas	329
2.3. Etude de cas Anir	343
2.4. Etude de cas Zouhir	353
2.5. Synthèse des études de cas des EPM	362
3. Synthèse générale de l'étude qualitative	363
VI. CONCLUSION GENERALE & perspectives de la these	367
1. Conclusion générale de la thèse	368
2. Limites et perspectives de la recherche	379
VII. Bibliographie	383
VIII. ANNEXES	390
Annexe 1 : Documents administratifs relatifs à l'étude du terrain	391
Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain	392
Annexe 3 : Echantillons de l'Inventaire de Dépression chez l'Enfant (CDI)	393
Annexe 4 : Echantillons du Questionnaire de l'étiologie dépressive	394
Annexe 5 : Echantillons du Test CAT	395
Annexe 6 : Echantillons du Test Dessin de famille	396

I. INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

L'objet de cette thèse est l'étude de la relation entre la carence affective et les troubles dépressifs chez les enfants issus de parents divorcés (EPD) en les comparant avec leurs pairs originaires de parents mariés (EPM). À ce propos la nomination de parents mariés signifie que le père et la mère maintiennent leurs liens conjugaux et que leur enfant vit parmi eux sous le même toit.

Avant de décrire les composantes de la relation entre les deux notions étudiées dans cette recherche, il est judicieux d'énumérer les points abordés dans cette introduction à savoir : la pertinence du sujet, les motivations de la recherche, la présentation de la problématique et des hypothèses, la détermination des limites et des perspectives futures de la thèse.

Pour situer notre travail de recherche dans son contexte national et international, nous allons commencer d'abord par le divorce, ce phénomène s'est propagé d'une manière inquiétante au Maroc malgré l'instauration du nouveau code de la famille en 2004 ⁽¹⁾. Si nous prenons par exemple un seul type de désunion conjugale par consentement entre les deux époux, nous allons constater que le nombre des ruptures des liens de mariage ont passé de 1860 au cours de l'année 2004 pour atteindre 14 992 en 2013 ⁽²⁾, autrement dit, le taux de divorce s'est multiplié huit fois après dix ans d'application du code précité. Dans le même sens, les services de la justice familiale ont enregistré un chiffre global de 260 146 cas de divorce entre les années 2004 et 2013 ⁽³⁾.

En ce qui concerne la dépression, elle est considérée par l'organisation mondiale de la santé comme la maladie mentale la plus répandue mondialement en 2017, elle touche approximativement 322 millions individus soit 4,4 % de la population au niveau international

¹ **Code de la famille**, Loi 70-03, Dahir 1-04-22, Bulletin officiel N°5184, P : 418, 5 février 2004, 14 Dil-hijja 1424, Imprimerie officielle, Rabat-Maroc, 2004

² **Justice familiale : réalité et perspectives**, P : 57, Etude statistique analytique 2004-2013, Edition des affaires civiles, Ministère de la justice et des libertés, Rabat-Maroc, Mai 2014. (Référence en langue Arabe)

³ Ibid, P : 53.

⁽⁴⁾. *Similairement, l'enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies au Maroc réalisée en 2007, a démontré que 48,9% des 5635 personnes étudiées présentent au moins un parmi les 25 troubles investigués, il s'avère également que la dépression et la pathologie mentale la plus fréquente avec un taux de 26,5 %⁽⁵⁾.*

A la lumière des données susmentionnées, il est tangible que notre recherche sera appelée à identifier les éventuels liens entre ces deux fléaux redoutables notamment l'impact du divorce sur le rendement affectif des parents vis-à-vis de leurs enfants et comment cette défaillance pourrait-elle engendrer l'émergence des troubles dépressifs infantiles ?

Au sujet des motivations de cette étude, elles sont corrélatifs à la proportion de fécondité au Maroc d'après le recensement de la population en 2014 qui est de 2,21 enfants par femme⁽⁶⁾, ceci voudrait dire que les 260 146 divorces enregistrés entre les années 2004-2013 ont généré 574 922 enfants de parents séparés, ce chiffre alarmant nous interpelle pour réaliser une recherche psychopathologique relative aux répercussions négatives du divorce sur le psychisme de cette vaste génération du futur.

De ce fait, l'objectif de notre thèse est d'étudier de quelle façon la carence affective pathogène suite au divorce déclencherait l'irruption des troubles dépressifs chez les EPD, pareillement de quelle manière la privation émotionnelle ordinaire ou les mésententes occasionnelles entre les parents mariés et leurs enfants susciterait l'émergence des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN) auprès de ces derniers.

⁴ World Health Organization (WHO), **Depression and other common disorders: Global health estimates**, PP: 5-8, WHO Document production services, Geneva, Switzerland, 2017.

⁵ D. Moussaoui, **La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies**, PP : 125-126, In Revue « L'encéphale » de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique, Volume N°33, Fascicule S4, Edition Elsevier Masson, Paris-France, Décembre 2007.

⁶ A. Lahlimi, **Recensement général de la population et de l'habitat 2014**, PP : 3-4, Haut-Commissariat au Plan, Rabat-Maroc, 2015.

La finalité de cette recherche comparative est d'une part, le repérage des frontières entre le normal et le pathologique dans les deux notions investiguées (carence et dépression) et d'illustrer d'autre part l'ampleur de la relation entre ces deux concepts chez les EPD.

S'agissant des limites de la thèse, il est nécessaire de clarifier que le divorce à notre avis n'est pas un problème en soi, au contraire, il représente une solution efficace pour achever les conflits conjugaux non résolus, dans ce cas, si les relations parentales envers l'enfant sont gérées adéquatement, ceci renforcerait la santé mentale infantile.

En revanche, au cas où la défaillance émotionnelle des parents persiste après la désunion maritale, les troubles dépressifs ne constitueraient pas l'ultime réaction de l'enfant vis-à-vis de cette carence affective pathogène, mais il pourrait manifester d'autres types de perturbations psychiques comme les symptômes psychosomatiques, et les troubles du comportement. Les études relatives à ces expressions pathologiques seront abordées dans le volet réservé à ce sujet.

A propos de la structure de la thèse elle est composée de quatre parties principales, la première partie est consacrée à la définition de la problématique et des hypothèses, la seconde partie est théorique elle est destinée à la délimitation des concepts et elle est subdivisée en quatre chapitres qui vont traiter respectivement les points suivants : les caractéristiques de l'enfant en période de latence (6 à 12 ans), la carence affective normale et pathologique, les troubles dépressifs dans leur relation avec la carence pathogène et enfin comment l'enfant appréhende les troubles dépressifs par le biais des explications culturelles propres la société Marocaine.

La troisième partie de la recherche est réservée à l'approche méthodologique qui comprend : la description de l'échantillon de la thèse composé de 114 enfants dont 39 EPD et 75 EPM ainsi que la délimitation du terrain d'étude.

Cette partie met en relief également les spécificités de deux méthodes d'investigation adoptées dans ce travail de recherche, premièrement la méthode comparative basée essentiellement sur

l'utilisation des techniques statistiques que nous allons employer dans le cadre de l'étude quantitative pour effectuer la comparaison entre les deux groupes de l'échantillon global de la thèse à travers l'administration de deux outils principaux notamment, l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) et le questionnaire de l'étiologie dépressive.

Le second procédé est la méthode clinique qui cible comme objectif l'étude approfondie des cas cliniques par le biais de l'application de plusieurs instruments comme : l'observation clinique, l'entretien semi-directif et les tests projectifs. L'usage de cette méthode dans notre thèse est approprié à l'étude qualitative qui s'axera sur l'analyse psychopathologique minutieuse de 4 cas des EPD et 4 autres des EPM.

Quant à la quatrième partie, elle est dédiée à la présentation des résultats de la thèse, elle est répartie en deux chapitres, le premier exposera les données relatives à l'étude quantitative et le deuxième chapitre sera consacré à l'analyse psychopathologique des cas cliniques.

Quant à la conclusion générale de la thèse, elle discutera d'une manière détaillée les résultats corrélatifs à chacune de nos cinq hypothèses, ainsi que les constats qui représentent une contribution de notre part dans l'approfondissement de la compréhension des deux notions étudiés dans cette thèse. Finalement, à la lumière des insuffisances décelées à travers l'étude du terrain, nous allons tracer les limites et les perspectives futures du présent travail de recherche. En fin de cette introduction, nous proposons une liste des abréviations des expressions les plus utilisées dans ce travail de recherche employées dans le but d'éviter la redondance.

Liste des abréviations utilisées dans cette thèse

- **EPD** : **Enfants de Parents Divorcés**
- **EPM** : **Enfants de Parents Mariés**
- **TD** : **Troubles Dépressifs**
- **MDRN** : **Moments Dépressifs Relatifs à la Normale**

II. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Préambule

Pour mieux définir la problématique de la présente thèse intitulée : «Carence affective et troubles dépressifs chez les enfants du divorce», il est important de parcourir les étapes suivantes : dans un premier temps, nous allons présenter les études relatives à la thématique de cette recherche. La pertinence de ces investigations psychologiques se concrétise dans la qualité d'exploration du véritable malaise perturbateur de l'équilibre psychique de l'enfant de parents divorcés (EPD), en le comparant avec son confrère issu de parents mariés (EPM).

Dans un deuxième temps, nous allons élaborer une description synthétique de la carence affective normale qui sera détaillée dans la partie théorique de ce travail de recherche et que nous croyons rencontrer chez les EPM.

Dans un troisième lieu, nous allons déterminer la carence émotionnelle pathologique que nous supposons détecter auprès des EPD à la lumière de la littérature psychopathologique. Dans ce cadre, nous allons retracer les éventuelles corrélations entre la carence affective pathogène et les troubles dépressifs chez les enfants du divorce.

Ces étapes nous aideront à élaborer les questions principales liées à la présente thèse, et nous faciliteront, par conséquent, la formulation des hypothèses qui proposeraient des réponses éventuelles à nos interrogations.

1. Etudes corrélatives à la problématique traitée

Les travaux de recherche relatifs aux familles en situation difficile nous offrent un éclairage scientifique sur la réalité des troubles psychiques de l'enfant lors de la séparation entre ses parents.

Dans ce contexte, une étude effectuée en 2011 par l'Union des Familles en Europe (UFE)⁽⁷⁾, sur un échantillon de 1137 enfants issus de parents séparés, a démontré que 63% des cas subissent une carence

⁷ G. Coste, **Les enfants du divorce**, Ed Union des Familles en Europe, PP : 5-6, Meylan-France, 2011.

affective suite à la dissolution des liens conjugaux. Cette recherche a relevé également que 40% des examinés ne maintiennent plus des liens réguliers avec le parent irresponsable de la prise en charge de l'enfant suite au divorce qui est souvent le père, c'est pour cette raison que 85% des cas résident chez leur mère ⁽⁸⁾.

Dans le même cheminement, une étude marocaine a ciblé 300 enfants en situation familiale difficile, dont 100 enfants originaires de parents séparés; l'objectif de ce travail de recherche est de détecter les troubles affectifs chez les enfants dans leur relation avec le père après la désunion conjugale. L'investigation psychosociale a indiqué que 3% des enfants entretiennent des liens positifs avec l'objet paternel, 12% ont exprimé une neutralité dans la relation avec ce dernier et 85% ont extériorisé leurs sentiments négatifs envers leurs pères ⁽⁹⁾.

En ce qui concerne les travaux réalisés dans le cadre de la psychopathologie clinique, nous pouvons citer une importante étude Tunisienne effectuée en 2002 sous le thème «Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent». L'échantillon est composé de 84 enfants et adolescents issus de parents divorcés et 300 autres originaires de parents unis. Le résultat de l'investigation clinique a relevé que les troubles dépressifs sont parmi les manifestations pathologiques les plus fréquentes chez les EPD par rapport à leurs similaires EPM ⁽¹⁰⁾.

Une seconde étude psychopathologique réalisée en 2012 a ciblé l'analyse de la relation entre la dissolution des relations conjugales et les troubles du comportement chez l'enfant ; l'échantillon de ce travail clinique est constitué de 4592 enfants dont 367 issus de parents divorcés et 4225 enfants descendants de parents mariés, l'âge de la population globale est de 3 à 12 ans ⁽¹¹⁾.

⁸ Ibid, PP : 24-27.

⁹ A. Elanssari, **Dissociation familiale et troubles affectifs chez les enfants**, P : 169, Thèse de DES en psychologie sociale, Encadrée par Pr M. HADIYA, FLSH Rabat-Maroc, 1996. (Référence en langue Arabe)

¹⁰F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, PP: 121-127.

¹¹ M. Bartels & Al, **Childhood problem behavior and parental divorce**, In International Journal for Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , N°47, PP: 1539-1548.

Le constat le plus pertinent relevé, à notre avis, dans cette recherche est que les EPD, présentent un degré plus élevé de troubles de comportement par-rapport aux EPM et certains parmi eux présentent des troubles anxieux et des symptômes dépressifs; de même l'étude a soulevé que ces différents types de manifestations symptomatiques, surtout les troubles dépressifs, reflètent un dysfonctionnement du rendement affectif parental vis-à-vis de l'enfant suite à la rupture des liens conjugaux ⁽¹²⁾.

Il est utile de remarquer que la similitude entre ces quatre études se focalise sur deux facteurs primordiaux : Le premier est l'intensité exaspérante des répercussions négatives de la séparation entre les parents sur l'équilibre psychique de l'enfant; Le second élément commun est la prévalence des conditions carencielles qui favorisent l'irruption des troubles dépressifs comme des manifestations morbides répondues surtout chez l'enfant du divorce.

Cependant le troisième et le quatrième travail de recherche à vocation psychopathologique ont mis en relief la gravité de la carence affective chez les EPD par le biais d'une étude comparative avec les EPM.

2. Carence constructive et troubles dépressifs ordinaires

Bien que l'enfant au cours de la période de latence manifeste un désir de détachement partiel du milieu intrafamilial (Parents, frères et sœurs) pour s'ouvrir sur le monde extrafamilial (Camarades, enseignants, animateurs culturels), néanmoins, il éprouve une envie incessante pour sauvegarder des liens affectifs avec ses parents, vis-à-vis desquels il exprime sa sensibilité extrême pour maintenir des échanges émotionnels interactifs.

Pareillement, si nous réfléchissons selon le raisonnement de D.W. Winnicott, nous pouvons dire à titre d'exemple que l'enfant en phase de latence éprouve de la satisfaction à travers l'accompagnement de ses parents lors de la réalisation de ses devoirs scolaires au foyer familial, or, ce dernier a besoin également d'être frustré quand il demande de l'aide parentale pour résoudre ses difficultés rencontrées au sein de l'école; dans

¹² Ibid, PP : 1542-1543.

ce cas les parents devraient l'encourager à solutionner ses problèmes intellectuels et relationnels au milieu scolaire en se basant sur ses propres potentialités ⁽¹³⁾.

Semblablement, les parents peuvent partager avec leur enfant des moments de distraction par le biais des sorties familiales, cependant il est indispensable qu'ils lui assurent des instants de liberté d'éloignement de l'espace intrafamilial pour développer des relations de camaraderie avec les enfants de son âge dans l'environnement extrafamilial ⁽¹⁴⁾, ceci renforce son autonomie à travers sa participation dans les activités sublimatoires telles que : les jeux collectifs, les manifestations culturelles et artistiques.

Il est pertinent de noter que cette carence affective constructive peut se repérer chez les enfants issus de parents mariés, sans oublier que ce genre de privation est inscrit dans le registre des moments difficiles relatifs au développement psycho-affectif normal qui implique une forte possibilité d'émergence des troubles dépressifs transitoires qui ne portent pas une connotation pathologique ⁽¹⁵⁾. Ces symptômes sont évoqués d'une manière synthétique dans ce volet et d'une façon plus détaillée au sein de la partie théorique consacrée à la définition clinique de la dépression infantile.

3. Carence pathogène et troubles dépressifs pathologiques

Si la carence affective constructive peut se présenter fréquemment chez les enfants qui vivent au sein des familles unies, pourtant ceux issus des familles éclatées par le divorce auraient du mal à bénéficier de cette privation émotionnelle positive inscrite dans le cadre d'une bipolarité affective caractérisée par l'alternance successive entre la satisfaction et la frustration.

Inversement, les objets parentaux influencés par leurs blessures narcissiques relatives à la rupture des liens conjugaux seraient disposés dans ce cas à exercer une attitude unipolaire et abusive à l'égard de

¹³ D.W. Winnicott, **De la pédiatrie à la psychanalyse**, P : 241, Edition Payot, Paris-France, 1989.

¹⁴ Ibid, P : 242.

¹⁵ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 42, Sous la Direction du : Pr Roger Misès, Editeur : Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes-France, 2012.

l'enfant, marquée soit par un excès d'affection, soit par un désinvestissement émotionnel.

*On parlerait ainsi de deux sortes de carence affective à caractère morbide, d'un côté, l'insuffisance d'affection suscitée par la séparation de l'enfant avec le parent qui n'assume par sa prise en charge suite à la rupture des liens conjugaux qui est souvent le père, nous avons donné à ce genre de privation la nomination de « **Négligence affective** ».*

Ce genre d'anomalie affective pourrait se concrétiser sous forme d'une carence parentale par négligence de l'accompagnement chaleureux de l'enfant dans son cursus scolaire au niveau intra et extrafamilial, ceci peut entraîner certains symptômes répertoriés dans le registre de la dépression infantile à savoir les troubles de concentration ⁽¹⁶⁾.

*D'autre part l'excès de la présence parentale qui dépasse largement les besoins émotionnels de l'enfant que nous avons nommé « **Hyperprotection** », ce type de carence peut être exercé par le parent responsable de la prise en charge de l'enfant suite au divorce qui est fréquemment la mère.*

Ce surplus d'affection peut se refléter par le biais d'une restriction parentale de la liberté de l'enfant, bien qu'il est devenu plus grand, en lui imposant d'être emprisonné dans le cercle vicieux de la triangulation (père, mère, enfant) au sein du milieu intrafamilial en lui interdisant de tisser de nouvelles relations avec les enfants de son âge dans l'environnement extrafamilial.

Confronté à cette dépendance parentale déstabilisante de sa structure psychique, l'enfant du divorce serait prédisposé à manifester des troubles dépressifs d'allure somatique comme l'inhibition psychomotrice ou à caractère mentalisé comme la culpabilité.

¹⁶ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.12.

4. Délimitation de la problématique et des hypothèses

A travers la présentation des résultats des recherches corrélatives à la thématique de cette thèse notamment les deux études psychopathologiques susmentionnées ⁽¹⁷⁾, notre orientation méthodologique dans la présente recherche devient de plus en plus claire, puisque nous comptons étudier les troubles dépressifs pathologiques chez les EPD en les comparant avec les Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN) auprès de leurs analogues EPM.

Cette étude comparative s'appuie également sur une synchronisation des points de vue des auteurs en psychopathologie, la combinaison de ces approches est synthétisée dans ce volet et détaillée dans la prochaine partie théorique.

A la lumière des données précitées, il est tangible que la carence affective de l'enfant suite à la désunion de ses parents, comprend deux états carenciels à caractère morbide qui nous interpellent pour formuler les interrogations suivantes :

4.1. Questions et hypothèses principales :

- **Question N°1 :** *Comment la carence affective à caractère morbide en tant que dysfonctionnement des liens émotionnels des parents vis-à-vis de leur enfant suite au divorce se répercute sur l'équilibre psychique de ce dernier ?*

- **Question N°2 :** *De quelle manière la carence affective ordinaire pourrait influencer la santé mentale des enfants de parents mariés ?*

- **Question N°3 :** *La persistance de l'un des deux types de carence affective pathogène à savoir l'hyper-protection et la négligence émotionnelle ou l'accumulation de ces facteurs carenciels pourraient-ils*

¹⁷ F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, PP: 121-127.
M. Bartels & Al, **Childhood problem behavior and parental divorce**, In International Journal for Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , N°47, PP: 1539-1548.

accentuer l'intensité des troubles dépressifs éventuellement manifestés chez les enfants de parents divorcés ?

- ***Hypothèses principales***

A la lumière des questions principales susmentionnées, nous pouvons formuler les réponses hypothétiques suivantes :

- ***Hypothèse N°1 :*** *La carence affective pathologique représenterait un dysfonctionnement relationnel des parents vis-à-vis de leur enfant suite au divorce; ce dernier extérioriserait le malaise psychique relatif à cette défaillance émotionnelle par le biais des troubles dépressifs morbides. Cette catégorie de dépression est répertoriée dans la Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent CFTMEA R-2012 sous référence : 4.1 ⁽¹⁸⁾.*

- ***Hypothèse N°2 :*** *La carence affective ordinaire chez les enfants issus des parents mariés déclencherait des moments dépressifs relatifs aux mésententes relationnelles habituelles entre l'enfant et ses parents. Ce genre de manifestations dépressives est classé dans le CFTMEA R-2012 sous le Code : 0.1 ⁽¹⁹⁾.*

- ***Hypothèse N°3 :*** *La persistance ou l'accumulation des facteurs carenciels morbides notamment l'hyper-protection ou la négligence émotionnelle pourraient accentuer l'intensité des troubles dépressifs chez les enfants de parents séparés.*

4.2. Questions et hypothèses secondaires

En lisant les questions principales relatives à la problématique de cette thèse, le lecteur peut constater que nous essayons d'élucider scientifiquement comment la carence affective ordinaire pourrait être à l'origine des MDRN chez les EPM et de quelle façon la privation

¹⁸ CFTMEA R-2012 : Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent, 5^{ème} Edition, P : 40.

¹⁹ Ibid, P : 42.

émotionnelle à caractère pathologique constituerait un facteur étiologique des troubles dépressifs que nous supposons rencontrer auprès des EPD.

Cependant, il existerait à notre avis parallèlement à cette conception rationnelle, une étiologie traditionnelle basée sur des facteurs culturels propres à la société marocaine, à travers lesquels les parents séparés appréhenderaient le malaise dépressif infantile d'une façon subjective voire irrationnelle et inculqueraient cette causalité culturelle inappropriée dans la pensée de l'enfant par le biais des interactions familiales quotidiennes.

A ce propos l'ethnopsychiatrie nous serait utile, étant donné que cette discipline de la psychologie clinique réserve une partie importante de l'analyse psychopathologie à la dimension culturelle des troubles psychiques ⁽²⁰⁾. Nous procéderons aussi à l'exploitation des résultats des travaux de recherche en sociologie appliquée sur le contexte culturel marocain ⁽²¹⁾.

Selon F. Choffat si un enfant présente des troubles dépressifs par exemple, ses parents auraient tendance à projeter l'étiologie relative à l'irruption de ces symptômes sur des facteurs extra-familiaux comme les regards malveillants d'autrui ou en arabe dialectale (Alaâyne Al hassida) surtout si nous prenons en considération que les troubles mentaux en général et les manifestations dépressives en particulier portent un caractère étrange et incompréhensible tels que : les idées noires, les insomnies associées à des cauchemars et le sentiment de culpabilité ⁽²²⁾.

A ce propos, la mère et/ou le père attribueraient la raison de ce changement de l'état normal vers l'état pathologique au mauvais œil qui comprend un aspect mystérieux semblable à la nature insignifiante des troubles dépressifs et inculqueraient cette pseudo-étiologie traditionnelle

²⁰ M-R. Moro, T. Nathan, **Ethnopsychiatrie de l'enfant**, Dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soule, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume I, P : 423, 2^{ème} édition, P.U.F, Paris -France, 2004.

²¹ R. Bourqia, **Valeurs et changement social au Maroc**, P : 105, Dans Revue Quaderns de la méditerranée, N°13, Institut européen de la méditerranée, Barcelone-Espagne, 2010.

²² F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, Dans Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351, Edition Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar-Sénégal, 1968.

dans l'esprit de leur enfant pour contourner leur propre implication dans l'irruption ces symptômes ⁽²³⁾.

Le second facteur qui orienterait davantage les parents et même l'enfant pour croire à cette explication culturelle erronée, concerne les représentations sociales relatives aux troubles mentaux globalement et aux troubles dépressifs spécifiquement. A ce propos l'enquête nationale sur les valeurs ⁽²⁴⁾ *effectuée sur un échantillon de 1000 personnes en 2014 confirme l'existence de cette aptitude dans le domaine de la médication, puisque 73% des enquêtés affirment qu'en cas de maladie ils consultent la médecine moderne, néanmoins 27% des interviewés avouent qu'ils recourent encore aux recettes et aux rites traditionnels de guérison comme une solution thérapeutique alternative, surtout si la médecine moderne échoue dans le traitement de certaines maladies, cet échec est souvent rencontré quand il s'agit d'un malaise psychique* ⁽²⁵⁾.

A travers cette description concise des explications culturelles altérées liées aux troubles dépressifs, les questions les plus importantes qui sollicitent notre intérêt se présentent comme suit :

- ***Questions secondaires***

- ***Question N°4 : Le caractère pathologique des troubles dépressifs éventuellement prépondérants chez les EPD influencerait-t-il leur capacité d'appréhender objectivement ces symptômes ?***

- ***Question N°5 : Ce même aspect morbide des troubles dépressifs pourrait-t-il orienter les EPD à expliquer ces manifestations cliniques par le biais des interprétations culturelles subjectives ?***

²³ Ibid, P : 351.

²⁴ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 36, Comité scientifique de suivi R. Bourqia, A. Bencherifa, M. Tozy, Cinquantenaire de développement humain et perspectives 2025, Rabat-Maroc, 2005.

²⁵ Ibid, P : 37.

- **Hypothèses secondaires**

- **Hypothèse N°4 :** *Le caractère pathologique des troubles dépressifs probablement prédominants auprès des EPD pourrait influencer négativement leur capacité d'appréhender objectivement ces symptômes en repoussant l'étiologie de carence affective; Tandis que leurs confrères EPM seraient plus orientés vers ce facteur étiologique vu que la nature ordinaire de leur malaise éventuellement dépressif n'endommagerait pas considérablement leur faculté de raisonnement logique.*

- **Hypothèse N°5 :** *L'impact de la morbidité des troubles dépressifs chez les EPD pourrait les amener à adopter des significations subjectives inappropriées à ces symptômes en s'inspirant des étiologies culturelles erronées comme : la honte ou « Hschuma », le destin ou « Maktoub », le mauvais œil ou « Alayne Al hassida », la sorcellerie ou « Sihhr » et les démons ou « Djins ». En revanche, leurs homologues EPM seraient moins réceptifs à ces cinq étiologies culturelles subjectives.*

III. PARTIE
THEORIQUE

Préambule

Au sein de ce volet théorique composé de quatre chapitres, nous allons consacrer le premier axe à la définition de la période de latence qui représente l'objet d'investigation clinique dans la présente thèse. Ce chapitre constitue un préambule indispensable pour une meilleure compréhension des notions de base de ce travail de recherche, à savoir la carence affective et les troubles dépressifs chez les enfants de parents divorcés.

Il est important de noter qu'au cours de notre présentation de la période de latence comme une phase de développement psycho-affectif de l'enfant relative à la perspective psychanalytique, nous allons la décrire également selon la répartition de l'enfance figurante dans le DSM VI-R⁽²⁶⁾, inspirée des théories de développement chez l'enfant, élaborées par certains auteurs en psychologie comme : S. Freud, H. Wallon et J. Piaget⁽²⁷⁾.

Malgré la divergence des classifications de ces pionniers, mais leurs points de vue sont similaires concernant la latence en tant qu'une seconde enfance qui s'étale approximativement entre 6 à 12 ans, tandis que la première enfance se prolonge de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans, elle comprend plusieurs sous étapes appelées respectivement phases : oral, anal, phallique et œdipien, dans la conception freudienne, et elles sont nommées autrement dans la hiérarchisation de H. Wallon et J. Piaget (Voir la présente note de bas de page)⁽²⁸⁾.

²⁶ DSM IV-R: **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 45, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCO, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

²⁷ R. Proulox, **Théories de développement de l'enfant**, In La capacité d'évaluer les compétences développementales de l'enfant chez les mères, PP : 16-25, Mémoire de maîtrise en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec-Canada, 1994.

²⁸ Ibid, PP: 16-25.

- **S. Freud : Les étapes de développement psycho-affectif de l'enfant sont :** ❶ Stade oral (de 0 à 1 an), ❷ Stade anal (de 1 à 3 ans), ❸ Stade phallique (de 3 à 5 ans), ❹ Stade de latence (de 5 à 12 ans), ❺ Stade génital (de 12 à 18 ans). (Voir la présente référence de R. Proulox P : 20).

NB : ❶, ❷ et ❸ sont relatifs à la 1^{ère} enfance. ❹ est lié à la 2^{ème} enfance.

- **H. Wallon :** Les étapes de développement de l'enfant sont : ❶ Stade impulsif-émotionnel (de 0 à 1 an), ❷ Stade sensori-moteur et projectif (de 1 à 3 ans), ❸ Stade de personnalisme =

A ce propos, nous considérons que la carence affective et les troubles dépressifs manifestés durant cette tranche d'âge (de 0 à 5 ans), comme des antécédents carenciels et symptomatiques qui peuvent accentuer le malaise psychique au cours de la deuxième enfance (de 6 à 12 ans).

Le second chapitre est relatif à la délimitation du concept de carence affective; cette notion est décrite par plusieurs auteurs en psychopathologie, néanmoins nous avons choisi de focaliser notre attention sur trois approches qui nous semblent les plus proches de l'objet de notre étude, puisqu'elles sont élaborées par des psychanalystes d'enfants notamment : W. D. Winnicott, M. Klein et A. Dachmi.

Les deux premières auteurs représentent la vision analytique globale de la privation émotionnelle chez l'enfant, tandis que le troisième adapte le concept précité dans le contexte culturel maghrébin en général et au milieu traditionnel marocain en particulier.

Vu que cette recherche est basée sur l'étude comparative entre les EPD et leurs confrères EPM, de ce fait, l'objectif du troisième chapitre est d'énumérer les troubles dépressifs dans leurs liens éventuels avec la carence affective au niveau clinique et psychopathologique; Il est nécessaire de préciser à ce sujet que nous avons évité de consacrer un chapitre pour la dépression et un autre pour l'analyse de sa corrélation avec la privation émotionnelle dans un souci d'échapper à la redondance.

=(de 3 à 6 ans), ④ Stade catégoriel (de 6 à 11 ans), ⑤ Stade de puberté et d'adolescence (de 11 à 16 ans) (Voir la présente référence de R. Proulox P : 25).

NB : ①, ② et ③ sont relatifs à la 1^{ère} enfance. ④ est lié à la 2^{ème} enfance.

- **J. Piaget** : Les étapes de développement de l'enfant sont : ① Stade sensori-moteur (de 0 à 2 ans), ② Stade préopératoire (de 2 à 7 ans), ③ Stade des opérations concrètes (de 7 à 12 ans), ④ Stade des opérations formelles (de 12 à 16 ans) (Voir la présente référence de R. Proulox P : 23).

NB : ① et ② sont relatifs à la 1^{ère} enfance. ③ est lié à la 2^{ème} enfance.

Quant au dernier chapitre, il consiste à découvrir comment l'enfant de parents séparés pourrait appréhender d'une manière altérée son probable malais dépressif à travers les notions culturelles liées à la maladie mentale au Maroc à savoir : la honte ou « Hschuma », le destin ou « Maktoub », le mauvais œil ou « Alayne Al hassida », la sorcellerie ou « Sihr » et les démons ou « Djins ».

1. La période latence de la carence à la dépression

Avant d'aborder la définition de la carence affective et les troubles dépressifs qui constituent les concepts de base de cette thèse, il est important de déterminer d'abord la phase de latence qui sera l'objet d'investigation clinique dans ce travail de recherche.

Cette tranche d'âge est conceptualisée comme étape de développement psycho-affectif par Sigmund Freud en 1905, elle se situe approximativement entre la fin de la phase œdipienne vers l'âge de 6 ans et le début de la puberté à l'âge de 12 ans, événement qui déclenche le démarrage de la période d'adolescence ⁽²⁹⁾.

1.1. Latence entre la réussite et l'échec de sublimation

Cette seconde phase de l'enfance se distingue par la « latence », d'une part parce qu'elle est relativement tranquille par rapport aux conflits œdipiens qui la précède et les variations psycho-physiologiques de l'adolescence qui la suivent ⁽³⁰⁾.

D'autre part, ce stade de développement est moins conflictuel, vu que, les questions œdipiennes non totalement résolues seront refoulées et on assistera par conséquent à une mise en veille des pulsions infantiles, qui seront déplacées vers des buts non sexuels et visent des objets socialement valorisés tels que la scolarité, les relations de camaraderie,

²⁹ J. Laplanche et J.B. Pontalis, **Vocabulaire de psychanalyse**, P : 220, 11^{ème} Edition, P.U.F, Paris-France, 1992.

³⁰ Ibid, P : 221.

les jeux collectifs, les activités sportives et les préoccupations artistiques
(31).

Cette élaboration socialisée des pulsions refoulées, reflète une activité sublimatoire qui représente la caractéristique principale de la croissance psycho-affectif normal de l'enfant au cours de la période de latence (32).

L'investissement de l'expression sublimatoire par l'enfant, confirme sa capacité d'évolution psychique qui se concrétise par son passage de l'utilisation des mécanismes de défenses primaires tels que la projection, le déni et l'introjection, vers l'exploitation des mécanismes de défense secondaires comme le refoulement, la sublimation et la formation réactionnelle (33).

Ce maniement défensif élaboré, se manifeste d'une manière apparente chez l'enfant à travers ses investissements d'objets, si il est issu de parents unis et quand il considère son père et sa mère comme des objets principaux d'amour, au cours de sa première enfance (de 0 à 5 ans), et lorsque l'enfant est soutenu par ces derniers durant sa seconde enfance (de 6 à 12 ans) pour réinvestir une partie de cette affection centrée sur eux, il réussira à la déployer dans le cadre de sa relation avec ses camarades du même âge et à travers ses interactions avec les substituts parentaux (adultes : oncle, enseignant, moniteur de sport, professeur de dessin).

En revanche, au cas où l'enfant est originaire de parents divorcés, son père et/ou sa mère par défaut d'absence prolongée ou de présence excessive suite à la dissolution des liens conjugaux auraient du mal à orienter leur fille ou fils pour s'investir dans le milieu extrafamilial en l'encourageant à construire de nouveaux liens avec autrui.

Ainsi, l'investissement du mécanisme de sublimation serait bloqué et l'enfant resterait fixé aux stades primaires de son développement psycho-affectif, et demeurerait prisonnier de cette désharmonie triangulaire père-

³¹ Ibid, P : 221.

³² K. Gueniche, **Psychopathologie de l'enfant**, P: 32, Edition Nathan, Paris-France, 2004.

³³ R. Mises, **La période de latence vers une réévaluation du concept**, In Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, PP : 5-9, Volume 58, N°1-2, Université Paris XI-France, 2010.

mère-enfant, au sein de l'espace intrafamilial qui provoquerait chez lui un maintien des mécanismes de défense primaires.

Dans de telles conditions, la structure psychique de l'enfant serait fragilisée et prédisposée à devenir un champ de production des troubles dépressifs qui sont très liés sur le plan étiologique aux anomalies des relations objectales⁽³⁴⁾.

1.2. Sous étapes de latence et expressions de la dépression

Les troubles dépressifs s'exprimeraient chez les EPD d'une manière fluctuante selon la variabilité des phases de la période de latence qui se subdivisent en deux sous étapes décrites à travers les travaux de Christine Arbisio⁽³⁵⁾ que nous allons résumer dans ce qui suit.

- **La Latence primaire** : elle commence vers six ans et prend fin à l'âge de neuf ans; elle se déclenche au cours des premières années d'intégration de l'enfant à l'école, cette phase est caractérisée par une spontanéité d'expression de la carence affective engendrée par la séparation des parents.

Autrement dit, les symptômes dépressifs s'extériorisent d'une manière explicite : la tristesse se déclare clairement sur le visage de l'enfant, son humeur est dysphorique, sa psychomotricité est marquée par l'inhibition et son repos nocturne est perturbé par l'irruption des insomnies⁽³⁶⁾.

- **La Latence secondaire** : elle débute vers dix ans et se prolonge jusqu'à l'âge de douze ans, elle se déroule simultanément avec une évolution notable dans le cursus scolaire durant lequel l'enfant acquiert le raisonnement logique et développe la pensée rationnelle, ceci réduit sa

³⁴ Op cit, K. Gueniche, P : 32.

³⁵ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, P : 11, Edition ERES, Toulouse-France, 2003.

³⁶ Ibid P : 11.

spontanéité qui devient partiellement inhibée par l'investissement de la censure comme défense psychique élaborée ⁽³⁷⁾.

Cette sous étape se distingue aussi par la prédominance des formations réactionnelles contre la dépression, mobilisées par les EPD pour exprimer leur carence affective d'une manière implicite ou masquée ainsi : la tristesse se transforme en joie exagérée, l'humeur dysphorique devient euphorique, l'inhibition psychomotrice se convertit en agitation, l'insomnie sera remplacée par l'hypersomnie ⁽³⁸⁾.

Sommairement, au cours de la latence primaire, la symptomatologie dépressive est relativement claire et apparente, cette visibilité des troubles est suscitée par la légèreté de la lutte infantile contre la dépression. Cependant, la résistance mentalisée de l'enfant face aux manifestations dépressives s'intensifie durant la latence secondaire, ce qui expliquerait l'apparition des conduites opposées au repli dépressif reconnus chez les cliniciens par la nomination d'équivalents dépressifs qui évoquerait la question psychopathologique du déni infantile de la dépression ⁽³⁹⁾.

Il est important de mentionner dans ce contexte que les dernières versions des classifications diagnostiques des troubles dépressifs DSM IV-R ⁽⁴⁰⁾ et CIM 10 ⁽⁴¹⁾ ont pris en considération ces deux aspects (symptômes apparents et déguisés) dans le repérage de la pathologie dépressive chez l'enfant puisque nous allons constater dans les chapitres qui suivent que la majorité des symptômes regroupés dans le registre du syndrome dépressif se caractérisent par l'existence de ces deux versions.

Si on prend la tristesse comme exemple, nous allons remarquer qu'elle est répertoriée dans les classifications internationales en tant que manifestation explicite de la dépression infantile et dans la description de

³⁷ Ibid P : 12.

³⁸ D. Marcelli, **La dépression chez l'enfant**, In S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, P : 1444, 2^{ème} Edition, PUF, Paris-France, 2004.

³⁹ R. Mises, **La période de latence vers une réévaluation du concept**, In Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, P : 7.

⁴⁰ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, P : 403.

⁴¹ CIM 10-CA : **Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes**, P : 248, 2^{ème} Version, Institut Canadien d'Information sur la Santé, Ottawa-Canada, 2009.

ce même symptôme, nous allons rencontrer la joie exagérée qui est listée comme expression masquée de la tristesse.

Il est à noter également que ces différentes variations de la dépression infantile seront abordées d'une manière plus détaillée dans le volet clinique qui traitera la symptomatologie dépressive.

1.3. Latence entre la réalité et l'imaginaire

Parmi les éléments qui distinguent aussi la période de latence, nous pouvons citer la capacité de l'enfant à réaliser le passage de l'utilisation des processus primaires relatifs au principe de plaisir vers l'investissement des processus secondaires liés au principe de réalité⁽⁴²⁾.

Cette transition s'effectuerait aisément chez les enfants issus de parents mariés puisqu'ils sont soutenus par une présence constructive de leurs pères et de leurs mères à leurs côtés, ils seraient par conséquent en mesure de faire face à l'angoisse qui émerge au cours des moments difficiles de leur développement psycho-affectif et vis-à-vis desquels, ils procèdent à la réduction des tensions anxiogènes par la réalisation de leurs désirs d'une manière hallucinatoire par le biais de l'investissement de l'imagination, ils deviendraient aptes, par la suite, à maîtriser leur angoisse par la recherche de la satisfaction réelle d'une manière sublimatoire à travers leurs contacts avec les personnes de leur entourage.

Ces enfants se caractérisent également par une flexibilité de la structure psychique, qui leur permet de jongler entre le monde réel et l'univers imaginaire, pour confronter adéquatement les différents problèmes rencontrés dans le cadre de leurs relations avec autrui (parents, substituts parentaux, camarades).

Inversement, les enfants issus de parents séparés qui sont influencés par une carence affective intolérable, relative à la défaillance des liens parents-enfants, auraient du mal à effectuer ce passage de la satisfaction imaginaire de leurs besoins émotionnels vers la résolution de leur manque par des satisfactions substitutives dans le monde réel.

⁴² J. Laplanche et J.B. Pontalis, **Vocabulaire de psychanalyse**, P : 221.

Au sein de cette atmosphère défectueuse, les enfants du divorce pourraient solutionner cette désharmonie affective par deux voies inappropriées selon le type de carence qu'ils subissent.

S'ils subissent une négligence parentale, c'est-à-dire que l'absence du père et/ou de la mère prédomine leur présence, l'enfant compenserait cette privation affective réelle par le surinvestissement de la satisfaction hallucinatoire et désinvestit la réalité frustrante (repli dépressif sur soi), dans ce cas l'enfant aurait tendance à manifester des troubles dépressifs à caractère apparent comme réaction spontanée et directe à la carence émotionnelle par le biais de la tristesse, l'inhibition psychomotrice, l'insomnie.

Par ailleurs, quand l'enfant se trouve encombré par une hyperprotection parentale durant laquelle la présence maternelle et/ou paternelle prédomine leur absence ; dans de telles conditions toute tentative de représenter l'objet finit par l'échec et l'enfant serait marqué par une pauvreté d'investissement de ses capacités d'imagination.

Ceci pousserait l'enfant à élaborer une formation réactionnelle marquée par le surinvestissement de la réalité à travers la participation étroite dans toutes les activités relatives à la mentalisation exploitées d'une manière excessive comme la scolarité, les jeux intellectuels, dont l'absence des loisirs à caractère ludique et à tonalité euphorique qui favorisent la spontanéité.

Dans ce cas l'enfant aurait tendance à manifester des troubles dépressifs masqués face auxquels le clinicien aurait besoin de procéder à un décryptage des symptômes à savoir la mentalisation excessive qui masquerait une culpabilité exagérée inhibitrice de toute expression de la spontanéité.

Cet extrémisme affectif chez l'enfant originaire de parents séparés qui se traduit par le surinvestissement unipolaire de l'imaginaire ou bien de la réalité, reflète la rigidité de sa structure psychique qui le rendrait incapable de jongler entre l'imaginaire et le réel pour élaborer des réponses en mesure de réduire l'angoisse éprouvée lors des interactions avec ses parents et les personnes de son entourage.

1.4. Latence et formation du sur-moi

Parmi les points principaux qui méritent d'être soulignés dans le cadre de la période de latence c'est le fait qu'elle constitue une phase durant laquelle la structure de l'appareil psychique s'accomplit par l'édification du "Sur-Moi", en plus du "ça" et du "Moi" déjà existants au cours de la première enfance⁽⁴³⁾.

Le "Sur-Moi" se constitue au cours de la phase de latence, c'est pour cela que S. Freud considère cette instance psychique comme héritière du complexe d'œdipe, car il est native des valeurs morales introduites par les parents, surtout le père qui faciliterait à l'enfant (si tout se passe bien entre eux) l'assimilation et l'intériorisation de la loi et des règles sociales (interdictions et autorisations)⁽⁴⁴⁾.

Il est nécessaire de relater dans ce cadre que le "Sur-Moi" est étudié dans notre travail de recherche comme activateur du sentiment de culpabilité qui constitue le versant mentalisé de la dépression infantile, de la même façon que le ralentissement ou l'agitation psychomotrice représentent le pôle somatique de la pathologie dépressive⁽⁴⁵⁾.

La culpabilité est directement issue de l'agressivité orientée vers l'objet maternel et/ou paternel qui est la source d'une part de la négligence affective qui se traduit par une absence parentale destructrice des potentialités psychiques de l'enfant, et d'autre part l'hyper-protection qui se manifeste par le biais d'une présence excessive des parents qui envahit le psychisme infantile.

Dans les deux cas, la haine ressentie par l'enfant envers l'un ou les deux parents prédomine son amour à leur égard, néanmoins cette antipathie n'est pas exprimée immédiatement, mais elle s'extériorise d'une manière mentalisée par le retour vers soi de l'agressivité dirigée au départ vers les objets parentaux et se détourne sous la forme d'une dévalorisation

⁴³ D. Marcelli, **La dépression chez l'enfant**, In S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, P : 1447.

⁴⁴ Ibid, P : 1447.

⁴⁵ Ibid, P : 1448.

de soi que l'enfant verbalise en disant : « Je n'arrive pas à faire ceci ou faire cela », « Je suis bon à rien »⁽⁴⁶⁾.

Sur la base de cette perception négative du soi, l'enfant serait convaincu qu'il mérite la dépréciation et la négligence parentale parce qu'il croit que c'est à cause des bêtises qu'il fait que ses parents se sont divorcés.

C'est pour cette raison qu'il est rare qu'un adulte déprimé ne reconnait pas à un moment donné son état dépressif, mais il est fréquent en revanche que la culpabilité soit toute à fait inconsciente chez l'enfant en général et chez celui originaire de parents séparés en particulier⁽⁴⁷⁾. A ce propos le clinicien ne peut déchiffrer cette culpabilité sous-jacente qu'à travers les manifestations liées au retour du refoulé sous forme d'une dépression masquée : les troubles de concentration qui conduisent à l'échec scolaire, l'agitation psychomotrice qui déguise l'inhibition, l'euphorie apparente qui cache une tristesse camouflée.

Cette présentation préliminaire de la carence affective dans sa relation avec les troubles dépressifs chez les enfants de divorce, prend en considération les caractéristiques spécifiques de la période de latence, et constitue à notre avis une introduction capitale qui nous aidera à développer les concepts de base de notre thèse d'une façon plus minutieuse dans les chapitres qui suivent.

2. Définition de la carence affective

La carence affective est un concept qui comprend plusieurs aspects terminologiques que nous allons exposer, d'abord à travers les définitions des auteurs en psychologie générale, ensuite nous essayerons de détailler les caractéristiques spécifiques de cette notion dans sa relation avec l'objet de notre thèse à la lumière des points de vue des auteurs en psychopathologie.

⁴⁶ Ibid, P: 1449.

⁴⁷ Ibid, P: 1449.

2.1. Carence affective en psychologie générale

Pour constituer un cadre conceptuel général relatif à la notion de carence affective, nous allons procéder dans un premier temps à la présentation des descriptions proposées par les auteurs des différents dictionnaires de psychologie, nous tenterons dans un deuxième temps de relever les facteurs communs entre ces définitions. Ce rapprochement entre les points de vue nous facilitera l'élaboration d'une délimitation préliminaire de la privation émotionnelle.

- **Définition de Norbert SILLAMY**

La carence affective est un manque ou une insuffisance d'affection remarquée chez le petit enfant séparé de sa mère; devant cette perte d'objet il éprouverait de la peur face à laquelle il réagit par : les cris, les pleurs et le refus de la nourriture.

Lorsque l'absence maternelle persiste durant une longue période et si personne ne remplace la mère, certaines manifestations d'allure pathologique commenceraient à émerger comme les troubles psychomoteurs, les perturbations de l'appétit et l'altération du sommeil.

René Spitz a étudié les répercussions négatives de la carence affective précoce en testant régulièrement des bébés élevés par des puéricultrices dans une pouponnière modèle, et il les a comparés avec d'autres nourrissons soignés par leurs mères détenues dans un pénitencier⁽⁴⁸⁾.

A la lumière de cette comparaison, il a constaté que les petits enfants pris en charge par leurs mères enregistrent un développement psychomoteur normal, tandis que les enfants élevés par les puéricultrices présentent un retard de développement.

R. Spitz a remarqué également dans la nursery modèle qu'au-delà de cinq à six mois de séparation, les enfants manifestent des symptômes relatifs à la dépression anaclitique et à l'hospitalisme, pourtant la

⁴⁸ N. Sillamy, **Dictionnaire de psychologie**, P : 49, Edition Larousse, Paris-France, 2003.

constatation la plus alarmante, c'est le fait qu'un enfant sur trois meurt avant l'âge de deux ans, en parallèle et au cours de cette même période, aucun décès n'est déclaré parmi les petits enfants des mères détenues⁽⁴⁹⁾.

- **Définition de R. DORON et F. PAROT**

La carence affective est une privation des satisfactions émotionnelles indispensables pour la survie et le développement normal de l'enfant. Grâce aux travaux d'Anna Freud et John Bowlby nous savons aujourd'hui que l'enfant a autant besoin de l'amour de ses parents (surtout de la part de sa mère) que de gratifications de ses nécessités physiologiques (faim, soif et propreté)⁽⁵⁰⁾.

Nous connaissons aussi que la carence émotionnelle se manifeste d'une façon grave lorsqu'elle se produit au cours des stades précoces de développement de l'enfant (de 0 à 5 ans) et elle devient pathogène quand elle dépasse six mois de séparation entre la mère et l'enfant, elle se présente ainsi d'une manière très dangereuse si elle persiste au cours de la seconde enfance (de 6 à 12 ans).

A travers leurs analyses des histoires personnelles d'adultes et d'adolescents inadaptés sociaux J. Bowlby et A. Freud ont constaté que la délinquance est très fréquente chez les sujets carencés dans leur enfance que chez ceux élevés dans une famille normale⁽⁵¹⁾.

Similairement ils ont relaté que la privation affective peut donner lieu à une sublimation par le biais des activités compensatoires telles que : les jeux collectifs, les productions artistiques, les disciplines sportives. Néanmoins quand le vide émotionnel n'est pas comblé, un état dépressif plus au moins dangereux peut apparaître chez l'enfant et pourrait l'amener à haïr la vie et désirer la mort; ce désir pourrait le pousser à penser à la réalisation des tentatives de suicide qui sont inscrites dans le tableau clinique de la dépression infantile⁽⁵²⁾.

⁴⁹ Ibid, P : 49.

⁵⁰ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 103, PUF, Paris-France, 2003.

⁵¹ Ibid, P : 103.

⁵² N. Sillamy, **Dictionnaire de psychologie**, P : 50.

L'évolution des travaux de recherche en psychologie a donné lieu aussi à un élargissement de la notion de carence affective qui n'est plus limitée uniquement à la privation de l'affection maternelle, mais elle comprend également l'insuffisance de la bienveillance paternelle, ce type de carence est décrit en 1956 par J.M. Sutter et H. Luccioni, il signifie que l'enfant n'a pas bénéficié convenablement dans le cadre de sa relation avec son père de la transmission des règles et des valeurs nécessaires pour la formation d'une partie importante de son appareil psychique qui est le "Sur-Moi" ⁽⁵³⁾.

Cette privation paternelle peut désorganiser le psychisme de l'enfant et constituerait au fond de lui un sentiment d'insécurité et un manque de repères et de référents personnels ou symboliques indispensables pour s'impliquer dans le cadre des liens interpersonnelles avec autrui.

- **Définition S. REVEL et C. LACOMME**

Ces deux chercheurs focalisent leur attention sur l'aspect carenciel de la défaillance des relations affectives des parents vis-à-vis de leurs enfants, en dépit de leur présence physique au sein de l'espace intrafamiliale. Parmi les causes les plus fréquentes de cette privation S. Revel et C. Lacomme ont cité : la maladie, le deuil et surtout le divorce des parents qu'ils regroupent parmi les facteurs déclenchant des troubles dépressifs ⁽⁵⁴⁾.

Pareillement, ces auteurs décrivent d'une manière plus détaillée la nature de la carence affective parentale envers l'enfant, en la subdivisant en deux formes, d'une part l'absence de l'un des parents par le biais d'une séparation avec l'enfant, cette perte d'objet maternel et/ou paternel engendre un manque émotionnel infantile nommé « Négligence affective ». Le second type de carence est l'excès d'affection parentale envers l'enfant qui dépasse le seuil normal de ses besoins émotionnels appelé « d'hyperprotection » ⁽⁵⁵⁾.

⁵³ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 103.

⁵⁴ S. Revel, C. Lacomme, **Dictionnaire pratique et thématique de psychiatrie, psychanalyse et thérapie**, P : 75, Editions Ellipses, Paris-France, 2005.

⁵⁵ Ibid, P : 76.

Il est à noter que le premier genre de carence affective se caractérise par l'insatisfaction des besoins émotionnels de l'enfant suscitée par l'absence des objets parentaux qui prédomine leur présence. Cependant, le deuxième type de privation se distingue par l'hyper-satisfaction des exigences affectives infantiles, c'est-à-dire que la présence des parents dans ce cas prédomine leur absence.

Sommairement, ces formes de défaillance émotionnelle parentale représentent des situations carencielles infantiles opposées qui pourraient être des facteurs pathogènes des troubles dépressifs chez l'enfant issu de parents divorcés.

Il est important de signaler également, que l'implication affective normale des parents au profit de l'enfant est tributaire de leur disponibilité affective modérée qui se caractérise essentiellement par une alternance équilibrée entre leur présence et leur absence auprès de l'enfant.

Synthèses des trois définitions

A la lumière des définitions précitées nous pouvons relever les points principaux suivants :

– Bien que l'accomplissement des nécessités psychophysiologiques de l'enfant (faim, soif et propreté) est un acte parental très important, or, la satisfaction de ses besoins émotionnels représente un facteur primordial pour préserver le déroulement normal de son développement psycho-affectif.

– Parmi les causes principales de la carence affective, nous trouvons le divorce des parents qui engendre une perte d'objet réelle ou symbolique pour l'enfant.

– La privation affective peut être compensée d'une manière saine par le biais des activités sublimatoires telles que le rendement scolaire, les jeux collectifs, les productions artistiques. Ce monde de compensation serait très fréquent chez les enfants originaires des parents unis.

– *Si la carence n'est pas compensée chez l'enfant en général et l'enfant issu de parents divorcés en particulier, et quand cette privation persiste au-delà de six mois, elle se manifesterait d'une manière pathologique au cours de la première enfance (de 0 à 5 ans) sous forme de troubles dépressifs.*

– *De même, la carence émotionnelle deviendrait un élément perturbateur du psychisme infantile au cas où elle se prolonge durant la deuxième enfance (de 6 à 12 ans) et pourrait atteindre le seuil d'une dépression grave qui peut conduire l'enfant à penser ou à réaliser des tentatives de suicide.*

– *Il existe deux types de carence affective parentale, d'une part la carence par perte d'objet paternel et/ou maternel nommée « **négligence affective** » caractérisée par la séparation de l'enfant avec l'un ou les deux parents après le divorce d'où l'insuffisance émotionnelle; D'autre part, l'excès de présence parentale qui dépasse le seuil normal des besoins infantiles nommé « **hyper-protection** ».*

– *Il est important de signaler que ces deux types de carence peuvent être vécus par l'enfant dans le cadre de sa relation avec son père et/ou avec sa mère.*

2.2. Carence affective en psychopathologie

A partir des définitions précitées, il est essentiel de relever deux constats essentiels relatifs à notre objet de thèse qui se présentent comme suit :

- *Les troubles dépressifs sont très fréquents chez les enfants qui présentent une carence affective en général et pourraient être plus répandus chez les enfants issus de parents divorcés en particulier.*

- *La privation émotionnelle se subdivise en deux formes pathogènes susceptibles d'engendrer l'irruption des troubles dépressifs chez les EPD : le premier genre est l'insuffisance du rendement émotionnel parental vis-à-vis de l'enfant ou « négligence affective » et le*

second type est l'excès d'implication des parents dans le développement psycho-affectif infantile ou «hyper-protection».

Ces deux sortes de carence affective, représentent le point de départ pour élaborer une délimitation plus détaillée du manque émotionnel à la lumière de la littérature psychopathologique. Il est important de signaler que plusieurs auteurs ont décrit la carence affective, cependant nous avons choisi trois parmi eux qui ont élaboré des conceptions plus adéquates avec notre travail recherche notamment D. W. Winnicott, A. Dachmi et M. Klein. Dans ce qui suit nous allons présenter leurs points de vue à ce sujet.

2.2.1. Définition de D.W. Winnicott

Il est indispensable de mentionner au début, que les travaux cliniques de cet auteur ont joué un rôle considérable dans l'enrichissement de la psychopathologie infantile en général et l'élargissement du champ conceptuel de la notion de carence affective en particulier.

- ***Carence affective normale***

Selon D.W. Winnicott, l'enfant ressent des états d'excitation instinctuelle qui nécessitent des réponses de satisfaction de la part des parents ; la nature d'interaction de ces derniers envers les expériences de stimulation chez l'enfant influence sa structure affective.

Si l'affection parentale est suffisamment gratifiante, elle renforce l'équilibre psychique de l'enfant, inversement si l'implication émotionnelle des parents est insuffisante ou au contraire elle est très bienveillante, elle risque de perturber cet équilibre⁽⁵⁶⁾.

Autrement dit, l'enfant à un nombre important des désirs pressants, ses parents arrivent à satisfaire une grande partie de ces besoins, mais une autre partie des attentes infantiles demeure insatisfaite.

Cette carence affective stimule au sein du monde interne de l'enfant des sentiments de colère et d'hostilité qui peuvent s'exprimer par le biais

⁵⁶ D.W. Winnicott, ***L'enfant et sa famille***, P : 107, Edition Payot, Paris-France, 1975.

des symptômes dénués d'une connotation pathologique et s'inscrivent plutôt dans le registre des manifestations normales, comme les troubles alimentaires et les perturbations du sommeil qui sont très fréquents chez les enfants issus de parents mariés⁽⁵⁷⁾.

Dans de telles circonstances, l'enfant ne connaît pas encore le sens de la frustration et il ne comprend non plus la réalité de la vie qui se compose de deux éléments complémentaires, la satisfaction et la frustration, cette bipolarité constitue la base de la structure psychique normale.

Pour mieux illustrer cette carence affective ordinaire, Winnicott nous révèle qu'au cours de sa première enfance, l'enfant vit uniquement selon le principe de plaisir et quand il est exposé à la frustration, il réagit par des symptômes d'allure dépressive qui n'implique pas l'existence d'une structure morbide sous-jacente, mais ils sont liés à des moments difficiles rencontrés par l'enfant au cours de son développement psycho-affectif. Et c'est à travers ces manifestations dépressives, qu'il réclame la satisfaction⁽⁵⁸⁾.

Subséquentement, durant les stades primaires de sa croissance psychique, l'enfant accepte la satisfaction de ses désirs et refuse la frustration. Cependant, au cours de la deuxième enfance, ce dernier assimile petit à petit le principe de réalité et admet la carence affective comme une partie intégrante d'une succession « satisfaction/frustration ».

Dans ce contexte, Winnicott nous donne un exemple de cette alternance (privation/gratification) par le biais des troubles alimentaires comme réaction normale à la frustration chez les EPM qui présentent des difficultés nutritives habituelles mais transitoires.

Au sein de ces familles unies, certaines mères s'inquiètent quand l'enfant refuse de manger et gaspillent du temps et de l'argent pour lui procurer une bonne nourriture. Néanmoins ce dernier peut accepter une

⁵⁷ Ibid, P : 107.

⁵⁸ Ibid, P : 108.

alimentation routinière et rejetterait tout ce qui est préparé avec soin particulier ⁽⁵⁹⁾.

Dans ce cas, les mères ne peuvent rien faire autrement que de laisser leur enfant refuser complètement la nourriture pendant un certain temps, car si elles essaient de le forcer à manger, elles ne feront qu'accroître sa résistance. Mais lorsqu'elles choisissent d'attendre un instant sans exercer une pression sur lui, l'enfant recommencera à manger à un moment ou un autre.

Semblablement, si l'enfant refuse la satisfaction de ses nécessités physiologiques de base, c'est parce qu'il a besoin seulement d'un peu de temps pour accepter la nourriture qu'il a refusée auparavant. Au cours de ce temps constructif entre le besoin et la satisfaction, l'enfant commence à apprendre que la nourriture qu'il a perçue au début comme dégoûtante et indésirable et qu'il a essayée de s'en débarrasser par l'excitation et la colère, cette même nourriture peut être représentée par cet enfant comme un bon repas valable pour être mangé ⁽⁶⁰⁾.

- ***Carence affective pathologique***

Le scénario précité s'effectue, si la mère réussit à patienter et lorsqu'elle arrive à laisser à son enfant un temps suffisant qui lui permettra de changer son avis au lieu de se précipiter pour le satisfaire en lui présentant d'autres aliments préparés avec plus de soin ⁽⁶¹⁾.

A la lumière de l'approche de Winnicott relative à la carence affective, nous pouvons dire que la mère qui appartient à ce contexte familial uni au sein duquel elle jouit d'une relation conjugale affectueuse, serait capable d'accompagner convenablement son enfant pour assimiler cette alternance entre la satisfaction et la frustration.

Ceci concerne les mères qui agissent dans des familles liés par le mariage. Pour adapter cette réalité au contexte de la présente thèse nous pouvons dire que la mère qui vit dans une famille éclatée par le divorce, se

⁵⁹ Ibid, PP: 109-110.

⁶⁰ Ibid, P : 111.

⁶¹ Ibid, P : 112.

sentirait privé d'un lien conjugal chaleureux et confronterait par conséquent des difficultés pour aider son enfant à intérioriser cette bipolarité émotionnelle (gratification/privation). Cette défaillance maternelle peut influencer négativement l'équilibre psychique de l'enfant, et se concrétiserait en deux modes relationnels unipolaires de la part de sa mère.

D'une part, la mère pourrait être facilement imprégnée par un désir de compensation de son propre manque affectif conjugal par le surinvestissement émotionnel de son enfant. Dans ce cas le rendement affectif maternel serait marqué par « l'hyper-protection » qui valorise la satisfaction des désirs infantiles au déterminant de la frustration. Dans de telles conditions, l'enfant serait emprisonné dans un cercle vicieux d'hyper-satisfaction qui le rendrait vulnérable quand il rencontrerait la moindre frustration.

D'autre part, si la mère perçoit la rupture des liens conjugaux comme une blessure narcissique qui a bouleversé sa vie, elle peut réagir face à cet événement traumatique par l'inhibition de sa capacité d'investissement émotionnelle envers son enfant. Dans cette atmosphère dramatique, nous parlerons de la négligence affective maternelle qui se caractérise par la prédominance de la frustration des exigences affectives de l'enfant au détriment de la satisfaction de ses besoins ⁽⁶²⁾.

Il est utile de préciser que ces deux formes d'interaction maternelle à l'égard de l'enfant du divorce se caractérisent par l'uni-polarité affective qui se manifeste tantôt par la surexploitation de la satisfaction des besoins infantiles en écartant la frustration constructive, et parfois il se concrétise par la prédominance de la privation des exigences émotionnelles de l'enfant qui minimise la satisfaction.

Ces deux états carenciels fragiliseraient l'équilibre psychique de l'enfant et le prédisposerait à manifester des troubles dépressifs à caractère pathologique.

⁶² Ibid, P : 112.

- **Synthèse de la conception de Winnicott**

Pour synthétiser la définition de la carence affective selon le point de vue de D.W. Winnicott, nous pouvons constater que l'implication affective parentale (surtout maternelle) au profit de l'enfant au sein d'une famille unie qui se caractérise par la bipolarité alternative entre la satisfaction et la frustration, peut donner lieu à l'émergence des symptômes dépressifs (tels que les troubles alimentaires et les dérèglements du sommeil) que notre psychanalyste d'enfants qualifie comme des perturbations psychiques habituelles relatives aux instants difficiles du développement psycho-affectif de l'enfant.

Il est important de signaler également, que ces symptômes sont inscrits dans les classifications internationales des troubles mentaux surtout le CFTMEA R-2012 que nous allons aborder dans le chapitre suivant, ce manuel diagnostique classe ces troubles dans le registre des « Moments Dépressifs Relatifs aux variations de la Normale »⁽⁶³⁾.

Ce volet diagnostique comprend une symptomatologie légère, composée essentiellement de tristesse, d'irritabilité et des troubles psychosomatiques. Ces expressions dépressives peuvent disparaître grâce à des mesures parentales simples et ne nécessitent pas une prise en charge psychothérapique⁽⁶⁴⁾.

En revanche la défaillance de l'engagement affectif parental au profit de l'enfant au sein des familles éclatées par le divorce, qui se limitent à une uni-polarité émotionnelle stéréo-typique et rigide, marquée d'un côté par le surinvestissement de la satisfaction des besoins infantiles en l'absence totale de la frustration constructive ou vis-versa.

Ces deux formes pathogènes de carence émotionnelle qui portent consécutivement la nomination d'hyper-protection et de négligence affective, désorganiseraient l'équilibre psychique infantile et le

⁶³ CFTMEA R - 2012, **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, P : 42, sous la Direction du P. Roger Misès, Editeur ; Presse de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes-France, 2012.

⁶⁴ C. Arbisio, **Le diagnostic Clinique de la Dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie Clinique et Projective, N°9, P : 41, Edition ERES, Toulouse-France, 2003.

prédisposeraient à manifester des symptômes dépressifs qui portent une connotation morbide.

Cette catégorie des troubles dépressifs figure dans le tableau clinique de la dépression infantile décrite dans les manuels diagnostiques comme : le DSM IV-R et le CIM10 ainsi que la CFTMRE R-2012, sous l'appellation « troubles dépressifs réactionnels »⁽⁶⁵⁾ qui sont le plus souvent déclenchés par la perte d'objet réel ou symbolique provoquant ainsi l'irruption des épisodes dépressifs réactionnels de durées variables. Ces expressions symptomatiques sont prédisposées à la guérison par le biais d'une psychothérapie précocement instaurée⁽⁶⁶⁾.

2.2.2. Délimitation de A. Dachmi

Dans son ouvrage « De la séduction maternelle négative » Abdeslam Dachmi, nous présente une conception de la carence affective qui s'harmonise parfaitement avec la délimitation de D.W. Winnicott. Il nous dit « une mère trop parfaite ne peut que représenter l'obstacle majeur dans l'ouverture de l'enfant au monde fantasmatique et symbolique »⁽⁶⁷⁾.

Ainsi, la mère dans sa relation avec son enfant ne devrait pas se contenter de jouer uniquement le rôle de la fonction liante, mais elle est appelée aussi à effectuer la déliaison. Dans l'équilibre entre ces deux axes réside le bon fonctionnement psychique de l'enfant et de son déséquilibre découle la carence affective⁽⁶⁸⁾.

Autrement dit, la présence de la mère auprès de l'enfant n'est pas le seul facteur édificateur du psychisme infantile, son absence est également structurante, dans la mesure où l'enfant serait apte de satisfaire ses besoins à travers son contact direct avec l'objet naturel. Cependant quand la mère n'est pas disponible, il procéderait à la réalisation hallucinatoire de ses désirs.

⁶⁵ CFTMEA R - 2012, **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, P : 40.

⁶⁶ Ibid, P : 40.

⁶⁷ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 25, Publications FLSH, Rabat-Maroc, 1995.

⁶⁸ Ibid, P : 26.

- ***La carence affective positive***

Pour mieux élucider cette carence positive, A. Dachmi nous renvoie au terme de désillusion utilisé par D.W. Winnicott pour décrire la privation de l'enfant par rapport à sa mère comme phase constructive de son équilibre psychique.

La désillusion est une étape fondatrice du « Self » puisqu'elle met en relief la contribution capitale de la mère dans l'acceptation de la perte d'objet par son enfant. La mère suffisamment bonne et celle qui s'adapte convenablement aux besoins de l'enfant ⁽⁶⁹⁾, cette adaptation adéquate diminue au fur et à mesure que son petit grandit, pour lui laisser le temps nécessaire afin de développer une capacité à faire face à cette diminution de satisfaction ⁽⁷⁰⁾.

En reformulant notre expression d'une manière plus précise, nous pouvons énoncer que la mère, en satisfaisant les désirs de son enfant, crée dans son esprit un espace d'illusion relatif au principe de plaisir; dans cette atmosphère gratifiante, son petit croit que l'objet maternel est sous son entière disposition (toute-puissance infantile).

A ce propos A. Dachmi attire notre attention à un point important souligné par Winnicott, c'est la fonction fondamentale de la mère, qui après avoir réussi à donner la possibilité d'illusion à son enfant, elle est appelée également à l'accompagner pour réaliser la désillusion comme carence affective constructive ⁽⁷¹⁾.

A travers l'absence maternelle, l'enfant ressent de la frustration lors de l'émergence d'un désir face auquel il se trouve obligé d'investir son imagination pour représenter sa mère lors de son absence, c'est à ce moment-là que ce dernier se rend compte que l'objet maternel ne peut pas être toujours présent.

Par le biais de cette absence structurante, l'enfant intègre le principe de réalité et réalise la différenciation entre le sujet et l'objet et devient

⁶⁹ Ibid, PP : 28-29.

⁷⁰ D.W. Winnicott, **Jeu et réalité**, P : 20, Edition Gallimard, Paris-France, 1992.

⁷¹ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, PP : 28-29.

capable de distinguer entre son "Moi" autant que sujet et l'autre autant qu'objet. Cette transition de l'attachement fusionnelle mère-enfant vers le détachement entre le sujet et l'objet selon l'opinion de A. Dachmi semble difficile à effectuer chez l'enfant marocain voir inaccessible à cause de la défaillance des liens mère-enfant ⁽⁷²⁾.

Cependant, pour que l'enfant renonce partiellement à la satisfaction apportée par l'objet maternel et accepte de se séparer de lui, il est indispensable que la mère s'oppose à sa toute-puissance maternelle par le refus de satisfaction à des moments donnés en s'imposant à son enfant comme objet total.

Ces instants de carence structurante correspondant à ce que S. Freud appelle le temps de l'auto-érotisme qui constitue la pierre angulaire pour l'inauguration du processus de l'autonomie infantile ⁽⁷³⁾.

- **La carence affective négative**

A la lumière de ces données analytiques relatives à la conception d'A. Dachmi qui a élucidé que la base fondamentale de l'équilibre psychique de l'enfant s'étaye sur une succession permanente entre la présence et l'absence de sa mère, nous pouvons relever un constat relatif à la thématique de notre travail de recherche en le formulant dans ce qui suit :

Lorsque l'un de ces deux pôles présence/absence prédomine sur l'autre, c'est-à-dire que la présence de la mère prime sur son absence auprès de son petit et vis-versa, l'enfant peut réagir face à ce déséquilibre du rendement affectif maternel par des troubles dépressifs à caractère pathologique qui ont une forte relation avec la problématique de perte d'objet.

De même, les enfants issus de parents divorcés, sous l'influence des répercussions négatives de l'éclatement de la triangulation familiale (père, mère, enfant), peuvent rencontrer une difficulté de représentation de l'objet maternel comme objet total, tantôt présent et parfois absent.

⁷² Ibid, P : 31.

⁷³ Ibid, P : 29.

Si la mère est bouleversée par ce climat familial défectueux, elle aurait tendance à tisser des liens affectifs morbides à l'égard de son enfant, basés sur le surinvestissement émotionnel de ce dernier (la présence de la mère domine son absence) ou bien elle tenterait de le désinvestir (l'absence de la mère est prépondérante sur sa présence).

Dans les deux cas, l'enfant aurait du mal à constituer une image mentale de sa mère comme objet total et resterait fixé sur une figure maternelle primitive qu'il percevrait en tant qu'un très bon objet parce qu'elle est très présente «hyper-protection», ou bien il la représenterait comme un très mauvais objet car elle s'absente la majorité du temps «négligence affective».

Ces anomalies de représentation d'objet maternel perturbent la structuration du "Moi" infantile et bloque sa capacité d'auto-érotisme ou d'investir son libido au sein de son propre corps, qui le rend inapte par la suite durant la période de latence de dépasser la triangulation père, mère et enfant au sein de l'espace intra familial pour s'ouvrir sur la l'investissement positive de son libido dans le cadre de ses relations avec les personnes qui appartiennent à son entourage extra familial comme les camarades, les enseignants.

Pour mieux illustrer la gravité de ces deux genres de carence émotionnelle par insuffisance « négligence affective » et par excès «hyper-protection», A. Dachmi nous présente deux études de cas cliniques élaborés dans le milieu traditionnel marocain.

- ***Illustrations cliniques de la carence négative***

Le premier cas est appelé «Fatoum», c'est une petite fille qui présente des insomnies rebelles, engendrées par une présence envahissante de sa mère. Cette carence par excès d'affection «hyper-protection» entrave l'établissement du narcissisme primaire de la fillette et perturbe sérieusement le bon fonctionnement de son cycle «sommeil/veille»⁽⁷⁴⁾.

⁷⁴ A. Dachmi, **Troubles du sommeil au féminin**, In *Enfance et développement*, N°67, P : 43, Publications FLSH, Rabat – Maroc, 1997.

A travers ces données psychopathologiques nous constatons que la carence affective par la surcharge d'affection, sous forme d'une présence très intense de l'objet maternel peut troubler le sommeil du sujet et peut même altérer d'autres fonctions vitales telles que la désorganisation des systèmes sensori-moteurs ⁽⁷⁵⁾.

Ceci pourrait se produire chez les enfants du divorce qui subiraient une hyper-protection engendrée par la mère comme réaction compensatoire de la perte d'objet d'amour conjugal consécutif à la rupture des liens du mariage.

Le second type de privation émotionnelle qui est la négligence affective, est analysé par A. Dachmi dans l'observation clinique du cas « Moncef », cet enfant a réagi au décès de sa grande mère paternelle bien-aimée par des insomnies et des cauchemars ⁽⁷⁶⁾.

Nous tenons à signaler dans son contexte, que l'altération du rythme naturel du sommeil présenté par le cas Moncef peut se manifester chez les enfants des parents divorcés suite à une séparation prolongée avec le parent qui n'assure pas la prise en charge de l'enfant après la rupture des liens conjugaux qui est souvent le père.

Cependant, le degré d'intensité de la carence affective et la gravité des symptômes qui en résultent, seraient plus problématiques chez l'enfant issu de parents séparés par-rapport à son confrère qui a subi un décès de l'objet aimée car ce dernier même s'il éprouve un malais psychique au cours du deuil, néanmoins il sait pertinemment lorsqu'il est en phase de latence ⁽⁷⁷⁾, que la mort, qui est la raison de la perte d'objet définitive, est au-delà du vouloir et du pouvoir de l'objet et du sujet ⁽⁷⁸⁾.

⁷⁵ Ibid, P : 44.

⁷⁶ A. Dachmi, « **Deuil du mort, mort du deuil ou troubles psychosomatiques de l'enfant** », In *Enfant et la ville*, N°78, P : 117, Publications FLSH, Rabat - Maroc, 1999.

⁷⁷ M. Hanus, **Le deuil chez l'enfant**, In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Volume 2, PP : 1463-1464.

⁷⁸ Ibid, PP : 1465-1466 : l'acquisition de la notion de perte d'objet prolongée ou définitive par le biais de la mort se réalise d'une manière progressive chez l'enfant : **① A partir de 5 à 6 ans** : le fait de vivre signifie pour lui être en mouvement, en parallèle mourir indique que la personne décédée ne peut pas bouger (perception physique de la mort). **② De 8 à 9 ans** : l'enfant devient capable de comprendre que la mort est une fin, mais c'est une fin provisoire, car il croit que la personne décédée peut revenir en vie. **③ De 9=**

Tandis que la séparation prolongée avec l'objet parental suite au divorce qui est provoquée fréquemment par le père et motivée par la volonté de ce dernier. Quand l'enfant se rend compte que ce personnage paternel est toujours vivant et qu'il le prive de sa présence en lui faisant subir une absence déstructurante sous prétexte qu'il maintiendrait toujours des relations conflictuelles avec son ex-épouse.

Cette situation carencielle accentuerait la frustration affective infantile et aggraverait l'intensité des troubles dépressifs extériorisés par l'enfant comme réaction à cette négligence émotionnelle paternelle.

- ***Synthèse de l'approche de A. Dachmi***

De ce qui précède, nous pouvons élaborer une synthèse combinatoire entre la conception de A. Dachmi sur la carence affective dans sa relation avec l'objet de notre thèse.

Suivant le point de vue de notre auteur, si l'enfant atteint de troubles psychosomatiques issu du milieu traditionnel maghrébin en général et marocain en particulier souffre dans son corps à cause de son incapacité à libidinaliser cet espace corporel par excès d'affection maternelle à son égard⁽⁷⁹⁾.

L'enfant originaire de parents divorcés endurerait lui aussi dans le cadre de sa pathologie dépressive des symptômes d'allure somatique tels que : les troubles alimentaires, les perturbations du sommeil et l'altération de sa psychomotricité.

Ces expressions symptomatiques seraient engendrées par le biais d'une carence affective parentale qui se manifeste d'une part à travers une absence prolongée du parent qui n'assume pas la prise en charge de l'enfant après le divorce, qui est souvent le père. D'autre part, la privation émotionnelle peut se concrétiser par une présence excessive de l'objet

= à 11 ans : l'enfant atteint un niveau avancé de compréhension parce qu'il est apte d'assimiler que la mort est une terminaison définitive de la vie.

⁷⁹ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, PP : 31-32.

parental qui vit avec l'enfant. Cette hyper-protection est exercée fréquemment par la mère.

A la lumière de ces deux conditions carencielles, l'enfant des parents séparés ne se contenterait pas uniquement d'exprimer sa carence affective par le biais du déséquilibre somatique, mais il tenterait d'extérioriser son malaise à travers des troubles à caractère mentalisé comme : le sentiment de culpabilité exagérée, les troubles de concentration et la dévalorisation du soi.

Sommairement, l'enfant issu de parents divorcés aurait tendance à exprimer sa double carence affective par insuffisance ou par surplus d'affection en manifestant une double symptomatologie somatique d'un côté et mentalisée d'un autre.

2.2.3. Définition de Mélanie Klein

Pour comprendre la carence affective selon la conception de cette psychanalyste d'enfants, il est primordial d'exposer d'abord sa vision sur la vie émotionnelle normale à travers la notion de « Position dépressive », elle se définit comme un stade ordinaire du développement de l'enfant qui s'établit entre le cinquième et le dix-huitième mois de la petite enfance ⁽⁸⁰⁾.

Suivant le point de vue de Winnicott, il est préférable de nommer cette étape « le stade de sollicitude », parce qu'il est inapproprié d'utiliser un terme à caractère pathologique pour décrire un processus normal. Néanmoins il affirme que personne n'a été en mesure d'en trouver une appellation plus commode ⁽⁸¹⁾.

- **La position dépressive**

Pour parvenir à la « position dépressive », il est nécessaire que l'enfant arrive à constituer une représentation de soi en tant que sujet total

⁸⁰ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P : 79. Edition Payot ; Paris-France, 2001.

⁸¹ D.W. Winnicott, **De la pédiatrie à la psychanalyse**, PP : 233-234. Edition Payot ; Paris-France, 1989.

qui peut avoir des liens affectifs équilibrés avec ses parents comme objets totaux ⁽⁸²⁾.

Afin de détailler cette perspective Kleinienne, il est à mentionner que la vie affective de l'enfant aux stades primaires de son développement est déterminée par l'allaitement, durant laquelle on assiste à une succession répétitive de deux épisodes. Le premier est la perte d'objet maternel qui se détermine par l'absence de la mère ⁽⁸³⁾.

Au cours de cette situation carencielle, l'enfant se trouve privé de la réalisation de ses besoins élémentaires et perçoit sa mère par conséquent comme un mauvais objet, envers lequel il éprouve de la haine, de la colère et de l'hostilité qui activent au fond de lui les pulsions de destruction.

Le second épisode se compose essentiellement de moments de retrouvaille qui se distinguent par une présence maternelle gratifiante des exigences infantiles. Dans cette atmosphère de béatitude, l'enfant perçoit sa mère en tant que bon objet vis-à-vis duquel il ressent de l'amour et de l'admiration, ces sentiments mobilisent ses pulsions constructives ⁽⁸⁴⁾.

Face à cette double perception de l'objet maternel à la fois bon et mauvais, l'enfant éprouve une angoisse dépressive déclenchée par la peur de ce dernier de détruire sa mère par ses pensées coléreuses et haineuses lors des instants d'insatisfaction engendrées par la perte partielle d'objet. Cette angoisse dépressive est accompagnée souvent d'un sentiment de culpabilité qui l'incite à produire des reproches qui désapprouvent ses tendances destructrices envers sa mère.

Ce climat psychique anxiogène stimule au sein du monde interne de l'enfant un désir de réparation de sa relation avec l'objet maternel. Par le biais de la répétition des expériences de perte d'objet et de retrouvaille, l'enfant fournit un effort de réconciliation durant lequel il apprend petit à petit à supporter l'ambivalence relative aux sentiments d'amour et de haine qu'il ressent à l'égard de sa mère ⁽⁸⁵⁾.

⁸² M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P : 79. Edition Payot, Paris-France, 2001.

⁸³ Ibid, P : 80.

⁸⁴ Ibid, P : 81.

⁸⁵ Ibid, P : 82.

L'enfant devient capable par la suite d'intérioriser au sein de son psychisme les représentations partielles du bon et du mauvais objet, l'intégration de ces deux images mentales complémentaires lui permet de percevoir sa mère comme objet total, tantôt bon et parfois mauvais.

Cette synthèse des images parentales favorise également la structuration de son "Moi" en tant que sujet total capable d'harmoniser les sentiments d'amour et de haine éprouvés envers sa mère. Il est capital de noter que ce passage de l'objet partiel vers l'objet total suivant la conception Kleinienne se déroule de la même manière entre l'enfant et son père pour se clôturer par l'intériorisation de la représentation de l'objet paternel comme objet total qui comprend des aspects positifs et négatifs vis-à-vis desquels l'enfant est pleinement familiarisé⁽⁸⁶⁾.

On en déduit, à la lumière du point de vue de Mélanie Klein, qu'un enfant normal issu de parents mariés qui a pu parcourir la position dépressive avec succès est celui qui a intégré au sein de son Self les deux notions du bon et du mauvais objet dans le cadre de sa relation avec son père et sa mère.

- ***Spécificités des représentations d'objet chez l'enfant de divorce***

En revanche, si nous essayons d'ajuster ces données analytiques susmentionnées aux conditions carencielles de l'enfant étudié dans le cadre de la présente thèse qui est originaire d'une famille éclatée par le divorce, nous pouvons dire que ses parents auraient des difficultés à lui procurer une atmosphère émotionnelle équilibrée caractérisée d'un côté par des moments de satisfaction et d'autre côté par à des instants de frustration, cette dualité lui permettrait de représenter ses parents comme des bons objets d'une part et au tant que mauvais objets d'autre part.

Néanmoins, les carences affectives parentales postérieures à la rupture des liens conjugaux prédisposeraient le père et la mère à adopter l'une de ces deux tendances émotionnelles précitées au détriment de l'autre et cela réduit les chances de l'enfant à surmonter la position dépressive avec succès.

⁸⁶ Ibid, PP : 85-86.

Autrement dit, au lieu que les parents investissent la carence positive comme privation affective partielle constructive qui se succède simultanément avec la satisfaction des besoins de leur enfant, ces derniers se trouvent orientés inconsciemment à exercer une privation émotionnelle totale sur ce dernier.

Cette carence parentale pathogène se concrétise en deux sortes de relations à l'égard de l'enfant, le premier est l'excès d'affection ou l'hyper-protection, le second est la carence par insuffisance d'attention ou la négligence affective.

Nous pouvons repérer le premier type de privation par surcharge d'attachement au cours de la période de latence à travers le cursus de scolarité primaire, où nous pourrions observer certains enfants de divorce décrits par les enseignants et les agents administratifs à l'école comme des personnes inadaptées parce qu'ils présentent des symptômes inscrits dans le registre du syndrome dépressif tels que : les troubles de concentration et les troubles d'inhibition ou d'agitation psychomotrices.

Pour débloquer ces difficultés scolaires, les enseignants se trouvent dans l'obligation de convoquer la mère à plusieurs reprises pour résoudre les problèmes manifestés par son enfant. Selon Winnicott qui a beaucoup travaillé sur la position dépressive, il considère que la permanence de la présence maternelle à l'école indique que la mère n'est pas intégrée dans le psychisme infantile en tant qu'objet total à la fois bon et mauvais ⁽⁸⁷⁾.

Cependant l'objet maternel est perçu par l'enfant uniquement comme un très bon objet, vis-à-vis duquel il ne se sent pas dépendant spécialement dans l'espace intrafamilial, mais il a besoin de cette mère hyper-protectrice également au milieu extrafamilial, pour résoudre ses problèmes scolaires à sa place ⁽⁸⁸⁾.

Ceci prouve que l'enfant n'a pas réussi à dépasser convenablement la position dépressive et que son "Moi" est vulnérabilisée par une présence envahissante de sa mère, qui est très performante comme bon objet mais

⁸⁷ D.W. Winnicott, **De la pédiatrie à la psychanalyse**, P : 241.

⁸⁸ Ibid, P : 242.

elle est aussi très défaillante en tant que mauvais objet. Ce déséquilibre entraverait l'accès de l'enfant à l'autonomie.

Inversement, la vraie bonne mère est celle qui devient de moins en moins nécessaire dans la vie familiale et scolaire de son enfant, pour que ce dernier devient de plus en plus apte à faire face à ses difficultés scolaires en se basent sur ses potentialités personnelles ⁽⁸⁹⁾.

Le second genre de relations émotionnelles morbides des parents vis-à-vis de l'enfant, se caractérise par la perte d'objet non pas partielle, qui est inscrite dans le cadre d'une succession simultanée avec la satisfaction des désirs de l'enfant, mais prolongée et favorise la représentation exclusive du père et/ou de la mère comme mauvais objet au détriment du bon objet.

- ***Etude de cas clinique selon la conception Kleinienne***

La privation émotionnelle citée plus haut est engendré dans notre contexte culturel marocain par le parent qui n'assume pas la prise en charge de l'enfant après le divorce qui est couramment le père. Pour mieux comprendre ce type de manque émotionnel selon la conception Kleinienne nous exposerons l'étude du Cas «Y» que nous avons traité dans notre mémoire de DESS en psychopathologie clinique.

Cet enfant est âgé de douze ans, il est originaire de parents divorcés alors qu'il avait six ans, sa mère est hyper-protectrice et son père était très autoritaire avant la rupture des liens conjugaux et négligeant après cet événement : les troubles principaux que notre cas présente sont : l'humeur triste, l'énurésie nocturne, les insomnies et l'hyper-adaptation ⁽⁹⁰⁾.

Ultérieurement à sa séparation prolongée avec son père suite au divorce, le cas «Y» déclare qu'il hait son père parce qu'il l'empêche de bénéficier de sa paternité. Cet intense sentiment de haine reflète une sérieuse colère et une grande hostilité éprouvées à l'égard de l'objet paternel. Ces affects coléreux et haineux activent au fond de notre cas un

⁸⁹ Ibid, P : 242.

⁹⁰ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, PP : 49-50, Mémoire de DESS en psychopathologie clinique, FLSH, Rabat-Maroc, 2000.

désir excessif de détruire son père en tant que générateur de cette carence affective par insuffisance de présence paternelle ⁽⁹¹⁾.

Pourtant, la culpabilité exagérée sollicitée par la mobilisation des pulsions destructrices chez l'enfant étudié bloque la possibilité de réparation des liens père-enfant et entrave par conséquent son accès au dépassement de la position dépressive.

Devant son intolérance à cette culpabilité bouleversante, l'enfant a tenté de diminuer l'intensité de ce sentiment par le biais d'une formation réactionnelle, qui a déguisée sa révolte et son agressivité orientées vers son père pour ne pas se montrer comme un mauvais sujet qui ressemble au mauvais objet paternel. Il a choisi par contre d'apparaître comme un très bon sujet et il est devenu prisonnier de ses pulsions constructives qu'il a utilisé d'une manière défensive pour camoufler ses pulsions destructrices ⁽⁹²⁾.

De la même manière, il a surinvesti les activités scolaires à un degré très exagéré à tel point que ses enseignants le décrivent en tant qu'enfant exemplaire, très discipliné, le premier de sa classe, il évite les activités ludiques et il n'entretient pas des relations de camaraderie avec les enfants de son âge pour ne pas participer aux disputes qui peuvent lui entraîner des problèmes avec ses professeurs ⁽⁹³⁾.

Malgré toutes ces précautions draconiennes, l'enfant a quitté l'école à la troisième année de l'enseignement primaire car il n'accepte pas les erreurs qu'il commet bien qu'ils sont banals, et ne supporte pas les critiques habituelles des enseignants.

Brièvement, cette surexploitation du "Sur-Moi" au détriment du "Moi" et du "ça" expliquerait les tendances dépressives telles que : enfants très sérieux, humeur dominé par la tristesse, refus du contact avec autrui, surinvestissement des activités scolaires et désinvestissement des activités

⁹¹ Ibid, P : 51.

⁹² Ibid, P : 52.

⁹³ Ibid, P : 56.

ludiques à caractère sublimatoire et à tonalité euphorique qui favorisent la spontanéité ⁽⁹⁴⁾.

- **Synthèse de la conception de M. Klein**

Les données cliniques susmentionnées illustrent d'une part comment la carence affective par négligence parentale peut entraver l'accès de l'enfant pour dépasser convenablement la position dépressive, et nous montrent d'autre part de quelle façon cette forme de privation peut engendrer l'apparition des troubles inscrits dans le registre du syndrome dépressif comme : la culpabilité exagérée, l'humeur marquée par la tristesse et surtout les troubles de concentration, qui peuvent amener à l'échec scolaire si l'enfant manifeste une faible attention à l'école (hypovigilance), qui est le cas de l'enfant présenté par Winnicott, ou inversement ce dernier peut présenter une concentration supérieure à la normale et on parle alors de l'hyper-vigilance manifestée par le cas «Y».

Ces deux formes d'attention et de vigilance représentent des expressions pathologiques relatives aux troubles de concentration, que nous allons développer en relief dans le chapitre clinique.

2.3. Définition opérationnelle de la carence affective

Pour récapituler les différentes délimitations de la privation émotionnelle exposées au sein de ce second chapitre théorique, nous commencerons d'abord par les définitions relatives à la psychologie générale qui ont attiré notre attention à trois éléments essentiels, le premier est le fait que le divorce est parmi les causes principales de la carence affective chez l'enfant.

Le deuxième point met l'accent sur cette privation émotionnelle infantile, qui peut être compensée d'une manière saine à travers des activités sublimatoires telles que : le rendement scolaire, les relations de camaraderie, les jeux collectifs, les activités sportives et les préoccupations artistiques.. Cependant, si ce manque n'est pas comblé adéquatement par le biais des activités susmentionnées, il peut susciter

⁹⁴ Ibid, PP : 52-56.

l'émergence des troubles dépressifs qui se manifestent le plus souvent dans le cadre de la problématique de perte d'objet.

La troisième remarque se concrétise dans le fait que la carence affective se répartit en deux formes, d'une part la carence par insuffisance d'affection, et d'autre part la carence par excès de présence parentale qui dépasse largement les besoins émotionnels de l'enfant.

Ces caractéristiques générales de la carence affective, nous ont permis de délimiter cette notion d'une manière plus détaillée à la lumière des conceptions psychanalytiques de la carence affective proposées par D.W. Winnicott, M. Klein et A. Dachmi. Ces trois auteurs présentent des points de vue psychopathologiques qui s'avèrent complémentaires.

D.W. Winnicott a mis l'accent sur l'importance de la bipolarité alternative de la satisfaction et de la frustration dans l'équilibre émotionnel de l'enfant. M. Klein a insisté sur la nécessité d'intégration des bons et des mauvais objets parentaux au sein du psychisme infantile pour réaliser le passage de l'objet partiel vers l'objet total; cette transition favorise à l'enfant le dépassement approprié de la position dépressive. A. Dachmi a focalisé l'étude sur l'utilité de la succession entre la présence et l'absence parentale auprès de l'enfant dans le processus de structuration de son psychisme; dans ce cadre la présence de la mère par exemple n'est pas le seul facteur édificateur de l'équilibre affectif infantile, mais l'absence maternelle est une pierre angulaire au sein de cet équilibre.

En se basant sur ces trois approches psychopathologiques, nous croyons dans le cadre de la présente thèse que la carence affective constructive chez un enfant normal issu de parents mariés, consiste à un rendement émotionnel bipolaire des objets parentaux à son égard.

Autrement dit, il est essentiel que les parents se comportent envers l'enfant tantôt d'une manière gratifiante et parfois d'une façon frustrante selon l'expression de Winnicott, ou ils devraient être des fois présents et parfois absents suivant la formulation de A. Dachmi, similairement il est capital que les parents se montrent d'un côté comme des bons objets et apparaissent d'un autre côté en tant que mauvais objets conformément à la terminologie Kleinienne.

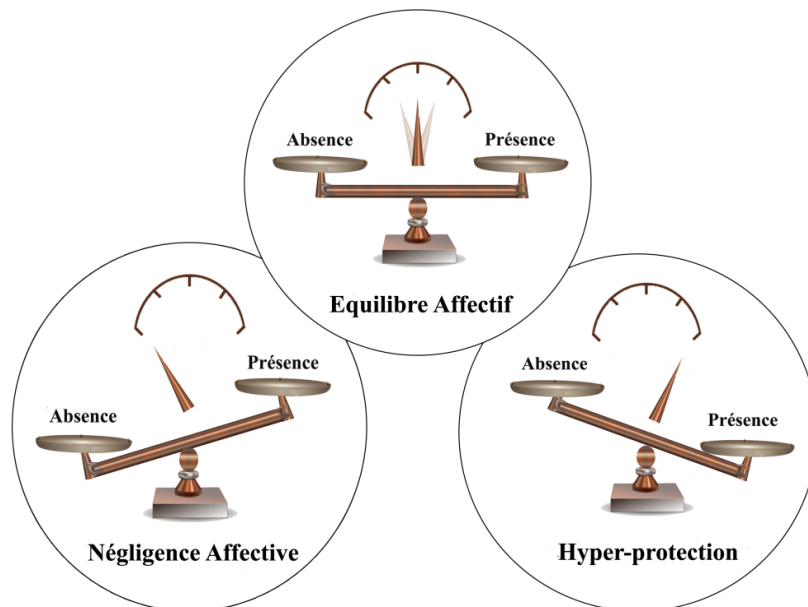
Si nous essayons d'ajuster les données analytiques élaborées par ces trois auteurs au cas de l'enfant du divorce qui constitue l'objet d'étude dans le présente travail de recherche, nous pouvons déduire que ses parents auraient des difficultés à lui procurer la bipolaire affective précitée qui est fondamentale pour son équilibre psychique. Inversement les objets parentaux auraient tendance dans ce cas à adopter une attitude unipolaire abusive, soit énormément gratifiante, soit amplement frustrante envers l'enfant.

*On parlerait alors de deux formes de carence affective à caractère pathologique, d'une part l'insuffisance d'affection suscitée par la séparation de l'enfant avec le parent qui n'assure par sa prise en charge suite à la rupture des liens conjugaux qui est souvent le père. Nous avons donné à ce genre de privation la nomination de « **Négligence affective** ».*

*D'autre part, l'excès de la présence parentale qui dépasse largement les besoins émotionnels de l'enfant que nous avons nommé « **Hyperprotection** », ce type de carence peut être exercé par le parent qui est responsable de la prise en charge de l'enfant suite à la désunion maritale qui est fréquemment la mère.*

Nous proposons dans ce qui suit un schéma simplifié qui distingue d'un côté la carence constructive basée sur l'équilibre entre la présence et l'absence parentale auprès de l'enfant que nous croyons rencontrer chez les enfants issus des parents mariés, et d'un autre côté la carence perturbatrice du psychisme infantile caractérisée par la prédominance de la présence des objets parentaux au détriment de leur absence ou vice-versa que nous supposons détecter chez les enfants originaires des parents séparés.

Schéma représentatif de la carence affective normale et pathologique



Il est important de signaler avant de clôturer ce chapitre, que les auteurs précités ont défini clairement la notion de carence affective et sur la base de leurs délimitations nous avons répartie la privation en deux genres l'hyper-protection et la négligence émotionnelle, cependant notre contribution à ce propos consiste à approfondir la compréhension de ce concept par le biais de l'étude de l'impact négatif du prolongement ou l'accumulation des deux types de privation précités sur le psychisme de l'enfant issu de parents divorcés.

3. Troubles dépressifs morbides et carence affective pathogène

Etant donné que la problématique de cette thèse spécifie les troubles dépressifs comme conséquence clinique de la carence affective pathogène et afin d'élucider le plus clairement possible la corrélation entre ces deux notions, nous allons présenter dans un premier temps les études précédentes relatives à cette thématique, dans un deuxième temps, nous tenterons de préciser la catégorie de dépression infantile que nous allons examiner au sein de ce travail de recherche. Et dans un troisième temps, nous procéderons à la délimitation des symptômes liés à la catégorie choisie par le biais de la lecture comparative des tableaux cliniques de la dépression figurants dans le CIM 10 et DSM IV-R. Quant au quatrième temps nous procéderons à la description clinique et l'analyse psychopathologique de chaque trouble dépressif.

Il est judicieux de notifier dans ce contexte que le dernier choix méthodologique susmentionné, est effectué après une longue réflexion mobilisée par un souci d'évitement de la redondance excessive de la problématique de la recherche. Les arguments qui justifient ce choix sont :

- *La prise en compte de la particularité de l'expression symptomatique relative à la carence affective qui est variable d'un enfant à un autre, cette réalité nous impose la nécessité d'élaborer un cadre référentiel à la fois clinique et psychopathologique pour chaque trouble dépressif, cela nous permettra d'être de plus en plus proche d'une analyse objective des cas cliniques étudiés dans cette thèse.*

- *Notre conviction qu'au lieu de consacrer trois chapitres, le premier pour la carence affective, le second pour les troubles dépressifs et le troisième pour le traitement d'une éventuelle relation entre ces deux concepts, nous avons estimé utile qu'au cours de l'approche clinique et psychopathologie de chaque symptôme nous aborderons en parallèle sa relation avec la privation émotionnelle comme facteur étiologique en prenant en considération la manière dont il se manifeste chez l'enfant déprimé originaire de parents divorcés d'un côté et chez l'enfant normal issu de parents mariés de l'autre.*

A la lumière de l'ensemble de ces raisons, il nous semble évident que le présent chapitre sera plus volumineux par rapport aux autres chapitres de la partie théorique, étant donné qu'il comprend à la fois la définition des troubles dépressifs et leur lien hypothétique avec la carence affective pathogène.

3.1. Etudes précédentes relatives à notre problématique

3.1.1. Etude Tunisienne

C'est une recherche Maghrébine effectuée en 2002 sous le thème «Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent». L'échantillon de ce travail clinique est composé de 84 enfants et adolescents issus de parents divorcés et 300 autres originaires de parents unis. L'étude comparative de ces deux groupes a ciblé trois types de troubles mentaux : les troubles de personnalité hors névrose et psychose, les troubles anxieux et les troubles dépressifs ⁽⁹⁵⁾.

Le résultat de l'investigation clinique a relevé que l'aggravation de ces troubles psychiques à court et à moyen terme était significativement plus fréquente chez les enfants et les adolescents des parents divorcés par rapport à leurs confrères originaires de parents unis ⁽⁹⁶⁾.

L'évaluation à long terme était également similaire dans les deux groupes. Ceci expliquerait, selon les chercheurs qui ont réalisé cette étude, que les expériences de séparation de l'enfant et de l'adolescent avec leurs parents est un élément étiologique jouant un rôle important dans l'apparition des troubles si la désunion entre les parents n'est pas bien expliquée à l'enfant, raison pour laquelle cette recherche a conclu que la rupture des liens conjugaux, apparaît comme un facteur de risque à la pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent ⁽⁹⁷⁾.

⁹⁵F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, PP : 121-127, Edition Masson Elsevier, Paris-France, 2002.

⁹⁶ Ibid, PP : 124-125.

⁹⁷ Ibid, P : 127.

3.1.2. Etude Hollandaise

C'est une recherche psychopathologique réalisée en 2012 qui a travaillé sur la relation entre le divorce parental et les troubles du comportement chez l'enfant, l'échantillon de l'étude est constitué de 4592 enfants dont 367 issus de parents divorcés et 4225 enfants descendants de parents mariés, l'âge de la population globale est de 3 à 12 ans ⁽⁹⁸⁾.

Le premier constat relevé dans cette recherche est que les EPD, présentent plus que les EPM des troubles de comportement et certains parmi eux manifestent de troubles anxieux et de troubles dépressifs ; de même l'étude a démontré que ces différents types de symptômes, surtout les signes dépressifs, sont le résultat de la pauvreté affective du contexte familial qui se caractérise par une distorsion des interactions parents-enfant suite au divorce ⁽⁹⁹⁾.

Parmi les aspects pertinents de cette étude est le fait que 57% des enfants ont une conscience partielle de la carence affective à l'âge de 3 à 6 ans; ce taux augmente pour atteindre 64% à l'âge de 6 à 12 ans. Dans le même sens, l'investigation clinique a reflété, que si le rendement affectif des parents vis-à-vis de l'enfant diminue, cela entraîne une augmentation des manifestations symptomatiques et accentue l'intensité des troubles. Cependant, quand la quantité et la qualité des échanges émotionnels des parents à l'égard des enfants augmente, ceci engendre une réduction de l'intensité des troubles et les oriente vers la disparition ⁽¹⁰⁰⁾.

3.1.3. Etude Américaine

C'est une recherche longitudinale effectuée par B.M. Hicks et autres en 2009 relevant que la persistance de la carence affective qui commence aux stades de l'enfance et se prolonge au cours de la phase de l'adolescence, se traduit chez l'adolescent par des comportements antisociaux et des troubles dépressifs, ce constat est ressorti d'une

⁹⁸ M. Bartels & AL, **Childhood problem behavior and parental divorce**, In International Journal for Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , N°47, PP : 1539-1548, Amsterdam, The Netherlands, 2012.

⁹⁹ Ibid, P: 1542.

¹⁰⁰ B.M. Hicks and all, **Gene-environment interplay in internalizing disorders**, In Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, P : 1309, University Minnesota, USA, 2009.

investigation clinique opérée auprès d'un échantillon d'adolescents de 17 ans⁽¹⁰¹⁾.

Il est important de mentionner que les points de concordance entre ces trois études se concrétisent à la lumière de deux axes essentiels : Le premier est la gravité de l'impact affectif négatif de la séparation entre les parents sur l'équilibre psychique infantile; Le second facteur commun est la prévalence des troubles dépressifs comme l'une des expressions pathologiques les plus fréquentes chez l'enfant. Ce type de symptômes est investi dans le psychisme infantile comme une réponse à la carence affective, engendrée par la défaillance de la fonction parentale après la rupture des liens conjugaux.

La lecture de ces travaux de recherche nous a inspiré pour préciser le type des manifestations morbides sur lesquelles s'axera l'investigation dans notre étude, à savoir les troubles dépressifs que nous allons décrire d'une manière plus détaillée au niveau clinique psychopathologique dans les volets qui seront présenter ultérieurement.

3.2. Les catégories de la dépression infantile

Si la CIM 10 et le DSM IV-R que nous allons évoquer lors de la définition des troubles dépressifs et qui ont réussi à présenter un tableau clinique détaillé et précis des symptômes cliniques de la dépression; néanmoins leur approche diagnostique n'a pas spécifié les particularités de ces troubles chez l'enfant qui est l'objet de cette thèse. Dans ce cadre la Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent (CFTMEA) vient pour combler cette insuffisance sémiologique. Dans ce qui suit nous allons présenter les catégories de base de la dépression infantile dans cette classification.

La dernière version du CFTMEA R-2012 a évoqué l'épisode dépressif chez l'enfant à partir des cinq catégories suivantes : les troubles dépressifs à caractère psychotique, les symptômes dépressifs inscrits dans le registre névrotique, les manifestations dépressives liées aux pathologies limites, les troubles dépressifs réactionnels et les moments dépressifs

¹⁰¹ Ibid, P : 1314.

relatifs aux variations de la normale ⁽¹⁰²⁾. Nous allons aborder succinctement ces cinq catégories dans les lignes qui suivent.

- ***Les troubles dépressifs inscrits dans la catégorie psychotique***

Avant de présenter un aperçu sur les troubles dépressifs à caractère psychotique chez l'enfant, il est nécessaire d'indiquer que la CFTMEA R-2012 préfère l'utilisation du terme «Troubles dépressifs d'allure psychotique» au lieu de formuler le diagnostic de psychoses précoces, ce choix terminologique découle du fait que la structure psychique est en cours de structuration durant les stades de l'enfance et il est difficile par conséquent de parler d'une pathologie mentale proprement dite au cours de ces phases infantiles.

Au sein de cette catégorie la CFTMEA R-2012 répertorie les manifestations dépressives à caractère psychotique chez l'enfant, pour lequel les troubles de l'humeur occupent une place centrale ; ces expressions pathologiques peuvent apparaître dès l'âge de 3 à 4 ans ⁽¹⁰³⁾.

Ces symptômes dépressifs d'allure psychotique s'extériorisent à travers plusieurs aspects appelés tous par la CFTMEA «Episode Dépressif» qui porte le code diagnostique (Réf : 1.411) ⁽¹⁰⁴⁾.

D'une manière générale, les troubles dépressifs d'allure psychotique sont extrêmement rares chez les enfants vulnérables à la pathologie mentale et ils sont encore moins probables chez les enfants issus de parents divorcés ⁽¹⁰⁵⁾.

Cette différence entre les enfants atteints de troubles d'allure psychotique et les enfants originaires de parents séparés s'expliquerait par le fait que la problématique psychopathologique principale des troubles psychotiques réside dans l'incapacité de l'enfant à identifier la

¹⁰² CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 19, Sous la Direction du : Pr Roger Misès, Editeur : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes-France, 2012.

¹⁰³ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 27.

¹⁰⁴ Ibid, PP : 27-28.

¹⁰⁵ D. Marcelli, **La dépression chez l'enfant**, In S. LEOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, P : 1442.

distinction entre le sujet et l'objet ⁽¹⁰⁶⁾, cependant le malais psychique relatif à la rupture des liens parentaux suite au divorce, est ressentie par l'enfant à partir de la reconnaissance de sa position comme sujet qui a subi une carence affective engendrée par les objets parentaux ⁽¹⁰⁷⁾.

- ***Les troubles dépressifs relatifs à la catégorie névrotique***

Les troubles névrotiques chez l'enfant, sont observables à partir de l'âge de 3 ans et ils portent la référence (Code N°: 2) dans la CFTMEA R-2012 qui les décrit entre autres par ⁽¹⁰⁸⁾.

- *Troubles durables difficiles à traiter sur le plan thérapeutique.*
- *Symptômes non compréhensibles par le biais des événements récents ; il est nécessaire par conséquent de chercher dans l'histoire de l'enfant les facteurs qui ont déclenché les manifestations symptomatiques et qui sont souvent communiqués par l'entourage : les parents, les frères, les camarades de l'enfant.*
- *L'enfant tend à répéter dans un environnement nouveau (école, terrain de jeu) les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial, comme l'agitation psychomotrice exercée dans le cadre de sa relation avec ses camarades et même avec ses enseignants.*

Il est à noter que ces caractéristiques morbides représentent les éléments communs entre les différentes pathologies d'allure névrotique chez l'enfant, au sein desquelles nous trouvons les troubles dépressifs, classifiés par la CFTMEA comme un regroupement syndromique sous la référence (Code N° : 2.5), qui est diagnostiqué dans le registre névrotique lorsqu'il répond aux critères généraux susmentionnés ⁽¹⁰⁹⁾.

¹⁰⁶ Ibid, P : 1442.

¹⁰⁷ M. Hanus, **Le deuil chez l'enfant**, In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, PP : 1463-1464. NB : Surtout chez l'enfant en période de latence qui devient capable d'identifier sa propre personne en tant que sujet et les individus de son entourage en tant qu'objets.

¹⁰⁸ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, PP : 30-31

¹⁰⁹ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 34.

D'une manière générale, il est difficile de concevoir à notre avis l'éventualité d'existence des troubles dépressifs d'allure névrotique chez l'enfant, relatifs à la dissociation des relations conjugales entre ses parents; cette probabilité ne peut s'opérer que si l'enfant continue à vivre au sein d'une dynamique relationnelle parents-enfant prédominée par la persistance des conflits parentaux à caractère aigu après la rupture des liens maritaux. Ceci peut se produire quand la mère par exemple, inculque dans l'esprit de son fils une représentation chargée de haine, de mépris et de dévalorisation à l'égard de son père à travers les échanges quotidiens au sein du foyer maternel.

Situé au centre de l'emprise parentale conflictuelle, l'enfant ne parvient pas à élaborer des réponses adaptées à cette atmosphère familiale gravement pathogène, il se trouve par conséquent confronté à une carence affective engendrée par la défaillance de la fonction affective du père et/ou de la mère.

Cette privation émotionnelle peut se répercuter négativement sur l'humeur de l'enfant et elle se concrétiserait chez lui sous forme d'un désinvestissement partiel des activités de sa vie ordinaire et le prédisposerait par conséquent à manifester des troubles dépressifs d'allure névrotique tels que : la diminution de l'intérêt qui n'est pas généralisée sur l'ensemble des tâches de la vie habituelle mais relative à un domaine particulier comme la scolarité ou les activités ludiques ⁽¹¹⁰⁾.

- ***Les troubles dépressifs en rapport avec les pathologies limites***

Les pathologies limites à dimension infantile, sont répertoriées dans la CFTMEA R-2012 sous la référence (Code N°: 3); ils se manifestent à travers des expressions symptomatiques très diversifiées et très variables d'un cas à un autre; cette symptomatologie est prédisposée également aux transformations corrélatives au développement psycho-affectif de l'enfant ⁽¹¹¹⁾.

¹¹⁰ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 31.

¹¹¹ Ibid, PP : 36-37.

Un nombre important des symptômes se présentent sous un aspect dominant de troubles de personnalité, qui occupent une place originale entre la sémiologie névrotique et l'organisation psychotique. Au point de vue clinique, on relève les éléments suivants :

- *Prépondérance des expressions symptomatiques qui se traduisent essentiellement au niveau corporel.*
- *Des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive, entraînent une vulnérabilité à la perte d'objet.*
- *L'enfant accède à une distinction entre soi et non soi. Cette différenciation trace l'écart des états limites infantiles par rapport aux états psychotiques dans lesquels l'enfant est incapable de réaliser cette discrimination ⁽¹¹²⁾.*
- *Les expressions symptomatiques se caractérisent par une hétérogénéité structurelle : d'une part, l'enfant développe des capacités d'adaptation de type névrotique et d'autre part on remarque une persistance des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental de type psychotique.*

Les troubles dépressifs infantiles liés aux pathologies limites sont classés dans le CFTMEA sous la référence (Code N° : 3.4); ces manifestations sont diagnostiquées lorsqu'elles occupent la première place dans le tableau clinique ⁽¹¹³⁾.

De ce qui précède, nous pouvons dire que même si les troubles dépressifs inscrits dans le cadre des pathologies limites, ont une grande probabilité de se manifester chez l'enfant en raison de sa vulnérabilité à toute séparation ou perte d'objet, mais les enfants originaires de parents divorcés présenteraient une carence affective qui n'aboutirait pas à l'irruption des troubles dépressifs inscrits dans le registre des pathologies limites.

¹¹² CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, PP : 36-37.

¹¹³ Ibid, P : 39.

- ***Les troubles dépressifs à caractère réactionnel***

La CFTMEA classe dans cette catégorie sous référence (Code N°: 4) des troubles dépressifs qui apparaissent d'une manière récente et qui ont un lien avec une cause précise perturbatrice de l'équilibre psychique de l'enfant.

La dépression réactionnelle est classée ici comme une sous-catégorie d'expressions dépressives infantiles portant la référence (Code N° : 4.0). Elle est diagnostiquée quand les troubles répondent aux critères cités ci-dessus ou si la composante dépressive est au premier plan ⁽¹¹⁴⁾.

Le facteur stimulateur de ce type de symptômes est le plus souvent une perte d'objet réelle ou une défaillance symbolique de ce dernier qui peut provoquer des épisodes dépressifs réactionnels de durées variables, selon l'intensité du malaise psychique de chaque enfant et suivant la gravité de la carence affective engendrée par la rupture des liens conjugaux entre ses parents.

La CFTMEA classe dans cette même catégorie, les manifestations réactionnelles sous référence (Code N° : 4.1), elle répertorie dans ce cadre, des troubles relatifs à des conflits extériorisés dans le milieu familial, scolaire ou social. Ces expressions symptomatiques sont prédisposées à la guérison par le biais d'une prise en charge psychothérapique précocement instaurée ⁽¹¹⁵⁾.

Vu que les troubles dépressifs à caractère réactionnel sont liés sur le plan étiologique à la problématique de séparation, de perte ou de défaillance de l'objet d'amour, il est fort possible à notre avis que les enfants issus de parents divorcés expriment leur panique relative à cette séparation perçue comme inconcevable par le biais des symptômes dépressifs réactionnels.

¹¹⁴CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 40.

¹¹⁵ Ibid, P : 40.

- ***Les Moments Dépressifs Relatifs aux variations de la Normale (MDRN)***

Cette catégorie est classée par la CFTMEA sous référence (Code N°: 0), elle est utilisée d'une manière isolée à l'exclusion de toutes les catégories précitées⁽¹¹⁶⁾.

La CFTMEA classe dans cette catégorie, des symptômes qui peuvent apparaître souvent au cours de l'évolution normale de l'enfant comme les pleures précoces, les décalages et les régressions transitoires lors de l'émergence et l'installation des grandes fonctions telles que : l'acquisition de la marche, l'apprentissage de la propreté, le premier contact avec l'école et lors des mésententes passagères entre les parents.

Ces variations corrélatives à la croissance normale aux stades de l'enfance sont transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement psycho-affectif de l'enfant, sans que le malaise qu'ils peuvent véhiculer dans sa vie relationnelle porte une valeur pathologique⁽¹¹⁷⁾.

A ce propos nous supposons que ces moments dépressifs, peuvent se manifester chez l'enfant lors de la séparation entre ses parents, étant donné que cet événement constitue un instant exceptionnel inscrit dans son évolution psycho-affective. Par contre si la rupture des liens conjugaux est bien expliquée conjointement par ses deux parents, l'enfant peut surmonter facilement ces moments dépressifs et poursuivrait aisément son chemin évolutif vers le stade de l'adolescence.

La CFTMEA classe les MDRN sous référence (Code N° : 0.1), comme une sous-catégorie des variations de la normale ; ils s'expriment à travers des phases dépressives de durée limitée, qui correspond souvent à des instants de remaniement psychique⁽¹¹⁸⁾.

La symptomatologie est légère, elle comprend un seul symptôme parmi les manifestations dépressives comme : la tristesse, les troubles du

¹¹⁶ Ibid, P : 42.

¹¹⁷ Ibid, P : 42.

¹¹⁸ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 42.

sommeil, l'altération de l'appétit; ces manifestations dépressives peuvent disparaître, grâce à des mesures simples comme la présence chaleureuse et affectueuse des parents auprès de l'enfant et sans recours à une prise en charge psychothérapeutique ⁽¹¹⁹⁾.

- **Définition préliminaire des deux catégories de dépression étudiées**

A la lumière de cette description synthétique des cinq catégories de dépression infantile répertoriées dans la CFTEMA-R 2012 et en s'appuyant sur nos points de vue précités à la fin de chaque catégorie de dépression susmentionnée dans sa relation avec la carence affective comme facteur étiologique ⁽¹²⁰⁾.

Il s'avère à notre avis, que la quatrième catégorie, à savoir les troubles dépressifs réactionnels sous référence N° 4.1, constituent l'une des expressions pathologiques les plus sollicitées par les enfants issus de parents divorcés ⁽¹²¹⁾, parce qu'elles sont déclenchées le plus souvent par un événement récent qui se définit dans notre thèse par la défaillance des liens émotionnels parents-enfant suite à la rupture des liens conjugaux ⁽¹²²⁾.

Cette éventuelle relation entre la carence affective et les troubles dépressifs réactionnels a déjà fait l'objet d'argumentation à travers les études précédentes qui figurent dans le premier point traité dans ce chapitre, à savoir la recherche Tunisienne «Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent» réalisée en 2002 par F. Ghribi et autres ⁽¹²³⁾, ainsi que l'étude Hollandaise «Divorce parental et troubles du comportement chez l'enfant» effectuée en 2012 par M. Bartels et autres ⁽¹²⁴⁾.

¹¹⁹ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, P : 41.

¹²⁰ Voir la présente thèse : **Dépression psychotique** PP : 61-62, **Dépression névrotique** PP : 62-63, **Dépression dans le cadre des pathologies limitées** PP : 63-64, **Dépression réactionnelle** P : 65, **Moments dépressifs relatifs à la normale**, PP : 66-67.

¹²¹ CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème} Edition, P : 40.

¹²² G. Coste, **Les enfants du divorce**, Edition Union des Familles en Europe, PP : 5-6, Meylan-France, 2011.

¹²³ Voir la présente thèse, **Etude Tunisienne effectuée par F.GHRIBI et Autres**, P : 58.

¹²⁴ Voir aussi, Recherche **Hollandaise réalisée par M. Bartels et autres**, P : 59.

Il est important de signaler que ces deux travaux de recherche ont relevé l'existence des troubles dépressifs chez les enfants issus de parents divorcés comme des symptômes parmi d'autres tels que les troubles de personnalité hors névrose et psychose, les troubles de comportement et les troubles anxieux, néanmoins la présente thèse a défini en tant qu'objectif la focalisation de l'investigation clinique uniquement sur les troubles dépressifs chez les enfants du divorce et spécifiquement sur les manifestations dépressives réactionnelles.

Il est à noter également que la réaction dépressive de l'enfant normal originaire de parents mariés, peut s'extérioriser quand ces derniers présentent une mésentente conjugale passagère, à cette occasion l'enfant garderait son contact harmonieux avec la réalité quotidienne, toutefois il perdrait la vivacité de son humeur qui lui reviendrait spontanément lorsque le désagrément parental s'achève.

Cette carence affective ordinaire ou transitoire peut provoquer à notre avis un malaise dépressif susceptible d'être classé dans la cinquième catégorie de la dépression infantile, notamment les MDRN répertoriés dans la CFTMEA R-2012 sous le code : N°0 (Zéro).

Il est à souligner que les deux études précédentes (Ghribi et Bartels) citées plus haut ont adopté la méthode de comparaison entre un groupe des EPD et un échantillon des EPM, cependant ils ont comparé les deux groupes par rapport aux troubles psychopathologiques ⁽¹²⁵⁾.

A son tour, la présente thèse a choisi la même approche comparative mais elle ciblera comme objectif, la détection des troubles dépressifs morbides à connotation réactionnelle chez les EPD, cette recherche tentera aussi d'explorer l'éventuelle existence des MDRN auprès des EPM.

A la fin de cette définition opérationnelle qui a déterminé les troubles dépressifs réactionnels comme objet principal d'étude au sein de cette thèse, il nous semble nécessaire à ce propos de délimiter d'une manière plus ou moins détaillée cette forme de dépression infantile.

¹²⁵ Voir la présente thèse, **Etude Tunisienne effectuée par F. Ghribi et Autres**, P : 58.
Voir aussi, **Recherche des pays-bas réalisée par M. Bartels et autres**, P : 59.

En effet nous comptons présenter les symptômes qui constituent le tableau clinique du syndrome dépressif réactionnel à travers la description comparative de deux classifications internationales des troubles mentaux notamment la CIM 10 et le DSM IV-R que nous allons aborder ultérieurement.

3.3. Définition des troubles dépressifs

La dépression réactionnelle ou psychogène ⁽¹²⁶⁾ est une pathologie mentale qui peut se manifester chez l'enfant suite à un événement vécu par ce dernier en tant que traumatisme psychique à savoir le deuil, une maladie grave, un accident dramatique, et surtout lors de la séparation de ses parents. Même si l'un de ces facteurs étiologiques est facilement repérable par le clinicien dans la biographie de l'enfant déprimé, mais ce dernier peut le passer sous silence bien qu'il s'est répercuté négativement sur son équilibre affectif et c'est après quelques semaines voire quelques mois que les troubles dépressifs déclarent leur existence ⁽¹²⁷⁾.

Bien que les études épidémiologiques liées à la prévalence des troubles dépressifs aient enregistré un taux qui ne dépasse pas 3% chez l'enfant et 9 % chez l'adolescent, ce pourcentage s'élève à 20% parmi les cas qui se présentent en consultation pédopsychiatrique et qui manifestent des symptômes dépressifs ⁽¹²⁸⁾.

Dans le même sens, les travaux réalisés en psychopathologie de l'enfant issu de parents divorcés ont confirmés d'abord, l'existence de ce genre de symptômes au cours de l'enfance. Quant à l'intensité de leur apparition chez cette population, elle sera éventuellement plus élevée par

¹²⁶ D. Marcelli, **Enfance et psychopathologie**, PP : 446-447, Edition Masson, Paris-France, 1999.

- **Dépression psychogène** : est liée à des facteurs exogènes extérieurs au psychisme de l'enfant, elle peut être engendrée par ses parents à titre d'exemple. Cette forme de dépression se distingue de la dépression endogène qui est stimulée le plus souvent par des facteurs intrapsychiques propres à l'enfant.

¹²⁷ Ibid, P : 446.

¹²⁸ D. Marcelli, **La dépression chez l'enfant**, In S. LEOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, P : 1442.

rapport aux enfants des parents mariés selon les études précitées dans ce chapitre ⁽¹²⁹⁾.

Cette augmentation est due à l'importance du malaise psychique relatif à la carence affective suscitée tantôt par l'insuffisance d'affection ou la négligence émotionnelle et déclenchée parfois à travers l'excès de bienveillance ou l'hyper-protection, ces deux formes carentielles sont exercées par l'un ou les deux parents après la rupture des liens conjugaux ⁽¹³⁰⁾.

Dans ce qui suit, nous procéderons d'abord à l'énumérations des troubles dépressifs répertoriés dans les tableaux cliniques figurants dans les classifications internationales à savoir la CIM 10 et le DSM IV-R. Nous exposerons par la suite une délimitation opérationnelle de ces symptômes se rapportant à la thématique de notre thèse.

3.3.1. Symptômes dépressifs dans les classifications internationales

Le DSM III-R (1987), appelé Manuel Diagnostic Statistique élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), qui même s'il s'adresse dans son tableau clinique de la dépression aussi bien aux adultes qu'aux enfants, mais il a le mérite de citer les manifestations dépressives essentielles chez l'enfant. Pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur, le DSM III-R exige la présence de cinq symptômes parmi une liste de neuf troubles dont au moins les deux premiers sont l'humeur dysphorique et la perte d'intérêt ou le déplaisir ⁽¹³¹⁾.

Il est important de signaler à ce propos que le premier symptôme est le seul pour lequel est énoncée une référence à l'enfant et à l'adolescent, pourtant malgré la restriction de l'approche clinique de la dépression infantile dans le DSM III-R, elle se distingue par sa notification

¹²⁹F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**. In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, PP : 121-127, Edition Masson Elsevier, Paris-France, 2002.

¹³⁰ Ibid, PP : 121-127.

¹³¹ D. Marcelli, **La dépression chez l'enfant**. In S. LEOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, P : 1439.

d'existence de cette pathologie dans les stades de l'enfance et de l'adolescence ⁽¹³²⁾.

Suite à ces travaux cliniques réalisés au cours des années quatre-vingts, le diagnostic des troubles dépressifs chez l'enfant a poursuivi son évolution, pour atteindre ses descriptions sémiologiques les plus actualisées qui figurent au sein de deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques à savoir le DSM IV-R et la CIM 10. Le DSM IV-R représente la quatrième version révisée du Manuel Diagnostic Statistique, quant à la CIM 10 c'est la 10^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ces deux nosographies proposent une description clinique des syndromes relatifs aux différentes pathologies mentales d'une manière générale, et du syndrome dépressif en particulier. Bien que ces deux classifications sont les plus utilisées par les cliniciens à travers le monde entier, elles ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni des traits de personnalité qui les accompagnent. Ces deux points sont généralement traités à travers les approches analytiques des auteurs en psychopathologie.

Dans ce qui suit nous commencerons d'abord, par la présentation du tableau clinique du syndrome dépressif adopté par chacune de ces classifications, ensuite nous procéderons à la comparaison de leurs éléments symptomatiques, enfin et à la lumière de la discussion nosographique de leurs composantes sémiologiques, nous allons déterminer le tableau clinique que nous comptons adopter dans le cadre de cette thèse.

- **CIM 10 (1994)**

La CIM 10 attribue aux entités pathologiques des codes alphanumériques, chaque code comprend trois à cinq caractères. Les différents types des troubles mentaux sont répertoriés sous le code (Réf : F00), surtout les troubles dépressifs qui sont classés sous le code (Réf : F32), et portent la nomination «Episodes dépressifs» qui se manifestent

¹³² Ibid, P : 1440.

dans plusieurs formes de dépression parmi lesquelles la CIM 10 a cité la dépression réactionnelle ⁽¹³³⁾.

Cette classification a également détaillé la liste des symptômes qui constituent le tableau clinique du syndrome dépressif, que nous allons citer dans ce qui suit :

- *Humeur dépressive (Tristesse, perte d'intérêt)*
- *Fatigue ou perte d'énergie*
- *Troubles de l'appétit (avec perte ou prise de poids)*
- *Troubles du sommeil*
- *Troubles psychomoteurs (ralentissement ou agitation)*
- *Sentiment d'infériorité et perte de l'estime de soi*
- *Sentiment de culpabilité*
- *Difficultés de concentration*
- *Idées noires, pensée de mort et comportement suicidaire ⁽¹³⁴⁾.*

Il est tangible à travers la citation des neuf symptômes de la dépression réactionnelle répertoriée dans la CIM 10, que nous sommes devant un tableau clinique précis, détaillée qui reflète une nette évolution dans l'histoire du diagnostic du syndrome dépressif.

- ***DSM IV-R (2000)***

Dans le chapitre consacré aux troubles de l'humeur, cette classification mentionne la dépression sous la nomination «Episode dépressif majeur», le DSM IV-R exige la présence d'un minimum de deux symptômes parmi les manifestations cliniques que nous allons citer et qui doivent être présents pendant au moins deux semaines, ces troubles entraînent un changement par rapport au fonctionnement antérieur du sujet. Les symptômes répertoriés dans ce cadre sont :

- *Humeur dépressive*
- *Diminution remarquable de l'intérêt ou le déplaisir*
- *Perte ou gain du poids significatif*

¹³³ CIM 10 : **Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes**, PP : 248-250, 2^{ème} Version, Institut Canadien d'Information sur la Santé, Ottawa-Canada, 2009.

¹³⁴ Ibid, P : 248.

- *Insomnie et hypersomnie*
- *Agitation ou ralentissement psychomoteur :*
- *Fatigue ou perte d'énergie*
- *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive*
- *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer*
- *Pensées récurrentes de mort* ⁽¹³⁵⁾.

La lecture préliminaire des signes cliniques de la dépression réactionnelle qui figurent dans le DSM IV-R, nous permet de constater que cette nosographie regroupe un nombre important de troubles similaires aux symptômes dressés dans le tableau clinique du CIM 10, cependant la discussion des données relatives à ces deux classifications sera abordée dans le volet suivant réservé à la définition opérationnelle des troubles dépressifs réactionnels.

3.3.2. Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques

A la lumière de l'énumération des symptômes répertoriés dans les tableaux cliniques cités dans le DSM IV-R et la CIM 10, il nous paraît que les éléments les plus pertinents dans ces deux nosographies sont :

- *La description de chaque symptôme est focalisée sur ces deux pôles extrêmes, c'est-à-dire la diminution ou l'augmentation de l'intensité du trouble lors de sa manifestation, comme les troubles du sommeil caractérisés ou bien par un manque du repos (insomnie) soit par un excès du sommeil (hypersomnie).*

Ceci illustre l'existence d'une corrélation logique entre les signes cliniques du syndrome dépressif, étant donné que presque l'ensemble des fonctions vitales : Humeur, appétit, psychomotricité, sommeil, concentration, pensée, affects, se trouvent altérées d'une manière excessive ou restrictive, cela suppose que le point médian entre ces deux extrémités représente l'équilibre psychique.

¹³⁵ DSM IV-R: **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

- *La durée qui détermine le caractère pathologique des manifestations symptomatiques est bien délimité dans le temps (deux semaines au minimum pour chaque épisode dépressif).*

Vu l'importance et la crédibilité de ces deux classifications dans la littérature psychopathologique, nous tenterons de créer un rapprochement entre leurs symptômes cliniques, pour déterminer d'une manière opérationnelle les troubles dépressifs réactionnels chez les enfants issus de parents divorcés qui représentent l'objet de recherche dans cette thèse; Il est important de signaler à ce propos que nous procéderons à la comparaison de ces manifestations pathologiques avec les mêmes troubles inscrits dans le registre des moments dépressifs relatifs à la normale que nous supposons rencontrer auprès des enfants originaires de parents mariés.

Il est nécessaire de mentionner également qu'à travers la comparaison des tableaux cliniques figurants dans la CIM 10 et le DSM IV-R, nous avons constaté que ces deux nosographies ont listé neuf symptômes dépressifs principaux, qui sont identiques dans les deux classifications à l'exception de la perte d'intérêt qui est regroupé avec la tristesse dans la CIM 10 et la dévalorisation de soi qui est inclut comme un sentiment similaire à la culpabilité au sein du DSM IV-R.

Néanmoins, nous avons considéré chacune de ces expressions cliniques comme un symptôme à part entière dans le cadre de notre thèse, dans le but de préciser le diagnostic de la dépression morbide d'un côté et pour faciliter l'analyse psychopathologique de ces signes sémiologiques d'un autre côté, hormis les idées noires qui seront traitées en corrélation avec les tentatives de suicide.

De cette manière les troubles dépressifs étudiés dans ce travail de recherche seront au nombre de dix et ils se présentent comme suit :

- *Tristesse ou humeur dépressive*
- *Perte d'intérêt ou déplaisir*
- *Troubles de l'appétit (avec perte ou gain du poids significatif)*
- *Troubles du sommeil (Insomnie ou hypersomnie)*
- *Agitation ou ralentissement psychomoteur*

- *Fatigue ou perte d'énergie*
- *Sentiment de dévalorisation de soi*
- *Sentiment de culpabilité exagérée*
- *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer*
- *Idées noires, pensées de mort et tentatives de suicide.*

Il est à noter à la fin de cette définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques dans ce travail de recherche, qu'en plus de la précision diagnostique des symptômes précités dans le DSM IV-R et la CIM 10, cette dernière classification met à notre disposition la possibilité de déterminer les degrés de sévérité de cette maladie mentale on la délimitant en trois formes sur la base du nombre des symptômes détectés et en fonction de l'intensité de leur apparition, qui se traduit par l'un des deux pôles extrêmes de chaque trouble (excessif ou restrictif).

Il est important de rappeler avant de citer ces trois degrés relatifs à la dépression réactionnelle, que le caractère pathologique est attribué à l'épisode dépressif en se référant à sa durée minimale qui est de deux semaines pour chaque épisode ⁽¹³⁶⁾.

*♦ **L'épisode dépressif léger** (sous référence F32.0) : implique la présence d'au moins deux à trois symptômes qui sont accompagnés généralement d'un sentiment de détresse. Mais l'enfant reste le plus souvent capable de poursuivre la majorité de ses activités habituelles ⁽¹³⁷⁾.*

*♦ **L'épisode dépressif moyen** (sous référence F32.1) : correspond au diagnostic de quatre symptômes au minimum et il se distingue par des difficultés considérables rencontrées par l'enfant lors de l'exercice de ses activités ordinaires ⁽¹³⁸⁾.*

*♦ **L'épisode dépressif sévère ou majeur** (sous référence F32.2) : la détection de cette forme de dépression grave s'effectue par le repérage*

¹³⁶ CIM 10 : **Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes**, P : 190.

¹³⁷ Ibid, P : 190.

¹³⁸ Ibid, P : 190.

d'au moins cinq troubles dépressifs qui constituent un sérieux danger pour la vie de l'enfant ⁽¹³⁹⁾.

Il est palpable à travers la description de ces trois degrés de la dépression infantile, que le diagnostic de l'épisode dépressif pathologique chez l'enfant issu de parents divorcés dans notre thèse, est tributaire de la détection d'au moins deux troubles parmi les dix symptômes dépressifs que nous avons regroupés par le biais de la synchronisation entre les signes cliniques cités dans le DSM IV-R et la CIM 10.

Il est important de préciser en fin de cette définition opérationnelle des troubles dépressifs chez les EPD, que nous avons cité deux caractéristiques relatives à ces symptômes, d'abord nous les avons qualifiés de pathologiques pour les différencier des MDRN que nous supposons rencontrer chez les EPM. Ensuite ces troubles sont décrits comme étant réactionnels car ils se manifestent comme réaction morbide corrélative à un événement perçu par l'enfant comme traumatique à savoir la rupture des liens conjugaux entre ses parents dans le cadre de cette thèse. De ce fait les deux désignations précitées ne sont pas contradictoires mais elles sont plutôt complémentaires.

3.3.3. Définition opérationnelle des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN)

Etant donné que le diagnostic de la dépression pathologique est conditionné par le repérage de deux symptômes dépressifs ou plus, cela veut dire que ce nombre précis (deux troubles), trace les limites entre les manifestations dépressives normales et pathologiques.

Il est important de signaler à ce propos qu'au cas où l'enfant présente deux signes dépressifs voire plus, on parlerait d'un état pathologique que nous supposons déceler chez les enfants de parents séparés ; cependant le dépistage des MDRN est proportionnel à la détection d'un seul trouble parmi les dix symptômes susmentionnés ⁽¹⁴⁰⁾ et qui devrait persister dans le vécu quotidien de l'enfant au minimum quinze

¹³⁹ Ibid, P : 190.

¹⁴⁰ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, P : 41.

jours consécutifs ⁽¹⁴¹⁾. Ce nombre de signes cliniques pourrait émerger chez les enfants de parents mariés.

Succinctement, nous pouvons dire que la divergence éventuelle des réactions dépressives infantiles citées plus haut, peut être justifiée par la nature de la carence affective qui serait intense, prolongée voire morbide chez les EPD, cependant la privation émotionnelle ressentie par les EPM pourrait être légère, passagère et ordinaire.

Ceci reflèterait à notre avis l'utilité de l'étude comparative relative au présent travail de recherche, qui illustrerait clairement l'intensité des manifestations dépressives pathologiques chez l'enfant de parents divorcés suscitées par un climat affectif fortement carenciel par rapport à la défaillance émotionnelle habituelle éprouvée par les enfants de parents mariés qui donnerait lieu à l'irruption des MDRN.

En ce qui concerne le degré d'intensité des troubles, nous rappelons que les symptômes dépressifs réactionnels sont classés selon leur sévérité en trois niveaux : grave, moyen et léger, et si nous tenons compte du fait que l'épisode dépressif léger est conditionné par la présence d'au moins deux troubles persistants pendant quinze jours au minimum, à la lumière de ces données cliniques nous pouvons dire que les MDRN répertoriés au CFTMEA R-2012 sous référence N° 0.1 se caractérisent essentiellement par l'émergence d'un seul ou plusieurs symptômes dépressifs comme nous l'avons déjà mentionné ⁽¹⁴²⁾.

Cependant cette catégorie de dépression pourrait devenir grave à notre avis si elle est associée à un seul et unique trouble dépressif aigu au cours d'une période minimale de deux semaine ou plus. Similairement, les MDRN peuvent être réactionnels, autrement-dit ils se manifesteraient comme réaction à une mésentente passagère entre l'enfant et ses parents et non pas suite à une défaillance parentale permanente comme c'est le cas chez les EPD.

¹⁴¹ Ibid, P : 41.

¹⁴² CFTMEA R-2012 : **Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent**, 5^{ème}Edition, P : 42.

Il est important de signaler à la fin de ces deux définitions opérationnelles, que nous allons utiliser l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) élaboré par M. Kovacs et A. T. Beck ⁽¹⁴³⁾ parmi les outils méthodologiques pour diagnostiquer les troubles dépressifs pathologiques. Nous allons procéder de la même manière lors de l'investigation clinique des MDRN par le biais de l'épreuve précitée.

Il est important de signaler également que nous allons adopter dans le cadre de ce travail de recherche des critères diagnostiques afin de mesurer quantitativement les deux catégories de dépression cités plus haut, ces critères seront développés voire détaillés dans la partie méthodologique et précisément lors de la description clinique de l'inventaire de dépression chez l'enfant.

3.4. Aspects cliniques et psychopathologiques des symptômes dépressifs

Après avoir défini de façon opérationnelle les deux catégories de dépression étudiées dans ce travail de recherche notamment : les troubles dépressifs pathologiques et les MDRN, nous allons procéder dans ce qui suit à la délimitation des aspects cliniques et psychopathologiques de chacun des dix symptômes de la première catégorie que nous supposons rencontrer chez les enfants du divorce en les comparants avec les MDRN que nous estimons localiser auprès de leurs confrères originaires de parents mariés.

Il est à noter dans ce sens que les auteurs en psychopathologie rencontrent des difficultés lors du repérage des symptômes dépressifs à cause de leur caractère masqué, c'est pour cette raison que nous allons nous inspirer du décodage des éléments diagnostiques élaborés par Daniel Marcelli sur la base de deux données cliniques essentielles, la première est l'étude des critères du DSM IV-R, la seconde est la description du

¹⁴³ Kovacs, M. et Beck, A.T., «**An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression**», In Shulter-brandt, J.G & Raskin, A., *Depression in children : Diagnosis treatment and concept models*, Eds Raven, Newyork, 1977.

discours et du comportement de l'enfant déprimé, ainsi que les propos de ses parents et de son entourage concernant ces troubles ⁽¹⁴⁴⁾.

Ce décryptage symptomatique nous sera utile au cours du repérage des troubles dépressifs chez les EPD étudiés dans le cadre de ce travail de recherche. Dans les lignes qui suivent nous allons exposer ce déchiffrement sémiologique à travers la combinaison des symptômes répertoriés dans le DSM IV-R et la CIM 10 qui seront présentés comme suit :

3.4.1. La tristesse ou l'humeur dépressive :

Présente pratiquement toute la journée, persistante presque tous les jours. Ces expressions symptomatiques ne sont pas exprimées même quand elles existent ⁽¹⁴⁵⁾. Parmi les signes sémiologiques qui concrétisent ce trouble on trouve : l'enfant à un visage sérieux, il est peu mobile, il est souvent irritable, ses parents le présentent en disant «il est nerveux» ou «il est coléreux» ⁽¹⁴⁶⁾.

- **Aspects cliniques de la tristesse**

Il est important sur le plan sémiologique de définir les limites qui reflètent la différence entre la tristesse normale qui peut émerger chez l'EPM et la tristesse pathologique qui se manifesterait chez l'EPD.

Le chagrin ordinaire se distingue par trois caractéristiques essentielles. La première est la durée des moments dépressifs qui ne dépassent pas deux semaines consécutives, au cours desquelles un enfant originaire d'une famille unie éprouve des sentiments de tristesse relative aux difficultés habituelles qu'il rencontre avec ses parents, néanmoins ce mécontentement demeure épisodique et transitoire, le second élément est l'intensité de la réaction infantile vis-à-vis de la carence parentale normale qui est généralement légère et modérée. La troisième caractéristique est la nature de la tristesse qui n'est pas envahissante et ne

¹⁴⁴ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, PP : 15-24, Editions Frison-Roche, Paris-France, 1997.

¹⁴⁵ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403.

¹⁴⁶ Op cit, D. Marcelli, P : 15.

provoque pas par conséquent une désorganisation de la structure interne de l'enfant ⁽¹⁴⁷⁾.

D'un autre côté, la tristesse pathologique ou l'humeur dépressive qui se manifesterait chez les enfants du divorce comme un résultat de la carence affective suscitée par la défaillance du rendement émotionnel parental vis-à-vis de l'enfant après la rupture des liens conjugaux, peut s'exprimer d'une manière pathologique à travers l'absence de sourire ou le refus du contact avec autrui.

L'humeur triste est accompagnée souvent par le pessimisme qui se concrétise verbalement à travers les plaintes infantiles d'être seul, de ne pas être aimé et d'être rejeté. Or, l'immaturité des enfants du divorce et leur faible maîtrise de l'expression verbale pourraient les prédisposer à la somatisation qui rend délicat le repérage de la dépression infantile, c'est pour cela que la tristesse au lieu de se refléter par l'inhibition, elle peut se traduire par l'irritabilité exprimée dans un contexte d'intolérance à la frustration (hurlements, insultes, coups, morsures) qui survient brusquement en réponse à la moindre contrariété ⁽¹⁴⁸⁾.

- **Aspects psychopathologiques de la tristesse**

La vie de l'enfant issu de parents unis même si elle semble normale mais elle n'est pas facile pour lui, parce que ses parents bien qu'ils fournissent un effort considérable pour satisfaire une grande partie de ses besoins, cependant une autre partie des attentes infantiles reste insatisfaite, c'est pour cette raison que l'enfant qui est envahi par le principe de plaisir ressent une tristesse intense et extériorise son mécontentement et son désespoir sous forme de crises de colère, d'hostilité et de pleurs ⁽¹⁴⁹⁾.

La question qui se pose dans ce contexte est la suivante : pourquoi l'enfant réagit de telle façon sachant que les satisfactions chez lui prédominent les frustrations ?

¹⁴⁷ D. Petot, « **Les dépressions** », P : 115, Dans M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Edition Gaëtan Morin, Montréal-Canada, 1999.

¹⁴⁸ Ibid, P : 115.

¹⁴⁹ Ibid, P : 115.

L'enfant à le pressentiment que ces interactions avec ses parents impliquent des contraintes qui ne sont pas faciles à affronter, lors de ces confrontations, ce dernier éprouve au sein de son psychisme une rencontre entre deux réalités, d'une part la réalité du monde extérieur (qui peut être partagée par un nombre important des enfants) concrétisée d'un côté par les satisfactions offertes par l'entourage, surtout par les parents qui stimulent au fond de lui un sentiment de joie, d'un autre côté les frustrations imposées par ces derniers qui activent au sein de son psychisme les émotions de tristesse.

D'autre part, nous trouvons la réalité du monde intérieur (propre à chaque enfant) qui comprend des éléments personnels tels que : ses sentiments, ses idées, son imagination et ses représentations. La confrontation entre ces deux types de réalité consiste à comparer ce qui est désiré, imaginé et attendu dans le monde intérieur avec ce qui est fourni comme prestation par le monde extérieur (les parents) ⁽¹⁵⁰⁾.

L'origine de la tristesse infantile réside dans le fait que même la meilleure réalité extérieure (satisfaction réelle) est décevante pour l'enfant parce qu'elle n'est pas conforme à la réalité intérieure (satisfaction imaginée, désirée et attendue) d'où la déception de l'enfant génératrice de sa tristesse et sa colère que les parents n'arrivent pas à comprendre, car ils ignorent qu'il existe toujours un écart entre le désir imaginaire infantile et la satisfaction réelle offerte par l'entourage, c'est pour cela que l'une des tâches principales des parents selon Winnicott et d'aider l'enfant à réaliser la transition de l'illusion imaginaire vers la désillusion qui implique l'acceptation de la satisfaction comme elle est offerte ⁽¹⁵¹⁾.

Le chagrin de l'enfant devient morbide dans certains cas spéciaux tels que : la séparation par le divorce des parents qui peut lui engendrer une tristesse normale, si ses parents ont réussi à réaliser adéquatement le deuil de leurs liens affectueux et continuent à collaborer ensemble après le divorce pour satisfaire les besoins psychiques fondamentaux de leur enfant.

¹⁵⁰ D. W. D. Winnicott, **L'enfant et sa famille**, PP : 146-147.

¹⁵¹ Ibid, P : 148.

Néanmoins si les parents séparés restent prisonniers des conflits conjugaux qui se répercutent négativement sur leurs liens parentaux vis-à-vis de leur enfant après le divorce, cela provoquerait au fond de lui une carence affective qui se manifesterait sous forme d'une tristesse pathologique accompagnée par des crises de pleurs, de colère et d'hostilité incontrôlables, dans ce cas les parents échoueraient dans leurs tentatives de calmer l'enfant⁽¹⁵²⁾.

Devant leur impuissance à l'égard de cette tristesse persistante, les parents peuvent solliciter la consultation des spécialistes pour que leur enfant bénéficie d'une prise en charge psychothérapique ou psychiatrique ou les deux à la fois. Il est important de signaler dans ce cadre que certains enfants étudiés dans notre mémoire de DESS en psychopathologie ont présenté une humeur dysphorique qui se concrétise à travers l'expression verbale de leur désagrément vis-à-vis de la situation carencielle qu'ils subissent à cause de la défaillance affective parentale à leur égard suite à la rupture des liens conjugaux⁽¹⁵³⁾.

Le cas «Y» à titre d'exemple a révélé sa tristesse excessive dans ses productions verbales lors de l'administration des tests projectifs à savoir le Rorschach et le CAT; dans les protocoles de ces deux épreuves nous avons constaté que son discours est marqué par une tonalité affective dysphorique caractérisée par la pauvreté d'expression émotionnelle et l'attachement stéréo-typique à l'objectivité qui réprime toute ébauche de la spontanéité. Ajoutant à ceci les mimiques de son visage qui reflètent souvent le chagrin, le déplaisir et le mécontentement et rarement qu'on rencontre dans ses élocutions des propos inscrits dans le registre du plaisir, de la joie et de l'optimisme⁽¹⁵⁴⁾.

Ce négativisme affectif est relatif à une double carence émotionnelle vécue par le cas «Y», qui a subi d'un côté une négligence paternelle engendrée par une séparation prolongée avec son père suite au divorce et d'un autre côté l'enfant a encaissé une hyper-protection de la part d'une

¹⁵² Ibid. P : 145.

¹⁵³ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, P : 52.

¹⁵⁴ Ibid, PP : 53-54.

mère qui est toujours influencée par sa propre blessure narcissique relative à la perte d'objet d'amour conjugal ⁽¹⁵⁵⁾.

Il est important de signaler que la période de latence se distingue par l'ébauche de la capacité de mentalisation qui peut représenter un moyen efficace pour lutter contre la dépression pathologique chez les EPD relative à la carence affective suscitée par la rupture des liens conjugaux de leurs parents, c'est pour cette raison que certains parmi eux peuvent contourner l'humeur dysphorique par l'utilisation défensive de l'humeur euphorique. Cette formation réactionnelle marquée par l'exploitation exagérée de la joie qui peut se traduire par le surinvestissement des activités ludiques comme les jeux électroniques et en plein air au détriment du rendement scolaire ⁽¹⁵⁶⁾.

3.4.2. La diminution de l'intérêt ou le déplaisir

Ce trouble affecte l'ensemble des activités de la vie, il peut être signalé par le sujet ou par son entourage ⁽¹⁵⁷⁾, *il se reflète à travers le discours de l'enfant qui peut dire : «Je m'en fou», «J'ai envie de rien», «Je n'ai rien à faire»; Pour ses parents c'est un enfant «qui n'est jamais content», «on ne peut jamais lui faire plaisir»* ⁽¹⁵⁸⁾.

- **Aspects cliniques du désintérêt**

Les activités scolaires sont souvent les premiers aspects touchés par ce manque d'intérêt, parfois accompagné d'une rationalisation altérée « ça sert à rien de travailler, on va tous mourir », l'entourage de l'enfant est surpris également de son désintérêt à jouer et son refus des jeux qu'on lui propose ⁽¹⁵⁹⁾.

¹⁵⁵ Ibid, PP : 55-56.

¹⁵⁶ D. Marecelli, **La dépression chez l'enfant**, P : 1445, Dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume2.

¹⁵⁷ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

¹⁵⁸ D. Marcelli, **« Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ? »**, In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 16.

¹⁵⁹ D. Petot, **« Les dépressions »**, P : 115, In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Edition Gaëtan Morin, Montréal-Canada, 1999.

- **Aspects psychopathologiques du désintérêt**

L'enfant des parents mariés alimente souvent son intérêt aux activités de la vie quotidienne en s'étayant sur ses bonnes relations avec ses parents.

Ces derniers fournissent un grand effort pour être présents auprès de leur enfant dans le but de satisfaire ses besoins psycho-physiologiques, mais cette présence selon le point de vue de A. Dachmi n'est pas le seul facteur qui garantit l'équilibre psychique infantile, l'absence des parents est également structurante de son psychisme, cependant ce dernier ne tolère pas cette carence affective positive et pourrait manifester une perte d'intérêt à tout ce qui fait référence à la vie et ne ressent aucun plaisir en s'engageant dans les activités ludiques et scolaires ⁽¹⁶⁰⁾.

A. Dachmi illustre également que la succession répétitive des moments de gratification et de frustration des besoins de l'enfant par ses parents, facilite à ce dernier l'acceptation progressive de la privation comme une composante indispensable dans sa vie qui s'alterne avec la satisfaction et c'est par le biais de l'intériorisation de ces deux pôles complémentaires au sein de son psychisme que l'enfant reprendrait petit à petit son désir à s'impliquer dans la vie active jusqu'à ce que l'intérêt et le plaisir deviennent les éléments catalyseurs de la majorité de ses activités familiales, scolaires et sociales, tandis que le désintérêt et le déplaisir ne s'extériorisent chez lui qu'au cours des instants limités et exceptionnels ⁽¹⁶¹⁾.

Inversement les parents divorcés influencés par la dislocation des liens de mariage auraient tendance à adopter deux attitudes affectives désorganisatrices du psychisme infantile, d'une part, l'hyper-protection exercée souvent par la mère marquée par la satisfaction des désirs de l'enfant qui bloque son accès à la privation constructive qui lui permettra d'intégrer le principe de réalité, et lui offre la possibilité de réaliser la différenciation entre sa propre personne en tant que sujet et sa mère autant qu'objet.

¹⁶⁰ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 25.

¹⁶¹ Ibid, PP : 25-26.

Ce passage de la dépendance à l'objet vers l'autonomie semble ne pas s'effectuer chez les enfants du divorce, qui se caractérisaient par une faiblesse du "Moi" fusionné avec le "Moi" de leur mère, cela les prédisposerait à présenter une diminution de l'intérêt relative aux activités de la vie ordinaire ainsi que le désinvestissement des relations humaines ou au contraire, ils procéderont à un déguisement de la vulnérabilité de leur "Moi" par le biais d'un attachement mécanique à la réalité qui se concrétise à travers le surinvestissement des activités ludiques et scolaires au cours desquelles, ils manifesteraient une attention exagérée associée à l'hyperactivité.

D'autre part, la négligence affective engendrée généralement par la séparation prolongée du parent qui n'assume pas la prise en charge de l'enfant qui est souvent le père, ce dernier obligerait l'enfant à subir une frustration permanente et ne laisserait pas de place à la satisfaction du besoin infantile à bénéficier d'une paternité bienveillante, ceci disposerait l'enfant à exprimer cette carence affective par le biais des troubles d'attention à caractère dépressif qui se manifesterait par la diminution ou l'exagération de l'intérêt au cours de la pratique des activités de la vie quotidienne.

3.4.3. Les troubles de l'appétit

En l'absence d'un régime spécifique, ces variations corporelles avec perte ou prise de poids, accompagnées par une diminution ou une augmentation de l'appétit observées approximativement tous les jours ⁽¹⁶²⁾. Il s'agit souvent d'un comportement anorexique chez les enfants les plus jeunes (0 à 5 ans) et d'une conduite boulimique chez les sujets les plus grands (6 à 12 ans) ainsi que chez l'adolescent de (13 à 18 ans) ⁽¹⁶³⁾. Il est important de souligner aussi que le clinicien doit être vigilant aux variations du poids de l'enfant relatives à la croissance normale de son corps.

¹⁶² DSM IV-R: **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

¹⁶³ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 17.

- **Aspects cliniques des troubles d'appétit**

Les troubles de l'appétit sont liés essentiellement à l'alimentation qui constitue un élément vital porteur de la nutrition indispensable à une bonne santé physique et psychique. Les principaux troubles inscrits dans ce registre selon la CIM 10 et le DSM IV-R sont comme nous l'avons cité plus haut, l'anorexie et la boulimie ⁽¹⁶⁴⁾.

L'anorexie est une restriction de la consommation des produits alimentaires par l'enfant. Au début ce trouble émerge d'une manière inaperçue dans le comportement alimentaire de l'enfant et s'accroît progressivement dans le temps jusqu'à ce qu'elle devienne un souci majeur chez les parents qui croient que leur enfant leur impose sa volonté de se dégrader et ce dernier à son tour pense qu'ils ne le laissent pas tranquille ⁽¹⁶⁵⁾.

La boulimie, selon les classifications internationales est caractérisée d'un côté par des crises répétitives d'hyperphagie (absorption de grandes quantités de nourriture dans un laps réduit du temps) et d'un autre côté par une préoccupation excessive de contrôle du poids corporel conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements provoqués ⁽¹⁶⁶⁾.

Retenons que ces deux versants des troubles alimentaires sont très répandus, d'une part chez les enfants issus des parents mariés pour extérioriser les mécontentements passagers avec leurs parents. D'autre part ces perturbations d'appétit peuvent être surinvesties par les enfants originaires de parents séparés pour refléter la carence affective pathogène relative à la défaillance des relations parents-enfant suite à la rupture des liens conjugaux.

¹⁶⁴ CIM 10 : **Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes**, P : 248.

Voir aussi, DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403.

¹⁶⁵ D. Petot, « **Les dépressions** », In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 118.

¹⁶⁶ Ibid, PP : 118-119.

Voir aussi, DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403.

- **Aspects psychopathologiques des troubles d'appétit**

Ces troubles sont courants chez l'enfant ; ils n'ont pas forcément un caractère pathologique en soi. Il est relativement normal que ce dernier refuse la nourriture et perde son appétit. Une mère à titre d'exemple peut préparer un repas qu'elle considère comme délicieux, néanmoins elle ne se rend pas compte qu'elle essaye de conditionner son enfant selon ses propres goûts et si ce dernier refuse de manger cette nourriture, la mère peut croire que son petit présente un symptôme pathologique qui est l'anorexie ⁽¹⁶⁷⁾.

Cependant, au cas où elle lui laisse suffisamment de temps, et quand elle gère cette restriction alimentaire d'une manière calme et sans recours à la panique, l'enfant finira par découvrir les nourritures qu'elle ressent comme bonnes et les aliments qu'il éprouve comme indésirables et petit à petit la mère découvrira les goûts et les dégouts de son enfant ⁽¹⁶⁸⁾.

Pour récapituler, nous pouvons dire que les troubles alimentaires normaux comprennent trois éléments essentiels : d'abord, ils sont très répandus chez les enfants, ensuite ces derniers les utilisent pour atteindre un objectif comme la découverte des aliments désirables et indésirables comme nous l'avons déjà décrit, enfin les parents gèrent ce type de symptômes avec une humeur décontractée et sans éprouver de la panique.

A l'opposé des troubles nutritifs ordinaires les symptômes alimentaires morbides ne sont pas fréquents et quand ils se manifestent, ils gênent l'enfant parce qu'il se sent incapable de les maîtriser, quant à ses parents ils les traitent avec beaucoup de peur et de panique ⁽¹⁶⁹⁾.

Pour mieux comprendre la nature pathologique des troubles de l'appétit inscrits dans le cadre de la problématique de dissolution des liens conjugaux dans cette thèse, nous allons évoquer le cas « A » étudié au sein de notre recherche de troisième cycle en psychopathologie ⁽¹⁷⁰⁾.

¹⁶⁷ D.W. Winnicott, **L'enfant et sa famille**, P : 109.

¹⁶⁸ Ibid, P : 110.

¹⁶⁹ Ibid, P : 111.

¹⁷⁰ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, PP : 44-45.

Cette enfant a subi une double carence affective d'un côté, la privation de l'objet paternel suscitée par la séparation avec le père suite au divorce qui s'est effectué quand l'enfant avait deux ans et d'un autre côté la rupture des liens de proximité avec sa mère après son remariage alors qu'il avait neuf ans ⁽¹⁷¹⁾.

Ce dernier événement a été conditionné par l'installation de notre cas dans la maison de la grande mère maternelle, ce dernier a présenté dès sa première enfance une consommation excessive de nourritures qui s'est accentuée pour se transformer en boulimie au cours de sa deuxième enfance surtout après le remariage de sa mère. Il rapporte que la consommation excessive des aliments lui procure de la jouissance. En plus de ces symptômes, l'enfant manifeste un comportement régressif, c'est le fait de sucer son pouce malgré son âge avancé (douze ans) ⁽¹⁷²⁾.

Il est important de rappeler à ce propos que la négligence affective paternelle et maternelle ne constituent pas une privation affective positive dans laquelle l'absence des parents s'alterne d'une manière harmonieuse avec leur présence, mais la carence émotionnelle par négligence du cas « A » est plutôt négative parce que l'absence des deux parents prédomine leur présence.

Ceci expliquerait pourquoi le comportement alimentaire de l'enfant est excessif. Nous pouvons dire à ce propos en s'appuyant sur nos observations que le sujet remplit son ventre de nourriture pour substituer le vide affectif suscité par un sentiment d'abandon provoqué par une absence excessive de la part de ses parents ⁽¹⁷³⁾.

Pour conclure, nous pouvons dire que le cas « A » a exprimé sa carence affective suscitée par une privation émotionnelle parentale après la rupture des liens conjugaux en manifestant des troubles alimentaires par excès de consommation de nourriture. Ce surinvestissement pathologique de la nutrition reflète une surexploitation de ses instincts de

171 Ibid, P: 46.

172 Ibid, P : 47.

173 Ibid, P : 48.

vie d'une manière mentalisée ; cette formation réactionnelle déguise les répercussions négatives de la carence affective qui peuvent stimuler normalement au fond de l'enfant des sentiments comme la tristesse et le dégoût de tout ce qui fait référence à la vie comme la nourriture, le jeu le contact avec autrui.

Selon Philippe Jammet, il y a une diversité de facteurs d'origine des troubles de l'appétit inscrit dans le tableau clinique de la dépression infantile, comme les causes génétiques, sociales et environnementales, néanmoins les variables psychiques demeurent parmi les éléments étiologies les plus fréquents, notamment la désharmonie des relations parents-enfant relative à la désunion parentale suite au divorce ⁽¹⁷⁴⁾.

P. Jammet énonce aussi que l'anorexie et la boulimie exposent la vie de l'enfant aux dangers de la mort. Cette prise de risque infantile peut être mobilisée par son sentiment profond de culpabilité d'être le générateur principale de la mésentente parentale permanente après le divorce, en disant : (je déclenche toujours une dispute entre mes parents à cause de des méchancetés), c'est pour cette raison que l'enfant chercherait inconsciemment à s'auto punir par les troubles des conduites alimentaires à risque ⁽¹⁷⁵⁾.

Cependant, l'enfant ne se rend pas compte que sa perception de l'éclatement familial pourrait être erronée et en réalité c'est peut-être ses parents qui projettent sur lui leur malaise psychique relatif à leur incapacité de réaliser le détachement émotionnel de l'ex-objet d'amour après la rupture des liens conjugaux. Pour les raisons précitées P. Jammet mentionne que si les troubles du comportement alimentaire représentent parfois un danger sur la vie de l'enfant, ils risquent souvent de perturber son développement psycho-affectif ; ce dérèglement se reflèterait par le prolongement de la période de latence qui entraînerait un retard de la puberté ⁽¹⁷⁶⁾.

¹⁷⁴ P. Jammet, **Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'adolescent**, P : 28, Edition Fayard, Paris-France, 2011.

¹⁷⁵ Ibid, P: 29.

¹⁷⁶ Ibid, P : 30.

3.4.4. Les troubles du sommeil

Les perturbations du sommeil se manifestent sous forme d'insomnie ou d'hypersomnie, présents pratiquement tous les jours ⁽¹⁷⁷⁾. L'insomnie peut se traduire d'une manière explicite par le biais des refus à se coucher ou d'une façon implicite à travers des difficultés d'endormissement qui sont fréquents ainsi que les cauchemars. L'hypersomnie se concrétise par le dépassement des horaires normaux du sommeil ; dans ce cas les parents rapportent que l'enfant est paresseux ⁽¹⁷⁸⁾.

- **Aspects cliniques des troubles du sommeil**

Généralement, l'enfant originaire de parents mariés peut souvent présenter des insomnies d'endormissement ou des réveils très matinaux relatifs aux moments de désagrément avec ses parents ; cependant l'hypersomnie est rarement manifestée chez ce dernier, elle est répandue plutôt à l'âge de l'adolescence. Particulièrement, l'enfant issu de parents divorcés peut manifester un repos nocturne perturbé qui impliquerait l'émergence des cauchemars et des rêves d'angoisse comprenant des thèmes de séparation, de mort, d'accidents ou de catastrophes qui accompagnent souvent les troubles du sommeil ⁽¹⁷⁹⁾.

- **Aspects psychopathologiques des troubles du sommeil**

L'enfant normal issu d'une famille unie peut subir une négligence affective de la part de ses parents quand ils se trouvent préoccupés par certains événements spéciaux comme un voyage professionnel ou une maladie qui dure relativement dans le temps. Inversement l'enfant peut subir une hyper-protection motivée par une mésentente conjugale occasionnelle qui pousserait la mère par exemple à surinvestir son enfant.

Ces situations carencielles peuvent engendrer l'émergence des troubles du sommeil comme expression du malaise psychique relatif à ces

¹⁷⁷ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

¹⁷⁸ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 18.

¹⁷⁹ D. Petot, « **Les dépressions** », P : 118, Dans M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Edition Gaëtan Morin, Montréal-Canada, 1999.

facteurs perturbateurs, néanmoins une fois que ces conditions frustrantes se débloquent, les troubles du sommeil auraient tendance à disparaître progressivement.

Par ailleurs les enfants originaires des parents divorcés, influencés par une sérieuse distorsion des liens parents-enfant qui se prolonge considérablement dans le temps et se reflèterait essentiellement selon la conception de A. Dachmi par un bouleversement de l'équilibre entre la présence et l'absence parentale auprès de l'enfant ⁽¹⁸⁰⁾.

Ce dérèglement du cycle présence/absence se concrétise d'une part par une présence envahissante du parent qui assure la prise en charge de l'enfant suite au divorce qui est souvent la mère, si cette dernière reste toujours liée et attachée excessivement à son objet infantile et ne laisse pas par conséquent aucune possibilité de déliaison et de détachement à son égard. Cette mère trop parfaite finirait par désorganiser le psychisme de son enfant. Dans ce contexte, notre auteur confirme que la présence de la mère n'est pas le seul facteur édificateur du psychisme infantile, son absence est également structurante ⁽¹⁸¹⁾.

Cette hyper-protection maternelle représenterait un facteur étiologique des troubles du sommeil chez l'enfant, l'étude du Cas «Fatoum» analysé par A. Dachmi constitue une preuve, cette fillette souffre d'insomnies rebelles engendrées par une présence encombrante de la part de sa mère, cette carence affective par excès d'affection a perturbé sérieusement le bon fonctionnement du cycle du sommeil/veille de la petite fille ⁽¹⁸²⁾.

Le même trouble est manifesté par le cas « A » étudié dans notre mémoire de DESS, cet enfant a encaissé au cours de sa première enfance une attention maternelle exagérée consécutive à la rupture des liens conjugaux, alors que l'enfant avait deux ans, suite à cet événement douloureux, ce dernier a présenté des insomnies nocturnes répétitives ⁽¹⁸³⁾.

¹⁸⁰ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 25.

¹⁸¹ Ibid, P : 26.

¹⁸² A. Dachmi, **Troubles du sommeil au féminin**, In Enfance et développement, N°67, P : 43.

¹⁸³ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, PP: 44-45.

A la lumière des données précitées, il semble que les troubles dépressifs morbides chez EPD peuvent être suscités d'un côté par une présence exagérée du parent qui assure la prise en charge de l'enfant après la désunion des relations maritales à savoir la mère, dans ce cas son petit subirait une carence affective par excès d'affection décrite dans notre thèse par la notion d'hyper-protection, ce genre de privation est ressenti par l'enfant comme une conséquence de l'envahissement émotionnelle de l'objet vis-à-vis de sa propre personne en tant que sujet.

D'un autre côté, les symptômes dépressifs réactionnels peuvent se manifester chez les enfants du divorce comme une répercussion négative de l'insuffisance de l'amour et de l'attention parentale à leur égard. Cette situation carencielle est analysée par A. Dachmi à travers l'étude du Cas «Moncef», qui a réagi au décès de sa grand-mère maternelle bien aimée par des insomnies et des cauchemars. Malgré Le malaise psychique intolérable de ce cas clinique, néanmoins Moncef sait pertinemment que la mort qui est la raison de la perte définitive de l'objet est au-delà du vouloir et du pouvoir de sa grand-mère en tant qu'objet et de lui-même en tant que sujet⁽¹⁸⁴⁾.

Tandis que la négligence affective infligée à l'enfant par la perte d'objet paternel après la désunion conjugale est provoquée souvent par la volonté du père. C'est pour cette raison que le malaise psychique de l'enfant de divorce est plus intense, surtout quand il est en période de latence où il devient relativement conscient de la séparation et de ses répercussions négatives sur son vécu familial. C'est ainsi qu'il serait convaincu que son père est vivant et il le prive d'une manière intentionnelle de sa présence constructive en lui faisant subir une absence déstructurante sous prétexte qu'il est en permanente mésentente avec son ex-épouse (mère de l'enfant).

En se référant à l'approche psychopathologique de A. Dachmi concernant la carence affective par excès ou par insuffisance d'affection parentale dans sa relation avec l'émergence des troubles du sommeil chez l'enfant, ainsi que l'étude du cas «A» qui confirme l'existence de la corrélation entre les deux notions précitées, il est tangible que l'insomnie

¹⁸⁴ A. Dachmi, « **Deuil du mort, mort du deuil ou troubles psychosomatiques de l'enfant** », In *Enfant et la ville*, N°78, P : 117.

est le symptôme le plus fréquent chez l'enfant. Quant à l'hypersomnie, elle moins investie comme moyen d'extériorisation pathologique du malaise psychique infantile, or ce dernier peut exploiter inconsciemment ce symptôme pour masquer son chagrin dépressif sous-jacent.

3.4.5. L'agitation ou le ralentissement psychomoteur

Ce symptôme est fréquent dans le milieu familial et scolaire; l'agitation de l'enfant se caractérise par une excitation psychomotrice débordante allant jusqu'à l'épuisement; les parents et les professeurs décrivent ce trouble infantile en disant «Il ne peut pas rester stable et calme dans sa place». Quant au ralentissement psychomoteur il se concrétise par des moments de repli et d'inertie observés dans le cadre de la relation de l'enfant avec autrui et lors de tous efforts physique ou mental qui sont perçus par ce dernier comme difficiles⁽¹⁸⁵⁾.

- **Aspects cliniques des troubles psychomoteurs**

Les symptômes psychomoteurs correspondent aux troubles de l'activité gestuelle apparaissant chez un enfant dont les organes d'exécution sont intacts et qui sont dépourvus de toute atteinte paralytique⁽¹⁸⁶⁾.

Ce genre de symptômes se manifeste comme un trouble réactionnel relatif à certaines situations pathogènes comme une maladie d'un proche, un accident dramatique et surtout lors du divorce des parents⁽¹⁸⁷⁾. Il est important de signaler également que les symptômes psychomoteurs s'aggravent si la situation anxiogène devient permanente et ils régressent avec la cessation ou la modification du contexte déclenchant⁽¹⁸⁸⁾.

Le ralentissement psychomoteur associe la maladresse et la lenteur relatives aux gestes et aux postures corporelles de l'enfant. L'inhibition en elle-même constitue rarement le motif d'une consultation

¹⁸⁵ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 19.

¹⁸⁶ K. Gueniche, Psychopathologie de l'enfant, P : 64.

¹⁸⁷ Ibid, P : 64.

¹⁸⁸ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant** », PP : 19-20.

pédopsychiatrique, néanmoins les parents demandent l'avis du clinicien quand ce trouble entraîne des difficultés liées aux activités de la vie quotidienne (s'habiller, courir, se déplacer), ou si le relâchement infecte l'adaptation scolaire ou l'accès aux apprentissages (contraintes liées à la lecture, l'écriture et la concentration) ⁽¹⁸⁹⁾.

Quant à l'agitation psychomotrice elle est très fréquente chez les enfants en période de latence. Un nombre important des recherches qui ont travaillé sur ce trouble concluent à l'existence conjointe de trois caractéristiques essentielles, d'abord le déficit de l'attention au cours duquel l'enfant ne parvient pas à conserver sa concentration pour poursuivre une activité ludique ou scolaire jusqu'à son achèvement. Ensuite l'agitation psychomotrice qui se distingue par l'implication de l'enfant dans des activités multiples, sans achever aucune parmi elles ⁽¹⁹⁰⁾.

Enfin l'impulsivité ou l'incapacité de l'enfant à contrôler ses comportements psychomoteurs à l'égard d'autrui, par exemple dans le cadre d'une mésentente avec ses camarades en jeu ou à l'école, il se trouve impuissant à se retenir et passe rapidement à l'acte agressif à cause d'un déficit de mentalisation ⁽¹⁹¹⁾.

Pour les raisons précitées, les enfants agités sont décrits par les parents et les instituteurs comme des éléments perturbateurs peu complaisants, voir indésirables parce qu'ils se distinguent par des mouvements exagérés et désorganisés, ils sont souvent excités et indifférents vis-à-vis des orientations et des consignes des adultes; Ces facteurs les rendent facilement victimes d'accidents corporels dans le milieu familial, scolaire et social ⁽¹⁹²⁾.

- ***Aspects psychopathologiques des troubles psychomoteurs***

En ce qui concerne le ralentissement psychomoteur, les études épidémiologiques ont relevé plusieurs facteurs déclenchant parmi lesquels nous pouvons citer : le retard mental, les psychoses précoces, mais le plus

¹⁸⁹ K. Gueniche, **Psychopathologie de l'enfant**, P : 64.

¹⁹⁰ Ibid P : 67.

¹⁹¹ Ibid PP : 67-68.

¹⁹² Ibid PP : 68-69.

souvent l'inhibition psychomotrice qui est manifestée dans le cadre d'une dépression infantile corrélative à une défaillance des relations parents-enfant ⁽¹⁹³⁾.

L'enfant originaire d'une famille unie pourrait extérioriser ce trouble qui n'aurait pas un caractère pathologique en soi, l'objectif inconscient du choix de ce symptôme c'est de refléter à ses parents d'une part le malaise psychique qu'il éprouve durant les moments dépressifs relatifs aux frustrations parentales ordinaires manifestées comme réponse à ses demandes de satisfaction, et d'autre part les répercussions négatives du ralentissement psychomoteur au foyer familial et à l'école consisteraient à mettre les parents dans une situation de contrainte et d'embarras pour qu'ils subissent la même aspect contraignant ressentie par l'enfant.

Si les EPM rencontrent des difficultés relationnelles transitoires avec leurs parents et extérioriseraient leur désagrément relatif à cette mésentente par une inhibition psychomotrice passagère, les EPD auraient à notre avis de fortes probabilités d'exprimer leur carence affective relative à la désharmonie des relations parents-enfants par le biais du ralentissement psychomoteur morbide qui représenterait un indice clair et visible du climat relationnel pathogénique où ils vivent suite à la rupture des liens conjugaux entre leurs parents.

Quant à l'agitation psychomotrice, elle peut survenir chez les Enfants de Parents Mariés, lorsque ces derniers eux-mêmes s'excitent lors des conflits conjugaux occasionnels qui génèrent une négligence affective à l'enfant, ce dernier réagirait par l'irritabilité dans le but d'attirer l'attention de ses parents pour s'occuper de lui, et une fois que ces derniers se réconcilient l'excitation psychomotrice aurait la prédisposition à disparaître.

De ce fait, si l'agitation psychomotrice des EPM est souvent transitoire, néanmoins l'agitation psychomotrice de leurs confrères EPD aurait tendance à être plus prolongée dans le temps à cause de la persistance de la mésentente parentale engendrée par l'échec d'un nombre

¹⁹³ Ibid, PP : 68-69.

important des parents séparés dans le contexte culturel marocain à réaliser le sevrage de la relation amoureuse avec leurs ex-conjoints, cela se répercute négativement sur la relation parents-enfant sous forme d'une carence affective infantile qui est perçue, vécue et exprimée différemment selon la singularité de chaque enfant; ceci a suscité la production d'une multitude d'approches analytiques par les auteurs en psychopathologie, que nous allons synthétiser dans ce qui suit :

Sur le plan psycho-dynamique, certains EPD sont hyper-agités parce qu'ils sont convaincus que c'est en raison des fautes et des bêtises qu'ils ont commis que leurs parents se sont séparés. L'hyperactivité représente dans ce cadre une tendance masochiste qui pousse ces enfants à exercer des mouvements et des actes dangereux au cours des activités ludiques par exemple qui les prédisposent à être victime de blessures graves.

Cette exploitation défensive de l'hyperactivité prouverait que les enfants du divorce sont souvent influencés par un fort sentiment de culpabilité qui les place dans le registre de l'autopunition. Néanmoins s'ils échouent à s'infliger le châtiment au niveau personnel, ces enfants chercheraient la sanction sur le plan relationnel par le biais des attitudes d'opposition et de provocation des adultes (parents, instituteurs) en se montrant indifférents vis-à-vis de leurs critiques et de leurs consignes relatives à l'hyperactivité⁽¹⁹⁴⁾.

Il est important de signaler dans ce contexte que l'agitation psychomotrice manifestée par certains enfants de parents séparés et inscrite dans le registre de la dépression réactionnelle qui constitue selon R. Diatkine et P. Denis une défense maniaque contre l'émergence du symptôme d'origine qui est l'inhibition psychomotrice⁽¹⁹⁵⁾.

L'hyperactivité peut représenter également à travers le point de vue de M. Berger une tentative de détachement de l'objet paternel et/ou maternel perçus comme des mauvais objets à cause de la distorsion des liens parents-enfant, cette défaillance pourrait être génératrice d'un déséquilibre affectif par excès d'affection à savoir l'hyper-protection ou

¹⁹⁴ Ibid, P : 69.

¹⁹⁵ Ibid, P : 69.

par l'insuffisance d'attention qui porte la nomination de « négligence affective » dans ce travail de recherche ⁽¹⁹⁶⁾.

Ces deux formes de carence affective seraient à l'origine de la formation des tendances dépressives à caractère pathologique chez les EPD et qui seraient masquées par l'agitation psychomotrice.

3.4.6. La fatigue ou la perte d'énergie

Ce trouble est observable approximativement tous les jours ⁽¹⁹⁷⁾, au cours desquels l'enfant est dominé par une asthénie excessive et handicapante, il se sent tout le temps épuisé et fatigué au niveau physique et mental; cette perte d'énergie vitale ne lui permet pas d'exercer ses activités habituelles quelle que soit leur nature (jeu, devoirs, contact avec autrui), à ce propos l'enfant éprouve comme s'il est dépourvu de force et quand ses parents l'encouragent pour réaliser une des tâches coutumières, il répond : «Je n'y arrive pas, c'est très dure», c'est pour cette raison que les parents le décrivent en disant : «Il n'est plus comme avant», «Je ne le reconnais pas» ⁽¹⁹⁸⁾.

- **Aspects cliniques de la fatigue**

La fatigue pourrait se manifester d'une manière épisodique chez les enfants issus de parents mariés comme réaction normale aux moments difficiles relatifs à la période de latence tels que : le sentiment d'impuissance face à la découverte d'un nouveau monde étranger comme l'école, l'enfant peut également présenter une perte d'énergie quand il ressent qu'il est incapable de constituer ses premiers liens de camaraderie ⁽¹⁹⁹⁾.

Cependant une fois que ce dernier arrive à surmonter ces obstacles, la fatigue diminue progressivement et l'enfant retrouve sa vivacité

¹⁹⁶ F. Joly, M. Berger, **L'hyperactivité au débat**, P : 21, Edition ERES, Toulouse-France, 2012.

¹⁹⁷ DSM IV-R: **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

¹⁹⁸ D. Marcelli, **« Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ? »**, In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 20.

¹⁹⁹ B. Voizot, **« L'enfant fatigué »**, P : 11, In B. Bennevault, J. Chambry, M. Simonet et autres, Souffrances psychiques et troubles de développement chez l'enfant et de l'adolescent, Edition Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris-France, 2013.

habituelle. Portant son confrère originaire de parents divorcés manifesterait la fatigue comme trouble pathologique qui peut persister dans le temps et à travers lequel il extérioriserait son incapacité à maîtriser des difficultés psychiques plus sérieuses à savoir les liens défectueux avec ses parents postérieurs au divorce ⁽²⁰⁰⁾.

Dans de telles conditions la perte d'énergie peut s'accompagner d'une baisse au niveau des résultats scolaires, l'enfant exprimerait des symptômes somatiques comme l'amaigrissement, l'insomnie, les difficultés d'endormissement ou les réveils nocturnes ⁽²⁰¹⁾.

- **Aspects psychopathologiques de la fatigue**

Selon Bernard Voizot l'enfant peut subir une fatigue morbide s'il vit dans un climat familial marqué par la persistance des mésententes graves entre ses parents, dans ce cas il intérioriserait les soucis parentaux qui seraient l'objet envahissant dans sa pensée, au cours des instants d'activités scolaires et ludiques et durant les moments de repos (récréation, sommeil). La préoccupation mentale infantile par le désagrément parental pourrait engendrer à l'enfant un état d'épuisement total de ses potentialités physiques et psychiques ⁽²⁰²⁾.

Cette perte d'énergie peut se produire chez les EPD, surtout si leurs parents influencés par les blessures narcissiques relatives à la désunion conjugale qui les pousseraient à négliger leur enfant sur le plan affectif ; Face à cette situation carencielle, ce dernier peut masquer sa fatigue suscitée par l'intériorisation du malaise parental en participant d'une manière superficielle aux activités scolaires et ludiques et en faisant semblant de se réjouir des moments de repos, cependant il est en réalité en pleine malaise émotionnel qui épuise son énergie physique et psychique ⁽²⁰³⁾.

²⁰⁰ Ibid, P : 11.

²⁰¹ Ibid, P : 11.

²⁰² Ibid, P : 12.

²⁰³ Ibid, P : 12.

3.4.7. Le sentiment de dévalorisation de soi

Le sentiment d'autodépréciation excessive se présente d'une manière inappropriée et se manifeste presque chaque jour⁽²⁰⁴⁾, il se traduit dans le langage de l'enfant par les expressions suivantes : «Je suis nul», «Je n'y arrive pas à faire la moindre tâche». Ces propos sont suscités par une représentation négative chez l'enfant sur sa propre personne qui le conduit à généraliser cette dévalorisation sur ses idées, ses paroles et ses actes; s'il réalise un dessin par exemple il le critique en disant : «c'est raté»⁽²⁰⁵⁾.

- **Aspects cliniques de la dévalorisation de soi**

La sous-estimation de soi est rarement absente dans la dépression réactionnelle, mais elle est difficile à mettre en évidence, lors d'un simple entretien clinique; il est fréquent par ailleurs de détecter ce sentiment morbide au cours de l'examen psychologique notamment durant l'administration des tests projectifs qui constituent des révélateurs irremplaçables de cet aspect du tableau clinique de la dépression infantile⁽²⁰⁶⁾.

Notons bien que l'enfant issu de parents unis peut éprouver le sentiment d'autodépréciation de soi dans certaines situations, mais ce trouble reste partiel chez lui et relatif par exemple à des matières spécifiques dans son cursus scolaire et il ressent en parallèle de l'estime de soi dans d'autres types de cours. Par contre l'enfant originaire des parents divorcés pourrait présenter une dévalorisation de soi généralisée sur la majorité des activités ludiques et scolaires qu'il exerce, ce sentiment ennuyeux est provoqué le plus souvent par l'intensité exaspérante de la carence affective suite au divorce de ses parents⁽²⁰⁷⁾.

²⁰⁴ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.

²⁰⁵ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 21.

²⁰⁶ D. Petot, « **Les dépressions** », P : 116, Dans M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Edition Gaëtan Morin, Montréal-Canada, 1999.

²⁰⁷ Ibid, P : 116.

- **Aspects psychopathologiques de la dévalorisation de soi**

A la lumière de la conception Kleinienne relative à la position dépressive, nous savons aujourd'hui que les sentiments d'amour et de haine que l'enfant éprouve envers lui-même s'édifient par étayage sur les expériences d'empathie et d'antipathie ressentie à l'égard de ses parents (208).

En effet, l'enfant natif de parents mariés aurait la chance d'intérioriser ces deux pôles nécessaires pour son équilibre affectif, d'une part il intègre au sein de son psychisme le sentiment de valorisation de soi qui se constitue sur la base de son amour envers ses parents éprouvé lors des moments de satisfaction de ses besoins émotionnels, d'autre part il incorpore le sentiment de dévalorisation de soi ressenti par le biais de la haine orientée vers les objets parentaux durant les instants de répression exercée par ces derniers à l'égard de ses réclamations relatives à l'insatisfaction de ses besoins.

Succinctement, l'enfant normal perçoit ses parents comme des objets totaux, tantôt bons et parfois mauvais à travers les expériences d'amour et de haine vécues au sein de la famille, cette synchronisation des images parentales au sein du psychisme infantile, représente le point de départ pour que l'enfant dépasse la position dépressive avec succès, en s'apercevant comme un sujet total capable d'harmoniser des images ambivalentes de soi (il s'auto-valorise quand il élabore des réactions acceptables envers son entourage et il se sent dévalorisé quand il se comporte d'une manière inadaptée) (209).

Inversement, l'enfant descendant de parents divorcés aurait des difficultés à atteindre la perception de sa propre personne en tant qu'objet total, il resterait au contraire prisonnier d'une représentation partielle et négative de soi, marquée par la dévalorisation et le mépris de son "Moi" et ne pourrait pas par conséquent, surmonter la position dépressive. Cette autodépréciation peut s'accroître, si ses parents ne le préparent pas à la

²⁰⁸ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P : 85

²⁰⁹ Ibid, P : 86.

séparation conjugale et ne lui expliquent pas convenablement les causes de la rupture de l'union matrimoniale ⁽²¹⁰⁾.

Dans ce cas, étant donné l'absence d'informations objectives et fiables, l'enfant tenterait de comprendre les raisons du divorce d'une manière subjective et déformée, il pourrait croire également qu'il est l'unique responsable de l'éclatement familial, cette représentation erronée de la réalité est influencée par sa vision égocentrique du monde qui lui permet d'inventer des causes imaginaires pour justifier la séparation conjugale de ses parents, il dirait par exemple « mon père et ma mère pourraient cesser de m'aimer comme ils ont arrêté de s'aimer », il se peut aussi qu'il regrette au fond de lui, le fait d'être incapable à intéresser et à séduire suffisamment ses parents pour leur donner envie de rester auprès de lui ⁽²¹¹⁾.

Ce mélange d'incompréhension de sa carence affective et d'interprétation déformée du divorce parental pourraient alimenter la dévalorisation de soi chez l'enfant et peuvent intensifier par conséquent son malaise dépressif.

L'étude du cas «Théo» réalisée par le pédopsychiatre A. Zonabend constitue une preuve, c'est un enfant en période de latence issu de parents séparés, suite au divorce il endure pleinement de la perte d'objet paternel, il s'attriste, se déprécie et se culpabilise par ce qu'il n'a pas su comment garder son père ⁽²¹²⁾.

La réaction de Théo face à cette carence paternelle est tout à fait typique à son âge, il est souvent agité, il se révolte en désobéissant les orientations de ses parents et les consignes de ses enseignants, de même il attaque ses camarades pour la moindre contrariété. Selon A. Zonabend, l'enfant adopte ces conduites répréhensibles pour chercher la punition, ces

²¹⁰ D.W. Winnicott, **De la pédiatrie à la psychanalyse**, P : 241.

²¹¹ A. Zonabend, **Les enfants dans le divorce**, P : 22, Edition Studyrama, Collection Eclairages, Levallois-Perret-France, 2010.

²¹² Ibid, P : 41.

comportements confirment également son sentiment de dévalorisation de soi et augmente l'intensité de ses troubles dépressifs ⁽²¹³⁾.

Après quelques séances de psychothérapie, Théo a pu exprimer sa tristesse, son angoisse et sa perception négative de soi relative à la rupture des liens conjugaux entre ses parents, ces derniers ont constaté de leur part qu'ils ont négligé leur enfant et qu'ils ne lui ont pas expliqué clairement qu'il est loin d'être responsable du divorce et ils l'ont rassuré de la permanence de leur amour à son égard. Ses actions thérapeutiques ont participé activement dans l'amélioration de l'état psychique de l'enfant ⁽²¹⁴⁾.

Avant de clôturer cette analyse psychopathologique de la dévalorisation de soi, il est important de mentionner que ce trouble est souvent associé à un autre symptôme inscrit dans le tableau clinique de la dépression infantile à savoir la culpabilité exagérée ⁽²¹⁵⁾.

3.4.8. Le sentiment de culpabilité exagérée

Ce sentiment morbide se présente d'une manière déguisée aux différents stades de l'enfance qui se caractérise par une vision infantile égocentrique du monde, propre à cet âge qui ne permet pas à l'enfant de comprendre une situation qu'en fonction de lui-même, de son imaginaire et de ses fantaisies; c'est pour cette raison que lors de la séparation de ses parents, la culpabilité pousse l'enfant à penser de la façon suivante : «Je n'ai pas été sage, je suis puni par la séparation de mes parents», «Je suis méchant», «C'est de ma faute» ⁽²¹⁶⁾.

Sous la pression de ce sentiment, l'enfant soit il se punit lui-même en refusant de jouer ou de manger; soit il se fait punir par son entourage en se comportant d'une manière impoli pour que les adultes le sanctionne. La culpabilité peut également provoquer le sentiment de perte d'amour,

²¹³ Ibid, P : 41.

²¹⁴ Ibid, P : 41.

²¹⁵ D. Petot, « **Les dépressions**», In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, PP : 116-117.

²¹⁶ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 22.

orienté vers les membres de la famille : «mes parents ne m'aiment pas» ou projeté vers l'entourage «mes camarades me détestent»⁽²¹⁷⁾.

- **Aspects cliniques de la culpabilité**

Il est à noter que l'enfant qui vit au sein d'une famille unie peu de temps en temps s'inflige la responsabilité d'être la source des conflits habituels qui se manifestent entre ses parents, ces derniers peuvent entendre leur fils dire : « c'est à cause de moi que mon père et ma mère se sont disputés ».

En revanche l'enfant issu de parents divorcés, vit en permanence dans l'autoaccusation, élaborée sur la base de ses interprétations déformées des causes de l'éclatement familial, ces propos confirment sa lecture erronée de la rupture des liens conjugaux comme : « c'est à cause de moi que mes parents se sont divorcés », « c'est parce que j'ai été méchant que mon papa est parti » et c'est par le biais des tests projectifs que nous pouvons découvrir l'existence de ce sentiment et d'évaluer son intensité⁽²¹⁸⁾.

- **Aspects psychopathologiques de la culpabilité**

Nous pouvons comprendre la culpabilité comme sentiment normal chez les EPM par le biais du concept de «la position dépressive» élaborée par Mélanie Klein et discutée par D.W. Winnicott. Cette notion nous renvoie à une succession répétitive de deux épisodes essentiels.

Le premier est la perte d'objet parental qui se traduit par l'absence transitoire de la mère à titre d'exemple. Au cours de cette expérience carencielle, l'enfant se trouve privé de la satisfaction et perçoit sa mère par conséquent, comme un mauvais objet vis-à-vis duquel, il éprouve de la haine, de la colère et de l'hostilité⁽²¹⁹⁾.

Le second épisode se reflète par les moments de retrouvailles marqués par une présence maternelle gratifiante. Ce climat de béatitude

²¹⁷ Ibid, P : 21.

²¹⁸ Ibid, P : 22.

²¹⁹ D.W. Winnicott, De la pédiatrie à la psychanalyse, P : 233.

stimule au fond de l'enfant deux sentiments contradictoires, d'une part, il ressent de l'amour et de l'admiration envers cette mère chaleureuse et il la représente comme un bon objet. D'autre part, il regrette d'avoir détesté sa maman au cours de son absence ⁽²²⁰⁾.

Dans ce cas, l'enfant issu de parents mariés peut dépasser la position dépressive avec succès, s'il réussit à vaincre le sentiment de culpabilité en harmonisant dans son psychisme les sentiments d'amour et de haine ressentis envers sa mère et en réconciliant entre les représentations du bon et du mauvais objet.

Inversement dans le cas des EPD, ils auraient du mal à réaliser, au sein de leur structure psychique interne, cette concordance entre le mauvais et le bon objet parce que la mère d'un côté pourrait compenser sa propre carence affective conjugale par le surinvestissement émotionnel de son enfant qui la percevrait comme objet partiel uniquement bon.

Pour adapter cette notion Kleinienne à la thématique de notre thèse, nous tenterons de l'appliquer sur le cas «Y». Cet enfant en période de latence (douze ans) présente une hyper-adaptation scolaire qui le pousse à l'inacceptation d'une manière répétitive de ses propres erreurs même les plus banales; devant cette difficulté, ses enseignants se trouvent dans l'obligation de convoquer sa mère à plusieurs reprises pour débloquer ce problème ⁽²²¹⁾.

A ce propos, Winnicott, qui a beaucoup travaillé sur la position dépressive, considère que la permanence de la présence maternelle à l'école indique que la mère n'est pas intégrée dans le psychisme infantile comme un objet total à la fois bon et mauvais, mais elle est perçue comme un très bon objet vis-à-vis duquel l'enfant adopte une relation de dépendance, ceci oblige cette mère hyper-protectrice à être toujours présente à son côté au sein de l'espace intrafamilial et même dans le milieu scolaire pour résoudre ses problèmes à sa place ⁽²²²⁾.

²²⁰ Ibid, P : 234.

²²¹ R. El Homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, P : 52.

²²² Ibid, PP : 53-54.

D'un autre côté; le père du cas «Y» a réagi face à la blessure narcissique engendrée par l'éclatement de la structure familiale qu'il a construit, par la négligence affective de son enfant qui le représente comme un objet partiel uniquement mauvais parce qu'il le prive de bénéficier de sa paternité bienveillante, c'est pour cela que l'enfant éprouve à son égard des sentiments de haine, de colère et d'hostilité. Ces affects coléreux et haineux ont activé au fond de lui un désir excessif de détruire ce mauvais objet partiel ⁽²²³⁾.

Il est important de noter que la mobilisation des pulsions destructrices au fond du cas «Y» a activé une culpabilité exaspérante qui a bloqué son accès à la réconciliation avec son père et a entravé par conséquent la possibilité de dépasser la position dépressive. Devant son intolérance à cette culpabilité bouleversante, il a tenté de diminuer son intensité par le biais d'une formation réactionnelle manifestée sous forme d'une hyper-adaptation scolaire qui reflète sa révolte masquée contre son père (je suis un bon objet qui ne ressemble aucunement au mauvais objet paternel) ⁽²²⁴⁾.

Cette exploitation excessive du "Sur-Moi" au détriment du "Moi" reflète les tendances dépressives du cas «Y» : enfant très sérieux, humeur dysphorique, surinvestissement des activités scolaires et désinvestissement des activités ludiques.

Sommairement, l'équilibre psychique de cet enfant de divorce est troublé par une dépendance à un objet maternel excessivement bon et il est perturbé également par une négligence affective de la part d'un objet paternel extrêmement mauvais. Ces deux facteurs carenciels ont entravé l'accès du cas «Y» à dépasser la position dépressive et ils l'ont prédisposé à manifester une culpabilité à caractère pathologique.

²²³ Ibid, P : 55.

²²⁴ Ibid, P : 56.

3.4.9. La diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer

Ce symptôme est existant quasiment tous les jours, signalé par le sujet ou observé par son entourage. Les troubles de l'attention et de la concentration peuvent s'exprimer d'une manière explicite par le refus ou l'évitement du travail scolaire; ils peuvent aussi s'extérioriser d'une façon implicite par le fait de passer de longues heures à faire les devoirs mais cet effort infantile s'avère inefficace; et quand il est critiqué dans ce sens il répond : «Je comprends rien»⁽²²⁵⁾.

Devant ce type de difficultés scolaires les parents, comme les instituteurs, pensent que l'enfant est incapable d'apprendre et de mémoriser, or ce n'est qu'une surface déguisée d'un malaise dépressif sous-jacent. Inversement, le surinvestissement intellectuel et la réussite scolaire qui dépassent les limites de l'ordinaire n'excluent pas la présence d'une dépression infantile⁽²²⁶⁾.

- **Aspects cliniques des troubles de concentration**

Selon les études épidémiologiques, les troubles déficitaires de l'attention concernent 3 à 5 % d'enfants en âge scolaire dont 50 % en grave échec scolaire. Le désinvestissement intellectuel est le plus fréquent au stade de latence, il accompagne généralement l'instabilité psychomotrice; l'enfant est inattentif lorsqu'on lui parle, il semble être ailleurs, son regard est vide. Ces attitudes sont particulièrement gênantes en classe⁽²²⁷⁾.

L'agitation, comme les troubles de concentration, affectent en effet les performances scolaires d'une manière importante. Similairement, les cliniciens selon D. Petot, n'ont pas suffisamment souligné que l'échec

²²⁵ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403.

²²⁶ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 23.

²²⁷ J. Benoit, B. Lefevre et autres, «**Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de cinq ans**», P : 14, Dans Guide pratique du concept Santé, Edition Société Française de Paris et Ministère de la santé, Paris - France, 2009.

scolaire est l'une des complications les plus redoutables de la dépression infantile ⁽²²⁸⁾.

Il est primordial de signaler pareillement que le dysfonctionnement de la concentration peut se manifester occasionnellement chez les EPM, mais ils n'affecteraient que certaines compétences scolaires comme la lecture et le calcul ⁽²²⁹⁾.

Cependant, chez les EPD les troubles d'attention seraient généralisés presque dans tous les domaines de la scolarité à savoir : la lecture, l'écriture, le calcul, la géométrie, ceci reflèterait l'intensité de la carence affective subie par ces enfants de la part de leurs parents que nous tenterons d'analyser au niveau psychopathologique ⁽²³⁰⁾.

- **Aspects psychopathologiques des troubles de concentration**

Dans le chapitre relatif à la définition de la carence affective, nous avons cité la description de cette notion élaborée par R. Doron et F. Parot. Ils ont décliné les points de vue d'Anna Freud et de John Bowlby, ces deux pionniers ont démontré que la privation émotionnelle positive imposée par les parents mariés en parallèle avec la satisfaction des besoins de leur enfant, pourrait donner lieu à l'émergence d'un processus de sublimation chez ce dernier par le biais des activités compensatoires à savoir les jeux collectifs, le rendement scolaire, les productions artistiques (dessin, théâtre), à travers lesquels l'enfant utilise convenablement sa capacité de concentration pour exceller dans ces domaines qui renforcent son équilibre psychique ⁽²³¹⁾.

En s'appuyant sur l'opinion de A. Freud et J. Bowlby, nous pouvons déduire que l'enfant issu de parents divorcés chez lequel la frustration parentale de ses besoins affectifs dépasserait largement la satisfaction, ceci bloquerait son accès à la compensation de sa carence émotionnelle

²²⁸ D. Petot, « **Les dépressions** », In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 117.

²²⁹ Ibid, P : 117.

²³⁰ J. Chambry, « **L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires** », P : 14, Dans B. Bennevault, J. Chambry, M. Simonet et autres, Souffrances psychiques et troubles de développement chez l'enfant et de l'adolescent, Edition Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris-France, 2013.

²³¹ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 103.

par des activités sublimatoires. Cette inaccessibilité infantile au processus de sublimation est relative à la défaillance de la capacité de concentration chez l'enfant qui représenterait une réaction dépressive à la carence affective engendrée par ses parents.

Dans de telles conditions, les troubles de vigilance peuvent se traduire d'une part, sous forme d'une baisse d'attention au cours des activités intellectuelles qui conduirait l'enfant progressivement à l'échec scolaire; de même l'inattention peut s'extérioriser par le désintéressement vis-à-vis des jeux individuels ou collectifs qui l'entraîne vers le repli sur soi. D'autre part, le déficit d'attention peut se manifester par une exaltation de la vigilance qui rend l'enfant dans le regard de son entourage comme un élément perturbateur.

L'enfant du divorce peut utiliser aussi le surinvestissement de sa capacité de concentration d'une manière défensive en adoptant une attitude d'hyper-adaptation dans les cours scolaires et en se comportant d'une façon très sérieuse avec ses camarades. Dans ce cadre nous parlerions d'un trouble d'attention d'allure dépressif et à caractère masqué, comme nous l'avons déjà évoqué chez le cas «Y». Cet enfant a surexploité le rendement intellectuel à l'école en réprimant toute ébauche d'expression émotionnelle qui lui a causé un attachement défensif à l'objectivité en limitant par conséquent sa spontanéité⁽²³²⁾.

3.4.10. Les idées noires, les pensées de mort et les tentatives du suicide

Les idées noires et les pensées récurrentes de mort ne sont pas limitées à une simple peur de mourir, mais elles sont accompagnées d'idées suicidaires répétitives sans plan précis pour se suicider⁽²³³⁾. Il est courant durant un épisode dépressif que l'enfant éprouve un sentiment de désespoir généralisé qu'il traduit par des expressions comme «Personne ne m'aime». Cette émotion pathologique peut s'accompagner de pensées

²³² R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, P : 54.

²³³ DSM IV-R : **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**, 4^{ème} Edition, P : 403.

de mort et de tentatives de suicide qui sont très rares chez l'enfant et plus fréquentes chez l'adolescent ⁽²³⁴⁾.

Les idées de mort pourraient être liées à un entourage familial dépressif, elles peuvent être également originaires de la peur de l'échec relative à une pression scolaire exercée par les parents ou par l'école. Parfois les enfants surprotégés qui ne tolèrent pas la frustration peuvent penser à la mort face à la moindre difficulté ⁽²³⁵⁾; *l'enfant issu de parents divorcés lui aussi, est susceptible de penser à la mort parce qu'il a du mal à s'attacher à la vie dans laquelle il subit une absence prolongée ou une présence envahissante de l'un ou de ses deux parents.*

- ***Aspects cliniques des idées noires et des tentatives de suicide***

Il est normal que l'enfant qui vit avec ses parents devient pessimiste quand il affronte des moments difficiles lors de ses interactions tendues avec eux; ce blocage relationnel influence négativement sa vision sur la vie, qui se présente dans son esprit comme insupportable et perçoit la mort par conséquent comme solution pour se débarrasser de son vécu intolérable; pourtant, une fois qu'il arrive à se réconcilier avec ses parents et à retrouver le plaisir des échanges familiaux affectueux, il renonce à ces pensées noires et adopte à nouveau un regard positif sur la vie ⁽²³⁶⁾.

Si les idées noires et les pensées de mort sont passagères chez les EPM, leurs confrères EPD ressentiraient un pessimisme permanent qui teinte la plupart des activités de leur vie par une teinture sombre engendrée par une défaillance des relations parents-enfant postérieure à l'éclatement familial perçu par ces derniers comme un traumatisme insurmontable.

C'est pour cette raison que chaque incident personnel, même s'il est banal comme la maladie d'un proche ou un simple conflit à l'école suscite la peur, la panique et active les idées noires et les pensées de mort chez l'EPD. Similairement les événements dramatiques qui font partie des

²³⁴ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 24.

²³⁵ Ibid, P : 24.

²³⁶ D. Petot, « **Les dépressions** », P : 117.

actualités de la vie quotidienne comme les accidents mortels de la route, les catastrophes naturelles, les films télévisés viennent alimenter le pessimisme de ces enfants atteints de troubles dépressifs qui deviennent sensibles à ce type d'évocations et racontent avec beaucoup de détails les événements terribles qui les ont touchés ⁽²³⁷⁾.

Les idées noires qui reflètent le vécu dépressif chez les EPD sont difficilement exprimés et se manifestent dans un contexte affectif d'angoisse de séparation qui ne peut être repéré que par le biais des tests projectifs comme le dessin de famille et le CAT; ces outils d'investigation clinique représentent des instruments privilégiés pour le dépistage de ces idées morbides, et qui nous seront utiles dans le cadre de cette thèse; c'est pour cette raison que nous allons détailler leurs caractéristiques et leurs efficacité dans ce travail de recherche au sein de la partie méthodologique ⁽²³⁸⁾.

Quant à l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide, ils constituent les symptômes les plus réguliers de la dépression infantile, selon une étude de Maria Kovacs les deux-tiers des enfants déprimés ont souffert des idées suicidaires. En ce qui concerne les tentatives de suicide, elles sont trois fois plus fréquentes chez les enfants dépressifs qui parlent rarement de leur intention de se tuer et se font souvent mal par leur tendance à avoir des accidents (s'automutilent, se bagarrent rapidement avec leurs camarades, se montrent agressifs avec les adultes). Au cours de l'examen clinique, ils évoquent des thèmes de suicide, de mort, de maladie, de mutilation ou de malformation et d'accidents survenant dans les histoires racontées aux tests thématiques ⁽²³⁹⁾.

- **Aspects psychopathologiques des idées noires et des tentatives de suicide**

A la lumière de la définition de N. Sillamy relative à la carence affective que nous avons présentée dans le chapitre consacré à la délimitation de ce concept, cet auteur a mis en valeur un point pertinent évoqué par R. Spitz qui a démontré à travers l'étude comparative des

²³⁷ Ibid, P : 117.

²³⁸ Ibid, PP : 117-118.

²³⁹ Ibid, P : 118.

répercussions négatives de la privation émotionnelle sur un groupe de nourissants élevés par des puéricultrices dans une pouponnière modèle et un autre groupe de bébés soignés par leurs mères ⁽²⁴⁰⁾.

R. Spitz a constaté que si la séparation prolongée du petit enfant avec sa mère dans la pouponnière modèle dépasse six mois, ce dernier présente des symptômes à caractère pathologique inscrits dans le tableau clinique de la dépression anaclitique et de l'hospitalisme tandis que leurs semblables qui jouissent de la présence maternelle à leurs côtés n'ont pas manifesté des troubles dépressifs ⁽²⁴¹⁾.

Dans le même sens, cet auteur a détecté un problème plus grave chez les nourrissons du premier groupe, c'est le fait qu'un enfant sur trois meurt avant d'avoir entamé l'âge de deux ans et durant cette même période aucun décès n'est enregistré au sein du deuxième groupe de bébés ⁽²⁴²⁾.

En se basant sur les résultats de cette étude comparative, nous pouvons dire dans le cadre de notre travail de recherche que les enfants natifs de parents mariés, peuvent manifester des idées pessimistes engendrées par une séparation passagère avec l'un de leurs parents causée par le déplacement professionnel de ce dernier, ou par son hospitalisation relative à la réalisation d'un acte chirurgical, mais une fois que ces événements s'achèvent, ces enfants reprennent leurs vivacité et leur optimisme.

Tandis que leurs confrères originaires de parents divorcés seraient exposés à une désunion permanente avec l'un ou leurs deux parents, cette privation persiste parfois des mois voire même des années, et vu que cette rupture des liens parents-enfant s'effectue au cours de la phase de latence qui se distingue par une mobilisation importante de l'activité de mentalisation, ces enfants seraient susceptibles d'extérioriser leur carence intolérable par le biais d'une vision pessimiste de la vie et des idées noires proportionnelles au vécu familial frustrant; ce négativisme émotionnel peut motiver la réalisation des tentatives de suicide.

²⁴⁰ N. Sillamy, **Dictionnaire de psychologie**, P : 49.

²⁴¹ Ibid, P : 49.

²⁴² Ibid, P : 50.

Cette éventualité se renforce par les résultats des travaux élaborés par Anna. Freud et John Bowlby qui se basent sur l'analyse psychopathologique des histoires des jeunes inadaptés sociaux, à travers lesquelles ils ont constaté que la délinquance est très fréquente chez les sujets carencés émotionnellement et dans le cas où ce manque n'est pas comblé d'une manière adéquate, il peut les amener à haïr la vie et à souhaiter la mort; ce désir morbide les pousse parfois à penser ou à effectuer des passages à l'acte suicidaire ⁽²⁴³⁾.

Synthèse de la relation entre la carence affective et les TD

Ce troisième chapitre est le plus volumineux de de la partie théorique car il a traité quatre points essentiels. Nous avons commencé d'abord par la présentation des études précédentes relatives à notre problématique, ensuite nous avons élaboré des définitions opérationnelles des deux catégories de dépression chez l'enfant à savoir les troubles dépressifs pathologiques et les MDRN en se référant à la CFTMEA R-2012. En ce qui concerne le troisième point, il a énuméré les symptômes qui constituent le syndrome dépressif, à ce propos, nous avons procédé à la combinaison entre les signes cliniques répertoriés dans la CIM 10 et le DSM VI-R.

Quant au dernier volet de ce chapitre il a délimité d'une part, chacun des dix troubles dépressifs étudiés dans cette thèse à travers la description clinique et l'analyse psychopathologique, d'autre part il a tenté de repérer les éventuelles relations entre la carence affective ordinaire chez les EPM et les MDRN ainsi que les liens probables de la privation émotionnelle pathogène avec les manifestations dépressives pathologiques auprès des EPD.

²⁴³ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 103.

4. Aspects culturels des troubles dépressifs infantiles

Dans le deuxième et le troisième chapitre de cette partie théorique de notre thèse nous avons essayé d'élaborer une vision scientifique pour appréhender la relation probable entre la carence affective et les troubles dépressifs chez les enfants du divorce, cependant ce chapitre culturel sera consacré dans un premier temps à la mise en relief de la compréhension inappropriée de cette corrélation induite par les parents dans l'esprit de l'enfant sous l'influence négative des concepts erronés propres à la culture traditionnelle marocaine qui renforcerait à notre avis le malaise dépressif infantile.

Nous allons illustrer dans un deuxième temps comment les imperfections du code de la famille marocaine participeraient d'une manière inquiétante dans l'accroissement du taux du divorce qui conduit à l'élargissement du nombre des enfants issus de parents séparés, cette augmentation aggrave à son tour le pourcentage des troubles mentaux en général et les troubles dépressifs en particulier chez un nombre important des enfants marocains concernés par ce phénomène.

4.1. Etiologies traditionnelles des manifestations dépressives

En lisant la définition de la problématique de la présente thèse et en survolant l'ensemble des chapitres correspondants à la partie théorique, le lecteur peut constater que nous avons essayé à travers l'énumération des différents arguments logiques et scientifiques d'élucider comment la carence affective ordinaire pourrait être à l'origine des moments dépressifs relatifs à la normale chez les enfants descendants de parents mariés et de quelle manière la privation émotionnelle à caractère pathologique constituerait un facteur étiologique des troubles dépressifs que nous supposons rencontrer auprès des enfants issus de parents divorcés.

De ce fait, notre approche aura pour objectif, la tentative de détection des véritables facteurs psychiques sous-jacents des manifestations dépressives infantiles, ceci faciliterait à notre avis le

traitement de la maladie mentale de l'enfant et permettrait ainsi à ce dernier de retrouver son équilibre affectif.

Cependant, il existerait parallèlement à cette conception rationnelle, une étiologie traditionnelle basée sur des facteurs culturels propres à la société marocaine, à travers lesquels les parents appréhenderaient le malaise dépressif infantile d'une façon subjective voire irrationnelle et inculqueraient cette étiologie culturelle inappropriée dans la pensée de l'enfant par le biais des interactions familiales quotidiennes.

A ce propos l'ethnopsychiatrie nous serait utile, étant donné que cette discipline réserve une partie importante de l'analyse psychopathologie à la dimension culturelle des troubles psychiques ⁽²⁴⁴⁾. Nous procéderons aussi à l'exploitation des résultats des travaux de recherche en sociologie appliquée sur le contexte culturel marocain, ces études présentent un éclairage pertinent sur les explications populaires relatives à la maladie mentale ⁽²⁴⁵⁾.

Il est à noter que lorsque ces deux volets seraient abordés avec rigueur, ils nous permettraient d'effectuer une lecture analytique des étiologies traditionnelles liées aux expressions dépressives chez les EPD et leurs confrères EPM.

- ***Evolution des déterminants de la culture marocaine***

Avant de concevoir la place des facteurs culturels dans l'interprétation des troubles dépressifs infantiles, il est indispensable de décrire d'abord l'évolution des variables qui déterminent la culture marocaine; dans ce cadre nous allons traiter deux points qui nous semblent essentiels dans notre travail de recherche, le premier est l'évolution des valeurs humaines qui influencent la qualité des liens affectifs parents-enfant, le second est la nature des représentations

²⁴⁴ M-R. Moro, T. Nathan, **Ethnopsychiatrie de l'enfant**, Dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soule, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume I, P : 423, 2^{ème} édition, P.U.F, Paris -France, 2004.

²⁴⁵ R. Bourqia, **Valeurs et changement social au Maroc**, P: 105, Dans Revue Quaderns de la méditerranée, N°13, Institut européen de la méditerranée, Barcelone-Espagne, 2010.

sociales liées aux troubles mentaux en général et les troubles dépressifs chez l'enfant en particulier dans le contexte marocain ⁽²⁴⁶⁾.

- ***Aspects culturels des liens affectifs parents-enfant***

Au sujet de la première notion qui a activé l'évolution de la structure familiale marocaine d'une organisation traditionnelle vers un système culturel plus moderne, nous pouvons citer la modification de la nature des liens affectifs des parents vis-à-vis leurs enfants qui s'est distinguée au cours des années soixante-dix, quatre-vingt et même quatre-vingt-dix par le pouvoir patriarcale sur l'ensemble des membres de la famille notamment la mère et les enfants.

Au sein dans cet air culturel traditionnel, le climat émotionnel dominant était la soumission et la dépendance des enfants à l'égard des parents, toutefois avec la diminution progressive du taux d'analphabétisme au Maroc qui a passé respectivement de 75 % en 1971, à 55 % en 1994, puis à 42,7 % en 2004 et actuellement, il est de 32 % en 2014 ⁽²⁴⁷⁾.

Ajoutons à cette augmentation de la population instruite, la promotion des valeurs humanistes telles que la valorisation du facteur humain dans le développement socio-économique et le renforcement de la liberté d'expression. Ces principes sont instaurés dans notre pays par une volonté royale, et ils sont mis en œuvre par les pouvoirs publics ⁽²⁴⁸⁾.

Les données susmentionnées ont influencé positivement le mode d'interaction des parents envers l'enfant, surtout la liberté d'expression, cette valeur a fait l'objet de plusieurs études scientifiques notamment l'Enquête Mondiale sur les Valeurs (EMV) dans son volet consacré au Maroc, réalisé par l'expert Américain R. Englehart en 2001, sur un

²⁴⁶ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, PP: 19-37, Comité scientifique de suivi R. Bourqia, A. Bencherifa, M. Tozy, Cinquantenaire de développement humain et perspectives 2025, Rabat-Maroc, 2005.

²⁴⁷ A. Lahlimi, **Recensement général de la population et de l'habitat 2014**, P : 7, Haut-Commissariat au Plan, Rabat-Maroc, 2015.

- A. Ajbilou, **Démographie marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir**, P : 55, Centre des études et de recherches démographiques, Haut-Commissariat au Plan, Rapport national du recensement général de la population et de l'habitat, Rabat-Maroc, 2004.

²⁴⁸ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 7.

échantillon de 2264 enquêtés ⁽²⁴⁹⁾. Parmi les questions étudiées dans ce travail de recherche, nous évoquons le point suivant : Est-ce que les parents marocains devraient encourager l'obéissance chez leurs enfants ?

Il est à noter que 50,8% des interviewés ont répondu favorablement à cette question, tandis que 49,2% ont exprimés leur avis défavorable à ce sujet ⁽²⁵⁰⁾. Le concepteur de cette enquête a démontré que le sens de la notion d'obéissance au Maroc a évolué positivement en se transformant progressivement au fil des années du registre de la soumission pour s'inscrire dans le cadre du respect ⁽²⁵¹⁾.

Dans le même sens, l'enquête nationale sur les valeurs réalisée par H. Rachik et autres en 2005 a conclu que 74% des 1000 personnes enquêtées ont exprimé leur accord concernant la préférence de la communication chaleureuse entre les parents et les enfants; en parallèle les personnes qui ont déclaré être encore attachées aux pratiques du passé à savoir l'hyper-protection parentale et la soumission infantile sont peu nombreuses ⁽²⁵²⁾.

Il est nécessaire de constater que, malgré le taux important des parents enquêtés qui favorisent l'échange interactif et affectueux au profit de l'enfant en dépit de la répression qu'ils ont subi au cours de leur propre enfance, il existerait souvent derrière leur point de vue déclarés des pulsions inconscientes qui influenceraient considérablement leur comportement parental à l'égard de leurs enfants; c'est ce que S. Freud appelle le retour du refoulé ⁽²⁵³⁾, ou autrement formulé la répétition transgénérationnelle au cours de laquelle la personne reproduit le même scénario qu'elle a vécu quand elle était enfant et tenterait de le dupliquer inconsciemment lorsqu'il devient adulte à travers les échanges quotidiens avec ses enfants selon l'expression de A. Dachmi ⁽²⁵⁴⁾.

Ce constat est confirmé par l'enquête nationale sur les valeurs qui a mis en relief la tendance éminente des adultes au sein de la société

²⁴⁹ R. Englehart, « **Enquête Mondiale sur les valeurs - Volet Maroc** », Université de Michign, Etats Unis d'Amérique, 2001, In R. Bourqia, Valeurs changement et perspectives, P : 89, 2005.

²⁵⁰ Ibid, P : 89.

²⁵¹ Ibid, P : 89.

²⁵² H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 19.

²⁵³ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 27.

²⁵⁴ Ibid, P : 29.

marocaine qui sont souvent orientés vers la combinaison entre les valeurs traditionnelles et modernes ⁽²⁵⁵⁾.

En tenant compte des données susmentionnées, il s'avère difficile pour un nombre important des parents marocains de la génération actuelle de se détacher complètement des pratiques exagérées relatives à l'autorité parentale (hyper-protection), c'est pour cette raison qu'un effectif non négligeable parmi eux adopteraient une bipolarité émotionnelle vis-à-vis de l'enfant :

D'une part, le père et/ou la mère traiteraient l'enfant d'une manière affectueuse et empathique en tant qu'une personne instruite qui croît aux valeurs modernes tels que les échanges familiaux chaleureux, la liberté d'expression et le respect des membres de la famille, et d'autre part, ils se trouveraient durant certains moments emportés inconsciemment par les principes relatifs à leur passé marqué par l'autorité exagérée qui les pousseraient à se comporter vis-à-vis de leurs enfants d'une façon hyper-protectrice et antipathique.

Ceci pourrait causer une sérieuse carence affective infantile qui donnerait lieu à l'irruption des moments dépressifs relatifs à la normale chez les EPM, cependant cette privation émotionnelle pourrait être plus grave voire morbide si elle est vécue dans le cadre d'une séparation entre les parents impliquant ainsi la manifestation des éventuels troubles dépressifs pathologiques à caractère réactionnel chez les EPD.

En prenant en considération l'ensemble des éléments corrélatifs au premier déterminant de la culture marocaine se rapportant à la nature des liens affectifs parents-enfant, nous croyons qu'un nombre considérable des parents lorsqu'ils se trouvent en face des symptômes dépressifs infantiles, ils n'essaieraient pas de chercher des probables anomalies au niveau des interactions affectives parentales vis-à-vis de l'enfant, au contraire les parents auraient tendance à projeter inconsciemment la cause de l'irruption du malaise dépressif sur des facteurs extra-familiaux comme le destin et le mauvais œil, en se référant à la culture traditionnelle marocaine et inculqueraient cette étiologie populaire dans la l'esprit de l'enfant.

²⁵⁵ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 35.

- **Représentations sociales relatives à la dépression infantile**

La seconde variable qui orienterait davantage les parents et même l'enfant pour croire à cette étiologie culturelle erronée, concerne les représentations sociales relatives aux troubles mentaux en général et aux troubles dépressifs en particulier. A ce propos l'enquête nationale sur les valeurs confirme l'existence de cette aptitude dans le domaine de la médication, puisque 73% des enquêtés affirment qu'en cas de maladie ils consultent la médecine moderne, néanmoins 27% des interviewés avouent qu'ils recourent encore aux recettes et aux rites traditionnels de guérison comme une solution thérapeutique alternative, surtout si la médecine moderne échoue dans le traitement de certaines pathologies, cet échec est souvent rencontré quand il s'agit d'un malaise psychique ⁽²⁵⁶⁾.

Ceci voudrait dire pour les membres de certaines familles marocaines croient que les étiologies traditionnelles comme le Mauvais œil, la sorcellerie et le Destin, sont des concepts fortement impliqués dans l'émergence des expressions dépressives chez l'enfant. Parmi les raisons qui renforceraient cette probabilité selon le point de vue de F. Choffat c'est le caractère étrange et incompréhensible des troubles mentaux en général et des symptômes dépressifs en particulier qui est semblable à la nature mystérieuse des notions culturelles précitées ⁽²⁵⁷⁾.

- **Synthèse de l'approche culturelle liée à cette thèse**

Pour conclure notre introduction sur les deux notions qui ont influencé à notre avis la culture marocaine relative au contexte familial, nous pouvons dire que le premier facteur, à savoir la nature des liens affectifs parents-enfant caractérisée essentiellement par une bipolarité des valeurs, il est clair à ce propos que malgré l'évolution notable de l'état d'esprit des parents qui sont devenu plus imprégnés par les valeurs de la culture moderne comme les échanges familiaux chaleureux, la liberté d'expression et le respect des membres de la famille, et même s'ils sont moins influencés par les pratiques du passé telles que la répression et l'hyper-protection envers l'enfant; néanmoins ces derniers se trouvent

²⁵⁶ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 37.

²⁵⁷ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, In Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351, Edition Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar-Sénégal, 1968.

parfois menés inconsciemment à ce comporter selon le référentiel culturel des valeurs anciennes notamment l'excès d'autorité parentale qui se répercuterait négativement sur l'équilibre psycho-affectif de l'enfant en le prédisposant ainsi à subir une carence affective stimulatrice d'une éventuelle irruption des troubles dépressifs.

Il est important de signaler également que le second facteur lié à l'évolution des représentations sociales concernant la médication, se distingue lui aussi par la dualité dans la perception et la compréhension du sens de la maladie entre ceux qui affirment l'étiologie scientifique et consultent par conséquent la médecine moderne, et ceux qui croient aux causalités traditionnelles et continuent encore à recourir aux recettes et aux rituels traditionnels de guérison comme une solution thérapeutique alternative, surtout si la médecine moderne échoue dans le traitement du malaise humain, ce recours aux croyances populaires comme le mauvais œil est souvent rencontré quand il s'agit d'un trouble psychique, et peut être existant même dans la pensée d'un nombre non négligeable des personnes instruites ⁽²⁵⁸⁾.

A la lumière des données susmentionnées, notre approche culturelle sera basée sur la description des aspects traditionnels de la culture marocaine, qui peuvent être à l'origine des étiologies erronées des troubles dépressifs infantiles. Il est important de souligner également que cette appréhension inappropriée du malaise dépressif peut être inspirée essentiellement des croyances religieuses populaires qui représentent selon l'anthropologue orientaliste Alfred Bel la référence de base de la culture traditionnelle marocaine ⁽²⁵⁹⁾.

De sa part R. Bourqia ⁽²⁶⁰⁾ a démontré que d'autres anthropologues comme E. Douaté ⁽²⁶¹⁾, H. Basset ⁽²⁶²⁾ et L. Massignon ⁽²⁶³⁾ distinguent entre l'islam original basé sur les textes du Coran et de la Sounna expliqués

²⁵⁸ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, In Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

²⁵⁹ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, PP : 13-17, Editions prologues, Casablanca – Maroc, 2007.

²⁶⁰ R. Bourqia, Valeurs et changement social au Maroc, P : 110.

²⁶¹ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 13.

²⁶² Ibid, P : 13.

²⁶³ Ibid, P : 13.

correctement par les savants chevronnés de la religion et l'islam populaire interprété d'une manière déformée par des personnes illettrées qui prétendent posséder la sagesse non pas par le savoir mais par l'expérience⁽²⁶⁴⁾.

En se référant à ce qui précède, notre approche culturelle ciblera comme objectif, la description de cinq notions traditionnelles qui sont considérées parmi les véritables causes des malaises psychiques en générale et des troubles dépressifs en particulier au sein de la culture populaire marocaine à savoir : La Honte ou « Hchouma », Le Destin ou « Maktoub » et le Mauvais œil ou « Alaâyne Alhassida », les Démons ou « Djins » et la Sorcellerie ou « Sihhr ».

Notre méthodologie consiste à présenter ces concepts comme ils sont définis convenablement dans les textes originaux de la religion, ensuite nous allons illustrer comment ces notions subissent des déformations notables suscitées par une compréhension altérée propre à la culture traditionnelle erronée. Il est important de signaler à la fin de cette introduction que la culture traditionnelle marocaine comprend des aspects positifs d'un côté et négatifs d'un autre, cependant notre approche culturelle ciblera uniquement le dernier aspect.

4.1.1. La Honte ou Hchouma

La honte se traduit en arabe dialectale par le mot « Hichma » ou « Hchouma », qui est l'équivalent du « Hayae » en arabe classique, elle se définit selon R. Doron et F. Parot comme un sentiment d'atteinte de l'honneur de la personne lorsqu'elle se comporte d'une manière considérée comme une infraction aux règles sociales et aux coutumes traditionnelles de la société à laquelle il appartient⁽²⁶⁵⁾. Cette transgression des normes sociétales transmissibles à travers les générations est vécue par l'individu comme une grave erreur parce qu'il a porté atteinte à ses valeurs sacrées⁽²⁶⁶⁾.

²⁶⁴ R. Bourqia, **Valeurs et changement social au Maroc**, P : 110.

²⁶⁵ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, PP : 348-349.

²⁶⁶ D. Péchoin, F. Demay, **Le petit Larousse compact**, P : 519, Editions Larousse, Paris-France, 1992.

- ***Les aspects objectifs de la Honte (Hchouma)***

Il est important de signaler que le caractère béni du « Hchouma » est inspiré des normes religieuses notamment le Hadit du prophète qui nous informe que « ...la honte et une filière de la foi »⁽²⁶⁷⁾. A partir de ce texte, les analystes de la Sounna ont déduit que la honte et une partie intégrante d'une structure bipolaire chez le croyant qui devrait avoir d'une part, la conviction et le courage pour appliquer les consignes religieuses comme le maintien d'un contact bienveillant et chaleureux à l'égard d'autrui surtout envers les membres de sa famille⁽²⁶⁸⁾.

D'autre part, le vrai musulman est appelé à ressentir de la honte qui l'aiderait à s'abstenir de commettre les interdictions telles que la maltraitance des personnes de son entourage à savoir ses enfants. Par contre, si le croyant ne dispose pas de cette sagesse et de cette timidité structurante, il pourrait facilement être à l'origine du déséquilibre psychique de certains membres de sa famille⁽²⁶⁹⁾.

A la lumière de cette définition succincte du «Hchouma» les questions qui nous interpellent se présentent comme suit : comment cette notion est délimitée selon la culture traditionnelle marocaine ? Quel impact exerce-t-elle sur les liens affectifs de certains parents vis-à-vis de leurs enfants ? Et de quelle manière, les textes religieux sont exploités pour justifier la compréhension erronée de ce concept ?

- ***La conception traditionnelle erronée de la Honte***

Dans l'esprit d'un nombre non négligeable des parents marocains ce qui est primordial pour eux c'est le fait de travailler amplement pour gagner le pain quotidien afin de satisfaire les besoins matériels essentiels de leurs enfants à savoir : la nourriture, les vêtements et la fourniture scolaire⁽²⁷⁰⁾.

²⁶⁷ J. D. Ibnou Mandour, **Le langage des arabes**, Volume 5, P : 297, Edition Sader, Bayroute-Liban, 2003. (Référence en langue arabe).

²⁶⁸ Ibid, P : 297.

²⁶⁹ Ibid, P : 298.

²⁷⁰ K. Amrani, **Le corps de la femme dans la société endogame - Le Maroc -**, P : 129, Thèse de Doctorat du 3^{ème} cycle, Dirigée par A. M. Rocheblave-Spenlé, Université Paris Diderot, Paris 7, France 1977.

Cependant quand il s'agit de consacrer des moments pour les échanges affectueux avec l'enfant ou pour réaliser le suivi de sa scolarité ou encore pour effectuer des sorties à son profit hors du foyer familial, ces activités sont perçus par un nombre important des parents comme des tâches secondaires et en plus c'est honteux «Hchouma» de les pratiquées, car si les voisins ou les proches par exemple perçoivent un père en train d'exercer ces actes banals avec son enfant, cela porterait atteinte à son image idéale et sacrée, en tant que parent respectueux caractérisé par le sérieux qui l'oblige à s'éloigner de toutes les tâches insignifiantes comme le fait de jouer avec son petit, ou de l'assister à faire ses devoirs scolaires, ou de prononcer des mots chargés d'affection à son égard⁽²⁷¹⁾.

Il est à noter que ces interdictions et ces tabous ne sont pas inscrits dans le registre des orientations prescrites par la religion, mais ils constituent une véritable production de l'esprit de certaines personnes illettrées influencées par la culture traditionnelle marocaine, ces derniers ont transformé ces prohibitions en règles sacrées et ils ont tenté de les rendre socialement acceptables en les justifiant par des textes religieux⁽²⁷²⁾.

Néanmoins les principes de l'Islam susmentionnés considèrent la bienveillance de la part les parents envers l'ensemble des membres de la famille comme une consigne et non pas comme une interdiction, dans le même cheminement le Hadit précité incite le père ainsi que la mère à avoir honte de se comporter d'une façon sévère et grossière vis-à-vis leurs enfants⁽²⁷³⁾.

- ***L'influence du Hchouma sur le malaise dépressif infantile***

A travers les éléments cités plus haut l'ethnopsychiatre Tunisienne K. Harzallah, nous explique comment le «Hchouma» dans la culture populaire maghrébine en général et marocaine en particulier constitue souvent un mécanisme d'inhibition du rendement affectif des parents envers leur enfant, ceci prive ce dernier de satisfaire ses besoins

²⁷¹ Ibid, P : 132.

²⁷² K. Harzallah, **Le cas Halima, Tradition et Modernité en Tunisie**, P : 161, In Ethnopsychiatria : Revue Universitaire de Psychologie, de Psychanalyse et des Sciences Humaines, Dirigée par G. Devereux, Edition : La pensée sauvage, N°3, P : 135-181, France, 1981.

²⁷³ J. D. Ibnou Mandour, **Le langage des arabes**, Volume 4, P : 133.

d'attention et d'affection parentale et s'il réclame cette privation, ses parents lui répondent avec des paroles repoussantes en disant (Aie honte/ Kon Tahcham) ou (Arrête de faire des bêtises/ Baraka Menlabsala) ⁽²⁷⁴⁾.

Cette limitation de la spontanéité des parents vis-à-vis de l'enfant pourrait engendrer une carence affective sous forme de négligence parentale des besoins émotionnels essentiels pour l'équilibre du psychisme infantile ⁽²⁷⁵⁾.

Il est à souligner également, que les EPM peuvent manifester des réactions négatives relatives à l'utilisation parentale abusive du mécanisme inhibiteur du «Hchouma» qui peut donner lieu à l'irruption des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale chez ces derniers.

Cependant, les parents pourraient se rendre compte de temps à autre du caractère excessif de cette répression et essaieraient par conséquent de compenser cette carence affective en s'autorisant de jouer parfois avec leurs enfants et en écoutant occasionnellement leurs plaintes et en acceptant de répondre positivement à une partie de leurs demandes non satisfaites. Il est à mentionner aussi que l'alternance entre les moments d'autorisation de la réalisation des désirs infantiles et les instants d'interdiction de la satisfaction, constitue le garant de l'équilibre psycho affectif de l'enfant ⁽²⁷⁶⁾.

Pourtant, les parents divorcés influencés par leurs blessures narcissiques relatives à la rupture des liens conjugaux peuvent surinvestir le mécanisme du «Hchouma» en se montrant extrêmement sérieux vis-à-vis de l'enfant et en condamnant toute émergence d'échanges chaleureux à son profit, ceci pourrait les amener à maintenir des liens affectifs parents-enfant marqués par une rigidité intensive et une hyper-protection pathogène, qui prédisposeraient l'enfant à présenter des troubles dépressifs pathologiques à caractère réactionnel ⁽²⁷⁷⁾.

²⁷⁴ J. DK. Harzallah, **Le cas Halima, Tradition et Modernité en Tunisie**, P : 165.

²⁷⁵ Ibid, P : 165.

²⁷⁶ Voir la présente thèse, **Carence affective en psychopathologie : Définition de D. W. Winnicott**, PP : 36-37.

²⁷⁷ Voir la présente thèse, **Carence affective en psychopathologie : Définition de A. Dachmi**, PP : 43-44.

Ces symptômes morbides refléteraient l'existence des difficultés infantiles à verbaliser la carence affective qui se traduirait sous forme de manifestations dépressives d'allure somatique comme les troubles alimentaires ou les perturbations du sommeil à travers lesquels l'enfant du divorce aurait tendance à répéter un discours culturel répandu dans la société marocaine sur le corps douloureux en avançant des propos comme (Koulchi kayhrakni / tout me fait mal) et (Tar liya naâss / Je souffre d'insomnie). Ces expressions pathologiques refléteraient la gravité de la problématique inconsciente de la privation émotionnelle qui a fait souffrir le corps infantile et il l'a fait parler⁽²⁷⁸⁾.

Néanmoins, si la carence affective peut apparaître explicitement au niveau somatique comme nous l'avons évoqué, elle pourrait également s'extérioriser d'une manière implicite par le biais des troubles dépressifs à caractère psychique comme la perte d'intérêt, les troubles de la concentration et la culpabilité exagérée qui pousseraient l'enfant à dire (C'est à cause de mes bêtises que mes parents se sont séparés)⁽²⁷⁹⁾.

Cette double expression somatique et psychique de la dépression morbide chez l'enfant du divorce refléterait l'intensité exaspérante de sa carence affective pathogène relative à l'éclatement de l'union familiale.

4.1.2. Le Destin ou Maktoub

Le destin ou (Alqadar) en arabe classique se définit autant qu'une force divine considérée comme supérieure aux êtres humains⁽²⁸⁰⁾. Cette puissance semble mener le cours de certains événements de la vie vers une fatalité qui se concrétise à titre d'exemple par le pouvoir de Dieu dans la création des individus, puisque c'est lui qui détermine à quel moment leur existence va commencer et à quel instant va-t-elle s'achever⁽²⁸¹⁾.

Ainsi, entre la naissance et le décès, chaque personne est dotée d'une durée de vie au cours de laquelle elle développe une autonomie qui lui

²⁷⁸ S. Berrada, **Maraboutisme et maladie mentale au Maroc**, P : 296, Thèse de 3^{ème} Cycle, Paris VII-France, 1981.

²⁷⁹ A. Zonabend, **Les enfants dans le divorce**, P : 41.

²⁸⁰ D. Péchoin, F. Demay, **Le petit Larousse compact**, P : 334.

²⁸¹ J. D. Ibnou Mandour, **Le langage des arabes**, Volume 2, P : 132.

permettrait de penser et d'agir suivant ses propres points de vue et selon ses convictions personnelles⁽²⁸²⁾.

A la lumière de cette délimitation concise du destin, nous pouvons dire que l'enfant ne peut pas choisir ses parents et vice-versa. Néanmoins, le père et la mère sont capables de satisfaire ou de frustrer les désirs de leur petit, qui, lui aussi acquière une volonté lui permettant d'accepter ou de refuser les demandes et les consignes parentales.

Autrement dit, il n'y a pas d'opposition entre le destin qui représente l'ensemble des actes divins exercés par Dieu et la liberté personnelle des individus concrétisée par leurs comportements humains qui impliquent leur responsabilité sur la manière dont ils agissent face aux différentes situations de la vie.

- ***La conception objective du Destin***

A travers la lecture des textes religieux notamment le Coran, nous pouvons rencontrer plusieurs versets qui illustrent le champ d'intervention du destin comme : «Nous avons créé toute chose avec mesure»⁽²⁸³⁾; En parallèle, il y a d'autres versets qui focalisent l'attention sur l'implication des individus dans les actes qu'ils exercent tels que «Toute âme est responsable de ce qu'elle a acquis»⁽²⁸⁴⁾.

Dans la même orientation, la culture traditionnelle marocaine comprend des proverbes populaires qui décrivent la fatalité du destin comme (Al maktoub mannou hroub / On ne peut pas échapper au destin)⁽²⁸⁵⁾.

Nous avons trouvé également des maximes qui mettent en relief l'implication de l'être humain dans les événements de sa vie et ceux d'autrui tels que : (Kol wahd kayjebd âala aslo / le comportement de chaque personne est déterminé par son éducation au cours de l'enfance)

²⁸² Ibid, P : 133.

²⁸³ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 530, Sourate Alqamar, Verset 49, Ministère des affaires islamiques, Complexe Roi Fahd Ibn Abdel Aziz Al-Saoud pour l'impression du Saint Coran, Madina Mounawara, Arabie-Saoudite, 2006.

²⁸⁴ Ibid, **Sourate Almouddatir**, Verset N° 38, P : 576.

²⁸⁵ I. Dadoune, **Les proverbes populaires marocains**, P : 314, N° du proverbe : 1827, Librairie Assalam Al jadida, Casa Blanca- Maroc, 2000.

⁽²⁸⁶⁾, ceci veut dire que l'enfant acquière l'équilibre psychique si le rendement affectif des parents à son égard se caractérise comme nous l'avons déjà expliqué dans la définition de la carence affective dans cette thèse par l'alternance des moments de satisfaction et les instants de frustration constructive ⁽²⁸⁷⁾.

Inversement l'enfant présenterait une désorganisation émotionnelle si les objets parentaux favorisent la satisfaction des besoins infantiles au détriment de la privation ou vice-versa; dans ce cadre le proverbe qui illustre bien ce déséquilibre se présente comme suit (Ali kayzrâa chouk kayhir fi hssado / Celui qui cultive les épines souffre lors de sa récolte) ⁽²⁸⁸⁾.

Cette maxime traditionnelle utilise la métaphore dans le contexte de l'éducation des enfants, elle signifie que les parents qui entraînent une carence affective à leur enfant par un excès d'affection (hyper-protection) ou par insuffisance d'attention (négligence émotionnelle) seraient comme le cultivateur qui sème les épines, ce dernier éprouverait de la douleur quand il serait piqué lors de la récolte.

Les parents divorcés, eux aussi pourraient souffrir du résultat déplaisant de leur défaillance affective vis-à-vis de l'enfant, qui se traduirait sous forme de troubles dépressifs morbides.

- ***L'interprétation culturelle erronée du destin***

En se référant aux synthèses du rapport des nations unies sur le développement humain dans les pays arabes qui a conclu que presque la moitié des populations étudiées sont analphabètes ⁽²⁸⁹⁾, c'est pour cette raison peut-être que certains parents séparés auraient tendance à nier leur responsabilité liée au malaise dépressif de leur enfant et sous l'influence de leur ignorance, ils n'accepteraient pas de se mettre en

²⁸⁶ Ibid, N° du proverbe : 1310, P : 232.

²⁸⁷ Voir la présente thèse, **Conception d'A. Dachmi sur la carence affective**, PP : 52-53.

²⁸⁸ Op cit, I, Dadoune, **N° du proverbe : 1518**, P : 265.

NB : Cette maxime a le même sens d'un autre proverbe très répandu (Al fagousse mne sghour kay aâouaj/Le concombre se déforme au cours des stades primaires de son développement).

²⁸⁹ R. K. Hunaidi, **Rapport Arabe sur le développement humain 2002**, P : 47, Programme des Nations Unies pour le développement, Edition Bureau Régional pour les Etats Arabes (BREA), New York, USA, 2002.

cause en exerçant une analyse critique concernant leur rendement affectif envers leur petit, subséquemment, ils tenteraient de projeter la cause d'apparition des troubles dépressifs infantiles sur le destin.

Ceci donnerait lieu à l'exploitation défensive d'une notion culturelle altérée notamment le destin nommée en arabe dialectale «Maktoub», ce mot signifie que tous les malheurs, les souffrances et les infections de l'être humain sont fatalement relatifs au destin. Cette généralisation abusive de la causalité du «Maktoub» est souvent adoptée dans la culture populaire marocaine pour contourner la responsabilité humaine dans les faits indésirables, et pour fuir essentiellement au sentiment de culpabilité lié à l'implication parentale dans le déclenchement des troubles dépressifs infantiles que ne supposons rencontrer au sein de ce présent travail de recherche chez les EPD.

C'est pour cela que Mohamed Abed Al-jabri nous explique pourquoi les versets du Coran et les proverbes populaires qui décrivent le pouvoir du destin sur la vie de l'être humain sont les plus répandus dans notre société, parce qu'ils sont très utilisés comme refuge par une partie importante de la population au détriment des versets et des maximes qui centralisent notre attention sur la responsabilité des parents dans le déséquilibre psychique infantile susceptible de donner lieu à l'émergence des troubles dépressifs ⁽²⁹⁰⁾.

Il est important de signaler que les points traités dans cette définition succincte de la notion du destin ou «Maktoub», nous permettent de formuler les interrogations suivantes : quelle est la part effective du destin dans le déclenchement des troubles dépressifs chez l'enfant du divorce ? et comment le sens populaire erroné du «Maktoub» est utilisé d'une manière exagérée pour déguiser la véritable implication parentale dans le malaise dépressif infantile ?

²⁹⁰ M. A. Al jabri, **Le patrimoine et la modernité**, P : 59, Centre d'études de l'Union Arabe, Bayroute-Liban, 1991. (Référence en langue Arabe)

- **Projection de la causalité du destin/maktoub sur les troubles dépressifs infantiles**

En ce qui concerne l'étiologie des troubles dépressifs chez l'enfant des parents séparés, il existe plusieurs causes parmi lesquelles nous pouvons citer deux facteurs culturels objectifs qui s'approchent de plus en plus de la réalité du malaise dépressif infantile. Ainsi ces symptômes peuvent émerger d'une part comme une expérience douloureuse stimulée par des facteurs génétiques (maladies mentales héréditaires) ⁽²⁹¹⁾.

D'autre part, ces troubles auraient tendance à apparaître suite à une défaillance du rendement affectif des parents à l'égard de l'enfant, soit par un excès d'affection ou hyper-protection, soit à travers une insuffisance d'attention chaleureuse ou négligence émotionnelle, dans ce cas on parlerait de la responsabilité des parents dans l'irruption des manifestations dépressives chez l'enfant.

Cependant dans la culture traditionnelle marocaine, un nombre important de parents auraient tendance à généraliser la causalité du destin comme le seul et l'unique facteur stimulateur des troubles dépressifs infantiles et ils dénie en parallèle la probabilité que certaines anomalies de leurs liens affectifs envers l'enfant pourraient être à l'origine de ces symptômes et ils inculquent dans l'esprit de l'enfant ce raisonnement erroné voire exagéré sur le destin ⁽²⁹²⁾.

A la lumière des données précitées et selon le point de vue de R. Bourqia, il est tangible que quand les parents divorcés se trouvent impliqués dans la pathologie dépressive infantile, ils auraient recours à la fatalité du destin «Maktoub» pour convaincre l'enfant du fait qu'ils sont loin d'être en rapport avec ses symptômes et pour s'auto-consoler contre le sentiment de culpabilité relatif à leur responsabilité de la carence affective de leur enfant ⁽²⁹³⁾.

En se référant à cette interprétation traditionnelle défectueuse induite par les parents dans la pensée de l'enfant, ce dernier pourrait

²⁹¹ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, P : 11.

²⁹² S. Berrada, **Maraboutisme et maladies mentales au Maroc**, P : 298.

²⁹³ R. Bourqia, **Valeurs et changement social au Maroc**, P : 114.

répondre si on l'interroge sur l'origine de son malaise dépressif en disant (Hadchi Maktoub min âaindi allah / Ceci est écrit par Dieu), ces propos peuvent être confirmés par les parents en évoquant le proverbe populaire largement répandu au Maroc (Almaktoub ma mnou hrobe / On ne peut pas échapper au destin) ⁽²⁹⁴⁾, ceci voudrait dire que la pathologie dépressive infantile est un destin écrit par Dieu dans l'au-delà et que l'ensemble des membres de la famille éclatée par le divorce sont impuissants devant ce pouvoir divin.

De ce fait, la responsabilité parentale à propos de la carence affective infantile est détournée voire infligée à une cause extérieure aux interactions intrafamiliales entre le père, la mère et l'enfant. Dans ce cadre et en s'appuyant sur le point de vue de S. Berrada concernant la maladie mentale en général au Maroc, nous pouvons dire qu'avec le «Maktoub» on écarte la véritable causalité psychique de la problématique dépressive de l'enfant et les membres de la famille morcelée par le divorce se localiseraient dans une position passive devant la manifestation des troubles et ils attendraient que le destin guérisse la dépression de l'enfant comme il a pu l'infecter par ces symptômes ⁽²⁹⁵⁾.

De ce fait, l'exploitation exagérée du destin par les parents pour justifier l'émergence des troubles dépressifs dans l'esprit de l'enfant constitue une véritable projection défensive pour camoufler l'implication parentale dans le malaise dépressif infantile, ceci entraverait les parents de comprendre objectivement les vrais facteurs qui ont motivé le déséquilibre émotionnel chez leur enfant.

4.1.3. Le Mauvais œil ou Alaâyne Alhassida

Le mauvais œil se définit comme un regard d'un individu qui porterait malheur à une autre personne, parce que ce dernier possède certains avantages que lui ne détient pas comme la richesse, la beauté ou l'intelligence ⁽²⁹⁶⁾.

²⁹⁴ I. Dadoune, **Les proverbes populaires marocains**, N° du proverbe : 1827, P : 314.

²⁹⁵ S. Berrada, **Maraboutisme et maladies mentales au Maroc**, P : 299.

²⁹⁶ D. Péchoin, F. Demay, **Le petit Larousse compact**, P : 712.

Selon E. Doutté ce n'est pas la perception visuelle qui provoque du mal, mais c'est l'envie qui est l'élément activateur du coup d'œil nuisible. Autrement dit, l'individu porteur d'un regard malveillant peut provoquer un dommage aux personnes ou aux objets qui suscitent son envie et son admiration ⁽²⁹⁷⁾.

- ***La conception objective du mauvais œil***

Dans le contexte culturel marocain l'existence du mauvais œil est confirmée d'abord par le Coran, qui nous informe dans le verset suivant à propos de notre prophète Mohammed que la paie et la bénédiction de Dieu soient sur lui «Peu s'en faut que ceux qui mécroient ne te transpercent par leur regard, quand ils entendent le coran, ils disent : il est certes fou» ⁽²⁹⁸⁾.

Selon un nombre important d'experts en matière d'analyse du discours coranique comme Ibnou Katir, Dieu a révélé à son prophète par le biais de ce verset la jalousie exaspérante qui règne au fond de ses opposants non-croyants ⁽²⁹⁹⁾.

Ce sentiment se traduit sous forme de regards malveillants à son égard quand il se met debout pour lire le Coran à ses compagnons, ce mauvais œil pourrait ainsi le faire tomber sur terre. Cette situation désagréable serait donc une source de jouissance pour les ennemis du prophète ⁽³⁰⁰⁾.

A ce propos les savants religieux distinguent entre deux types de perception visuelle, le premier genre est le regard innocent au cours duquel "Ali" par exemple apprécie une qualité perçue chez son camarade "Youssef" et désire l'avoir lui aussi sans qu'il souhaite la disparition de cet avantage auprès de son ami, dans ce cas la Sounna exige que Ali supplie

²⁹⁷ E. Doutté, **Magie et religion dans l'Afrique du nord**, P : 320, Edition ESH, Bruxelles-Belgique, 2013.

²⁹⁸ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 566, Sourate Alqalam, Verset 51.

²⁹⁹ A-F, Ibnou Katir, **Interprétation du Noble Coran**, Volume 4, PP : 417-420, Edition ouvrages scientifiques. Bayroute-Liban, 2000. (Ouvrage en arabe)

³⁰⁰ R. El homrani, **Le mauvais œil entre ceux qui infirment son existence et ceux qui confirment excessivement son effet nuisible sur l'être humain**, P : 8, Dans Revue Psychisme équilibré, N°100, Edition Maison d'informations quotidiennes, Caire-Egypte, 2011. (Référence en langue arabe)

Dieu pour protéger Youssef contre son mauvais œil en disant :
(Allahoumma bariq / que dieu vous bénisse) ⁽³⁰¹⁾.

Le second type, est le regard malveillant durant lequel Ali admire une caractéristique spécifique chez Youssef et désire que ce dernier perd cette distinction parce que Ali veut la monopoliser tout seul. Dans de telles conditions la perception visuelle de Ali chargée de haine et d'envie ou «Al Hassad » en arabe classique, peut apporter du mal à Youssef surtout si ses regards ne sont pas accompagnés par l'expression (Allahoumma Bariq) ⁽³⁰²⁾.

- **La représentation populaire déformée sur le mauvais œil**

Nous allons aborder les représentations sociales erronées sur le mauvais œil en mentionnant d'abord les résultats d'une étude menée par les sociologues M. El Ayadi, H. Rachik et M. Tozy sur un échantillon composé de 1156 personnes réparties dans les différentes régions du Maroc, qui a conclu que 96,67 % des enquêtes croient aux visions maléfiques, de même cette croyance est plus répandue chez les interviewés par rapport aux convictions relatives à l'impact négatif de la sorcellerie ou à l'existence des démons « Djins » ⁽³⁰³⁾.

Cependant, vue le taux important d'analphabétisme dans les pays arabes en général et au Maroc en particulier comme nous l'avons déjà évoqué au sein de ce chapitre culturel ⁽³⁰⁴⁾ et en prenant en considération la faible connaissance des procédures religieuses précitées relatives à la protection contre le mauvais œil méconnues ou négligées par un nombre considérable des membres des familles marocaines.

Ces derniers éprouveraient une peur exagérée vis-à-vis des regards malveillants et attribueraient par conséquent la majorité de leurs propres événements déplaisants à la vision nuisible véhiculée par une ou plusieurs personnes de leur entourage envers lesquelles, ils éprouvent de la crainte et de la méfiance. Ces coups d'œil néfastes peuvent également provenir

³⁰¹ Ibid, P : 10.

³⁰² Ibid, P : 10.

³⁰³ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 148.

³⁰⁴ Voir la présente thèse, **Chapitre culturel : Concept du Destin/Maktoub**, PP : 126-127.

selon les croyances populaires de la part de certains individus répandus par leur mauvais œil ⁽³⁰⁵⁾.

Subséquent, l'ignorance et la crainte excessive des regards nocifs pousseraient un effectif élevé de parents et même d'enfants à se préserver contre ce phénomène en utilisant des rites traditionnels erronés comme le fait de porter un collier décoré par un pendentif qui prend la forme d'une petite main nommée en arabe dialectale «Khmissa», faisant référence aux cinq doigts de la main ⁽³⁰⁶⁾.

Ce symbole est très répandue dans les pays de l'Afrique du nord est particulièrement au Maroc, où il est connu en langue Amazighe par le terme «Tafust» ⁽³⁰⁷⁾, *d'autres personnes accrochent un fer à cheval appelé en arabe classique «Hadouatte Al Hissane», et en arabe dialectale «Sfiha», sur les façades des maisons ou sur les pare-chocs des voitures* ⁽³⁰⁸⁾. *De tels objets sont susceptibles selon les croyances populaires d'inhiber l'impact négatif du mauvais œil* ⁽³⁰⁹⁾.

- ***Les pseudo-liens culturels entre le malaise dépressif et le mauvais œil***

Dans ce qui précède, nous avons élucidé à travers le point de vue d'E. Doutté que l'individu peut être la cible des regards malveillants d'autrui s'il possède des avantages susceptibles de stimuler l'envie et la jalousie de certaines personnes de son entourage ⁽³¹⁰⁾.

Ainsi nous pouvons dire à la lumière de l'ensemble des données précitées qu'une femme mariée par exemple qui se réjouit d'une présence chaleureuse de son mari à ses côtés et ressent le bonheur à travers les échanges affectueux avec ses enfants, lorsqu'elle se trouve impliquée dans une mésentente maritale provocatrice d'un éventuel divorce, elle peut

³⁰⁵ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 71.

³⁰⁶ M. Ouarabe, **Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc**, PP : 191-193, Librairie Najah El jadida, Casa Blanca-Maroc, 2007.

³⁰⁷ M. A. Haddadou, **Dictionnaire des racines berbères**, P : 63, Haut-Commissariat à l'Amazighité, Rabat-Maroc, 2007.

³⁰⁸ M. Ouarabe, **Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc**, PP : 191-194.

³⁰⁹ Ibid, PP : 194-197.

³¹⁰ E. Doutté, **Magie religion dans l'Afrique du nord**, P : 320.

souçonner le mauvais œil provenant de la part d'une amie ou d'un proche ou d'une personne inconnue comme une véritable cause de la rupture des liens conjugaux.

Au cas où son enfant manifesterait des troubles dépressifs, elle pourrait projeter de la même façon l'étiologie relative à l'irruption de ces symptômes sur des facteurs extra-familiaux comme les regards malveillants d'autrui surtout si les troubles mentaux en général et les manifestations dépressives en particulier portent, selon le point de vue de F. Choffat un caractère étrange et incompréhensible telles que : la diminution de l'intérêt, les idées noires et les insomnies ⁽³¹¹⁾.

A ce propos, la mère peut décrire son enfant en disant « il est devenu bizarre », « il est anormal » et attribuerait la raison de ce changement de l'état normal vers l'état pathologique au mauvais œil qui comprend un aspect mystérieux semblable à la nature insignifiante des troubles dépressifs ⁽³¹²⁾.

Il est à noter que cette pseudo-étiologie traditionnelle peut être prononcée par la mère ou par le père, de même il est fort possible qu'elle soit enregistrée dans l'inconscient de l'enfant comme une authentique cause de son malaise dépressif.

Nous supposons également que les parents non divorcés peuvent à leur tour attribuer l'éventuelle apparition des moments dépressifs relatifs à la normale chez leurs enfants à l'effet négatif des regards malveillants d'autrui et refuseraient par conséquent de se mettre en question à propos d'une probable défaillance affective de leur part à l'égard de l'enfant.

4.1.4. Les démons ou les « Djins »

Selon la définition du dictionnaire Français Larousse, les démons sont des esprits dangereux possédant une forte puissance qui peut provoquer du mal à l'être humain ⁽³¹³⁾. Similairement, d'après la terminologie arabe, le mot démon ou « Djin » désigne l'existence d'un être

³¹¹ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, Dans Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

³¹² Ibid, P : 351.

³¹³ D. Péchoin, F. Demay, **Le petit Larousse compact**, PP : 321-337.

caché, abstrait et invisible pour l'œil humain, ceci implique son appartenance au monde de l'au-delà que le musulman croit à sa véracité sans le regarder concrètement, c'est pour cette raison qu'il est incapable de le définir à l'abri des textes sacrés de la religion ⁽³¹⁴⁾.

A la lumière des définitions susnommées, nous pouvons relever deux constats majeurs, le premier consiste à affirmer l'existence des démons ainsi que la confirmation de leur caractère imperceptible, la seconde remarque est le fait qu'une partie et non pas la totalité de ces créatures peut entraîner un malaise pour l'être humain.

- ***Définition culturelle objective des Djins***

D'après les textes religieux, notamment le Coran, les démons ou les « Djins » en arabe classique sont des êtres vivants créés par Dieu, à partir du feu, de la même façon que la genèse des êtres humains est l'argile et la provenance des anges est la lumière ⁽³¹⁵⁾. *La preuve de cette descendance est indiquée dans le verset suivant : « Et quand au Djin, nous l'avions auparavant créé d'un feu d'une chaleur ardente »* ⁽³¹⁶⁾, *dans le même cheminement les démons vivent en communautés semblables aux sociétés humaines, certains parmi eux sont des bienfaiteurs, d'autres sont des malfaiteurs selon la description coranique ci-après « il y a parmi nous des vertueux et d'autres qui le sont moins : nous étions divisés en différentes sectes »* ⁽³¹⁷⁾.

Cependant au sein de la culture traditionnelle marocaine la représentation dominante voire généralisée considère ces créatures comme des esprits malveillants, qui n'apportent que des malheurs à l'être humain comme l'aliénation diabolique dans le cas des maladies mentales à savoir la dépression infantile relative au présent travail de recherche «Almass bil-jins » ⁽³¹⁸⁾, *pourtant les savants religieux « Alaâoulma », même*

³¹⁴ J. D. Ibnou Mandour, **Le langage des arabes**, Volume 3, P : 219.

³¹⁵ A-F, Ibnou Katir, **Interprétation du Noble Coran**, Volume 2, PP : 568-569,. Edition ouvrages scientifiques. Bayroute-Liban, 2000. (Référence en langue Arabe)

³¹⁶ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 263, Sourate Al-Hijr, Verset 27, Ministère des affaires islamiques, Complexe Roi Fahd Ibn Abdel Aziz Al-Saoud pour l'impression du Saint Coran, Madina Mounawara, Arabie-Saoudite, 2006.

³¹⁷ Ibid, Sourate Al-Jinn, Verset 11, P : 572.

³¹⁸ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, In Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

s'ils sont généralement d'accord concernant l'effet négatif du mauvais œil et de la sorcellerie sur certaines personnes, ils sont parallèlement en désaccord à propos de l'aliénation diabolique relative au psychisme humain.

Cette divergence des points de vue a persisté au cours des différentes époques historiques entre les auteurs qui ont confirmé ce phénomène comme Ibnou Alqaim Aljaouzia (1292-1349), Ibnou Taymia (1328-1263), Chihab Eddine Elalloussi (1803-1854), Mohammed benou Salih Elaâoutaimine (1929-2001), et ceux qui ont infirmé son existence tels que : Abou Qassim Zamakhchari (1074-1143), Ibnou Omar Albaydawi (décédé en 1286), Mittwali Chaâraoui (1911-1998) et Youssef Alqardaoui (1926 en vie)⁽³¹⁹⁾.

- ***Définition culturelle subjective des démons***

Il est important de signaler que nous avons présenté les définitions citées plus haut, car la culture traditionnelle marocaine comprend un nombre considérable des mythes et des légendes concernant « les Djins », à tel point que ces créatures sont devenu dans l'imaginaire d'une vaste population de notre société une source de menace pour l'être humain en stimulant au fond de lui des sentiments de peur, d'horreur et de frayeur⁽³²⁰⁾.

De cette manière les démons sont représentés dans l'inconscient collectif comme des esprits dangereux auxquels on attribue plusieurs malheurs notamment, les maladies mentales en général et les troubles dépressifs en particulier. Dans ce cadre la croyance aux Djins et largement avantageuse pour les familles éclatées par le divorce dans la mesure où ces esprits sont investis comme des remarquables supports de projection de la dépression infantile en dehors de l'implication des parents, au lieu que ces derniers se posent la question sur leur part de responsabilité dans le désordre dépressif de leur enfant.

³¹⁹ M. Alhind, **Aliénation diabolique dans la pensée islamique entre la réalité et l'illusion**, PP : 55-67, Edition Topress, El mouhamadia-Maroc, 2004. (Référence en langue Arabe)

³²⁰ Ibid. P : 69.

Semblablement, cette explication aberrante de la pathologie est localisée à l'abri même de l'enceinte de la société (le mal provoqué par les voisins et les proches de la famille ⁽³²¹⁾. C'est pour les raisons prénommées que les démons selon les dogmes culturels erronés doivent être évités voire écartés par des rituels de protection contre ces êtres indésirables comme : la manipulation du sel ou des instruments du fer à savoir les clés, les pendentifs figurant la main de l'être humain ou «khmissa » ⁽³²²⁾.

Il est à noter que l'étiologie populaire de l'aliénation par les « Djins » représente le diagnostic le plus utilisé par les guérisseurs traditionnels «Fqihs » concernant les troubles psychiques, ce facteur pseudo-déclenchant de ces symptômes est le plus répandu également dans l'esprit d'un nombre important des citoyens marocains illettrés ⁽³²³⁾, d'abord parce qu'il attribue les différentes pathologies mentales aux forces surnaturelles «démons» contrairement aux croyances relatives au mauvais œil ou (Alaâyne alhassida) et à la honte ou (Hshouma) ou les présumés coupables sont des personnes avec qui les victimes (comme les enfants de divorce et même leurs parents) sont engagées dans des relations sociales souvent conflictuelles avec les voisins et les proches ⁽³²⁴⁾.

Ensuite parce que la nature abstraite et ambiguë des affections psychiques généralement et des troubles dépressifs infantiles spécialement (perte d'intérêt, culpabilité, idées noires) et similaire au motif culturel relié à ces symptômes «l'aliénation diabolique » qui est inobservable, de ce fait indescriptible, indéfinissable et incompréhensible ⁽³²⁵⁾.

Dans ce cas, si le diagnostic de l'aliénation par les démons est confirmée, les parents ainsi que les Fqihs justifient l'état dépressif de l'enfant du divorce non pas par des éventuelles étiologies objectives comme la carence affective parentale mais ils le décrivent en se basant sur le référentiel de la culture traditionnelle orale marocaine en utilisant

³²¹ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, PP : 72-73.

³²² Ibid, P : 71.

³²³ M-R. Moro, T. Nathan, **Ethnopsychiatrie de l'enfant**, PP : 426-427, In. Traité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Volume I, P : 423, 2^{ème} édition, P.U.F, Paris -France, 2004.

³²⁴ M. Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 71.

³²⁵ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, Dans Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

plusieurs termes : quand l'enfant présente des signes dépressifs prédominés par le relâchement tels que le ralentissement psychomoteur, la perte d'intérêt et l'hypersomnie, dans ce cas il est considéré comme étant possédé et soumis aux esprits ou «Mamlouk » en arabe dialectale, de même il est perçu comme frappé ou giflé par les Djins ou «Madroub»⁽³²⁶⁾.

Inversement, lorsque la symptomatologie de l'enfant déprimé est marquée par la gaieté exagérée, l'agitation psychomotrice et les insomnies rebelles il est supposé exorciser d'une manière époustouflante par les esprits «Fih Laryah» (mouvement brutal du vent qui représente l'acte maléfique des Djins symbolisé par des violents courants d'air), ou bien le gamin est désigné voire purifié d'une façon offensive par les diables ainsi il est appelé «Mchiyer »⁽³²⁷⁾.

Il est pertinent de constater que toutes les appellations culturelles susmentionnées infligées arbitrairement aux troubles dépressifs extériorisés par l'enfant des parents divorcés sont façonnées à la forme passive pour démontrer que le sujet a subi l'acte diabolique et qu'il est incapable de l'éviter ou de se défendre contre ce pseudo-phénomène.

4.1.5. La sorcellerie ou « Sihar »

La magie est l'ensemble de croyances et de pratiques reposant sur l'idée qu'il existe des forces surnaturelles vis-à-vis desquelles l'être humain doit se concilier pour s'attribuer un bien tel que le fait de bénéficier de l'affection d'une personne contre son gré ou susciter un malheur comme la séparation d'un couple marié⁽³²⁸⁾.

Selon cette définition, les rituels magiques sont destinés à intervenir d'une manière miraculeuse sur le cours normal des événements de la vie ou sur le comportement de l'individu en mal ou en bien. En général la sorcellerie qui provoque des souhaits agréables est appelée «magie blanche» et l'ensorcellement sollicitant des désirs nuisibles à l'égard d'autrui est nommée «magie noire»⁽³²⁹⁾.

³²⁶ E. Doutté, **Magie et religion dans l'Afrique du nord**, P : 321.

³²⁷ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, In psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

³²⁸ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 431.

³²⁹ D. Péchoin, F. Demay, **Le petit Larousse compact**, P : 619.

Dans le troisième essai de son ouvrage (Totem et tabous) qui associe la psychanalyse et l'anthropologie, S. Freud (1856-1939) considère la magie comme une première phase archaïque de l'évolution des peuples primitifs disparus ou encore existants, ce stade est marqué essentiellement par le narcissisme et il porte le nom de phase animiste, dans ce cadre la sorcellerie est utilisée par l'être humain pour lui servir à des fins variées : soumettre les phénomènes de la nature à sa volonté, protéger l'individu contre ses ennemis et pour se préserver des différents dangers de la nature ⁽³³⁰⁾.

A cet effet l'homme n'est considéré civilisé que quand il arrive à parcourir deux autres étapes à savoir la phase religieuse ou stade d'objectivation caractérisé par la fixation de la libido sur les objets parentaux, puis la phase scientifique ou stade de maturité du sujet qui se distingue par la renonciation à la recherche du plaisir et par la sublimation du choix de l'objet extérieur aux convenances et aux exigences de la réalité toute en devenant autonome par rapport aux parents ⁽³³¹⁾.

D'après cette conception freudienne, la pensée magique d'une part et le recours au rituel de la sorcellerie d'autre part s'ils sont utilisés par certaines personnes notamment les parents divorcés pour expliquer et remédier aux troubles dépressifs de leurs enfants, ceci représenterait un signe de dégénérescence de leur état d'esprit même s'il appartient à une société moderne. Inversement si ces derniers arrivent à atteindre la phase scientifique, ils auraient tendance à chercher une interprétation plus logique et plus rationnelle de ces symptômes comme la défaillance des liens affectifs parents-enfant.

- ***Définition culturelle objective de la sorcellerie***

Le discours coranique a déterminé l'origine de la magie comme étant un savoir maléfique dans le texte suivant : « et ils suivent ce que les diables racontent contre la règne de Soulayman. Alors que Soulaymane n'a jamais été mécréant, mais bien les diables : ils enseignent aux gens la

³³⁰ S. Freud, **Totem et Tabous**, PP : 83-84, P.U.F, Paris-France, 2010.

³³¹ Ibid, P : 92.

magie, et les gens apprennent ce qui leur nuit et ne leur est pas profitable »⁽³³²⁾

Selon ce verset, à l'époque du prophète Soulayman, Dieu a mis les démons et les êtres humains à son service⁽³³³⁾, à ce propos nous avons déjà mentionné dans le volet réservé à la définition des Djins qu'ils sont répartis comme les êtres humains en deux grandes catégories, les bienfaiteurs et les malfaiteurs « il y a parmi nous des vertueux et d'autres qui le sont moins »⁽³³⁴⁾.

De ce fait, les démons qui se sont révoltés contre le pouvoir de Soulayman ont appris les connaissances maléfiques de la sorcellerie et ils l'ont enregistré dans des ouvrages consacrés à ce sujet et lorsque le prophète s'est rendu compte de ce travail malveillant, il a procédé à la confiscation de tous ces livres diaboliques, cependant après son décès les Djins rebelles à l'aide de certains êtres humains rancuneux ont réussi à ressortir ces ouvrages, dès lors ils ont commencé à enseigner la sorcellerie aux personnes malintentionnées. Depuis cette époque les rituels de la magie s'exercent au profit des demandeurs de ces services maléfiques de génération en génération jusqu'au temps actuel⁽³³⁵⁾.

A partir des données précitées, nous pouvons dire que la sorcellerie est une entente voire une complicité entre un démon cruel et un être humain malfaisant (sorcier) pour procurer aux personnes qui les sollicitent, des prestations nocives à savoir un bien comme le fait de se marier avec une femme qui refuse l'engagement conjugal avec le client du sorcier ou provoquer un mal chez un individu vis-à-vis duquel le demandeur des services de la magie ressent de l'envie envers lui.

Néanmoins le recours à la sorcellerie comme il est décrit plus haut est rare dans le système culturel marocain, de même les vrais sorciers ne sont qu'une minorité, or ce qui est plutôt répondu dans notre société c'est le charlatanisme. En effet, un nombre important de la population notamment les parents illettrés croient d'une façon illusoire que leurs

³³² M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 16, Sourate Al-baqarah, Verset N°102.

³³³ A-F. Ibnou Katir, **Interprétation du Noble Coran**, Volume 1, PP : 135-136.

³³⁴ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 572. Sourate Al-jinn, Verset N°11.

³³⁵ A-F. Ibnou Katir, **Interprétation du Noble Coran**, Volume 1, PP : 136-137.

enfants sont atteints par l'effet maléfique de la magie lorsqu'ils manifestent des troubles psychiques et surtout des symptômes dépressifs, à ce propos la question qui sollicite notre intérêt est la suivante : quelle est la relation entre une étiologie erronée comme la sorcellerie et les troubles dépressifs infantiles dans le raisonnement culturel traditionnel altéré ?

- ***Définition culturelle subjective de la sorcellerie***

Quand les parents divorcés se trouvent confrontés aux troubles dépressifs de leur enfant particulièrement les symptômes à caractère incompréhensif comme la perte d'intérêt, l'agitation psychomotrice, les idées de mort et les tentatives de suicide, ils seraient menés à attribuer une cause similaire à la nature ambiguë de ces manifestations cliniques en disant : « notre petit est mashour ou ensorcelé ».

Ceci voudrait dire que l'enfant est tombé malade (déprimé) non pas à cause de leur défaillance affective parentale à son égard, mais il est atteint par ces troubles par une intention néfaste d'un ennemi de ses parents comme une belle sœur paternelle qui est jalouse de la maternité de la mère de l'enfant. Dans ce cas, cette personne malveillante consulterait un sorcier pour solliciter les démons afin d'infliger à l'enfant les troubles susmentionnés d'allure inhabituelle, bizarre voire magique.

L'hostilité de cette belle-sœur paternelle, pourrait se traduire par des recettes de la sorcellerie (Hjab ou Talasims Sihriyas) préparées par le « Fqih » sorcier et induite par sa cliente dans les produits alimentaires lors de la cuisson de délicieux gâteaux au profit de la victime (l'enfant) cette nourriture empoisonnée est répandue dans la culture marocaine sous la nomination de « Tawkal » qui désigne l'alimentation ensorcelée, ou « Tâam » sous forme d'un plat de couscous infecté par les ingrédients de la magie⁽³³⁶⁾.

L'objectif de cet acte grossier est de rendre l'enfant malade par des infections somatiques et surtout psychiques, c'est pour cette raison que certaines mères marocaines en général et quelques mères divorcées en particulier sont envahi par une peur acharnée qu'une femme malveillante

³³⁶ D. Moussaoui,, «**La femme entre le Hchouma et le Haram** », Extrait de sa thèse de doctorat en psychiatrie, publié par l'opinion culturelle, n° 142 février 1982.

essaye d'ingérer à leurs enfants une nourriture envoûtée, dans ce cas elles exhortent à leur fils ou filles : « fait attention surtout ne mange rien chez elle »⁽³³⁷⁾. De ce fait la frayeur du (Tâam) ou (Tawkal) est enracinée dans l'esprit d'un nombre important des enfants de parents séparés voire certains parents mariés notamment les personnes illettrées.

Similairement, certains penseurs marocains à savoir Said Bensaïd affirme que la pensée magique devient plus dominante dans l'esprit des parents quand ils sont exposés à des conditions difficiles et compliquées comme l'atteinte de l'enfant par une maladie mentale en général et la dépression en particulier, ceci stimule leurs sentiments de peur et de panique qui les pousseraient à formuler une étiologie mystérieuse semblable à l'aspect énigmatique des troubles infantiles et ils inculquent ce faux diagnostic dans l'esprit de leur enfant⁽³³⁸⁾.

Les parents peuvent ainsi pousser leurs réflexions projectives erronées plus loin en prétendant que leur divorce est motivé par un désir nuisible de l'un des personnes proches de la famille, à ce propos ils pourraient consulter le « Fqih » ou le sorcier pour désactiver les effets néfastes de la sorcellerie qu'ils prétendent subir eux et leur enfant. Pareillement, même si le guérisseur traditionnel n'arrive pas à guérir leur petit il aurait réussi en moins à atténuer leur propre panique vis-à-vis des troubles dépressifs infantiles⁽³³⁹⁾.

Succinctement, il semble que les deux définitions susmentionnées relatives à la sorcellerie à savoir, la première située au début de ce volet ainsi que la délimitation culturelle objective de la magie, s'accordent sur le fait que les rituels magiques comprennent une double intervention malveillante exercée par l'être humain d'un côté et par les forces surnaturelles concrétisées moyennant les démons d'un autre côté, c'est pour cette raison que l'étiologie vraisemblable de la sorcellerie est très sollicitée surtout par les parents divorcés non-instruits parce qu'elle s'accommode avec le caractère étrange des troubles dépressifs de leur enfant.

³³⁷ A. Ifrah, **Le Maghreb déchiré tradition, folie et migration**, PP : 28-29, Edition Pensée sauvage, Paris-France, 1980.

³³⁸ M. Ouarabe, **Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc**, P : 10.

³³⁹ Ibid, P : 10.

Dans ce contexte l'étude effectuée par El Ayadi et autres a démontré que la magie occupe le troisième rang dans les réponses des jeunes marocains âgés de 18 à 24 ans comme facteur étiologique des troubles mentaux ⁽³⁴⁰⁾, de même la sorcellerie est classée deuxième après le mauvais œil selon le point de vue des personnes âgées de plus de 60 ans ⁽³⁴¹⁾. A ce propos il est judicieux de formuler l'interrogation suivante : quelle est la position occupée par la magie comme cause stimulatrice des troubles dépressifs infantiles dans la pensée des parents divorcés inculquées dans l'esprit de l'enfant ?

Il est important de signaler que nous allons découvrir la réponse à cette question dans la partie pratique de cette thèse à travers l'analyse des résultats du questionnaire de l'étiologie dépressive que nous allons définir dans la partie méthodologique et nous procéderons à l'appliquer sur l'échantillon global du présente travail de recherche.

◆ Synthèse du chapitre culturel

A la fin de ce chapitre culturel, il est judicieux de notifier que les cinq concepts précités à savoir : la Honte ou Hchouma, le Destin ou Maktoub, le Mauvais œil ou Alaâyne Alhassida, les Démons ou Djins, et la Sorcellerie ou Sihr représentent une compréhension culturelle altérée du malaise dépressif infantile, qui empêcherait l'enfant et ses parents d'assimiler les vrais facteurs déclenchant de ces troubles et accentuerait par conséquent leur intensité. Dans ce cadre nous allons évoquer d'une manière succincte un autre aspect culturel qui participe à son tour dans l'aggravation des manifestations dépressives infantiles relatives à la rupture des liens conjugaux notamment les imperfections du code de la famille.

Depuis sa création en 1957, le code du statut personnel Marocain dans son article 48 attribue le pouvoir d'officialiser la rupture des liens conjugaux par le divorce au père de la famille ⁽³⁴²⁾. Cependant malgré

³⁴⁰ M.Elayadi, et autres, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 148.

³⁴¹ Ibid, P : 148.

³⁴² **Code du Statut Personnel**, Dahir 1-57-343 publié le 06/12/1957, Bulletin officiel N°2345, Imprimerie officielle, Rabat-Maroc, 1957.

l'amendement de ce règlement familial en 1993 ⁽³⁴³⁾, la prédominance de l'autorité patriarcale sur la famille a persisté; cette réalité se reflète à travers les études académiques élaborées durant les années quatre-vingt-dix, comme le travail de recherche de DES en psychologie sociale effectué par A. Elanssari dans la ville de Taroudant en 1996 qui a ciblé 50 enfants de parents séparés ⁽³⁴⁴⁾.

Cette étude a démontré que 60% des cas présentent des difficultés d'identification au père relatives aux sentiments de haine, d'hostilité et de colère éprouvés par ces derniers à l'égard de l'objet paternel qui est perçu comme l'unique responsable de l'éclatement de l'unité familiale par le divorce et l'ultime générateur de la carence affective infantile ⁽³⁴⁵⁾. Cette représentation négative est renforcée par un discours amertume de la part de la mère qui essaye d'extérioriser ses blessures narcissiques conjugales par la dévalorisation de l'image paternelle dans l'esprit de son enfant ⁽³⁴⁶⁾.

La deuxième réforme législative est effectuée par le biais de l'élaboration du code de la famille qui a remplacé en 2004 le code du statut personnel. Au sein de cette nouvelle loi ⁽³⁴⁷⁾ l'article 48 est substitué par l'article 78 qui a attribué la possibilité d'interrompre la relation maritale à l'époux et à l'épouse sur le même pied d'égalité selon les conditions de chacun d'entre eux; Ceci signifie que la responsabilité de l'éclatement de la famille est désormais partagée entre le père et la mère de l'enfant ⁽³⁴⁸⁾.

Ce renouvellement juridique, nous permettra dans le cadre du présent travail de découvrir comment l'enfant perçoit son père et/ou sa mère comme une source provocatrice de la carence affective qu'il subirait après le divorce et comment cette privation émotionnelle morbide pourrait-elle lui engendrer l'irruption des troubles dépressifs pathologiques.

³⁴³ **Code du statut personnel**, Dahir 1-93-347 publié le 10/09/1993, Bulletin officiel N° 4222, P: 1833, imprimerie officielle, rabat Maroc, 1993.

³⁴⁴ A. Elanssari, **Dissociation familiale et troubles affectifs chez les enfants**, P : 170.

³⁴⁵ Ibid, P : 171.

³⁴⁶ Ibid, P : 172.

³⁴⁷ **Code de la famille**, Loi 70-03, Dahir 1-04-22, Bulletin officiel N°5184, P : 418, 5 février 2004, 14 Dil-hijja 1424, Imprimerie officielle, Rabat-Maroc, 2004.

³⁴⁸ Ibid, P : 428.

Sommairement, nous avons essayé par le biais du présent chapitre de mettre en relief deux facteurs culturels qui participent, à notre avis, d'une manière négative dans l'accentuation du malaise dépressif infantile. Le premier se concrétise à travers la compréhension culturelle alertée des moments dépressifs relatifs à la normale chez les enfants issus de parents mariés et les troubles dépressifs morbides auprès des enfants originaires de parents divorcés. Cette appréhension inappropriée est déclinée par l'étude de cinq concepts culturels erronés notamment : la Honte ou Hchouma, le Destin ou Maktoub, le Mauvais œil ou Alaâyne Alhassida, les Démons ou Djins, et la Sorcellerie ou Sihhr.

Dans ce cadre nous allons élaborer au sein de la partie méthodologique un questionnaire qui nous permettrait de vérifier l'existence de ces cinq étiologies traditionnelles dans l'esprit de l'enfant.

5. Synthèse de la partie théorique

Cette partie théorique a abordé quatre thèmes principaux, le premier chapitre a présenté un aperçu sur la période latence qui constitue la tranche d'âge étudiée dans notre thèse et il a démontré qu'elle n'est pas tout à fait tranquille comme son nom l'indique. Le second chapitre a défini la carence affective d'une manière plus au moins détaillée, en traçant les limites entre la privation émotionnelle normale et pathologique.

Dans le troisième chapitre nous avons essayé au fur et à mesure de la délimitation des troubles dépressifs infantiles d'opérer comment ces symptômes morbides pourraient émerger suite à une carence affective pathogène chez les enfants de parents divorcés et de quelle façon la privation émotionnelle ordinaire auprès des enfants de parents mariés stimulerait l'irruption des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale.

Dans la partie suivante réservée à l'approche méthodologique, nous allons présenter les méthodes et les outils susceptibles à notre avis d'identifier les différents liens probables susmentionnés entre les deux notions investiguées dans ce travail de recherche à savoir la carence affective et les troubles dépressifs chez les enfants de parents séparés.

***IV. PARTIE
METHODOLOGIQUE***

- **Introduction**

La partie méthodologique est répartie en trois chapitres, le premier est consacré d'abord à la description de l'échantillon et du terrain d'étude, il abordera ensuite la définition des deux types d'investigation que nous comptons réaliser dans la partie pratique de cette thèse, notamment l'étude quantitative qui s'axera essentiellement sur la comparaison entre les deux groupes de notre échantillon de recherche à savoir les EPD et les EPM; Le second genre est l'étude qualitative qui est destinée à l'analyse approfondie des cas cliniques.

Le deuxième chapitre est relatif à la délimitation de la méthode comparative basée sur l'utilisation des techniques statistiques qui nous seront utiles dans l'étude quantitative ciblant l'investigation de l'échantillon global de la recherche composé de 114 enfants dont 39 EPD et 75 EPM. La comparaison entre ces deux populations s'effectuera moyennant l'utilisation de deux outils de recherche, le premier est le Children Depression Inventory (CDI) ou l'Inventaire de dépression chez l'enfant élaboré par de A. T. Beck et M. Kovacs ⁽³⁴⁹⁾, il est consacré au repérage des troubles dépressifs. Le deuxième instrument est le Questionnaire de l'étiologie dépressive que nous avons conçue pour découvrir comment l'enfant appréhende la maladie mentale en général et les symptômes dépressifs en particulier.

Quant au troisième chapitre de cette partie méthodologique, il focalisera l'attention sur la présentation de la méthode clinique qui constitue la pièce angulaire de l'étude qualitative relative à l'analyse psychopathologique de deux groupes restreints constitués de 4 cas des EPD et 4 autres des EPM. A ce propos nous allons décrire les outils utilisés dans la démarche d'étude de cas dans cette thèse particulièrement : l'observation clinique, l'entretien semi directif, les épreuves projectives notamment le Test d'Aperception pour Enfants (CAT)

³⁴⁹ Kovacs, M. et Beck, A.T., «**An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression**», In Shulter-brandt, J.G & Raskin, A., Depression in children : Diagnosis treatment and concept models, Eds Raven, Newyork, 1977.

élaborée par Léopold et Sonia BELLAK⁽³⁵⁰⁾ ainsi que le Test du dessin de la famille conceptualisé par Louis CORMAN⁽³⁵¹⁾.

Il est important de signaler que dans le cadre de l'étude qualitative, nous allons réaliser le diagnostic des huit cas cliniques (dont 4 cas des EPD et 4 autres des EPM) en collaboration avec un psychiatre chevronné pour tracer d'une part les limites entre les manifestations dépressives normales et pathologiques et pour catégoriser d'autre part les différents degrés d'intensité de la dépression morbide.

1. Approche quantitative et qualitative

Avant d'énumérer les caractéristiques de l'approche quantitative et qualitative relatives à la partie pratique de notre thèse, il est nécessaire de présenter d'abord un petit aperçu sur l'échantillon et le terrain d'étude.

1.1. Echantillon de la recherche

La population étudiée dans cette thèse est composée de 114 enfants en période de latence âgés entre 6 et 12 ans⁽³⁵²⁾. Ils sont répartis en deux groupes : 39 enfants issus de parents divorcés (EPD) et 75 enfants originaires de parents mariés (EPM). Rappelons que l'expression parents mariés signifie que le père et la mère sont unis par les liens de mariage et ils vivent avec leur enfant sous le même toit.

Ces deux groupes feront l'objet de deux types d'investigation : premièrement, ils seront impliqués dans une étude quantitative basée sur la méthode comparative par le biais des techniques statistiques. Deuxièmement, nous allons sélectionner 8 enfants de l'échantillon global, dont 4 personnes de chaque groupe pour réaliser l'étude qualitative

³⁵⁰ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, Centre de Psychologie Appliquée, Paris - France 1954.

³⁵¹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PUF, Paris - France, 1982.

³⁸⁰ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projectifs, N°9, P : 41.

caractérisée par l'utilisation de la méthode clinique dans l'investigation approfondie des cas individuels ⁽³⁵³⁾.

Signalons dans ce cadre que nous avons travaillé au début avec l'ensemble des enfants appartenant à la période de latence primaire (6, 7, 8 et 9 ans) et la latence secondaire (10, 11 et 12 ans). Sur ce, nous avons souvent rencontré de sérieuses difficultés de communication avec la première catégorie, ce qui nous a poussé parfois à annuler les données recueillies par les entretiens et les tests administrés relatifs à cinq cas.

Pour les raisons précitées, nous nous sommes orientés davantage vers les enfants en phase de latence secondaire qui poursuivent leur scolarité essentiellement à la cinquième et à la sixième année du niveau primaire. Ces derniers ont fait preuve d'une capacité considérable d'expression.

1.2. Terrain d'étude

Nous avons localisé notre champ d'investigation dans les écoles de l'enseignement primaire appartenant à deux provinces, les établissements implantés dans le milieu urbain lié au territoire d'Agadir Idaoutanane et les institutions placées dans le milieu rural situé aux alentours de la préfecture d'Inzegane Ait Melloul. De cette manière, la représentativité géographique est relativement respectée.

Néanmoins, un nombre non négligeable de ces écoles sont instaurés dans les quartiers défavorisés, cette caractéristique pourrait influencer les résultats de l'étude quantitative, c'est pour cette raison que nous avons essayé dans l'étude qualitative d'équilibrer la population interviewée en choisissant des cas qui appartiennent aux différentes classes sociales.

Similairement, nous avons travaillé dans le cadre de notre investigation clinique avec des enfants originaires de la ville de Rabat afin de diversifier l'échantillon de la recherche.

³⁸¹ M. Richelle, R. Droz et autres, **Manuel de psychologie (Introduction à la psychologie scientifique)**, P : 35, Edition Dessard et Mardaga, Editeurs, Bruxelles - Belgique, 1976.

Parmi les difficultés que nous avons rencontrées, lors de l'étude pratique nous pouvons citer deux contraintes essentielles, La réticence des responsables des tribunaux de la justice familiale qui ont refusé de nous autoriser à réaliser des entretiens avec les parents divorcés et leurs enfants, bien que nous avons présenté les documents administratifs qui justifient notre statut d'étudiant chercheur en cycle du Doctorat.

En revanche, malgré la lenteur et la complexité des procédures pour l'octroi de l'accord pour effectuer une étude dans le terrain, nous avons bénéficié d'une autorisation de la part de l'Académie Régionale de Sous Massa, pour travailler avec les enfants qui poursuivent leur scolarité dans les écoles publics du niveau primaire.

1.3. Définition de l'approche quantitative et qualitative

Un nombre important de chercheurs, considèrent que l'approche quantitative présente assez de garanties pour caractériser le travail de recherche par la rigueur et la fiabilité scientifique. Cependant malgré les critiques adressées à la démarche qualitative comme étant insuffisamment objective, elle contribue significativement dans le renforcement de la crédibilité des études en sciences humaines ⁽³⁵⁴⁾.

En effet, le recours à une approche d'investigation qu'elle soit quantitative ou qualitative relève de la même démarche méthodologique qui consiste à élaborer une problématique, une hypothèse et une méthode adaptée pour y répondre. De ce fait, les deux procédés susmentionnés sont complémentaires et peuvent se succéder dans un même travail de recherche ⁽³⁵⁵⁾. Dans ce qui suit, nous allons présenter chacune de ces deux approches ainsi que leur mode d'emploi au sein du présent travail de recherche.

³⁵⁴ Y. Poisson, **L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation**, P : 369, In Revue des sciences de l'éducation, Volume 9, N°3, Edition Erudit, Université Montréal-Canada, 1983.

³⁵⁵ I. Aubin-Auger et autres, **Introduction à la recherche qualitative**, P : 142, In Revue française de médecine générale (Exercer), Volume 19, N°84, Edition Institut Française de Médecine Générale, Paris-France, 2008.

- ***Approche quantitative***

Cette démarche n'est pas nouvelle, elle est plutôt couramment employée dans le champ des sciences humaines et plus précisément en anthropologie ⁽³⁵⁶⁾. Cette approche s'est développée par le biais des travaux de recherche comme ceux de P.W Jakson (1929-2015) dans son étude détaillée sur la vie scolaire intitulée (Life in classrooms), basée sur ses observations des enfants aux classes primaires ⁽³⁵⁷⁾. Parmi les caractéristiques spécifiques de cette démarche méthodologique, nous pouvons citer :

- *Le chercheur accorde la priorité aux éventuelles corrélations qui peuvent être établies entre les variables sous observation relatives au groupe étudié et au groupe témoin ⁽³⁵⁸⁾.*

- *L'investigateur essaie de découvrir si le groupe étudié, parce qu'il se distingue par une spécificité particulière surpasse d'une façon statistiquement significative le groupe de repère ⁽³⁵⁹⁾.*

- *L'utilisation d'un grand nombre de personnes en les affectant selon leurs caractéristiques à chacun des deux groupes de l'échantillon d'étude ⁽³⁶⁰⁾.*

- *L'usage ou l'élaboration des outils d'investigation validés et/ou reconnu à l'échelle internationale ⁽³⁶¹⁾.*

- *Les calculs et les vérifications des résultats de l'étude sur le terrain s'effectuent à l'aide des instruments statistiques appropriés ⁽³⁶²⁾.*

D'une manière générale, nous pouvons dire que les composantes susmentionnées relatives à la démarche quantitative sont accommodées avec la première phase de la partie pratique de cette thèse qui ciblera

³⁵⁶ Y. Poisson, **L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation**, P : 370.

³⁵⁷ Ibid. P : 370.

³⁵⁸ Ibid. P : 370.

³⁵⁹ Ibid. P : 371.

³⁶⁰ Ibid. P : 371.

³⁶¹ Ibid. P : 371.

³⁶² Ibid. P : 371.

comme objectif l'application des outils de la recherche sur l'effectif global de l'échantillon de l'étude constitué de plus de 100 personnes réparties en deux groupes institués respectivement d'enfants issus de parents divorcés et leurs confrères originaires de parents mariés, qui seront l'objet d'une étude comparative visant comme finalité la détection d'une corrélation hypothétique entre deux notions, notamment la carence affective et les troubles dépressifs.

- **Approche qualitative**

Similairement à la démarche quantitative, l'histoire de la méthode qualitative remonte aux années 1920 au cours desquelles les anthropologues et les sociologues sont les premiers à mener des études sur des phénomènes humains en utilisant les techniques d'investigation individualisée comme les entretiens approfondis ⁽³⁶³⁾. Parmi les particularités de cette approche nous pouvons citer :

- La méthode qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer l'objet enquêté, mais elle consiste le plus souvent à recueillir des données personnelles ⁽³⁶⁴⁾ permettant l'élaboration d'une démarche interprétative qui donne au chercheur la possibilité de répondre aux questions du genre : «pourquoi ?» et «comment ?» ⁽³⁶⁵⁾, c'est pour cette raison que l'effectif des personnes interviewées dans ce type d'investigation est moins nombreux par rapport à la recherche quantitative ⁽³⁶⁶⁾.

- A travers sa démarche compréhensive, l'étude qualitative n'essaye pas d'établir des corrélations entre les concepts de la recherche comme c'est le cas dans les enquêtes quantitatives. Néanmoins elle s'intéresse davantage aux déterminants du comportement ou du trouble psychique et non pas au comportement ou au symptôme lui-même ⁽³⁶⁷⁾.

³⁶³ I. Aubin-Auger et autres, **Introduction à la recherche qualitative**, P : 142.

³⁶⁴ Y. Poisson, **L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation**, P : 372.

³⁶⁵ Op cit, I. Aubin-Auger et autres, P : 143.

³⁶⁶ Ibid. P : 143.

³⁶⁷ Ibid. P : 143.

- *Cette perspective permet aussi à l'investigateur d'appréhender le fonctionnement de chaque cas étudié en explorant ses affects, ses pensées, ses expériences personnelles ainsi que ses interactions avec ses proches à savoir ses parents, sa fratrie et ses amis. De cette manière l'approche qualitative contribue à une compréhension plus détaillée et plus large des sujets enquêtés par rapport à la démarche quantitative qui se limite à la présentation des informations générales sur les cas interviewés ⁽³⁶⁸⁾.*

- *Il est pertinent de souligner que la vocation qualitative est efficace lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs, de ce fait ils sont difficiles à approcher ⁽³⁶⁹⁾, comme les causes culturelles erronées telles que le mauvais œil ou la sorcellerie qui pourraient provoquer l'irruption des troubles dépressifs chez l'enfant selon ses propres points de vue examinés dans le cadre de l'approche culturelle relative au présent travail de recherche.*

Il est important de signaler que l'investissement de l'aspect qualitatif au sein de cette thèse est un acte méthodologique primordial parce qu'il est adapté à notre problématique à caractère psychopathologique visant essentiellement l'analyse approfondie des cas individuels. A ce propos, la démarche qualitative sera appliquée sur un effectif restreint de l'échantillon global de cette recherche afin d'effectuer une étude clinique plus exhaustive que celle réalisée dans le cadre de l'investigation quantitative.

Sommairement, nous pouvons dire que les deux approches quantitatives et qualitatives sont appropriées à la thématique de notre thèse, c'est pour cette raison qu'ils seront investis dans l'étude du terrain. Dans ce sens, le premier chapitre de la partie pratique est consacré à la recherche quantitative, alors que le second chapitre il ciblera l'étude qualitative et à la fin des deux types de cette recherche appliquée nous procéderons au repérage des points de convergence et de divergence entre les résultats des deux approches citées précédemment.

³⁶⁸ Ibid. P : 143.

³⁶⁹ Ibid. P : 142.

Finally, given that the present research work is based on the comparison between two groups, it turns out inevitable to expose in what follows the comparative method because it includes the necessary tools to conduct suitably the quantitative and qualitative studies.

2. La méthode comparative

When we vary the conditions in which we study a population, by introducing another sample of people of the same age, but which are different for example on the family level in relation to the individuals that represent the object of our investigation, and when we compare the results recorded through the use of research tools on this study group with those obtained by the control group, in this case we are in the process of applying the comparative method⁽³⁷⁰⁾.

Among the qualities of use of this approach, we can cite: the clarification of ambiguities relative to the problem addressed, the limitation of the researcher's subjectivity during the discussion of the results and the expansion of the field of investigation⁽³⁷¹⁾.

Francis Galton (1822-1911) is the first author who has used the comparative method in the framework of differential psychology which targets as its objective the identification of individual differences between human beings. The work of this English psychologist has focused on the use of two essential research tools: psychological tests and statistical methods⁽³⁷²⁾.

The most fruitful discovery of Galton is the elaboration of several statistical techniques in psychology such as the measurement of the correlation coefficient, developed by C. Spearman (1863-1945) to create his new instrument called « factorial analysis ». It is to

³⁷⁰ M. Reuchlin, **Les méthodes en psychologie**, P : 79, Edition Que sais-je? , PUF, Paris-France 1983.

³⁷¹ Ibid, PP : 80 – 81.

³⁷² M. Reuchlin, **Histoire de la psychologie**, P : 45, Edition Que sais-je? , 16ème Edition, PUF, Paris France 1994.

noter que ces instruments statistiques sont enseignés à la Sorbonne depuis 1968 ⁽³⁷³⁾.

Succinctement, nous pourrions dire que les techniques statistiques ont réalisé ce remarquable succès pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'elles sont faciles à utiliser, ensuite car elles permettent au chercheur de ressortir des résultats simples et précises et enfin parce que ces outils ont détourné l'intérêt des auteurs en psychologie des facteurs héréditaires relatifs aux différences individuelles pour attirer leur attention à l'influence du milieu social et familial sur les ressemblances et les divergences entre les individus ⁽³⁷⁴⁾.

2.1. Utilité de la méthode comparative dans cette thèse

A la lumière des données susmentionnées, nous pourrions dire que la méthode comparative à tendance statistique est compatible avec l'objet de notre recherche dans la mesure où elle va nous être utile, d'une part dans la clarification de notre problématique et elle contribuerait d'autre part à mieux élucider le malaise dépressif chez les enfants du divorce qui serait plus intense par rapport au moment dépressifs relatifs à la normale auprès des enfants de parents mariés.

Il est important de signaler dans ce cadre, que nous nous sommes inspiré de deux études précédentes à notre travail de recherche pour adopter cette démarche, à savoir l'étude des Pays-Bas qui a travaillé sur un échantillon de 4592, réparties en deux groupes, le premier est composé de 367 EPD et le second est constituée de 4225 EPM ⁽³⁷⁵⁾. *La méthode adoptée par cette étude est basée sur les techniques statistiques comme les pourcentages les moyens des groupes, la variance, l'écart type et le coefficient de corrélation* ⁽³⁷⁶⁾.

La deuxième référence est l'étude psychopathologique Tunisienne qui s'est penché sur l'investigation d'un échantillon de 384 enfants dans

³⁷³ Ibid, PP : 48-51.

³⁷⁴ Ibid, PP : 50-53.

³⁷⁵ M. Bartels et Al, **Childhood problem and parental** divorce, In International Journal for Social Psychiatrie, N°47, P : 1539.

³⁷⁶ Ibid, P : 1543.

84 cas originaires de parents séparés et 300 issus de parents unis⁽³⁷⁷⁾. Sur le plan méthodologique, ce travail de recherche a employé la méthode clinique et les outils statistiques précités⁽³⁷⁸⁾.

Dans cette thèse nous allons utiliser la méthode comparative dans l'étude quantitative en confrontant les résultats du groupe des EPD composé de 39 cas et le groupe des EPM constitué de 75 personnes. Les techniques statistiques utilisées dans ce sens sont les pourcentages, les moyens de chaque groupe, l'écart-type et le Test «t» de Student consacré à l'étude comparative de deux groupes indépendants non appariés⁽³⁷⁹⁾.

Il est important de signaler que le choix de l'utilisation de la méthode comparative au sein de ce travail de recherche est motivé par deux raisons capitales, d'abord parce que cette démarche met à la disposition du chercheur les différentes étapes à parcourir pour structurer les composantes indispensables de sa thèse à savoir : la formulation de la problématique, la définition des concepts de base, la vérification de la véracité des hypothèses et l'élaboration d'une synthèse des résultats⁽³⁸⁰⁾.

Ensuite, ce procédé méthodologique nous sera utile dans l'étude quantitative relative au repérage des liens éventuels entre la carence affective et les troubles dépressifs dans le premier chapitre de la partie pratique de ce travail de recherche.

A ce propos nous allons essayer d'apprécier à quel point les expressions dépressives sont mobilisées chez les deux groupes étudiés comme réaction à une carence affective parentale. Il est à souligner que la vérification de l'existence de la probabilité susmentionnée sera effectuée à travers l'utilisation du matériel du (CDI) qui sera administré à l'effectif global de l'échantillon composé de 114 enfants dont 39 EPD et 75 EPM.

L'objectif de l'application de la méthode comparative dans ce cadre est de bénéficier des qualités de cette démarche méthodologique qui nous

³⁷⁷ F. Ghribi les autres, **Divorce parental et les troubles psychopathologique chez l'enfant et l'adolescent**, PB In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent, volume n°50, P : 121.

³⁷⁸ Ibid, P : 122.

³⁷⁹ P. Dagnelie, **Statistique théorique et appliquée**, Tome 2, P : 216, Edition de Boeck, Bruxelles-Belgique, 2011.

⁹ M. Richelle, R. Droz et autres, **Manuel de psychologie (Introduction à la psychologie scientifique)**, P : 39.

permettrait de détecter les points communs entre les différents cas étudiés dans chaque groupe en dépit des divergences individuelles ⁽³⁸¹⁾ et de vérifier si les enfants des parents séparés sont plus concernés par la pathologie dépressive par rapport aux enfants de parents unis. Si c'est le cas, nous pourrions ainsi évoquer la carence affective engendrée par la rupture des liens conjugaux comme facteur déclencheur des troubles dépressifs chez les enfants du divorce.

Similairement, nous allons adopter la même méthodologie en administrant le questionnaire de l'étiologie dépressive sur le même échantillon cité plus haut afin de découvrir comment les enfants de parents séparés appréhendent les causes relatives à l'émergence de leurs troubles dépressifs, est-ce qu'ils les conçoivent d'une manière objective; Au cas où cette probabilité est confirmée, ceci vaudrait dire qu'ils sont conscients de leur carence affective, ou est-ce qu'ils envisagent ces expressions dépressives d'une façon subjective en attribuant l'étiologie de ces symptômes aux causes culturelles erronées comme le Destin ou Maktoub, le Mauvais œil ou Alaâyne Alhassida.

Il est à noter que la représentation de l'étiologie dépressive sera identifiée chez les enfants issus de parents divorcés, mais elle fera l'objet d'une comparaison avec l'image mentale adoptée par les enfants de parents mariés. L'objectif de cette confrontation des résultats est de vérifier l'authenticité de notre hypothèse N°3 qui stipule que quand l'enfant est déprimé suite à la rupture des liens conjugaux entre ses parents, cet état pathologique influence négativement la perception de son malaise dépressif en l'interprétant d'une manière subjective et en lui attribuant des causes culturelles erronées.

2.2. Les outils de recherche utilisés dans le cadre de cette méthode

Dans ce qui suit, nous allons présenter les outils de recherche que nous allons utiliser dans notre étude quantitative à savoir les techniques

⁴⁰⁹ M. Reuchlin, **Histoire de la psychologie**, P : 44, Edition Que sais -je ? , 16ème Edition, PUF, Paris France 1994.

statistiques, l'inventaire de la dépression chez l'enfant (CDI) ainsi que le questionnaire de l'étiologie dépressive.

2.2.1. Les techniques statistiques

L'usage de la méthode comparative dans cette thèse est caractérisé par l'utilisation de trois techniques statistiques décrites dans ce qui suit :

Les pourcentages : ils représentent l'écriture mathématique de la comparaison d'un nombre avec la valeur 100. De même cet outil statistique élémentaire est un moyen pour exprimer le rapport des effectifs de deux groupes ou plus par le biais d'une fraction de cent ⁽³⁸²⁾.

Il est à noter que malgré son apparente simplicité, les pourcentages fournissent au chercheur des indicateurs fiables sur la population étudiée, néanmoins si cet instrument est utilisé indépendamment des autres techniques de la recherche, ceci pourrait induire l'investigateur en erreur, c'est pour cette raison qu'il est indispensable de confronter les résultats fournis par les taux avec les données recueillis par les différents moyens d'investigation ⁽³⁸³⁾.

Dans cette thèse les pourcentages seront employés au sein de l'étude quantitative, puis nous procéderons à la comparaison de ces indicateurs statistiques avec les résultats de l'étude qualitative afin de détecter les points de convergence et de divergence entre les résultats fournis par ces deux moyens d'investigation.

La moyenne d'une série statistique : cet outil est un procédé qui permet de caractériser les séries statistiques. Nous pouvons à titre indicatif grâce à cet instrument de comparer deux séries statistiques ou plus. A ce propos la définition la plus répandue de la moyenne est le quotient de la somme de toutes les valeurs d'une série par l'effectif total et elle est souvent identifiée par le symbole (\bar{x}) ⁽³⁸⁴⁾.

³⁸² P. Dagnelie, **Statistique théorique et appliquée**, Tome 2, P: 125, Edition De Boeck, Bruxelles-Belgique, 2013.

³⁸³ Ibid, P : 126.

³⁸⁴ Ibid, P : 127.

Illustration

$$\text{La moyenne} = \frac{\text{Somme des valeurs de la série}}{\text{Effectif total}}$$

Exemple : Voici cinq notes : 12 ; 14 ; 15 ; 11 ; 18

$$\text{La moyenne} = \frac{12+14+15+11+18}{5}$$

$$= 14$$

Formule de la moyenne statistique

$$\bar{X} = \frac{\sum n_i \times x_i}{N}$$

Comme les pourcentages, les moyennes des deux groupes à savoir les enfants du divorce et leurs confrères issus de parents mariés étudiés dans ce travail de recherche seront exploités d'abord dans l'étude quantitative comme une composante partielle du calcul de l'écart entre ces deux échantillons non appariés par le biais du Test Student que nous allons définir dans ce qui suit, d'un autre côté ce outil statistique est nécessaire lors de la distinction entre les résultats des deux groupes concernant le degré d'intensité des troubles dépressifs ⁽³⁸⁵⁾.

Test Student : *Dans cette thèse nous avons choisi d'une manière organisée et non pas aléatoire au sein d'une population d'enfants scolarisés deux groupes, le premier est composé de 39 enfants originaires de parents séparés, le second groupe est constitué de 75 enfants descendants de parents mariés.*

³⁸⁵ Ibid, P : 127.

Nous avons formulé aussi cinq hypothèses concernant l'échantillon précité que nous tenterons de vérifier leur véracité à travers l'étude du terrain. Dans un premier temps nous allons examiner l'éventuelle prépondérance des troubles dépressifs chez les enfants du divorce, dans un deuxième temps nous allons examiner la probable existence des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale chez les enfants de parents mariés.

Dans un troisième temps nous tenterons de découvrir l'authenticité de la prévalence de l'intensité exaspérante des troubles dépressifs chez les EPD par rapport aux EPM. Enfin nous allons explorer le degré d'exactitude de deux dernières suppositions stipulant que les EPD s'orientent vers l'explication de leur malaise dépressif par le biais des étiologies subjectives relatives aux facteurs culturels traditionnels erronés au détriment des étiologies objective comme la carence affective.

Pour examiner la véracité de cinq hypothèses susmentionnées, nous allons utiliser le Test Student dans l'étude quantitative comme un outil statistique efficace pour mesurer l'écart entre les deux groupes investigués dans ce travail de recherche.

L'utilité de cet instrument statistique dans cette thèse est justifiée par deux arguments. Premièrement, les deux groupes étudiés sont non appariés, c'est-à-dire qu'ils sont différents l'un par rapport à l'autre au niveau familial (le premier groupe est issu de parents divorcés tandis que le second est originaire de parents mariés) et le Test Student est adapté pour l'étude comparative de deux populations distinctes⁽³⁸⁶⁾.

Le deuxième argument se concrétise par le fait que le Test «t» de Student, dispose d'une formule statistique précise qui nous permettrait d'identifier d'une façon objective l'écart entre les deux groupes⁽³⁸⁷⁾, cependant avant de le présenter il est nécessaire de décrire brièvement cet instrument.

Le Test Student ou Test «t» est un ensemble de tests d'hypothèses paramétriques ou la statistique calculée suit la loi de Student. Il est employé pour déterminer si deux données relatives à deux groupes sont

³⁸⁶ P. Dagnelie, **Statistique théorique et appliquée**, Tome 2, P : 216.

³⁸⁷ Ibid, P : 216.

significativement différentes l'une de l'autre ⁽³⁸⁸⁾. Le Test «t» est la distribution de Student qui lui correspond ont été publiés en 1908 dans la revue *Biometrika* par William Gosset, dès lors cet outil est devenu célèbre grâce aux travaux de Roland Fisher ⁽³⁸⁹⁾.

Formule statistique du Test «t» de Student

$$t = \frac{m_1 - m_2}{\sqrt{\frac{s^2}{N_1} + \frac{s^2}{N_2}}}$$

- Soit 1 et 2 sont deux groupes à comparer
- Soit M1 et M2 sont les moyennes des deux groupes 1 et 2
- Soit N1 et N2 sont respectivement la taille des deux groupes 1 et 2
- Soit S2 est la variance commue des deux groupes (390).

Pour savoir si la différence est significative entre les deux groupes, il faut tout d'abord lire dans la table «t» de Student la valeur critique correspondant au risque d'erreur alpha = 5% soit 0,05 relatif au Degré De Liberté de l'objet de la comparaison (391).

³⁸⁸ C. Dehon, J-J . Vermandele, **Les éléments du statistique**, P : 557, 6^{ème} Edition, Edition Ellipses, Université de Bruxelles, Bruxelles-Belgique, 2015.

³⁸⁹ Ibid, P : 451.

³⁹⁰ Ibid, P : 218.

³⁹¹ P. Dagnelie, **Statistique théorique et appliquée**, Tome 2, P : 216.

Table «t» de Student

42

TABLE III

TABLE DE STUDENT

La table donne la probabilité α pour que t égale ou dépasse, en valeur absolue, une valeur donnée, en fonction du nombre de degrés de liberté (ddl).

Exemple : avec ddl = 10, pour t = 2,228, la probabilité est $\alpha = 0,05$

α ddl	0,90	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001
1	0,158	1,000	1,963	3,078	6,314	12,706	31,821	63,656	636,578
2	0,142	0,816	1,386	1,886	2,920	4,303	6,965	9,925	31,600
3	0,137	0,765	1,250	1,638	2,353	3,182	4,541	5,841	12,924
4	0,134	0,741	1,190	1,533	2,132	2,776	3,747	4,604	8,610
5	0,132	0,727	1,156	1,476	2,015	2,571	3,365	4,032	6,869
6	0,131	0,718	1,134	1,440	1,943	2,447	3,143	3,707	5,959
7	0,130	0,711	1,119	1,415	1,895	2,365	2,998	3,499	5,408
8	0,130	0,706	1,108	1,397	1,860	2,306	2,896	3,355	5,041
9	0,129	0,703	1,100	1,383	1,833	2,262	2,821	3,250	4,781
10	0,129	0,700	1,093	1,372	1,812	2,228	2,764	3,169	4,587
11	0,129	0,697	1,088	1,363	1,796	2,201	2,718	3,106	4,437
12	0,128	0,695	1,083	1,356	1,782	2,179	2,681	3,055	4,318
13	0,128	0,694	1,079	1,350	1,771	2,160	2,650	3,012	4,221
14	0,128	0,692	1,076	1,345	1,761	2,145	2,624	2,977	4,140
15	0,128	0,691	1,074	1,341	1,753	2,131	2,602	2,947	4,073
16	0,128	0,690	1,071	1,337	1,746	2,120	2,583	2,921	4,015
17	0,128	0,689	1,069	1,333	1,740	2,110	2,567	2,898	3,965
18	0,127	0,688	1,067	1,330	1,734	2,101	2,552	2,878	3,922
19	0,127	0,688	1,066	1,328	1,729	2,093	2,539	2,861	3,883
20	0,127	0,687	1,064	1,325	1,725	2,086	2,528	2,845	3,850
21	0,127	0,686	1,063	1,323	1,721	2,080	2,518	2,831	3,819
22	0,127	0,686	1,061	1,321	1,717	2,074	2,508	2,819	3,792
23	0,127	0,685	1,060	1,319	1,714	2,069	2,500	2,807	3,768
24	0,127	0,685	1,059	1,318	1,711	2,064	2,492	2,797	3,745
25	0,127	0,684	1,058	1,316	1,708	2,060	2,485	2,787	3,725
26	0,127	0,684	1,058	1,315	1,706	2,056	2,479	2,779	3,707
27	0,127	0,684	1,057	1,314	1,703	2,052	2,473	2,771	3,689
28	0,127	0,683	1,056	1,313	1,701	2,048	2,467	2,763	3,674
29	0,127	0,683	1,055	1,311	1,699	2,045	2,462	2,756	3,660
30	0,127	0,683	1,055	1,310	1,697	2,042	2,457	2,750	3,646
40	0,126	0,681	1,050	1,303	1,684	2,021	2,423	2,704	3,551
80	0,126	0,678	1,043	1,292	1,664	1,990	2,374	2,639	3,416
120	0,126	0,677	1,041	1,289	1,658	1,980	2,358	2,617	3,373
∞	0,126	0,675	1,037	1,282	1,645	1,960	2,327	2,577	3,293

Annexes et tables statistiques

Si la valeur absolue de «t» des deux groupes est supérieure à la valeur critique «t» de Student, alors la différence est significative, cependant si la valeur «t» des échantillons non appariés est inférieure au la valeur «t» de la table de Student l'écart n'est pas significatif ⁽³⁹²⁾.

³⁹² Ibid, P : 218.

2.2.2. Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)

- **Présentation du CDI**

L'inventaire de dépression chez l'enfant est une traduction française réalisée par L. Moor et C. Mack ⁽³⁹³⁾, d'un outil clinique destiné au repérage de la symptomatologie dépressive infantile, élaboré par deux cliniciens Américains à savoir : A.T. Beck et M. Kovacs en 1977 sous la nomination Children Depression Inventory (CDI) ⁽³⁹⁴⁾.

Cette épreuve est considérée comme une version adaptée au vocabulaire de l'enfant, elle développée à partir de l'Echelle de Dépression de Beck (BDI) ou Beck Depression Inventory éditée pour la première fois en 1961 ⁽³⁹⁵⁾, puis elle a fait l'objet de plusieurs modifications ultérieures ⁽³⁹⁶⁾.

Le CDI est un instrument d'auto-passation, de type papier-crayon, exécuté par l'enfant en présence d'un clinicien pour des éventuelles réponses à des interrogations ou à des demandes d'éclaircissements.

Le temps de passation varie entre 10 à 20 minutes ⁽³⁹⁷⁾, cet inventaire est composé de 27 Items, chacun parmi eux comprend trois phrases qui décrivent en intensité croissante trois degrés d'une manifestation dépressive. L'enfant est appelé à choisir la phrase qui correspond le mieux possible à son état psychique au cours des quinze derniers jours qui précèdent l'administration de l'épreuve ⁽³⁹⁸⁾.

³⁹³ Moor, L., et Mack, C., **«Version française d'échelles d'évaluation de la dépression»**, Dans Revue : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, N°30, PP : 627-652, Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Elsevier Masson, France, 1982.

³⁹⁴ Kovacs, M. et Beck, A.T., **«An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression»**, In shulter-brandt, J.G & Raskin, A., Depression in children : Diagnosis treatment and concept models, Eds Raven, Newyork, 1977.

³⁹⁵ Beck, A.T., Ward, c., Mendelson, M., Mock, J., & Erabaugh, J., **An Inventory for measuring depression**. Archives of General psychiatry, N°4, PP : 52-63, 1961.

³⁹⁶ K. Grennier, **L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant**, Mémoire de maîtrise en psychologie, P : 50, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec-Canada, 2000.

³⁹⁷ P. Verget, M. Aulagnier et autres, **Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine**, P : 349, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Unité 379, Paris-France, 2004.

³⁹⁸ Ibid, P : 349.

La note relative à chaque item est cotée de 0 à 2 points (le score 0 indique l'absence de dépression, la note 1 est liée au vécu dépressif modéré et 2 points reflètent une expression dépressive sévère). Le score global est calculé en additionnant la somme des 27 items, le résultat final varie de 0 à 54 points ⁽³⁹⁹⁾.

La population concernée par cet outil est délimitée entre 7 et 17 ans, tandis que le BDI de Beck est consacré aux jeunes de plus de 16 ans ⁽⁴⁰⁰⁾, cela veut dire que le CDI est plus adapté à l'échantillon de la présente thèse qui est composé d'enfants en période de latence entre 6 et 12 ans. Il est important de signaler aussi que certaines études menées sur la fiabilité de cette échelle ont confirmé qu'il n'y a pas de différence significative en fonction des scores des enfants et des adolescents examinés par le biais du CDI, ni de divergence au niveau des résultats des garçons et celles des filles ⁽⁴⁰¹⁾.

- **Utilité du CDI dans cette thèse**

Etant donné que l'Inventaire de dépression chez l'enfant de Kovacs et Beck est considéré comme l'un des outils les plus utilisés en psychopathologie clinique pour mesurer les symptômes dépressifs infantiles. Nous allons utiliser la traduction française de cette épreuve effectuée par L. Moor et C. Mack ⁽⁴⁰²⁾ pour opérer d'une part, un probable dépistage et non pas un diagnostic des troubles dépressifs pathologiques à caractère réactionnel de l'échantillon de notre recherche représenté par les enfants issus de parents divorcés ⁽⁴⁰³⁾, et pour repérer d'autre part une éventuelle existence des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale chez l'échantillon témoin composé des enfants originaires de parents mariés ⁽⁴⁰⁴⁾. Cet effort de détection de ces deux catégories de dépression infantile précitées s'effectuera de la manière suivante :

³⁹⁹ A. Cahn, **Etude des risques de dépression chez 39 patients épileptiques**, P : 50, Thèse de Doctorat en Médecine, Directeur de Recherche : Professeur Louis Vallée, Université Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg, France, 2014.

⁴⁰⁰ R. Boyer, J. Villa, **Répertoire d'instruments pour la surveillance des impacts psychosociaux des aléas climatiques**, P : 53, Université Montréal et Institut National de Santé Public, Québec-Canada, 2011.

⁴⁰¹ K. Grenier, **L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant**, P : 57.

⁴⁰² P. Verget, M. Aulagnier et autres, **Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine**, P : 350.

⁴⁰³ Voir la présente thèse, **Délimitation de la problématique et des hypothèses**, P : 16.

⁴⁰⁴ Ibid, P : 16.

- ***La notation des troubles dépressifs réactionnels***

Il est nécessaire de noter au début qu'il n'existe pas une note précise qui sépare les états dépressifs normaux et pathologiques au CDI, ce seuil est défini selon les études menées sur cette échelle dans chaque pays ⁽⁴⁰⁵⁾.

A ce propos M. Kovacs a rapporté à travers ses travaux sur l'outil précité que le score total moyen enregistré par cet instrument auprès d'une population d'enfants américains qui ne présentent pas de troubles cliniques est relatif à la note 9/54 ⁽⁴⁰⁶⁾.

Cette clinicienne a constaté également que le score de 13 points ⁽⁴⁰⁷⁾ constitue une note moyenne au CDI chez les enfants présentant une dépression majeure. L'étude de K. Grenier a adopté ce seuil pour mesurer les répercussions négatives de la dépression maternelle chez un échantillon d'enfants canadiens ⁽⁴⁰⁸⁾.

Il est à souligner également que le dépistage des troubles dépressifs morbides en France est équivalent à un score total égal ou supérieur à 15/54 ⁽⁴⁰⁹⁾, ce seuil est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) ⁽⁴¹⁰⁾.

Parmi les indicateurs qui peuvent justifier cette divergence de scores moyens qui tracent les limites entre les manifestations dépressives normales et pathologiques, nous pouvons citer les taux de prévalence des troubles psychiatriques infantiles dans les trois pays susmentionnés, qui est de 20,3% aux Etats-Unis d'Amérique, 18 % au Canada et 12,4% en France ⁽⁴¹¹⁾.

⁴⁰⁵ P. Verget, M. Aulagnier et autres, **Guide de mise en place de dispositif épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine**, P : 349.

⁴⁰⁶ K. Grenier, **L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant**, P : 57.

⁴⁰⁷ Ibid, P : 57.

⁴⁰⁸ Ibid, P : 57

⁴⁰⁹ A. Cahn, **Etude des risques de dépression chez 39 patients épileptiques**, P : 50.

⁴¹⁰ **HAS** : La Haute Autorité de Santé en France est une entité public qui contribue à la régulation du système de santé par le biais des missions d'évaluation des produits et des pratiques professionnelles de la santé publique, visent à assurer à tous les patients et usages un accès pérenne et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficients que possible.

⁴¹¹ D. Bailly, M. Bouvard et autres, **Troubles mentaux dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent**, P : 16, Centre d'expertise collective de l'INSERM, Faculté de Médecine Xavier- Bichat, Paris - France, 2001.

A la lumière de ces données statistiques, nous pouvons constater que le pourcentage des enfants atteints de troubles mentaux est très élevé en Amérique et au Canada, c'est pour cette raison peut-être que la note 13/54 même si elle s'avère faible, elle pourrait indiquer l'existence d'un état dépressif pathologique, tandis qu'en France le taux des enfants manifestant des affections psychiatriques (12.4%) est largement inférieur par rapport aux chiffres affichés dans les pays cités plus haut, ceci signifierait que le CDI ne peut repérer une éventuelle dépression morbide que par le biais d'un score plus élevé (15 points et plus).

Pour l'ensemble de ces raisons, il nous semble logique d'adopter le seuil suggéré par la HAS, qui est de 15/54 dans la présente thèse parce que l'échantillon de notre étude est originaire du Maroc qui est un pays plus proche au contexte culturel Français et moins familiarisé avec la société américaine ou canadienne.

- ***La notation des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale***

Même si nous n'avons pas adopté dans la présente thèse le score égal ou supérieur à la note 13 au CDI déterminé par M. Kovacs comme seuil de dépression morbide chez l'enfant ⁽⁴¹²⁾, néanmoins nous allons l'employer comme un indicateur qui reflèterait l'existence des manifestations dépressives relatives aux moments difficiles du développement psycho-affectif normal de l'enfant en période de latence ⁽⁴¹³⁾.

Dans le même sens nous avons déjà mentionné que Kovacs a conclu à travers ses études sur le CDI que le score 9 et une note moyenne enregistrée chez un échantillon d'enfants normaux qui ne présentent pas des troubles cliniques ⁽⁴¹⁴⁾.

En s'appuyant sur les données précitées, nous procéderons à l'utilisation des cinq scores qui se situent entre 10 et 14 points au CDI comme des notes révélatrices d'une éventuelle présence des troubles

⁴¹² K. Grenier, **L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant**, P : 57

⁴¹³ Voir la présente thèse, **Les moments dépressifs relatifs aux variations de la normale**, PP : 76-77.

⁴¹⁴ K. Grenier, **L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant**, P : 57.

dépressifs relatifs à la normale que nous supposons rencontrer chez les enfants issus de parents mariés ⁽⁴¹⁵⁾.

- ***La notation de la tristesse normale au CDI***

Vu que la note 9/54 constitue le score moyen des enfants qui ne présentent pas des troubles dépressifs normaux ou pathologiques selon les travaux de M. Kovacs sur le CDI ⁽⁴¹⁶⁾, nous allons considérer les cinq notes situées entre 0 et 9 points comme un indice de l'absence totale des manifestations dépressives chez l'enfant. Il est à noter que cette catégorie existe dans la version originale du CDI à savoir le BDI élaboré par A.T. Beck ⁽⁴¹⁷⁾. Cette catégorie de scores refléterait les états affectifs inscrits dans le cadre de la tristesse normale chez l'enfant.

Nous pouvons déduire à ce propos que si un cas étudié dans notre thèse obtiendrait par exemple une note totale de 8/54 au CDI, ceci voudrait dire qu'il a exprimé à travers cette épreuve un chagrin ordinaire qui est défini dans la partie théorique comme une composante principale d'un cycle bipolaire : tristesse/gaieté ⁽⁴¹⁸⁾.

Chacun de ces deux affects cités plus haut fonctionne selon une dynamique d'alternance entre les moments de tristesse liés aux frustrations parentales vis-à-vis de l'enfant et les instants de joie vécus lors des satisfactions maternelles et paternelles à l'égard au profit de ce dernier ⁽⁴¹⁹⁾.

Cette succession s'effectue d'une manière répétitive dans la vie quotidienne de l'enfant et elle représente la pièce angulaire de son équilibre psychique ⁽⁴²⁰⁾, qui n'impliquerait pas forcément l'émergence des troubles dépressifs relatifs à la normale.

⁴¹⁵ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°2**, P : 16.

⁴¹⁶ Op cit, K. Grenier, P : 57.

⁴¹⁷ Ibid, P : 52.

NB : Beck a catégorisé l'intensité de la dépression chez l'enfant au BDI selon la manière suivante : (0 à 9) Absence de dépression, (10 à 15) Dépression légère, (16 à 23) Dépression modérée, (24 et plus) Dépression sévère.

⁴¹⁸ Voir la présente thèse, **Aspects psychopathologiques de la tristesse**, PP : 80-82.

⁴¹⁹ Voir la présente thèse, **Aspects psychopathologiques de la tristesse**, PP : 80-82.

⁴²⁰ Voir la présente thèse, **Carence affective en psychopathologie : Définition de D.W.Winnicott**, P : 37.

Pour conclure cette discussion clinique sur le CDI, comme outil de dépistage des éventuelles expressions dépressives normales et pathologiques chez l'enfant en période de latence qui représente l'objet d'étude dans ce travail de recherche, nous pouvons dire que cette épreuve peut identifier trois catégories des manifestations dysphoriques infantiles :

- **Absence de dépression : de 0 à 9 points**
- **Moments Dépressifs Relatifs à la Normale : de 10 à 14 points**
- **Troubles dépressifs pathologiques : 15 points et plus**

Il est important de signaler que les intervalles des notes susmentionnés sont destinés au repérage des catégories de dépression infantile étudiées dans cette thèse à savoir les troubles dépressifs morbides à caractère réactionnel et les Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN). Cependant nous avons besoin également d'une hiérarchisation qui nous permettrait de différencier entre les degrés d'intensité des troubles dépressifs.

A ce propos la CIM 10 a répertorié trois niveaux d'accentuation de la dépression notamment, la dépression légère caractérisée par la détection d'au moins deux à trois troubles dépressifs, le second niveau est la dépression moyenne marquée par l'irruption de quatre symptômes au minimum, enfin la dépression grave qui se distingue par le diagnostic d'au moins cinq troubles dépressifs ou plus ⁽⁴²¹⁾. Dans le même sens A.T. Beck dans son échelle de dépression (BDI) nommé Inventaire de Dépression de Beck composé de 21 items et à travers lesquels l'auteur a catégorisé l'intensité des symptômes dépressifs à partir des résultats de cet outil diagnostic en quatre niveaux : Absence de dépression (de 0 à 9 points) ; Dépression légère (de 10 à 15 points) ; Dépression modérée (de 16 à 23 points); Dépression sévère (24 points et plus) ⁽⁴²²⁾.

Au sein de ce travail de recherche, nous allons adopter la même démarche élaborée par A.T. Beck pour constituer une répartition à titre indicatif des degrés d'intensité des troubles dépressifs, dans ce contexte nous procéderons au regroupement des scores qui se situent entre la note minimale de dépression pathologique au CDI qui est de 15 points ⁽⁴²³⁾ et la

⁴²¹ CIM 10, P : 190.

⁴²² K. Grenier, **L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant**, PP : 50-52.

⁴²³ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

note maximale enregistrée par les cas étudiés dans cette thèse qui est de 34 points ⁽⁴²⁴⁾, en suite nous les subdiviserons sur trois. De cette manière nous obtiendrons trois niveaux de dépression :

- **Dépression légère : de 15 à 20 points**
- **Dépression moyenne : de 21 à 26 points**
- **Dépression sévère : 27 points et plus**

D'un autre côté et afin de déterminer les troubles les plus répondus et les plus intenses chez les enfants étudiés au sein de cette recherche, nous avons regroupé les items du CDI relatifs à chaque trouble, nous avons calculé en suite leur somme, puis nous avons divisé ce total sur l'effectif des items concernés pour délimiter le score moyen de chaque symptôme qui varie entre (0) zéro comme note minimale et (2) deux points comme score maximal. A la lumière de ces calculs nous allons classer les troubles dépressifs présentés par chaque cas étudié du moins intense au plus intense.

Cette méthode constituera aussi la base de classement des troubles dépressifs de chacun des groupes investigués dans cette thèse en les ordonnant du plus répondus au moins fréquents après avoir additionné leur somme global et la subdiviser sur leur effectif. Dans ce qui suit la liste des troubles dépressifs examinés par le Test CDI ainsi que les items relatifs à ces symptômes.

⁴²⁴ Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

Liste détaillée des Items du Test CDI

<i>Troubles dépressifs</i>	<i>Items du CDI correspondants à ces symptômes</i>
<i>Tristesse</i>	<i>Items : 1 - 10 – 19</i>
<i>Troubles psychomoteurs</i>	<i>Items : 2 - 21 – 24</i>
<i>Troubles de concentration</i>	<i>Items : 3 - 11 - 15 - 23</i>
<i>Perte d'intérêt</i>	<i>Items : 4 - 12 - 20 - 22 – 26</i>
<i>Sentiment de culpabilité</i>	<i>Items : 5 - 8 – 27</i>
<i>Idées noires et tentatives de suicide</i>	<i>Items : 6 - 9</i>
<i>Dévalorisation de soi</i>	<i>Items : 7 - 13 - 14 – 25</i>
<i>Troubles du sommeil</i>	<i>Item : 16</i>
<i>Troubles de l'appétit</i>	<i>Item : 18</i>
<i>Fatigue</i>	<i>Item : 17</i>

2.2.3. Questionnaire de l'étiologie dépressive

- **Objet et objectif du Questionnaire**

Le questionnaire est un instrument de recherche qui étudie un phénomène ambigu dans le but de ressortir des données susceptibles de le rendre plus compréhensible⁽⁴²⁵⁾. A partir de cette définition concise, nous pouvons dire que le questionnaire relatif à l'étiologie des troubles dépressifs est un outil complémentaire dans cette thèse. Son rôle consiste à repérer les représentations de l'enfant concernant les causes qui peuvent à son avis être à l'origine du malaise dépressif qu'il éprouve.

- **Type du Questionnaire choisi**

De ce fait, ce moyen d'investigation n'est pas du type descriptif qui illustre uniquement le phénomène approché, mais il est plutôt du genre causal qui vise l'identification du facteur déclenchant des troubles dépressifs selon la vision subjective de l'enfant⁽⁴²⁶⁾.

- **Hypothèse relative à cet outil**

Vu que le questionnaire est un instrument efficace pour confirmer ou infirmer une hypothèse⁽⁴²⁷⁾, la probabilité principale que cet outil tenterait de vérifier sa véracité dans le présent travail de recherche est la suivante : le groupe des enfants issus de parents divorcés probablement influencés par l'intensité des troubles dépressifs seraient prédisposés à appréhender leur état pathologique à travers des concepts propres à la culture traditionnelle Marocaine erronée comme la honte ou Hchouma, le destin ou Maktoub, le mauvais œil ou Alaâyne alhassida, la sorcellerie ou Sihhr et les démons ou Djins.

⁴²⁵ J – C. Vilatte, **Méthodes de l'enquête par questionnaire** ; P : 5, Laboratoire culture et communication, Université d'Avignon, France, 2007.

⁴²⁶ Ibid, P : 6.

⁴²⁷ A. Blanchat, R. Ghiylione, **Les techniques d'enquête en sciences sociales**, P : 25, Dunod, Paris – France, 2013.

Cependant le groupe des enfants originaires de parents mariés qui seraient exposés à des MDRN auraient tendance à expliquer ces instants dysphoriques par le biais des raisons objectives comme la carence affective⁽⁴²⁸⁾.

- ***Description du Questionnaire***

En premier lieu, ce moyen de recherche comprend un volet consacré au renseignement des informations personnelles par l'enfant, comme le nom, le prénom, l'âge, le sexe et le lieu d'administration du questionnaire ; à ce propos le chercheur rassure le sujet que la confidentialité de ces données est sauvegardée.

En second lieu, nous avons formulé une introduction succincte qui décrit d'une manière simple l'objet et l'objectif de cet instrument et elle présente également les consignes à suivre pour administrer ce questionnaire.

Dans un troisième lieu, nous avons élaboré dix-huit situations relationnelles qui concernent le père, la mère et l'enfant, chacune comprend un facteur déclenchant qui pourrait susciter l'émergence d'un trouble dépressif parmi les dix symptômes relatifs au syndrome dépressif, défini dans la notion opérationnelle au sein de la partie théorique de ce travail de recherche⁽⁴²⁹⁾.

En ce qui concerne la réponse des interviewés à ces situations, nous avons opté pour la méthode des questions à choix multiples⁽⁴³⁰⁾, par le biais desquels chaque enfant pourra désigner une seule réponse qui lui convient le mieux parmi trois propositions (souvent – parfois – jamais).

Les facteurs étiologiques sont au nombre de six, le premier motif est l'unique élément objectif à savoir la carence affective, les cinq facteurs qui restent sont considérés comme des raisons subjectives relatives à des notions culturelles traditionnelles altérées susceptibles de provoquer des troubles mentaux en général et des symptômes dépressifs en particulier

⁴²⁸ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°4**, P : 19.

⁴²⁹ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques**, P : 73.

⁴³⁰ J-C. Vilatte, **Méthode de l'enquête par questionnaire**, P : 10.

chez les enfants issus des parents divorcés notamment ; la honte ou « Hchouma », le destin ou « Maktoub », le mauvais œil ou « Alaâyne alhassida », la sorcellerie ou « Sihr » et les démons ou « Djins »⁽⁴³¹⁾.

Chacun de six facteurs étiologiques précités est évalué à travers trois situations exposées dans le questionnaire selon l'ordre suivant :

<i>Facteur déclenchant</i>	<i>Caractère</i>	<i>N° des Items concernés</i>
<i>Carence affective</i>	<i>Objectif</i>	<i>Items N° : 1-7-13</i>
<i>Honte / Hschuma</i>	<i>Subjectif</i>	<i>Items N° : 2-8-14</i>
<i>Destin / Maktoub</i>	<i>Subjectif</i>	<i>Items N° : 3-9-15</i>
<i>Mauvais œil / Alaâyne Alhassida</i>	<i>Subjectif</i>	<i>Items N° : 4-10-16</i>
<i>Sorcellerie / Sihr</i>	<i>Subjectif</i>	<i>Items N° : 5-11-17</i>
<i>Démons / Djins</i>	<i>Subjectif</i>	<i>Items N° : 6-12-18</i>

- ***Le pré-test***

L'approche méthodologique du questionnaire à ce niveau est plus qualitative que quantitative, il s'agit d'apprécier la clarté et la précision des expressions utilisées au sein de cet instrument⁽⁴³²⁾ pour décrire chacune des dix-huit situations susmentionnées.

Il est important de signaler dans ce contexte que nous avons élaboré ce questionnaire à travers deux étapes. Au début nous avons institué une première version et nous l'avons administré auprès de trois enfants appartenant à l'échantillon de ce travail de recherche, dans le même sens

⁴³¹ Voir la présente thèse, **Aspects culturels des troubles dépressifs infantiles**, P : 120.

⁴³² Op cit, J-C. Vilatte, P : 9.

nous avons présenté cet instrument à trois parents des cas cités plus haut pour avoir leur avis à propos de cet outil.

Les remarques formulées par cet échantillon restreint se résument en deux points essentiels, d'abord les phrases liées aux situations relationnelles sont un peu longues et le style linguistique est parfois incompréhensif. A la lumière de ces observations, nous avons reformulé notre questionnaire en utilisant des expressions plus simples et des phrases plus courtes.

- ***L'échantillon du Questionnaire***

Il est à noter que le questionnaire de l'étiologie dépressive sera administré à 114 cas étudiés dans cette thèse, à savoir, le groupe des EPD composé de 39 cas, ainsi que le groupe des EPM constitué de 75 personnes.

Cet outil est auto-administré par l'enfant, ce dernier exprime ses points de vue en choisissant la réponse qui lui convient le mieux parmi trois propositions relatives à chaque situation relationnelle présentée par cet instrument. La présence du chercheur est indispensable pour répondre à des éventuelles demandes d'éclaircissements formulées par l'interviewé.

- ***Le dépouillement***

Cette opération consiste à transcrire les réponses sous une forme homogène, afin de pouvoir les traiter, les comparées et établir ainsi des relations entre elles ⁽⁴³³⁾. A cet effet ; nous avons élaboré trois items pour chaque facteur déclenchant : le premier reflète l'opinion initial de l'enfant, le deuxième et le troisième item vérifient la véracité de son point de vue.

L'objectif de ce garde-fou est de confirmer ou d'infirmer les causes étiologiques les plus prépondérantes dans chacun des deux groupes étudiés dans cette recherche.

⁴³³ Ibid, P : 10.

- ***La notation***

En ce qui concerne la notation liée à chaque item, elle est réalisée de la façon suivante :

Mode d'administration

Le questionnaire est auto-administré par l'enfant qui exprime ses points de vue en choisissant la réponse qui lui convient le mieux parmi trois propositions relatives à chaque situation relationnelle présentée par cet instrument. La présence du chercheur est indispensable pour répondre à des éventuelles demandes d'éclaircissements formulées par l'interviewé.

◆ *Si l'enfant choisit la première réponse dans chaque situation (souvent), il obtient deux points 2/2.*

◆ *Si l'interviewé opte pour la deuxième réponse (parfois) on lui accord un point 1/2.*

◆ *Si l'enquêté choisit la troisième réponse (jamais) la note qui lui sera attribuée est zéro 0/2.*

Etant donné que chaque cause étiologique des troubles dépressifs dispose de trois items (situations) dans le questionnaire, le score supérieur est de six points 6/6 et la note inférieure est de zéro 0/6. Cette somme des notes sera consolidée pour chaque enfant comme suit :

◆ *Le score nul 0/6 signifie que l'enfant (exclut) écarte complètement l'éventualité que la cause étiologique en question provoque des troubles dépressifs.*

◆ *La note située entre un et trois points (de 1 à 3/6) indique que le facteur déclenchant pourrait probablement engendrer une dépression infantile.*

◆ *Le score localisé entre quatre et six points (de 4 à 6/6) démontre que le motif étiologique pourrait certainement engendrer des symptômes dépressifs.*

- *Synthèse de la notation*

Tableau de notation de chaque item (Situation)

<i>La réponse</i>	<i>La notation</i>
<i>Souvent</i>	<i>Zéro (0/2)</i>
<i>Parfois</i>	<i>Un point (1/2)</i>
<i>Jamais</i>	<i>Deux points (2/2)</i>

Tableau de notation de trois items relatifs à chaque facteur déclenchant

<i>Les notes</i>	<i>Représentation du facteur dans l'esprit de l'enfant</i>
<i>Score nul (0/6)</i>	<i>Facteur étiologique exclu</i>
<i>De 1 à 3 points</i>	<i>Facteur étiologique probable</i>
<i>De 4 à 6 points</i>	<i>Facteur étiologique certain</i>

- **Analyse du Questionnaire**

L'interprétation des résultats du questionnaire sera réalisée à travers deux types d'analyse : quantitatives et qualitatives. Sur le plan quantitatif, nous allons commencer d'abord par la comparaison des notes globales des deux groupes investigués concernant la carence affective comme étiologie objective des troubles dépressifs par rapport à la somme de l'ensemble des cinq autres facteurs déclenchant à caractère culturel divisé par leur nombre. L'objectif de cette comparaison générale est de détecter la tendance étiologique prédominante au sein de chaque groupe (objective ou subjective).

Nous tenterons ensuite de détecter les éventuels écarts entre chacun des six facteurs étiologiques précités auprès des deux groupes : EPD et EPM. La finalité de cette seconde comparaison partielle est de confirmer ou d'infirmer les résultats globaux.

Enfin, l'analyse qualitative sera élaborée à la lumière des différentes comparaisons quantitatives (globales et partielles), et elle s'appuiera aussi sur l'approche culturelle décrite dans le dernier chapitre de la partie théorique de la présente thèse.

Avant de clôturer ce deuxième chapitre de la partie méthodologique, il est nécessaire de rappeler que les outils qu'il a décrits sont inscrits dans le cadre la méthode comparative qui représente la pièce angulaire de l'étude quantitative. Quant à l'étude qualitative elle est basée sur la méthode clinique qui sera défini dans le chapitre suivant.

3. La méthode clinique

Selon Maurice Reuchlin, la méthode clinique est une étude approfondie de l'individu dont la singularité est reconnue et respectée par le clinicien. Le terme clinique fait référence, d'une part à l'observation prolongée de la personne investiguée et d'autre part à une compréhension minutieuse de ses manières d'être passées et présentes ⁽⁴³⁴⁾.

3.1. Utilité de la méthode clinique dans cette recherche

La méthode clinique est destinée à répondre à des situations concrètes des sujets qui présentent des troubles psychiques comme les enfants déprimés issus de parents divorcés par exemple, dans ce cadre, le chercheur devrait focaliser son investigation sur chacun de leurs cas individuels en essayant de comprendre comment les troubles dépressifs qu'ils présentent se sont instaurés ⁽⁴³⁵⁾.

Pour réaliser cet objectif, l'investigateur procède à l'utilisation des techniques standardisées par les experts et reconnues par les cliniciens comme l'observation clinique, les tests projectifs et les entretiens de face à face. Le chercheur exclut en revanche le recours à l'étude clinique spontanée par le biais des outils non standardisés ⁽⁴³⁶⁾.

En effectuant ce choix méthodologique le concepteur de la recherche pourrait produire de nouvelles connaissances à travers la validation des hypothèses qu'il a élaboré comme des réponses anticipées à sa problématique étudiée ⁽⁴³⁷⁾.

De cette manière l'usage de la méthode clinique dans une investigation scientifique correspond à l'application objective des procédures vigoureuses de recueil de données personnelles des cas étudiés

⁴³⁴ M. Richelle, R. Droz et autres, **Manuel de psychologie (Introduction à la psychologie scientifique)**, P : 35, Edition Dessard et Mardaga, Editeurs, Bruxelles - Belgique, 1976.

⁴³⁵ L. Fernandez, J-L. Pedinielli, **La recherche en psychologie clinique**, In Revue en soins infirmiers, N°84, PP : 41-42, Association de recherche en soins infirmiers ARSI, Toulouse-France, 2006.

⁴³⁶ Ibid, P : 19.

⁴³⁷ Ibid, P : 18.

dans le but de réaliser une analyse approfondie de leur problématique qui aboutirait à la compréhension la plus exhaustive possible de leur malaise psychique.

A la lumière de ces éléments descriptifs de la méthode clinique, il nous semble qu'elle est appropriée à notre travail de recherche qui a ciblé comme objectif l'étude de la carence affective relative aux troubles dépressifs chez l'enfant en général et auprès des enfants du divorce en particulier, c'est pour cette raison que cette démarche méthodologique sera utilisée au sein du second chapitre de la partie pratique de cette thèse dans le cadre de l'étude qualitative relative à un échantillon restreint composé de 4 cas issus de parents séparés et 4 autres originaires de parents mariés. Ces huit personnes seront sélectionnées à partir de la population globale étudiée dans cette recherche qui est de 114 enfants.

Il est important de rappeler que dans le cadre de l'étude qualitative, nous allons réaliser le diagnostic des cas cliniques susmentionnés en exploitant les résultats du CDI et en collaborant avec un psychiatre chevronné pour tracer d'une part les limites entre les manifestations dépressives normales et pathologiques et pour catégoriser d'autre part les différents degrés d'intensité de la dépression morbide. Dans le même sens l'analyse psychopathologique prendra en considération plusieurs éléments à savoir : les données biographiques des huit enfants étudiés, leurs approches diagnostiques individuelles ainsi que les indicateurs recueillis à travers l'utilisation des techniques de la méthode clinique que nous allons énumérer dans ce qui suit, notamment : l'entretien semi-directif, l'observation clinique et les tests projectifs.

3.2. Les outils cliniques utilisés dans cette méthode

Parmi les outils cliniques que nous avons estimé adaptés à l'objet de la présente thèse nous pouvons énumérer : l'observation clinique, l'entretien semi-directif, les épreuves projectives notamment : le test de dessin de famille et le test d'apperception pour enfants (CAT). Dans ce qui suit, nous allons exposer une description abrégée de chaque technique précitée ainsi que sa fonctionnalité dans notre travail de recherche.

3.2.1. L'entretien clinique

Du fait de son origine relative à la problématique de santé mentale, l'entretien clinique est associé à la pathologie d'ordre psychique, c'est pour cette raison qu'il est considéré avant tout comme un outil de diagnostic ⁽⁴³⁸⁾. Similairement, l'utilité de cette technique de recherche dans la présente thèse se concrétise par son efficacité dans le repérage de l'éventuelle existence des troubles dépressifs chez les enfants du divorce.

Cet instrument est qualifié également comme mode d'appréhension des phénomènes humains tel que les répercussions affectives négatives de la rupture des liens conjugaux sur l'équilibre psychique de l'enfant, dans ce cas le chercheur essaye par le biais de l'entretien clinique de comprendre en profondeur les particularités de la privation émotionnelle auprès de chaque enfant du divorce à travers le recueil des données bibliographiques et le décodage des significations sous-jacentes des signes cliniques apparentes de la dépression infantile ⁽⁴³⁹⁾.

A ce propos l'investigateur focalise son attention au cours de l'entretien de face à face sur les points de vue de l'enfant relatifs à son vécu, ses pensées, ses ressenties, ses carences affectives qui pourraient se traduire implicitement à travers les troubles dépressifs et que le chercheur tente d'aider l'enfant à les exprimer explicitement par le biais du langage durant l'entretien clinique ⁽⁴⁴⁰⁾.

Succinctement, nous pouvons énumérer deux raisons principales qui ont motivé le choix de cette technique méthodologique au sein du présent travail de recherche, d'abord parce qu'elle constitue un outil nécessaire pour un envisageable repérage des manifestations d'allure dépressive chez les enfants du divorce ainsi qu'auprès de leurs confrères originaires de parents unis. Ensuite car cet instrument clinique représente une source primordiale pour le recueil des données biographiques pour la

⁴³⁸ A. Blanchet, «**L'entretien la co-construction du sens**», In C. Révault et autres, La démarche clinique en sciences humaines, P : 105, Edition Dunod, Paris-France, 1999.

⁴³⁹ C. Yelink, **L'entretien clinique en sciences de l'éducation**, In Revue Recherche et formation, N°50, P : 133, Edition Institut Nationale de Recherche en Pédagogie, Lyon-France, 2005.

⁴⁴⁰ Ibid. PP : 134-135.

compréhension du lien probable entre la carence affective et les troubles dépressifs.

3.2.2. L'observation clinique

L'observation est une action de regarder avec attention un phénomène pour le décrire, l'étudier et l'expliquer. Selon cette définition succincte la perception visuelle structurée d'un objet de recherche représente la base de chaque activité scientifique en psychologie, elle suppose une vigilance considérable centrée sur le sujet d'investigation, elle est caractérisée également par l'utilisation des procédures normalisées de recueil de données comme la perception visuelle objective et ciblée, l'écoute attentive et la prise de notes⁽⁴⁴¹⁾.

Cette technique permettrait au chercheur de détecter les éventuels écarts qui peuvent exister dans le même phénomène chez deux groupes différents (442) comme les troubles dépressifs chez les enfants du divorce et leurs pairs descendants de parents mariés, l'interrogation qui se pose à ce niveau est comment la carence affective chez les deux catégories de cette échantillon pourrait stimuler l'irruption de ce genre de symptômes.

Dans ce contexte, l'observation clinique relative à la présente thèse consiste à réaliser une description fine des deux groupes susmentionnés constitués de 4 cas des EPD et 4 autres des EPM. Il est à noter que cet outil d'investigation sera investi lors des entretiens cliniques et lors de la passation des tests projectifs. L'objectif de son utilisation est le repérage du degré d'aggravation de la carence affective chez le premier groupe par-rapport au second ainsi que la détection du niveau d'intensité des troubles dépressifs chez ces deux populations.

⁴⁴¹ L. Fernandez, J-L. Pedinielli, **L'observation clinique et l'étude de cas**, P : 7, 3^{ème} Edition, Dunod, Paris-France, 2015.

⁴⁴² Ibid. P : 10.

3.2.3. *Epreuves projectives : Test du Dessin de famille* ⁽⁴⁴³⁾

- *Définition des tests projectifs*

Un test psychologique est une épreuve vigoureusement définie : son matériel ne peut être validé qu'après des années d'expérimentation et mise en situation, ses conditions de passation sont normalisées et l'analyse de ses résultats s'effectue sur la base des manuels standardisés ⁽⁴⁴⁴⁾. *L'application de cet outil méthodologique permet au chercheur de situer chaque sujet par rapport à la population étudiée* ⁽⁴⁴⁵⁾, *comme le cas des enfants issus de parents séparés dans cette thèse qui seraient l'objet d'une comparaison avec leurs homologues originaires de parents mariés par le biais des résultats des tests projectifs dans le but de mesurer l'impact du degré d'accentuation de la privation émotionnelle sur le niveau d'intensité des troubles dépressifs chez ces derniers.*

En psychopathologie clinique de l'enfant il existe deux grandes catégories d'épreuve : les tests d'aptitudes et les tests projectifs ⁽⁴⁴⁶⁾. *Les premiers tendent à mesurer certaines performances infantiles comme les capacités intellectuelles par les biais du test WISC de D. Wechsler (1896-1981)* ⁽⁴⁴⁷⁾ *ou la localisation des troubles dépressifs à travers l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) que nous avons utilisé au sein de l'étude quantitative relative à cette thèse pour les deux groupes; Et c'est par les comparaisons statistiques des résultats que nous pouvons situer le degré d'intensité des troubles dépressifs chez les EPD par rapport aux EPM.*

Cependant, dans l'étude qualitative, nous allons utiliser les tests projectifs qui s'adressent à chaque enfant indépendamment du groupe auquel il appartient ; la finalité de ce type d'épreuve c'est d'amener chaque cas étudié à extérioriser d'une manière implicite à travers le matériel des tests son malaise dépressif ⁽⁴⁴⁸⁾ *et d'exprimer les raisons profondes des troubles qu'il présente à savoir la carence affective relative aux anomalies des liens émotionnels parents-enfant.*

⁴⁴³ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PUF, Paris – France, 1982.

⁴⁴⁴ L. Fernandez, J-L. Pedinielli, **La recherche en psychologie clinique**, P : 46.

⁴⁴⁵ Ibid. P : 47.

⁴⁴⁶ Ibid. P : 47.

⁴⁴⁷ J. Grégoire, **L'examen de l'intelligence de l'enfant**, P : 3, Edition Mardaga, Bruxelles-Belgique, 2009.

⁴⁴⁸ L. Fernandez, J-L. Pedinielli, **La recherche en psychologie clinique**, P : 50.

Il est important de signaler que nous avons choisi deux épreuves projectives qui nous semblent les plus adéquates avec la problématique de la présente thèse notamment le test dessin de famille élaboré par Louis Corman⁽⁴⁴⁹⁾ et le Test CAT conceptualisé par Léopold et Sonia Bellak⁽⁴⁵⁰⁾. Ces deux outils de recherche mobilisent essentiellement la dynamique des relations affectives parents-enfant qui constitue à notre avis un élément fondamentale pour le repérage des différents types de carence affective infantile, à ce propos ces deux techniques projectives seront administrées pour l'échantillon restreint de l'étude qualitative composée de huit enfants dont 4 cas issus de parents mariés et 4 autres originaires de parents divorcés.

- ***Description du Test dessin de famille***

Le dessin en général et le test de dessin de famille en particulier est un outil projectif largement utilisé par les cliniciens d'enfants à travers le monde entier parce qu'il exige peu de matériel (papier-crayon), il est facile à administrer et il est fondé essentiellement sur la théorie psychanalytique au niveau de l'analyse psychopathologique⁽⁴⁵¹⁾.

A ce propos l'interprétation intuitive des dessins a fait son apparition il y a plusieurs siècles, mais les approches empiriques de cotation et d'analyse des dessins libres ainsi que les productions graphiques réalisées dans le cadre de l'examen psychologique de l'enfant⁽⁴⁵²⁾ sont reconnus depuis seulement quelques décennies du 20^{ème} siècle et plus précisément depuis les années cinquante⁽⁴⁵³⁾. Il est important de signaler que le test dessin de famille est adapté pour l'enfant, puisqu'il permet d'obtenir des éléments inconscients de sa personnalité comme le sentiment de culpabilité qui est difficile à repérer par le biais des questionnaires⁽⁴⁵⁴⁾ tels que l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI).

Il est pertinent de savoir aussi que la représentation graphique de la famille est l'un des thèmes les plus sollicités dans la recherche relative à la

⁴⁴⁹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 6, PUF, 4^{ème} Edition, Paris – France, 1982.

⁴⁵⁰ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 5, Centre de Psychologie Appliquée, Paris - France 1954.

⁴⁵² D. Duché, **La psychiatrie de l'enfant**, P : 25, 3^{ème} Edition, Que sais-je ?, PUF, Paris – France, 1982.

⁴⁵³ Ibid, P : 26.

⁴⁵⁴ J. Tremblay, **Analyse des dessins de famille d'enfants placés en famille d'accueil**, P : 32.

⁴⁵⁵ Ibid, P : 32.

psychologie clinique. Dans le même sens Louis Corman est l'un des auteurs qui ont marqué l'histoire évolutive de cette épreuve projective ⁽⁴⁵⁵⁾. Il est nécessaire de mentionner dans ce contexte que nous allons utiliser dans notre thèse la quatrième version du test de dessin de famille éditée en 1982 par les Presses Universitaires de France (PUF), élaborée par le pédopsychiatre français à tendance psychanalytique Louis Corman ⁽⁴⁵⁶⁾. Dans ce qui suit nous allons présenter une description concise de cette épreuve projective.

Le matériel : On installe l'enfant devant une table convenable à sa taille, puis on lui présente une feuille de papier blanc, un crayon bien taillé et des crayons de couleurs ⁽⁴⁵⁷⁾.

La consigne du test : « dessine une famille que tu inventes », cette expression encourage l'enfant d'une part à dessiner et d'autre part à extérioriser ses états affectifs : ses carences, ses désirs, ses craintes ainsi que ses mésententes relationnelles avec ses parents ⁽⁴⁵⁸⁾. La consigne précitée favorise également la projection des tendances émotionnelles les plus intimes, voire les plus inconscientes parce qu'elle détourne l'attention de l'enfant de sa propre famille ⁽⁴⁵⁹⁾.

L'Age : cette épreuve est appliquée aux enfants de 5 à 14 ans, la durée de l'administration du test ⁽⁴⁶⁰⁾ varie approximativement entre 15 à 30 minutes, suivie d'un bref entretien durant lequel l'examiné est invité à expliquer lui-même sa production graphique : l'ordre de figuration des personnages, l'identification de chacun de ces derniers ainsi que l'attitude de l'enfant envers le père, la mère et la fratrie ⁽⁴⁶¹⁾; L'ensemble de ces données sont reportées dans la fiche d'entretien du dessin ⁽⁴⁶²⁾.

⁴⁵⁶ Ibid, P : 34.

Voir aussi : A. Vinay, **Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent**, PP : 29 - 45 - 87, 2^{ème} Edition, Dunod ; Paris - France, 2014.

NB : En parallèle du test de dessin de famille, les cliniciens utilisent d'autres épreuves de dessin comme la figuration : du bonhomme, de l'arbre et de la maison.

⁴⁵⁶ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PUF, 4^{ème} Edition, Paris - France, 1982.

NB : La première Edition de cette épreuve est apparue en 1964.

⁴⁵⁷ Ibid, P : 18.

⁴⁵⁸ Ibid, P : 18.

⁴⁵⁹ Ibid, P : 6.

⁴⁶⁰ Ibid, PP : 6-8.

⁴⁶¹ Ibid, P : 6.

⁴⁶² Ibid, P : 7.

La présence du psychologue clinicien lors de la séance du testing est indispensable. Dans ce cadre il est important d'éviter de donner l'impression à l'examiné qu'il est surveillé et il est nécessaire de prononcer des expressions d'encouragement pour aider l'enfant à réaliser son dessin en disant : « Tu as bien fait continue », « le plus intéressant c'est de dessiner spontanément, ton dessin ne sera pas jugé sur la perfection »⁽⁴⁶³⁾.

- ***Analyse du Test de dessin de famille***

L'interprétation de ce test comprend trois niveaux essentiels : l'aspect graphique, la structure formelle et l'analyse psychanalytique du contenu⁽⁴⁶⁴⁾. Le niveau graphique examine par exemple l'ampleur ou la minceur des traits et des lignes figurées par l'enfant lors du dessin des personnages, l'ampleur des traits refléterait l'agitation psychomotrice et l'impulsivité, tandis que la minceur des lignes exprimerait l'inhibition et la froideur affective⁽⁴⁶⁵⁾.

Dans le même sens, le volume des personnages révèle les tendances intimes de l'enfant. Les personnes dessinés d'une manière hypertrophique indiqueraient la présence du sentiment de culpabilité lié à la mobilisation des pulsions agressives infantiles à l'égard des parents⁽⁴⁶⁶⁾ provocateurs d'une éventuelle carence affective par excès d'autorité ou d'affection que nous avons dénommé « hyper-protection affective » dans le cadre de cette recherche. Inversement, les individus rétrécis au dessin relatent la prédominance de la tristesse et la dévalorisation de soi⁽⁴⁶⁷⁾ suscitées par une insuffisance d'attention et de bienveillance parentale dénommée « négligence émotionnelle » au sein de notre définition opérationnelle de la carence affective.

Le second niveau d'analyse du dessin de famille est relatif à la structure formelle⁽⁴⁶⁸⁾ dans laquelle l'investigation clinique est focalisée sur l'ambiance familiale au sein de la production graphique, est ce qu'elle

⁴⁶³ Ibid, PP : 18-19.

⁴⁶⁴ Ibid, P : 23.

⁴⁶⁵ Ibid, P : 24.

⁴⁶⁶ Ibid, P : 24.

⁴⁶⁷ Ibid, P : 25.

⁴⁶⁸ Ibid, P : 31.

est spontanée et favorise par conséquent les échanges affectifs positifs entre l'enfant et ses parents, on parlerait alors d'une structure formelle sensorielle ⁽⁴⁶⁹⁾. Néanmoins si on se trouve devant une limitation de la spontanéité, ceci traduirait l'existence des liens émotionnels rigides marqués par la froideur affective, dans ce cas nous pouvons évoquer une structure formelle excessivement rationnelle ⁽⁴⁷⁰⁾.

Le troisième niveau d'interprétation est l'analyse du contenu dans lequel l'examineur essaye de repérer les sentiments d'admiration ou de mépris éprouvés par le personnage principal (à qui l'enfant s'identifie au dessin) envers lui-même et vis-à-vis les autres personnes représentées surtout les parents. Ce type d'investigation clinique nous permettrait de découvrir si l'enfant adopte un sentiment de valorisation ou de dévalorisation envers soi, et s'il ressent de l'amour ou de la haine à l'égard de ses parents ⁽⁴⁷¹⁾.

L'analyse de l'utilisation des couleurs représenterait un élément complémentaire ⁽⁴⁷²⁾ de l'interprétation du dessin de famille; à cet effet, le noir reflèterait la tristesse, les idées pessimistes et les tendances de mort, le blanc exprimerait le sentiment de vide et indiquerait la présence d'une certaine froideur affective relative à la privation relationnelle, quant au rouge, il désignerait l'agitation psychomotrice infantile ainsi que la violence et l'irritabilité parentale ⁽⁴⁷³⁾.

- **Utilité du Test dans cette thèse**

En ce qui concerne l'utilité du test de dessin de famille dans cette thèse, nous allons la concrétiser à travers trois points essentiels :

Premièrement, la période de latence qui constitue l'objet de notre investigation clinique est susceptible d'être étudiée par le biais de ce test, d'une part parce que l'enfant exécute son dessin en tenant compte de ses caractéristiques personnelles ainsi que les spécificités des personnes de

⁴⁶⁹ Ibid, P : 36.

⁴⁷⁰ Ibid, P : 36.

⁴⁷¹ Ibid, P : 41.

⁴⁷² J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin**, P : 145. Editest 1977, Bruxelles – Belgique.

⁴⁷³ Ibid, P : 145.

son entourage, notamment : son père, sa mère, ses frères et ses sœurs ⁽⁴⁷⁴⁾; D'autre part, la production graphique de l'enfant de cet âge (6 à 12 ans) est plus loin du gribouillage et de la figuration incomplète des personnages propres aux différents stades de la première enfance ⁽⁴⁷⁵⁾ (0 à 6 ans). Toutefois, au cours de la seconde enfance ou la phase de latence, le dessin devient plus complet et plus proche de la réalité ⁽⁴⁷⁶⁾, ceci aiderait l'enfant à exprimer sa carence affective relative à la rupture des liens conjugaux entre ses parents dans le cadre de ce travail de recherche.

Deuxièmement, la finalité d'utilisation de cette épreuve projective dans le milieu clinique sous-entend à la fois des objectifs diagnostiques, analytiques et thérapeutiques ⁽⁴⁷⁷⁾. Elle permet également d'obtenir une projection de la personnalité globale de l'enfant sur le plan conscient et inconscient ⁽⁴⁷⁸⁾.

Il est important de signaler dans ce contexte que le test de dessin de famille est approprié à la thématique de la présente recherche, d'abord parce qu'il constitue un moyen de diagnostic des signes cliniques de la dépression infantile comme la tristesse, l'agitation psychomotrice, la dévalorisation de soi et le sentiment de culpabilité ⁽⁴⁷⁹⁾. Cet outil constituerait aussi un indicateur objectif pour confirmer ou infirmer le diagnostic des troubles dépressifs repérés par le CDI chez les cas étudiés.

Ensuite le bilan analytique élaboré par le biais du manuel d'interprétation de cette épreuve, représenterait à notre avis une source enrichissante de l'approche psychopathologique des enfants qui ont participé à l'étude clinique relative à notre thèse, à travers la déclinaison des différents types de carence affective relatifs aux liens parents-enfant, ces défaillances relationnelles à caractère émotionnel constitueraient un facteur déclenchant des troubles dépressifs chez les enfants du divorce dans le cadre de ce travail de recherche.

3.2.4. Epreuves projectives : Test d'Aperception pour Enfants (CAT)

⁴⁷⁴ J. Tremblay, **Analyse des dessins de famille d'enfants placés en famille d'accueil**, P : 31.

⁴⁷⁵ Ibid, P : 31.

⁴⁷⁶ Ibid, P : 31.

⁴⁷⁷ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 15, PUF, 4^{ème} Edition, Paris – France, 1982,

⁴⁷⁸ Ibid, P : 16.

⁴⁷⁹ Ibid, PP : 41-45.

Voir aussi, J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin**, PP : 122-188-190.

- **Description de l'épreuve CAT**

L'édition du Test d'Aperception Thématique (TAT) consacré aux adultes et conçu par H. Hurray et C. Morgan en 1935 a stimulé l'émergence de nombreuses épreuves projectives dérivées de son modèle, comme le Children's Aperception Test (CAT) élaborée en 1961 par les cliniciens américains Léopold et Sonia Bellak ⁽⁴⁸⁰⁾, il est destiné aux enfants de 3 à 10 ans et il est composé de dix planches qui représentent des animaux placés dans des activités humaines recoupant une variété de situations d'échanges de l'enfant vis-à-vis de ses parents, sa fratrie et ses pairs ⁽⁴⁸¹⁾.

La technique d'administration du test est analogue à celle du TAT, l'examineur demande au sujet de raconter des histoires correspondant aux circonstances figurées dans les images ⁽⁴⁸²⁾. Après la passation du test, le clinicien peut revenir à chaque histoire pour demander à l'examiné certains détails importants comme le nom et l'âge des personnages ⁽⁴⁸³⁾.

L'objectif principal de cet instrument est le repérage des problématiques relationnelles à caractère émotionnel de l'enfant envers ses parents à travers la mobilisation des mécanismes de défense décrits par S. Freud, notamment la projection ⁽⁴⁸⁴⁾.

Vu que ce mécanisme projectif est un aspect commun de la vie mentale, il peut être appréhendé de la manière suivante : un contenu psychique personnel (comme les désirs, les pensées et les sentiments) est extériorisé et attribué à l'environnement. Dans ce sens, la méthode projective du CAT consiste à présenter un stimulus (planches) à travers lequel l'enfant produit des histoires en projetant ses affects, ses idées et surtout ses carences affectives ⁽⁴⁸⁵⁾.

⁴⁸⁰ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 7, Centre de Psychologie Appliquée, Paris - France 1954.

⁴⁸¹ Ibid, P : 7.

⁴⁸² Ibid, P : 7.

⁴⁸³ Ibid, P : 11.

⁴⁸⁴ V. Desloges, **Les indices d'abus sexuel au CAT chez les enfants reçus en consultation**, P : 21, Mémoire de maîtrise en psychologie, Université de Québec à Trois-Rivières, Québec - Canada. 2003.

⁴⁸⁵ Ibid, P : 21.

- **Analyse du Test CAT**

Selon une étude réalisée aux Etats-Unis d'Amérique par C. Piotrowski et J.W. Keller en 1989, le CAT est parmi les tests projectifs les plus utilisés en clinique infantile, pareillement, le manuel d'interprétation de cette épreuve est traduit à plusieurs langues et adapté à de multiples cultures⁽⁴⁸⁶⁾.

Dans le but de réaliser une analyse approfondie des récits de l'enfant, l'administrateur du CAT devrait considérer l'ensemble des histoires formulées par l'enfant comme valables à l'étude et l'investigation clinique, et au cours de ses échanges verbaux avec le sujet, il est nécessaire de s'abstenir de catégoriser les expressions narratives infantiles en bonnes et mauvaises réponses, cette neutralité prudente de l'examineur encourage l'enfant à extérioriser ses affects les plus intimes voire ses sentiments inconscients⁽⁴⁸⁷⁾.

Dans le même sens, puisque cet outil ne propose pas de modèle de réponses à l'examiné, ce dernier est obligé de se retourner vers soit afin de construire son propre cadre de référence pour élaborer chaque histoire. Ceci permettrait à l'administrateur du test d'avoir des récits les plus authentiques possible voire les plus proches de la réalité de la carence affective de l'enfant et de son malaise dépressif qui en découle⁽⁴⁸⁸⁾.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les thèmes objet d'analyse dans chaque planche du CAT ainsi que leur corrélation avec la problématique de notre thèse :

⁴⁸⁶ Ibid, P : 23.

⁴⁸⁷ Ibid, P : 21.

⁴⁸⁸ Ibid, P : 21.

Tableau récapitulatif des thèmes abordés au CAT et leur relation avec la thèse

<i>N° de la planche</i>	<i>Thèmes</i>	<i>Relation avec la thèse</i>
Planche 1	-La nourriture perçue comme récompense ou privation dans le cadre de la relation : père-mère-enfant-fratrie ⁽⁴⁸⁹⁾ .	-Satisfaction et/ou frustration parentale à l'égard de l'enfant. - La qualité des liens fraternels accentue ou atténue la carence du sujet.
Planche 2	-Identification du parent avec qui l'enfant s'entend le plus ⁽⁴⁹⁰⁾ .	-Amour envers le parent tendre et gratifiant. - Haine envers le parent agressif et frustrant.
Planche 3	-Représentation infantile du père -Puissant/Impuissant. -Agressif/Bienveillant ⁽⁴⁹¹⁾ .	-Carence affective paternelle (Impuissant ou agressif). -Satisfaction paternelle (puissant et bienveillant).
Planche 4	-Rivalité fraternelle relative à la naissance des nouveaux frères et sœurs ⁽⁴⁹²⁾ .	-Mobilisation des tendances régressives ou évolutives chez l'enfant vis-à-vis ses parents : dépendance/ autonomie.
Planche 5	-Perception par l'enfant des liens affectifs entre ses parents. -Relations harmonieuses ou mésentente parentale. -Union ou désunion des parents ⁽⁴⁹³⁾ .	- Carence affective lors du divorce des parents. -Satisfaction émotionnelle lors de l'entente parentale.

⁴⁸⁹ L. Bellak, S. Bellak, Manuel du test la perception pour enfants, P : 13.

⁴⁹⁰ Ibid, P : 13.

⁴⁹¹ Ibid, P : 14.

⁴⁹² Ibid, P : 14.

⁴⁹³ Ibid, P : 14.

Tableau récapitulatif des thèmes abordés au CAT et leur relation avec la thèse (Suite)

<i>N° de la planche</i>	<i>Thèmes</i>	<i>Relation avec la thèse</i>
Planche 6	-Relation triangulaire père-mère-enfant. -Affection ou négligence parentale ⁽⁴⁹⁴⁾ .	-Carence par insuffisance d'affection ou satisfaction émotionnelle des parents à l'égard de l'enfant.
Planche 7	-La crainte d'agression parentale fréquemment paternelle et parfois maternelle ⁽⁴⁹⁵⁾ .	-Sentiment de haine, de colère et d'hostilité envers les parents agresseurs, caractérisés par une hyper-protection affective ou excès d'autorité
Planche 8	-Relation aux parents favorisant l'expression et l'échange avec l'enfant ou réprimant de toute ébauche d'une communication chaleureuse avec ce dernier ⁽⁴⁹⁶⁾ .	-Parents facilitateurs développant des compétences relationnelles de l'enfant. -Parents inhibiteurs de la capacité de l'enfant à communiquer avec autrui.
Planche 9	-Crainte d'absence ou d'abondance parentale ⁽⁴⁹⁷⁾ .	-Carence émotionnelle par insuffisance d'affection ou négligence affective.
Planche 10	-Acquisition de la propreté à un âge avancé de l'enfance de trois à quatre ans ⁽⁴⁹⁸⁾ .	-Tendance régressive ou évolutive de l'enfant vis-à-vis sa mère. -Eventuelle hyper-protection maternelle : Autonomie/dépendance

⁴⁹⁴ Ibid, P : 14.

⁴⁹⁵ Ibid, P : 14.

⁴⁹⁶ Ibid, P : 15.

⁴⁹⁷ Ibid, P : 15.

⁴⁹⁸ Ibid, P : 15.

- **Utilité du CAT dans cette thèse**

L'utilisation du CAT comme outil efficace pour la compréhension de la relation entre la carence affective et les troubles dépressifs pourrait être justifiée par le biais de trois facteurs essentiels :

- *D'abord, ce test est adapté à l'âge de l'échantillon de notre étude (6 à 12 ans), et puisqu'il demande des capacités importantes de verbalisation dans le cadre de l'élaboration des histoires relatives à chaque planche, cette exigence pourrait être remplie convenablement par les enfants en période de latence qui commencent à fréquenter l'école dès l'âge de six à sept ans, ceci développe leurs capacités de mentalisation et les rendent aptes à produire des récits adéquats aux sollicitations des images du CAT⁽⁴⁹⁹⁾.*

- *Ensuite et comme nous l'avons déjà mentionné dans le tableau lié à l'analyse de cette épreuve projective, chacune des dix planches renvoie à une problématique relationnelle particulière concernant les interactions émotionnelles parents-enfant. L'ensemble de ces images pourrait ainsi susciter l'émergence des deux types de carence affective pathologique étudiés dans cette thèse chez les enfants du divorce à savoir l'hyper-protection parentale et la négligence émotionnelle.*

Dans le même sens, le nombre important des planches nous permettrait de détecter le cumul des différents facteurs carenciels que nous croyons être à l'origine de l'aggravation des troubles dépressifs infantiles.

- *Enfin, le CAT en plus de la description détaillée de la carence affective chez les enfants issus de parents séparés, il permet aux chercheurs selon D. Petot de découvrir les moments de tristesse, de dévalorisation de soi ainsi que les idées noires et les pensées de mort auprès de la population étudiée⁽⁵⁰⁰⁾.*

⁴⁹⁹ Voir la présente thèse, **La période de latence de la carence à la dépression**, PP : 23-24.

⁵⁰⁰ D. Petot, **L'évaluation clinique en psychopathologie**, P : 9, 3^{ème} Edition, Dunod, Paris France, 2014.

- **Conclusion**

Cette partie méthodologique a survolé trois chapitres essentiels : Le premier a décrit les caractéristiques de l'étude quantitative et qualitative; ces deux types d'approches seront appliqués dans la partie pratique du présent travail de recherche. Le deuxième chapitre a délimité la méthode comparative qui constitue le moyen capital de l'étude quantitative, à ce propos nous avons illustré comment la comparaison entre les deux groupes de l'échantillon de la recherche (39 EPD et 75 EPM) s'effectuera par le biais de l'application de deux outils principaux : l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) relatif au repérage des manifestations dépressives normales et pathologiques, et le Questionnaire de l'étiologie dépressive destiné à l'identification de la façon dont l'enfant perçoit la maladie mentale en général et les symptômes dépressifs en particulier.

Le troisième chapitre a abordé la méthode clinique que nous avons choisie comme un procédé méthodologique proportionnel à l'étude qualitative, en décrivant ses outils utilisés dans cette thèse tels que : l'entretien semi directif, l'observation clinique et les tests projectifs, notamment le test d'aperception chez l'enfant (CAT) et l'épreuve du dessin de la famille. De ce fait, la partie pratique du présent travail de recherche sera relativement bien outillée pour approcher la relation entre la carence affective et les troubles dépressifs auprès des enfants de parents divorcés, de manière plus au moins méticuleuse.

V. PARTIE PRATIQUE

- ***Introduction***

Dans cette thèse, la partie problématique a décrit les liens éventuels entre la carence affective et les troubles dépressifs chez les enfants de parents divorcés; dans le même sens, la partie théorique a défini ces deux notions d'une manière détaillée. De son côté, la partie méthodologique a indiqué les méthodes appropriées pour investiguer l'objet de notre recherche et elle a énuméré les outils destinés à cette finalité.

L'ensemble de ces étapes sont effectuées afin de mener une étude appliquée sur l'échantillon de ce travail de recherche, dans ce contexte notre investigation du terrain tentera de décortiquer le plus soigneusement possible la problématique susmentionnée.

Subséquentement, cette partie pratique sera répartie en deux chapitres, l'un est consacré à l'étude quantitative qui abordera d'abord la comparaison entre les deux groupes étudiés (114 enfants dont 39 EPD et 75 EPM) concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques moyennant les techniques statistiques, ensuite il examinera le degré d'objectivité des divergences entre les deux populations susdites relatives à la manière dont les enfants appréhendent ces symptômes.

Quant à l'autre chapitre, il est destiné à l'étude qualitative qui ciblera l'analyse psychopathologique approfondie d'un groupe restreint de l'échantillon global de la recherche, constitué de 4 cas des EPD et 4 autres des EPM. A la fin de cette partie pratique, nous procéderons à la comparaison des résultats des deux types d'investigations précitées

- *Chapitre I : Etude quantitative*

Préambule

Comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction de la présente partie pratique, ce premier chapitre est relatif à l'étude quantitative qui abordera la comparaison entre les deux groupes étudiés (114 enfants dont 39 EPD et 75 EPM) concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques moyennant les techniques statistiques, et il examinera le degré d'objectivité des divergences entre les deux populations susdites relatives à la manière dont les enfants appréhendent ces symptômes.

1. Etude comparative des résultats de l'inventaire de dépression chez l'enfant CDI

Le premier volet de cette étude quantitative approchera trois points principaux, d'abord la comparaison entre les deux groupes concernant les manifestations dépressives normales et pathologiques, ensuite le repérage des degrés d'intensité des troubles dépressifs morbides chez les populations précitées, enfin la classification des symptômes les plus prépondérants auprès des deux échantillons.

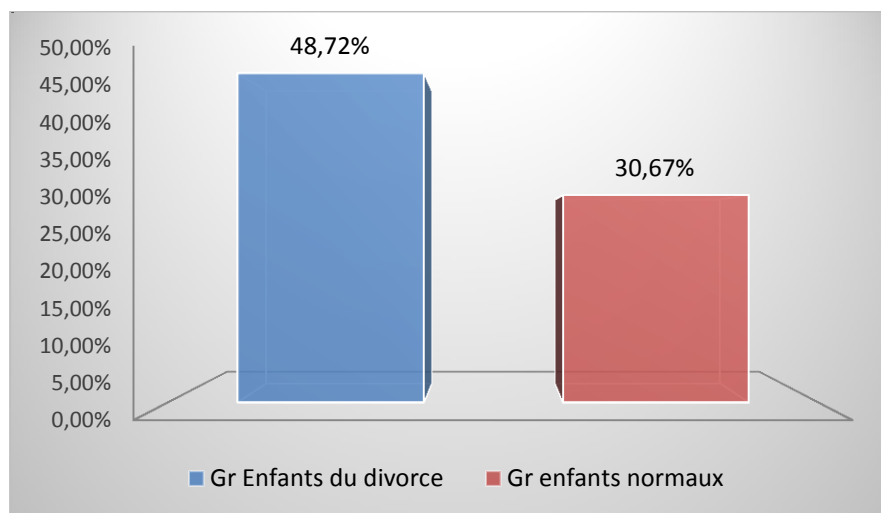
1.1. Résultats des deux groupes concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques.

Avant d'étudier minutieusement chaque catégorie des manifestations dépressives mesurées par le biais de l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI), il est important d'exposer d'abord les pourcentages enregistrés par les enfants des deux groupes.

Tableau des résultats des deux groupes concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques

<i>Catégories des troubles</i>	<i>Groupe EPD</i>		<i>Groupe EPM</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>Taux</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux</i>
<i>Dépression pathologique</i>	19	48,72%	23	30,67%
<i>Moments Dépressifs Relatifs à la Normale</i>	13	33,33%	37	49,33%
<i>Absence de dépression</i>	7	17,95%	15	20,00%
<i>TOTAL</i>	39	100%	75	100%

1.1.1. Etude comparative des troubles dépressifs pathologiques



Résultats des deux groupes relatifs aux troubles dépressifs pathologiques au CDI

Le pourcentage des Enfants issus de Parents Divorcés (EPD) qui ont manifesté des tendances dépressives à caractère pathologique (15 point et plus) lors de la passation de l'Inventaire de Dépression chez l'enfant (CDI) ⁽⁵⁰¹⁾ est de 48,72%, ce taux est largement supérieur à la proportion enregistrée par les enfants originaires de parents mariés qui est de 30,67% mesurée par la même épreuve relative à la même catégorie de dépression morbide ⁽⁵⁰²⁾.

Il est à noter dans ce cadre que nous avons procédé à l'étude statistique destinée à la vérification de l'objectivité de cet écart par le biais de l'application du test « t » de Student consacré à la comparaison entre deux groupes non appariés ⁽⁵⁰³⁾.

Les calculs statistiques ont démontré que la valeur « t » des deux groupes étudiés dans cette thèse est de 2,49, qui est supérieure à la valeur critique de la table « t » de Student évaluée à 1,96 au risque d'erreur 0,05 soit 5 % ⁽⁵⁰⁴⁾.

Ce résultat énonce que la différence entre les deux groupes est significative dans la mesure où les troubles dépressifs pathologiques sont véritablement plus répondus chez les enfants du divorce par rapport à leurs confrères originaires d'un couple marié. Ce constat confirme la deuxième partie de l'hypothèse N°1 stipulant que la carence affective provoquée par la rupture des liens conjugaux entre les parents pourrait engendrer l'irruption des troubles dépressifs chez un nombre considérable de leurs enfants ⁽⁵⁰⁵⁾.

Il est important de signaler que le taux de dépression chez les EPD (48,72%) est similaire au pourcentage enregistré par l'enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies au Maroc réalisée en 2007 qui a démontré que 48,9% des 5635 personnes étudiées présentent au moins un des 25 troubles mentaux investigués, il s'avère

⁵⁰¹ Voir la présente thèse, **Inventaire de Dépression chez l'Enfant (CDI)**, P : 167.

⁵⁰² Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

⁵⁰³ Voir la présente thèse, **Test «t» de Student**, PP : 159-160.

⁵⁰⁴ Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

⁵⁰⁵ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°1**, P : 16.

également que la dépression et la pathologie mentale la plus fréquente avec un taux de 26,5 % ⁽⁵⁰⁶⁾; A ce propos si cette proportion dépressive s'avère inférieure à nos résultats c'est parce qu'elle est relative à une population normale et non pas à un échantillon à problème comme le nôtre.

Néanmoins, ce résultat devrait être affirmé par l'étude qualitative des cas cliniques, surtout en ce qui concerne l'impact de la carence affective sur l'émergence des symptômes précités que nous allons investiguer dans le chapitre suivant qui investira plusieurs instruments méthodologiques à savoir : l'approche diagnostique effectuée en collaboration avec un psychiatre chevronné, par le biais aussi des entretiens réalisés avec les cas étudiés, l'observation clinique, en plus des indicateurs sémiologiques fournis par le CDI. Nous allons analyser également les données biographiques et nous procéderons à l'exploitation des informations recueillies par les tests projectifs. L'utilisation de ces différents outils de recherche nous permettra d'être les plus proches possible de l'objectivité ⁽⁵⁰⁷⁾.

Il est judicieux de mentionner à ce propos que les résultats cités plus haut se renforcent d'un côté par les recherches cliniques récentes comme l'étude psychopathologique Tunisienne en 2002 qui a ciblé un échantillon composé de 84 enfants de divorce et 300 autres descendants de parents unis . Ce travail de recherche a conclu que parmi les troubles cliniques les plus fréquents chez le premier groupe nous trouvons les symptômes dépressifs et que ces manifestations sont plus intenses auprès des enfants de parents séparés par rapport à leurs pairs issus parents mariés ⁽⁵⁰⁸⁾.

Dans le même sens, l'étude réalisée au Pays-Bas en 2012 sur une population de 367 enfants de divorce et 4225 cas normaux âgés entre 3 et 12 ans indique que les premiers présentent plus que les seconds les

⁵⁰⁶ D. Moussaoui, **La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies**, PP : 125-126, In Revue « L'encéphale » de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique, Volume N°33, Fascicule S4, Edition Elsevier Masson, Paris-France, Décembre 2007.

⁵⁰⁷ Voir la présente thèse, **Introduction de la Partie méthodologique**, PP : 146-147.

⁵⁰⁸ M. Bartels & AL, **Childhood problem behavior and parental divorce**, In International Journal for Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , N°47, PP: 1539-1548.

troubles dépressifs pathologiques ⁽⁵⁰⁹⁾, ceci reflèterait davantage la crédibilité des résultats enregistrés dans la présente recherche.

D'un autre côté, les données statistiques relevées dans notre étude sont relativement appropriées avec les travaux de certains pionniers de la psychologie clinique comme R. Spitz qui a conclu qu'au-delà de cinq à six mois de séparation avec leurs parents, les enfants installés dans une pouponnière modèle manifestent des symptômes relatifs à la dépression anaclitique ⁽⁵¹⁰⁾, pareillement à travers l'analyse des histoires personnelles des adultes et des adolescents qui présentent des signes de dépression J. Bowlly et A. Freud ont constaté que ces derniers ont vécu une carence affective au cours de leur enfance ⁽⁵¹¹⁾.

Il est nécessaire de notifier que les troubles dépressifs objets de notre recherche sont à caractère réactionnel et ils sont répertoriés dans la classification française des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent CFTMEA R-2012 sous le code N°4.1 ⁽⁵¹²⁾. Le diagnostic de ce genre d'état dépressif pathologique infantile est conditionné par la localisation de deux symptômes au minimum parmi un tableau clinique composé de dix troubles qui constituent le syndrome de dépression chez l'enfant ⁽⁵¹³⁾. Quant au facteur déclenchant de ce type de signes morbides il est le plus souvent corrélatif à la défaillance de l'objet d'amour qui se concrétise dans notre thèse à travers la distorsion des liens émotionnels entre l'enfant et ses parents divorcés. Sur le plan thérapeutique, ces expressions symptomatiques sont prédisposées à la guérison par le biais d'une prise en charge psychothérapique précocement instaurée ⁽⁵¹⁴⁾.

Il est important de signaler aussi que le taux des troubles dépressifs pathologiques propres au groupe des enfants issus de parents mariés qui est de 30,67% s'avère surprenant, ceci met en doute l'idée que les enfants vivants sous le même toit avec leurs parents seraient loin d'être exposés à une carence affective morbide qui pourrait provoquer l'irruption des troubles dépressives pathologiques, cependant le pourcentage précité

⁵⁰⁹ F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, PP : 121-127.

⁵¹⁰ N.Sillamy, **Dictionnaire de psychologie**, P : 49.

⁵¹¹ Voir la présente thèse, **Carence affective en psychologie générale**, P : 32.

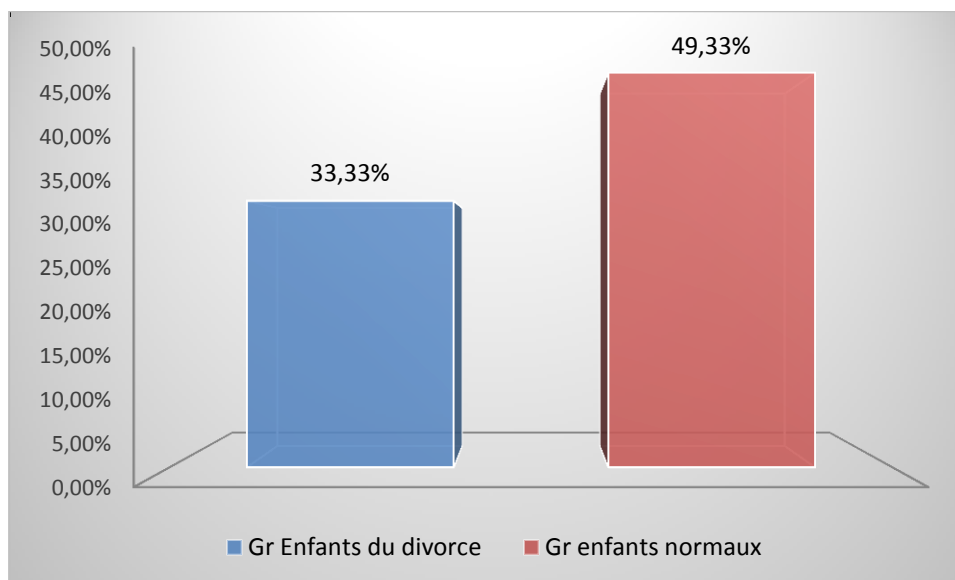
⁵¹² CFTMEA R-2012, P : 39.

⁵¹³ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques**, P : 73.

⁵¹⁴ CFTMEA R-2012, P : 40.

prouve le contraire dans certains cas. Ce constat nous interpelle pour effectuer un nouveau travail de recherche pour vérifier l'existence de cette éventualité.

1.1.2. Etude comparative des MDRN



Résultats des deux groupes relatifs aux troubles dépressifs pathologiques au CDI

Le second niveau de comparaison entre les deux groupes étudiés dans cette recherche concerne les Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN) cette catégorie est classée par la CFTMEA R-2012, sous référence : 0.1 ⁽⁵¹⁵⁾, elle est utilisée d'une manière isolée à l'exclusion des autres types de dépression pathologique cités dans la partie théorique à savoir la dépression : psychotique, états limites, névrotique et réactionnelle ⁽⁵¹⁶⁾.

Le diagnostic des MDRN est tributaire à la détection d'au moins un trouble dépressif persistant pendant quinze jours ou plus ⁽⁵¹⁷⁾. Dans le CDI le dépistage de ce genre ordinaire de dépression est corollaire à l'atteinte d'une note variable entre 10 et 14 points par l'examiné ⁽⁵¹⁸⁾.

⁵¹⁵ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁵¹⁶ Voir la présente thèse, **Les Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN)**, PP : 66-67.

⁵¹⁷ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁵¹⁸ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

L'administration de cet outil diagnostique nous a énoncé les résultats suivants :

Au sein du groupe témoin composé des EPM 49,33 % parmi eux ont obtenu un score relatif au MDRN, ce pourcentage est clairement élevé par rapport aux taux de 33,33 % enregistré par le groupe initial constitué des EPD.

Nous avons soumis l'écart entre les deux groupes à l'étude statistique pour déceler à quel degré il est objectif. Le test « t » de Student a indiqué que la valeur « t » des deux populations de notre recherche est de 1,15, elle est légèrement inférieure à la valeur critique de la table « t » de Student qui est de 1,96 au risque d'erreur 0,05. Ceci voudrait dire que la divergence entre les deux groupes n'est pas significative.

A ce propos, il est utile de préciser que même si l'écart n'est pas représentatif entre les deux catégories d'enfants, cependant le taux important des EPM qui ont manifesté des MDRN 49,33% nous permet de dire que même si la seconde partie de l'hypothèse N°2 n'est pas affirmé globalement mais elle est confirmé partiellement. Il est à noter que si l'effectif des deux groupes était plus nombreux l'écart pourrait être significatif.

Dans ce contexte D.W. Winnicott nous explique que l'enfant normal à un nombre considérable des désirs pressants, ses parents arrivent à satisfaire une grande partie de ces besoins, mais une autre partie des attentes infantiles demeure insatisfaite ⁽⁵¹⁹⁾.

Cette carence affective ordinaire stimule au sein du psychisme de l'enfant des sentiments de colère et d'hostilité qui peuvent s'exprimer par le biais des symptômes dépressifs dénués d'une connotation pathologique et s'inscrivent plutôt dans le registre des manifestations normales comme l'altération de l'appétit et les perturbations du sommeil ⁽⁵²⁰⁾ qui sont très fréquents chez les EPM ⁽⁵²¹⁾.

⁵¹⁹ D.W. Winnicott, **L'enfant et sa famille**, P : 107.

⁵²⁰ Ibid, P : 108.

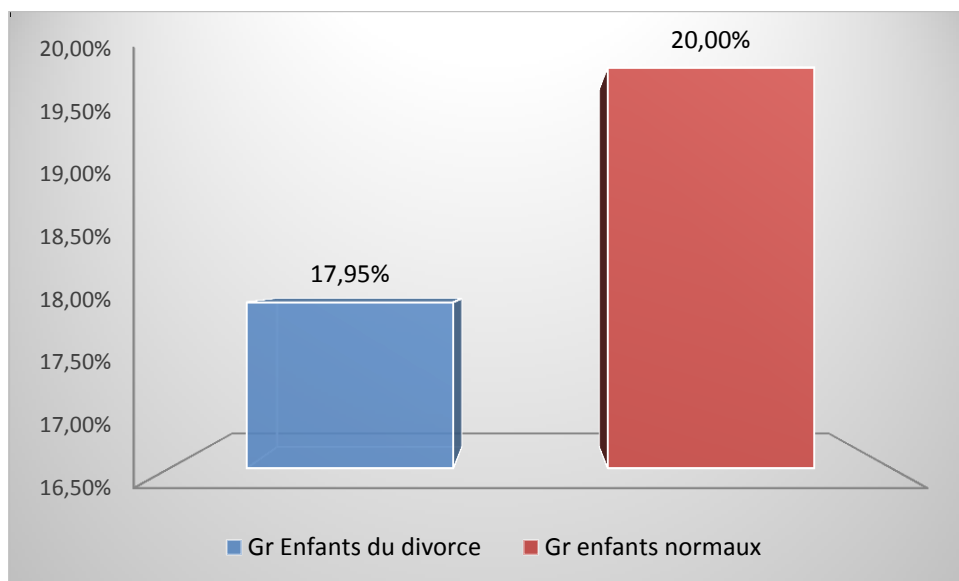
⁵²¹ Voir la présente thèse, **Définition de D. W. Winnicott relative à la carence affective**, P : 46.

Il est à signaler que la symptomatologie liée aux MDRN est légère, elle peut apparaître au cours des conflits relationnels transitoires entre l'enfant et ses parents et le malaise dépressif que ce genre de mésentente peut véhiculer dans le psychisme infantile ne porte pas une valeur morbide⁽⁵²²⁾.

Similairement ces symptômes peuvent disparaître grâce à des mesures simples comme la réconciliation entre l'enfant et ses parents suite à une période considérable de mécontentement suivie d'une présence parentale chaleureuse et affectueuse auprès de l'enfant et sans recours à une prise en charge psychothérapique⁽⁵²³⁾.

1.1.3. Etude comparative : absence de dépression

La note située entre 0 et 9 points au CDI, indique l'absence de dépression chez l'enfant. Dans ce cadre le groupe des EPM a enregistré un pourcentage de 20% qui est supérieur à celui obtenu par le groupe des EPD 17,95%, ce constat est figuré dans l'histogramme suivant :



Résultats des deux groupes relatifs à l'absence de dépression au CDI

⁵²² CFTMEA R-2012, P : 42.

⁵²³ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, P : 41.

Nous avons tenté de découvrir quel degré d'objectivité nous pouvons atteindre à propos de la comparaison entre les deux populations concernant l'absence de dépression. Les résultats statistiques ont démontré que la valeur « t » des deux groupes est de 1,73, elle est inférieure à la valeur critique de la table « t » de Student qui est de 1,96 au risque d'erreur 0,05 ceci témoigne que l'écart entre les deux populations n'est pas significatif⁽⁵²⁴⁾.

Néanmoins, le groupe des Enfants de Parents Mariés a visiblement évolué par rapport au groupe des Enfants de Parents Divorcés au niveau de la conservation de la santé mentale. Ce constat confirme la prépondérance des manifestations dépressives normales chez EPM comme les MDRN et l'absence de dépression ou la tristesse ordinaire.

Ce chagrin habituel est mesuré dans le test CDI à travers les scores qui varient entre 0 et 9 points comme nous l'avons déjà évoqué dans le début de ce volet et il se distingue par trois caractéristiques principales, le premier indicateur concerne la durée de la persistance du sentiment de tristesse qui ne dépasse pas quinze jours consécutifs, ceci voudrait dire que le désagrément de l'enfant normal demeure épisodique voire très limité dans le temps⁽⁵²⁵⁾.

Le second élément est l'intensité de la réaction infantile vis-à-vis de la carence affective habituelle qui est généralement légère ou modérée. La troisième caractéristique est la nature du mécontentement de l'enfant qui n'est pas envahissant et ne provoque pas par conséquent une désorganisation de l'équilibre du psychisme infantile⁽⁵²⁶⁾.

⁵²⁴ Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

⁵²⁵ D. Petot, « **Les dépressions** », In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 115.

⁵²⁶ Ibid, P : 115.

- **Synthèse des résultats**

D'après les résultats relatifs à l'application du test CDI sur l'échantillon de la recherche qui est de 114 enfants dont 39 EPD et 75 EPM, nous avons relevé les constats suivants :

- *Les troubles dépressifs à caractère pathologique sont vraisemblablement plus répandus chez les enfants de parents divorcés par rapport aux enfants normaux.*

- *Les Moments Dépressifs Relatifs à la Normale sont plus fréquents chez les enfants de parents mariés.*

- *L'absence de dépression ou la préservation de l'équilibre psychique est une capacité que les enfants de parents unis arrivent à maintenir mieux que les enfants du divorce.*

Succinctement, nous pouvons dire à la lumière des données susmentionnées que la deuxième partie de l'hypothèse N°1 de cette thèse est globalement affirmée en ce qui concerne la prédominance des troubles dépressifs morbides chez l'enfant suite à la rupture des liens conjugaux entre ses parents.

Dans le même sens, la seconde partie de l'hypothèse N°2 est partiellement confirmée au sujet des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale qui sont plus communs auprès des enfants de parents mariés. Ce constat est renforcé par l'addition du taux des MDRN ainsi que le pourcentage de l'absence de dépression, ces proportions sont prépondérants chez le groupe des EPM 69,33% par rapport au groupe des EPD qui est de 51,28%.

Il est important d'éclaircir deux points essentiels avant d'aborder le volet suivant. Le premier élément concerne les résultats du CDI que nous avons exposé dans cette étude statistique qui sont d'ordre général, et nous ont permis de distinguer entre les manifestations dépressives normales et pathologiques chez les deux populations investiguées, cependant dans le second niveau de comparaison, nous allons présenter des données plus détaillées du CDI qui déterminent les degrés d'intensité de la dépression

morbide en se référant à notre répartition à titre indicatif ⁽⁵²⁷⁾ que nous avons adopté au sein de cette thèse et qui nous procure la possibilité de différencier entre la dépression infantile légère, moyenne et grave.

Le deuxième point consiste à préciser que nous ne pouvons pas se baser uniquement sur les résultats de l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) pour confirmer nos hypothèses car les données recueillies par cet instrument clinique devraient être approuvées par d'autres outils méthodologiques, notamment l'entretien semi directif, l'observation clinique et les tests projectifs afin de garantir un degré concevable d'objectivité scientifique dans ce travail de recherche. Ceci sera l'objet de l'étude qualitative qui ne se limitera pas à l'approbation des résultats obtenus par le CDI relatifs à l'existence des troubles dépressifs chez les enfants du divorce mais il tentera de détecter les liens éventuels entre ces symptômes et la carence affective pathogène. Ceci nous permettrait de confirmer ou d'infirmer les hypothèses N°1 et N°2 dans leur intégralité sans se contenter de vérifier la véracité d'une partie de chacune de ces deux probabilités.

1.2. Etude comparative des degrés d'intensité des TDP au CDI

Avant de décrire chaque niveau d'intensité des troubles dépressifs pathologiques chez les deux groupes étudiés dans cette thèse, il est nécessaire de présenter préalablement les pourcentages enregistrés par le CDI concernant chacun des degrés précités.

⁵²⁷ Voir la présente Thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

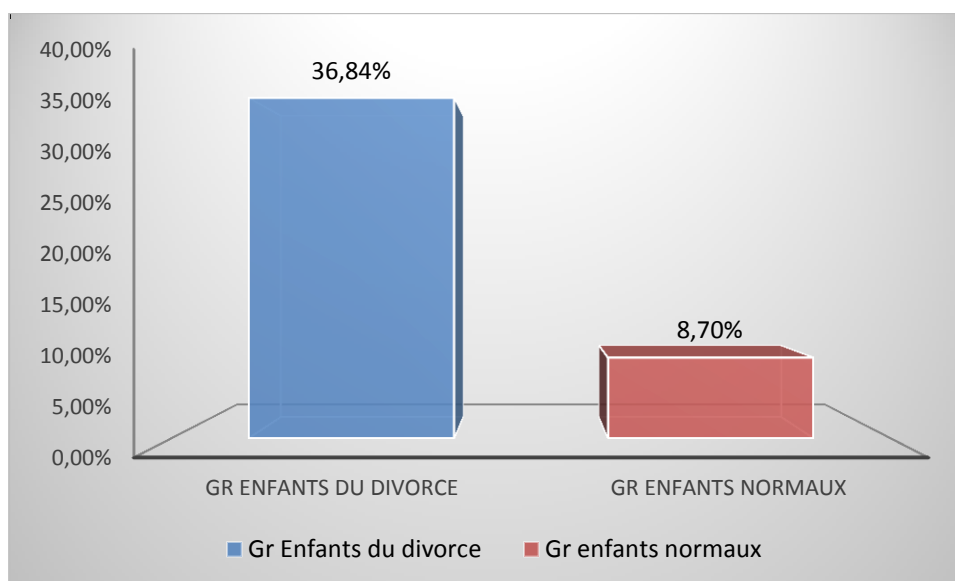
Tableau des résultats des deux groupes relatifs au niveaux d'intensité des troubles dépressifs pathologiques

<i>Type de dépression</i>	<i>Groupe divorce</i>		<i>Groupe normaux</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>Taux</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux</i>
<i>Dépression légère</i>	7	36,84%	15	65,22%
<i>Dépression moyenne</i>	5	26,32%	6	26,08%
<i>Dépression sévère</i>	7	36,84%	2	8,70%
<i>Total</i>	19	100%	23	100%

Il est primordial de notifier que les résultats cités plus haut concernent uniquement les enfants des deux groupes qui ont enregistré un score égal ou supérieur à 15 points au CDI. Il est judicieux d'énoncer également que ces données statistiques ne peuvent pas faire l'objet d'une étude comparative par le biais du test «t» de Student parce que le nombre limité des enfants, soit 42 cas dont 23 issus de parents mariés et 19 originaires de parents divorcés, ces effectifs restreints sont en dessous du seuil minimal relatif à ce genre de recherches statistiques qui devrait atteindre approximativement dans les deux groupes un nombre minimal de 100 personnes ⁽⁵²⁸⁾, raison pour laquelle nous allons se pencher uniquement sur la description des pourcentages précités.

⁵²⁸ S. Champley, **Tests statistiques paramétriques, puissance, taille d'effet et taille d'échantillons**, P : 20, Editions université Lyon 1, France, 2006.

1.2.1. Comparaison des troubles dépressifs sévères



Histogramme des pourcentages des deux groupes concernant les troubles dépressifs sévères

Avant de procéder à la description et l'analyse des résultats relatifs aux troubles dépressifs sévères, il est nécessaire de rappeler que ce type de dépression est répertorié dans le CIM 10 sous référence F32.2 qui implique la présence d'au moins cinq symptômes du syndrome dépressif⁽⁵²⁹⁾. Pareillement cet état pathologique exaspérant est localisé au CDI à travers notre répartition à titre indicatif dans l'intervalle des notes égales ou supérieures au score 27/54⁽⁵³⁰⁾.

En ce qui concerne les résultats susmentionnés, le pourcentage des EPD qui ont manifesté des troubles dépressifs graves à l'inventaire de dépression chez l'enfant CDI est de 36,84%, ce taux est largement supérieur à la proportion enregistrée par les EPM qui est de 8,70 %⁽⁵³¹⁾.

Il est à noter que même si nous n'avons pas pu vérifier le degré d'objectivité de cet écart important entre les deux groupes, néanmoins l'étude psychopathologique tunisienne a prouvé que l'aggravation des troubles dépressifs est significativement plus fréquente chez les enfants

⁵²⁹ CIM 10, P : 190.

⁵³⁰ Voir la présente Thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

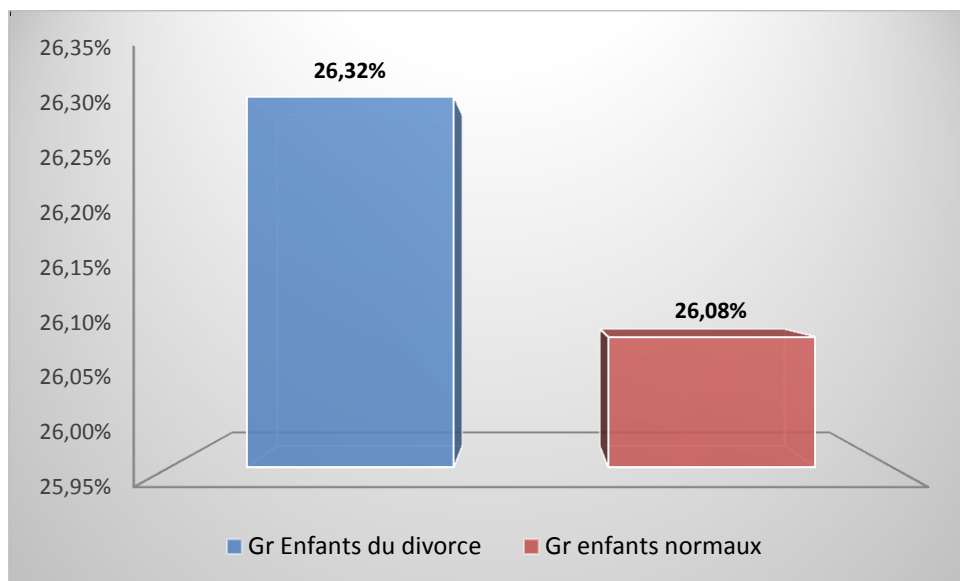
⁵³¹ Voir le tableau ci-joint, P : 207.

descendants de parents séparés par rapport à leurs confrères originaires de parents unis ⁽⁵³²⁾.

Similairement, D. Marcelli a démontré que l'accentuation des troubles dépressifs est une réaction symptomatique sévère à une situation pathogène comme un accident grave d'un proche, une maladie dangereuse d'un être cher et surtout dans le cas de notre recherche la désunion conjugale des parents qui se déroule dans des conditions dramatiques sans préparation préalable de l'enfant à la séparation ⁽⁵³³⁾.

En plus de sa description du caractère réactionnel des troubles dépressifs D. Marcelli a signalé que ces symptômes aigus régressent avec la disparition du facteur déclenchant mais ils s'intensifient si la carence affective parentale précitée devient permanente ⁽⁵³⁴⁾.

1.2.2. Comparaison des troubles dépressifs moyens



Histogramme des deux groupes concernant les troubles dépressifs de moyen degré

⁵³² F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, P : 121.

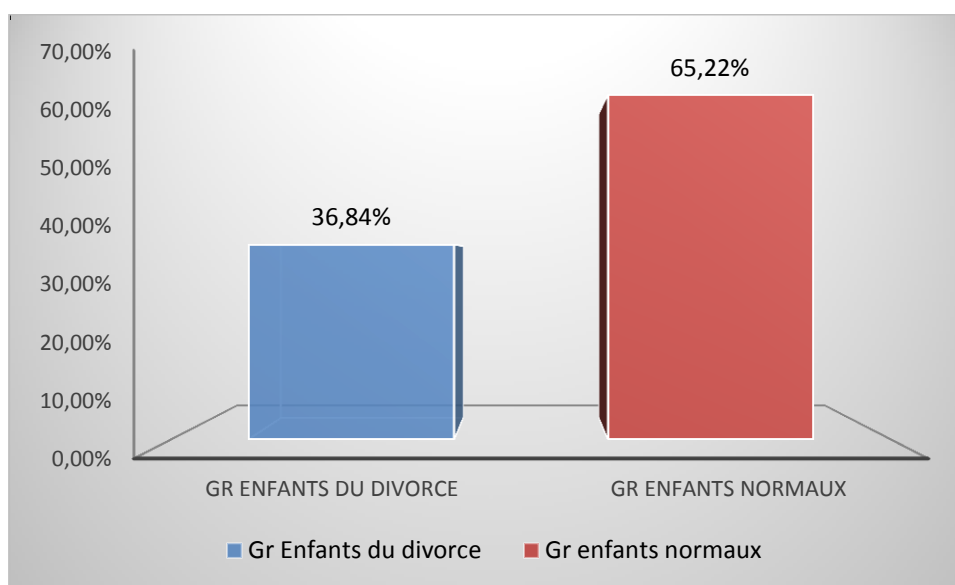
⁵³³ D. Marcelli, **« la dépression chez l'enfant »**, In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soule, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume I, P : 1444.

⁵³⁴ D. Marcelli, **Enfance et psychopathologie**, P : 446.

Le niveau moyen de dépression est classé dans le CIM 10, sous référence F32.1 et il est détecté au CDI à travers les scores qui se situent entre 21 et 26 points, selon la répartition indicative que nous avons adopté dans la partie méthodologique ⁽⁵³⁵⁾.

Les taux enregistrés au niveau de ce degré d'intensité des troubles dépressifs sont relativement identiques dans les deux groupes, soit 26,32% chez les enfants du divorce et 26,08% auprès de leurs confrères issus de parents mariés avec une légère progression de la première population par rapport à la deuxième. Cependant la dépression modérée ne reflète pas visiblement la différence entre les deux groupes, c'est pour cette raison qu'elle ne constitue pas à notre avis un élément significatif dans notre étude comparative.

1.2.3. Comparaison des troubles dépressifs légers



Histogramme des deux groupes concernant les troubles dépressifs légers

La dépression légère est répertoriée au CIM 10 sous le code F32.0 ⁽⁵³⁶⁾, elle est identifiée au CDI moyennant un score total localisé entre 15 et

⁵³⁵ CIM 10, P : 190.

⁵³⁶ CIM 10, P : 190.

20 points, conformément à notre répartition à titre indicatif des degrés d'intensité des troubles dépressifs ⁽⁵³⁷⁾.

A ce propos le pourcentage des EPM est considérablement élevé 65,22 % par rapport au taux de 36,84% relatif aux EPD qui est non négligeable malgré son infériorité. Ceci voudrait dire que la majorité des cas des enfants de parents mariés qui présentent des troubles dépressifs pathologiques sont inscrits dans le registre de la dépression légère qui est susceptible à la guérison par le biais d'une prise en charge psychothérapique précocement instaurée.

- **Synthèse des résultats**

Il est tangible que les trois niveaux d'intensité des troubles dépressifs précités sont manifestés d'une manière perceptible par les enfants du divorce, néanmoins la dépression sévère est particulièrement plus fréquente chez ces derniers par rapport aux enfants de parents mariés, ce constat est confirmé par les résultats de l'étude psychopathologique Tunisienne qui a prouvé que cet écart est significatif ⁽⁵³⁸⁾.

Dans le même sens, en dépit du nombre important des enfants de parents mariés qui présentent des troubles dépressifs pathologiques à savoir 30 %, néanmoins le niveau le plus répandu parmi eux est la dépression légère.

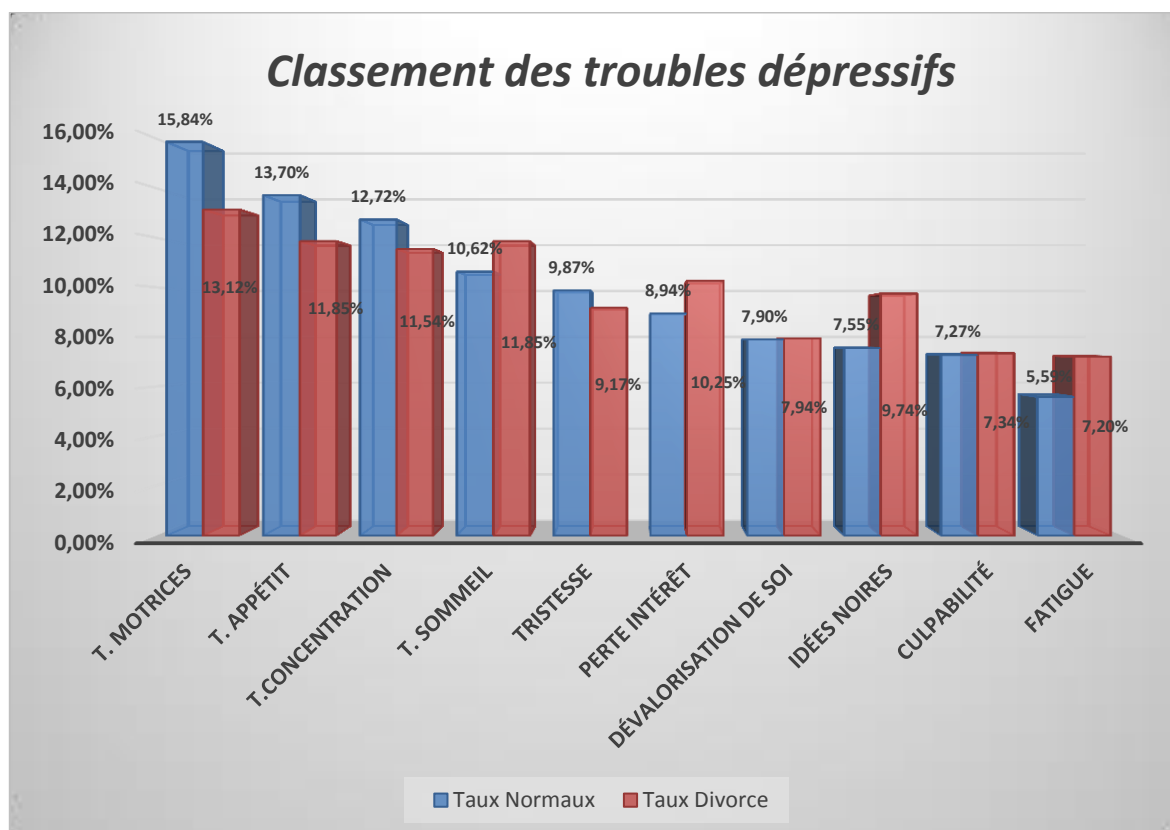
Les données précitées confirment partiellement l'hypothèse N°3 stipulant que les troubles dépressifs morbides sont plus intenses, chez les enfants de parents séparés comparés à leurs pairs issus de parents unis ⁽⁵³⁹⁾, l'authenticité de cette probabilité peut se renforcer davantage par la présentation de la classification des troubles dépressifs selon leur prépondérance au sein des deux groupes étudiés dans ce travail de recherche. Ce point sera discuté dans le volet suivant.

⁵³⁷ Voir la présente Thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

⁵³⁸ F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, P : 121.

⁵³⁹ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°3**, P : 16.

1.3. Comparaison des classifications des TD au CDI



Classification des TD chez les deux groupes selon leur taux de prévalence

Le premier point méthodologique que nous devons élucider avant de commencer l'étude comparative entre les symptômes des deux groupes est le fait que la comparaison concerne les dix symptômes relatifs au syndrome dépressif répertorié dans le CIM10 et le DSM IV-R⁽⁵⁴⁰⁾. Le second point est lié au pourcentage de chaque symptôme qui est défini en additionnant les scores de l'ensemble des enfants de chaque groupe divisés sur leur effectif.

Il est important de signaler que notre investigation a ciblé l'échantillon global de cette recherche qui est de 114 cas dont 39 EPD et 75 EPM. Pareillement, nous allons focaliser notre attention sur la classification des troubles dépressifs chez les enfants du premier groupe en les comparant avec la hiérarchisation symptomatique du deuxième groupe.

⁵⁴⁰ Voir la présente thèse, Notion opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques, P : 73

Il est utile de noter également que nous allons répartir ces troubles entre trois catégories : les signes cliniques les plus fréquents, les symptômes les plus ou moins répondus et les troubles les moins habituels.

1.3.1. Les troubles dépressifs les plus fréquents

Le premier constat que nous avons relevé auprès des deux groupes étudiés est la prédominance de quatre troubles dépressifs qui ont enregistré les taux les plus élevés dans les deux classifications. A ce propos les pourcentages repérés chez le groupe des enfants du divorce se présentent comme suit : les troubles psychomoteurs occupent la première place avec un taux de 13,12%, suivi des perturbations du sommeil qui représentent 11,85 %, ce pourcentage est le même inscrit dans le cadre des altérations de l'appétit, puis le dérèglement de la concentration avec un taux de 11,54 %.

Ces quatre signes cliniques sont classés simultanément chez les enfants de parents unies selon la configuration suivante : les troubles psychomoteurs, l'altération de l'appétit, les difficultés de concentration et les complications du sommeil.

A la lumière des indicateurs précités, il est tangible que les manifestations dépressives chez les deux groupes surtout auprès des EPD endommagent remarquablement les fonctions vitales à savoir la psychomotricité, le sommeil, l'appétit et la concentration. Ces détériorations affectent au premier lieu un aspect principal au cours des différentes étapes de l'enfance notamment la psychomotricité qui est la source du dynamisme et de vivacité infantile.

Le dérèglement de la fonction citée plus haut au cours de la période de latence, entraîne une perturbation notable de l'ensemble des activités exercées par l'enfant pendant le jour à savoir le jeu, la scolarité et les échanges familiaux ⁽⁵⁴¹⁾. Dans le même sens la dépression infantile altère en second lieu l'activité élémentaire du repos durant la nuit notamment le sommeil.

⁵⁴¹ Voir la présente thèse, **Troubles psychomoteurs**, PP : 93-94.

Ceci reflèterait comment le malaise dépressif chez les EPD est étalé pendant toute la journée (jour et nuit), surtout si nous prenons en considération que la dépression pathologique est plus répandue d'une manière significative chez les enfants de parents séparés ⁽⁵⁴²⁾ et elle est diagnostiquée par le biais de la détection d'au moins deux symptômes ou plus persistants au cours d'au moins 15 jours consécutifs ⁽⁵⁴³⁾.

En revanche l'état dépressif morbide est moins fréquent chez les enfants de parents mariés parmi lesquels un effectif important présente uniquement des MDRN qui sont identifiés à travers le repérage d'un seul et unique symptôme ⁽⁵⁴⁴⁾, ceci voudrait dire que les manifestations dépressives chez ces derniers sont partielles voire moins intenses parce qu'elles affectent seulement les activités diurnes ou bien nocturnes, tandis que la dépression proprement dite chez les enfants du divorce pourrait être généralisée pendant le jour et même durant la nuit car les symptômes psychomoteurs et les troubles du sommeil peuvent cohabiter chez le même cas et pour longtemps (15 jours et plus).

Dans ce qui suit, nous allons décrire les quatre symptômes les plus fréquents chez les deux groupes d'une manière plus ou moins détaillée.

- ***Les troubles psychomoteurs***

Sur le plan clinique, les résultats que nous avons obtenu à travers la classification des troubles dépressifs sont appropriés avec les études épidémiologiques, à ce propos les symptômes psychomoteurs se présentent fréquemment dans le milieu familial, ludique et scolaire ⁽⁵⁴⁵⁾, ils englobent deux versants l'agitation et le ralentissement psychomoteur, or le premier trouble est le plus courant chez l'enfant en période de latence caractérisé essentiellement par le déficit de l'attention et l'incapacité de l'enfant à contrôler son comportement gestuel à l'égard d'autrui, ces perturbations

⁵⁴² Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les troubles dépressifs pathologiques au CDI**, PP : 197-200.

⁵⁴³ CIM 10, P : 190.

⁵⁴⁴ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN)**, P : 76.

⁵⁴⁵ K. Guenuche, **Psychopathologie de l'enfant**, P : 19.

lui engendrent des mésententes avec ses parents, ses instituteurs et ses camarades ⁽⁵⁴⁶⁾.

Il est important de signaler dans ce cadre que lorsque les parents maintiennent leur défaillance vis-à-vis l'enfant après la rupture des liens conjugaux sous forme d'une insuffisance d'affection ou d'un surplus d'amour parental, ce dernier pourrait réagir par le biais des troubles psychomoteurs réactionnels pour attirer l'attention de ses parents ⁽⁵⁴⁷⁾ d'une manière inconsciente au déséquilibre de leur rendement affectif à son égard.

Ceci se traduit selon l'expression de D.W. Winnicott par la notion du cycle alternatif gratification/frustration durant lequel les besoins émotionnels de l'enfant sont traités par ses parents à travers une succession spontanée des moments de satisfaction des attentes infantiles associés à des instants de frustration de certains de ses besoins. L'alternance entre ces deux temps constructifs est le garant de l'équilibre psychique de l'enfant ⁽⁵⁴⁸⁾.

- ***Les troubles du sommeil***

Ce symptôme peut s'extérioriser sous forme d'hypersomnie ou d'insomnie, cependant ce dernier signe clinique est le plus répandu auprès des enfants du divorce ainsi que chez leurs confrères issus de parents mariés, ce trouble renverse la fonction du sommeil qui devient une source de désorganisation de l'énergie psychique de l'enfant au lieu de la réorganiser pour permettre à ce dernier d'affronter les activités de toute la journée avec une humeur pleine de vivacité ⁽⁵⁴⁹⁾.

Selon A. Dachmi le dérèglement de la succession alternative entre la présence et l'absence des parents vis-à-vis de l'enfant, surtout après la disjonction des liens conjugaux marquée par une présence envahissante à savoir l'hyper-protection ou une absence prolongée que nous avons

⁵⁴⁶ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », P : 64.

⁵⁴⁷ Voir la présente thèse, **Aspects psychopathologiques des troubles psychomoteurs**, PP : 94-97.

⁵⁴⁸ D. .W.Winnicott, **L'enfant et sa famille**, P : 64.

⁵⁴⁹ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des troubles du sommeil**, P : 90.

nommée négligence affective, ces deux formes de carence émotionnelle se répercutent négativement sur le cycle sommeil/veille chez l'enfant ⁽⁵⁵⁰⁾.

- ***Les troubles de l'appétit***

La dépression infantile devient plus accentuée quand les deux troubles précités sont associés à l'altération du rythme normal de la nutrition qui est indispensable d'abord pour la préservation de la vie de l'enfant, ensuite pour assurer son développement psycho-affectif normal et enfin l'alimentation est primordiale pour le bon déroulement des activités familiales, scolaires et ludiques ⁽⁵⁵¹⁾.

A ce propos, les troubles de l'appétit sont classés les troisièmes dans la classification des symptômes dépressifs chez les EPD avec un taux de prévalence de 11,85%, cependant ils occupent le deuxième rang dans la hiérarchisation du groupe des EPM.

Selon P. Jammet les symptômes nutritionnels sont très répondus auprès des enfants en général et particulièrement chez ceux originaires de parents séparés, parmi lesquels les troubles de l'appétit représentent parfois un sérieux danger pour leur vie, surtout quand ils présentent un désinvestissement remarquable relatif à la consommation de la nourriture, dans le même sens la boulimie ou le surinvestissement pathologique de la nutrition pourrait engendrer une détérioration de la santé physique et psychique de l'enfant ⁽⁵⁵²⁾.

Il est important de préciser dans ce contexte que la diminution ou l'augmentation de l'appétit ne constitueraient à notre avis qu'une défense psychique convertie sous forme d'un trouble d'apparence somatique pour exprimer d'une manière déguisée le malaise dépressif relatif à la carence affective sous-jacente engendrée par la défaillance des liens parents-enfants après le divorce ⁽⁵⁵³⁾.

⁵⁵⁰ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 26.

⁵⁵¹ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des troubles de l'appétit**, PP : 85-86.

⁵⁵² P. Jammet, **Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'adolescent**, P : 28.

⁵⁵³ R. Elhomrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, PP : 44-45

- ***Les troubles de concentration***

Le quatrième symptôme le plus fréquent chez les deux groupes étudiés dans ce travail de recherche est les troubles de concentration qui a enregistré un taux de 11,54% chez les enfants du divorce. Cette perturbation de l'attention peut s'extérioriser explicitement par le refus ou l'évitement du travail scolaire comme elle peut se manifester d'une manière implicite par le fait de passer de longues heures devant les cahiers des devoirs mais sans efficacité⁽⁵⁵⁴⁾.

Selon les études épidémiologiques, ces troubles concernent 3 à 5% des enfants en âge scolaire. Le désinvestissement intellectuel est plus répandu au stade de latence qui représente la phase de démarrage de la scolarité⁽⁵⁵⁵⁾, il est manifesté chez les EPM comme une réaction dépressive ordinaire au cours des mésententes relationnelles passagères avec leurs parents, tandis qu'elle constituerait un symptôme dépressif pathologique auprès des EPD⁽⁵⁵⁶⁾. A la lumière des données précitées nous supposons que ce trouble est investi dans ce cas comme une défense mentale contre la carence affective parentale relative à la désunion conjugale⁽⁵⁵⁷⁾.

Ce mode d'expression défensive se constitue chez l'enfant pendant la période de latence secondaire simultanément avec son évolution notable dans le cursus scolaire de 10 à 12 ans durant lequel il acquiert le raisonnement logique et développe la pensée rationnelle qui réduit en parallèle sa spontanéité⁽⁵⁵⁸⁾.

1.3.2. Les troubles dépressifs les plus ou moins répandus

Cette catégorie des troubles dépressifs est composée de trois symptômes dans la classification du groupe des enfants du divorce : la perte d'intérêt qui occupe le cinquième rang avec un taux de 10,25%, suivie par les idées noires et les tentatives de suicide dans la sixième

⁵⁵⁴ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », P : 23.

⁵⁵⁵ Voir la présente thèse, Aspects cliniques des troubles de concentration, PP : 106-107.

⁵⁵⁶ D. Petot, « **Les dépressions** », P : 117. Voir aussi J. Chambry, « **L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires** », P : 14.

⁵⁵⁷ Voir la présente thèse, **Période de latence de la carence à la dépression**, P : 23.

⁵⁵⁸ Ibid, PP : 25-26.

position qui est de 9,74 % et enfin la tristesse au septième rang avec un pourcentage de 9,17%.

Il est nécessaire de préciser dans ce contexte que identiquement aux taux précités enregistrés par le groupe des EPD : la perte d'intérêt et la tristesse sont des troubles approximativement fréquents chez le groupe des EPM, néanmoins la dévalorisation de soi et plus ou moins répandue chez cette population par rapport aux idées noires et les tentatives de suicide qui sont plus courantes chez les enfants du divorce, ce dernier trouble s'avère plus problématique sur le plan clinique par rapport à la sous-estimation de soi.

- ***La perte d'intérêt ou le déplaisir***

Ce trouble peut s'extérioriser d'une façon légère chez le groupe des EPM lors des instants de frustration parentale de certains de leurs besoins infantiles, cependant l'intérêt et le plaisir prédomineraient le désintérêt et le plaisir auprès de cette échantillon de la recherche⁽⁵⁵⁹⁾.

Inversement les parents séparés influencés par les blessures narcissiques relatives à la désunion conjugale auraient tendance à adopter des attitudes affectives désorganisantes du psychisme infantile comme l'hyper-protection qui entrave le chemin de l'enfant vers l'autonomie et le prédisposerait à sombrer dans la dépendance parentale, ceci pousserait inconsciemment ce dernier à haïr cette inconcevable réalité exprimée par le biais d'une diminution de l'intérêt vis-à-vis des activités de sa vie quotidienne⁽⁵⁶⁰⁾.

- ***Les idées noires et les tentatives de suicide***

Comme nous l'avons déjà mentionné les idées noires et les tentatives du suicide sont parmi les troubles les moins habituelles chez les enfants de parents mariés puisqu'elles occupent le huitième rang dans la classification des troubles dépressifs chez ce groupe de l'échantillon de la recherche. Généralement ce symptôme se présente chez l'enfant de parents unis par le biais d'un sentiment de désespoir et de pessimisme transitoires

⁵⁵⁹ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, PP : 26-27.

⁵⁶⁰ Ibid, PP : 28-29.

liés le plus souvent aux moments difficiles liés aux interactions tendues avec ses parents.

Ce blocage relationnel influence négativement sa vision sur la vie qui devient insupportable et il perçoit la mort comme une solution pour de se débarrasser des malaises relatifs à son vécu intolérable, pourtant une fois qu'il réussit à se réconcilier avec ses parents et il arrive à retrouver le plaisir des échanges familiaux affectueux, il renonce à ses idées noires et adopte à nouveau un regard positif sur la vie ⁽⁵⁶¹⁾.

Si les pensées pessimistes sont passagères chez les enfants originaires de parents mariés, leurs confrères issus de parents divorcés présentent plus au moins un désespoir permanent qui teinte la plupart des activités de leur vie par une teinture sombre suscitée par une défaillance affective parentale prolongée suite au divorce. La persistance de ces idéations négatives les rendent susceptibles de réfléchir sérieusement à la mort parce qu'ils ont du mal à s'attacher à la vie dans laquelle ils endurent perpétuellement d'une absence continue ou d'une présence envahissante de l'un ou des deux parents ⁽⁵⁶²⁾.

- ***La tristesse ou l'humeur dépressive***

La tristesse occupe comme nous l'avons déjà évoqué, le septième rang dans la classification des troubles dépressifs chez le groupe des EPD, ce classement s'avère étrange vu que ce symptôme est parmi les signes principaux de la dépression infantile ceci rend délicat le diagnostic de cette pathologie chez l'enfant ⁽⁵⁶³⁾.

Cette manifestation clinique pourrait s'extérioriser chez les cas étudiés sous forme d'un visage sérieux et indifférent ou au contraire, il peut s'exprimer à travers une figure très expressive qui refléterait l'existence d'une dépression déguisée.

⁵⁶¹ D. Petot, « **Les dépressions** », In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 117.

⁵⁶² Voir la présente thèse, **Aspects psychopathologiques des idées noires, les pensées de morts et les tentatives de suicide**, PP : 110-112.

⁵⁶³ Op cit, D. Petot, P : 115.

L'humeur triste est accompagnée souvent par le pessimisme traduit verbalement par le biais des plaintes infantiles d'être seul, de ne pas être aimé, or l'immaturité des enfants du divorce et leur faible maîtrise de l'expression verbale pourrait les prédisposés à la somatisation comme nous l'avons mentionné auparavant dans le cadre des troubles du sommeil et d'appétit, ceci rendrait difficile le repérage de la dépression chez l'enfant⁽⁵⁶⁴⁾.

Similairement, même si la tristesse est plus ou moins courante chez le groupe des EPM elle n'est pas envahissante, ceci se justifie par le taux important des MDRN auprès de cette population qui est de 41,33%, ce chagrin ordinaire ne provoquerait pas de sérieuses perturbations des activités quotidiennes de l'enfant. Ce mécontentement peut disparaître grâce à des mesures simples comme la présence chaleureuse des parents auprès de l'enfant et sans recours à une prise en charge psychothérapique⁽⁵⁶⁵⁾.

1.3.3. Les troubles dépressifs les moins habituels

Dans la classification des troubles dépressifs chez les enfants de parents divorcés, trois symptômes sont les moins présents, il s'agit de la dévalorisation de soi qui occupe le septième rang avec un taux de 7,94%, suivi par le sentiment de culpabilité en neuvième position marqué par un pourcentage de 7,34 % et enfin la fatigue ou la perte d'énergie en dernière place avec un taux de 7,20%.

Il est nécessaire de noter dans ce contexte que les deux derniers troubles précités se situe dans le même classement au sein la hiérarchisation des troubles dépressifs relatifs au groupe des enfants de parents mariés, cependant au lieu de la sous-estimation de soi en huitième position chez le premier groupe, nous trouvons les idées noires et les tentatives de suicide en même classement comme étant des symptômes les moins fréquents chez le second groupe⁽⁵⁶⁶⁾.

⁵⁶⁴ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques de la tristesse**, PP : 79-80.

⁵⁶⁵ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, P : 41.

⁵⁶⁶ Voir l'histogramme relatif au présent volet, **Classification des TD chez les deux groupes selon leur taux de prévalence**, P : 212.

Ceci voudrait dire que ce est trouble dangereux pour la vie de l'enfant est moins répandue chez les cas issus des parents mariés parce qu'ils présentent une carence affective ordinaire relative à des moments de mécontentement passagère vis-à-vis de leurs parents, cependant les idées pessimistes sont plus au moins communes auprès des enfants du divorce car ils subissent une carence émotionnelle à caractère pathogène qui persiste dans le temps et aggrave par conséquent leur état dépressif morbide.

- ***La dévalorisation de soi***

La sous-estimation de soi est rarement absente dans la dépression réactionnelle, mais elle est difficile à mettre en évidence par le biais des outils de diagnostic comme le CDI ou lors des entretiens cliniques, ceci explique la position de ce symptôme en fin de classement des troubles dépressifs chez le groupe des EPD (le septième rang) ⁽⁵⁶⁷⁾. Ce sentiment pathologique ne peut être détecté que par l'intermédiaire des tests projectifs comme le dessin de famille ou le CAT qui constituent des révélateurs irremplaçables de cet aspect du tableau clinique de la dépression infantile ⁽⁵⁶⁸⁾.

- ***Le sentiment de culpabilité***

L'autoaccusation de soi est un affect qui se présente aussi d'une manière déguisée au cours de la période de latence ⁽⁵⁶⁹⁾, c'est pour cette raison qu'il est localisé au neuvième rang dans la hiérarchisation des troubles dépressifs chez les EPD ⁽⁵⁷⁰⁾. Ce genre de symptômes comprend une dimension inconsciente qui ne peut être décryptée que par l'administration des tests projectifs ⁽⁵⁷¹⁾.

A ce propos l'enfant qui vit au sein d'une famille unie pourrait de temps en temps s'infliger la responsabilité d'être la source de conflits

⁵⁶⁷ Ibid, P : 212.

⁵⁶⁸ D . Petot **« les dépressions »**, In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 116.

⁵⁶⁹ D. Marcelli, **« Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ? »**, P : 22

⁵⁷⁰ Voir l'histogramme relatif au présent volet, Classification des TD chez les deux groupes selon leur taux de prévalence, P : 276.

⁵⁷¹ D. Petot **« les dépressions »**, In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 116.

habituels qui se manifestent occasionnellement entre ses parents, cependant l'enfant issu de parents divorcés serait absorber constamment par le sentiment d'autoaccusation de soi suscité par ses interprétations déformées relatives à l'éclatement familial, ses propos confirment sa lecture erronée de la rupture des liens conjugaux comme : « c'est à cause de ma méchanceté que mes parents se sont divorcés »⁽⁵⁷²⁾.

- ***La fatigue et la perte d'énergie***

Ce trouble occupe la dernière position dans les deux classifications symptomatiques des deux groupes avec un taux de 7,20% relatif aux EPD et 5,59% pour les EPM⁽⁵⁷³⁾. Ce classement extrême ne pourrait être compris qu'à la manière du symptôme qui est placé au premier rang à savoir les troubles psychomoteurs qui englobent deux versants : le ralentissement et l'agitation. Il est à noter que nous avons déjà mentionné dans ce volet que le second versant est plus courant chez l'enfant de latence, ceci voudrait dire que ce dernier exprime sa fatigue et sa perte d'énergie d'une manière camouflée sous forme d'une excitation psychomotrice⁽⁵⁷⁴⁾.

Cette formation rédactionnelle qui déguise la perte d'énergie se manifeste épisodiquement chez les EPM comme une conséquence normale aux difficultés psychiques relatives à la période de latence comme le sentiment d'impuissance face à la découverte d'un nouveau monde inhabituel comme l' cole ou face à l'incapacité de constituer les premiers liens de camaraderie au milieu extra-familial⁽⁵⁷⁵⁾.

Cependant les EPD auraient extériorisé une irritabilité permanente qui camoufle leur fatigue sous-jacente, cette rétroaction exprimerait leur impuissance à maîtriser des obstacles psychiques plus sérieux notamment les liens défectueux avec leurs parents postérieurs au divorce⁽⁵⁷⁶⁾.

⁵⁷² Voir la présente thèse, **Aspects cliniques de la culpabilité**, PP : 102-103.

⁵⁷³ Voir l'histogramme relatif au présent volet, **Classification des TD chez les deux groupes selon leur taux de prévalence**, P : 212.

⁵⁷⁴ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des troubles psychomoteurs**, PP : 93-94.

⁵⁷⁵ B. Voizot, **«l'enfant fatigué»**, P : 11.

⁵⁷⁶ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques de la fatigue**, PP : 97-98.

- **Synthèse des résultats**

Les symptômes les plus fréquents dans les deux classifications des troubles dépressifs chez les enfants du divorce et leurs confrères issus de parents mariés perturbent les fonctions vitales à savoir les complications psychomotrices, les perturbations du sommeil, les troubles de l'appétit et les dérèglements de la concentration, ces manifestations pourraient répercuter négativement sur le flux normal des activités principales de la vie quotidienne de l'enfant notamment : la scolarité, le jeu et les interactions relationnelles avec autrui.

Chacun de ces quatre symptômes peut émerger d'une façon singulière chez les enfants de parents unies étant donné qu'un nombre considérable parmi eux présentent des MDRN 49,33%⁽⁵⁷⁷⁾, cette catégorie ordinaire de dépression est diagnostiquée par le biais du repérage d'un seul et unique trouble persistant au cours d'une période égale ou supérieure à 15 jours consécutifs⁽⁵⁷⁸⁾.

Néanmoins le malaise dépressif relativement plus intense chez le groupe des enfants de parents séparés est caractérisé par la prépondérance des troubles dépressifs rédactionnels 48,72%⁽⁵⁷⁹⁾. Le diagnostic de ce genre de dépression pathologique est tributaire au dépistage d'au moins deux troubles dépressifs permanents au cours de la période précitée. Il est important de préciser que l'accumulation de plusieurs symptômes dépressifs chez le même cas pourrait rendre le vécu habituel de l'enfant embarrassant voire intolérable, ceci répercute négativement sur son état dépressif qui devient plus inquiétant.

Dans le cadre de ce premier niveau d'intensité des troubles le clinicien sera exposé à deux éventualités, soit à une dépression légère marquée par l'existence de deux à trois symptômes ou bien il pourra localiser un épisode dépressif moyen qui correspond au repérage de quatre signes cliniques au minimum⁽⁵⁸⁰⁾.

⁵⁷⁷ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les MDRN**, PP : 201-203.

⁵⁷⁸ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des MDRN**, P : 76.

⁵⁷⁹ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les troubles dépressifs pathologiques au CDI**, PP : 197-200.

⁵⁸⁰ CIM 10, P : 190.

Ce dernier constat renforce la véracité de l'hypothèse N°3 relative au présent travail de recherche dans laquelle nous estimons que les troubles dépressifs chez les enfants du divorce sont plus accentués par rapport aux symptômes manifestés par leurs pairs originaire de parents unies.

Le second niveau lié aux troubles dépressifs les plus ou moins répandus chez les EPD est composé de trois symptômes notamment la perte d'intérêt, les idées noires et les tentatives de suicide ainsi que le sentiment de tristesse, ces expressions symptomatiques sont similaires dans la classification des troubles dépressifs chez le groupe des EPM à l'exception des pensées pessimistes qui sont moins fréquents voire moins problématiques auprès de cet échantillon de la recherche.

Il est important de signaler dans ce contexte que si l'ensemble des troubles du premier niveau sont associées aux symptômes du deuxième niveau, autrement dit dans le cas où le tableau clinique de l'enfant est égal ou supérieur à cinq manifestations dépressives, nous serons exposé au diagnostic d'une dépression grave, cette probabilité sera confirmé ou infirmé à travers les études de cas cliniques au sein du prochain chapitre relatif à l'étude qualitative.

Le troisième niveau est consacré aux expressions dépressives les moins habituelles, il s'agit de la dévalorisation de soi chez le groupe des EPD qui n'est pas extériorisée explicitement aux CDI et elle serait plutôt projetée lors de la passation du test CAT et l'épreuve de dessin de famille. Dans le même sens le sentiment de culpabilité sera l'objet d'un décodage analytique à travers les tests projectifs susmentionnés dans le cadre de l'étude qualitative.

Enfin l'agitation psychomotrice comme étant une formation réactionnelle de la fatigue et de la perte d'énergie, elle sera mise en relief par le biais des études de cas cliniques au sein du prochain chapitre.

1.4. Synthèse générale des résultats du CDI

L'étude quantitative corrélative aux troubles dépressifs pathologiques chez les enfants originaires de parents divorcés a traitée trois volets essentiels que nous allons synthétiser dans ce qui suit :

Le premier volet a ciblé le repérage des troubles dépressifs morbides par le biais de l'inventaire de dépression chez l'enfant CDI, cet outil a démontré que ce genre de symptômes est plus répandu chez les EPD par rapport aux EPM, l'écart entre les deux groupes à ce niveau est significatif sur le plan statistique. Ce résultat confirme globalement la seconde partie de l'hypothèse N°1 de notre recherche ⁽⁵⁸¹⁾.

Dans le même sens, nous avons constaté à travers l'utilisation de l'épreuve précitée que les Moments Dépressifs Relatifs à la Normale sont plus courants chez les EPM, ce constat affirme partiellement la deuxième partie de l'hypothèse N°2 car le pourcentage de prévalence de cette catégorie de dépression ordinaire chez la population citée plus haut est supérieure par rapport au groupe des EPD, néanmoins cette écart n'est pas significatif d'après le test «t» de Student ⁽⁵⁸²⁾.

Le deuxième volet concerne le degré d'intensité des troubles dépressifs à propos duquel nous avons relaté que la dépression grave est plus fréquente chez les enfants originaires de parents divorcés. En revanche la dépression légère est prépondérante chez les deux groupes étudiés, cependant le taux des enfants de parents mariés est visiblement prédominant dans ce niveau atténué de dépression, ceci voudrait dire que les manifestations dépressives sont plus accentuées chez les EPD ⁽⁵⁸³⁾.

Néanmoins, même si nous n'avons pas pu mesurer le degré d'objectivité de cette divergence entre les deux groupes investigués, cet écart s'avère significatif selon l'étude psychopathologique Tunisienne. Ces données confirment globalement notre hypothèse N°3 stipulant que les

⁵⁸¹ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les troubles dépressifs pathologiques au CDI**, PP : 197-200.

⁵⁸² Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les MDRN au CDI**, PP : 201-203.

⁵⁸³ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les degrés d'intensité des TD**, PP : 206-210.

troubles dépressifs sont plus exaspérants chez les enfants du divorce par rapport à leurs pairs descendants de parents mariés ⁽⁵⁸⁴⁾.

Le dernier volet a sollicité la classification des troubles dépressifs chez les deux groupes étudiés. A ce propos nous avons repéré quatre symptômes les plus fréquents dans la hiérarchisation des deux populations précitées qui perturbent les fonctions vitales de la vie quotidienne de l'enfant à savoir les troubles psychomoteurs, les perturbations du sommeil, les altérations de l'appétit et le dérèglement de la concentration. Dans le même sens nous avons essayé d'éclaircir comment les dix troubles du syndrome dépressif chez les enfants de parents divorcés pourraient perturber considérablement leur santé mentale ⁽⁵⁸⁵⁾.

Cette investigation clinique nous a permis d'une part, de renforcer la véracité de l'hypothèse N°3 et elle reflète d'autre part comment les troubles dépressifs constitueraient une réaction pathologique stimulée par une carence affective parentale déstabilisante du psychisme infantile. Il est à noter que nous sommes appelés à décrire et analyser cette privation émotionnelle d'une façon plus approfondie dans le cadre de la recherche qualitative relative à l'étude des cas cliniques.

Avant de clôturer cette synthèse des résultats quantitatifs, il est nécessaire de rappeler deux points essentiels. Le premier consiste à avouer que la description et l'analyse des données fournies par le CDI dans ce chapitre ne constitueraient qu'un seul indicateur clinique qui sera intégré dans une approche psychopathologique globale qui comprend en plus des données fournies par cette épreuve, les éléments recueillis par d'autres instruments méthodologiques notamment : l'observation clinique, les entretiens semi-directifs et les tests projectifs ainsi que l'approche diagnostique des cas cliniques que nous allons réaliser en collaboration avec un psychiatre expérimenté, l'ensemble de ces procédés méthodologiques seront exploités dans le cadre de l'étude qualitative.

Le second point concerne la mise en épreuve de la véracité des hypothèses qui est tributaire uniquement à la confirmation ou à l'infirmité de l'existence des troubles dépressifs, cependant la détection

⁵⁸⁴ Ibid, PP : 206-210.

⁵⁸⁵ Voir la présente thèse, **Comparaison des classifications des Troubles Dépressifs au CDI**, P : 212.

de la carence affective comme éventuel facteur étiologique de la dépression infantile ne sera traité que lors de l'étude qualitative dans laquelle nous allons découvrir comment l'accumulation des facteurs carenciels particulièrement l'hyper-protection et la négligence émotionnelle ainsi que la persistance de l'un de ces deux types de privation pourrait accentuer l'intensité des troubles dépressifs comme nous l'avons supposé dans la troisième hypothèse.

Il est important de signaler que si cette dernière probabilité se réalise dans notre thèse, ceci nous permettra de prétendre que nous avons contribué à la mise en relief d'un nouvel aspect de la carence affective pathogène qui se répercute remarquablement sur l'accentuation de l'intensité des troubles dépressifs.

2. Etiologie des troubles dépressifs infantiles

Dans le premier chapitre de cette partie pratique de notre thèse nous avons essayé d'appliquer une approche scientifique pour confirmer la relation probable entre la carence affective et les troubles dépressifs chez les enfants du divorce, cependant ce chapitre culturel sera consacrer à l'exploration d'une éventuelle compréhension inappropriée de cette corrélation induite par les parents dans l'esprit de l'enfant sous l'influence négative des concepts altérés propres à la culture traditionnelle marocaine qui renforcerait à notre avis le malaise dépressif infantile.

Avant de mener une comparaison soigneuse entre les deux groupes de l'échantillon de la recherche concernant ces facteurs culturels relatifs à la maladie mentale en général et les troubles dépressif infantiles en particulier, il est nécessaire de commencer d'abord par la description des étapes que nous allons parcourir pour réaliser cet objectif.

Dans un premier temps, nous allons effectuer une étude comparative concernant la carence affective comme étiologie objective des manifestations dépressives, dans un deuxième temps nous procéderons à la comparaison des points de vue des deux groupes liés aux étiologies culturelles subjectives du malaise dépressif, dans un troisième temps nous comptons confronter les classifications des deux populations investigués correspondants aux cinq concepts culturels erronés notamment : la Honte ou « Hchouma », le Destin ou « Maktoub », le Mauvais œil ou « Alaâyne Alhassida », les Démons ou « Djins », et la Sorcellerie ou « Sihhr ».

Il est judicieux de rappeler que l'outil méthodologique utilisé dans ce volet est le questionnaire de l'étiologie dépressive à travers lequel nous pouvons repérer trois niveaux de réponses :

- *Les facteurs étiologiques certains (notés entre 4 à 6 points)*
- *Les facteurs étiologiques probables (notés entre 1 et 3 points)*
- *Les facteurs étiologiques exclus (relatifs au score nul égal à zéro)⁽⁵⁸⁶⁾*

⁵⁸⁶ Voir la présente thèse, **Annexe 4 : Questionnaire de l'étiologie dépressive**, P : 394.

Similairement cette investigation relative aux notions précitées ciblera l'ensemble des 114 cas étudiés dont 39 enfants de parents divorcés et 75 autres originaires de parents mariés.

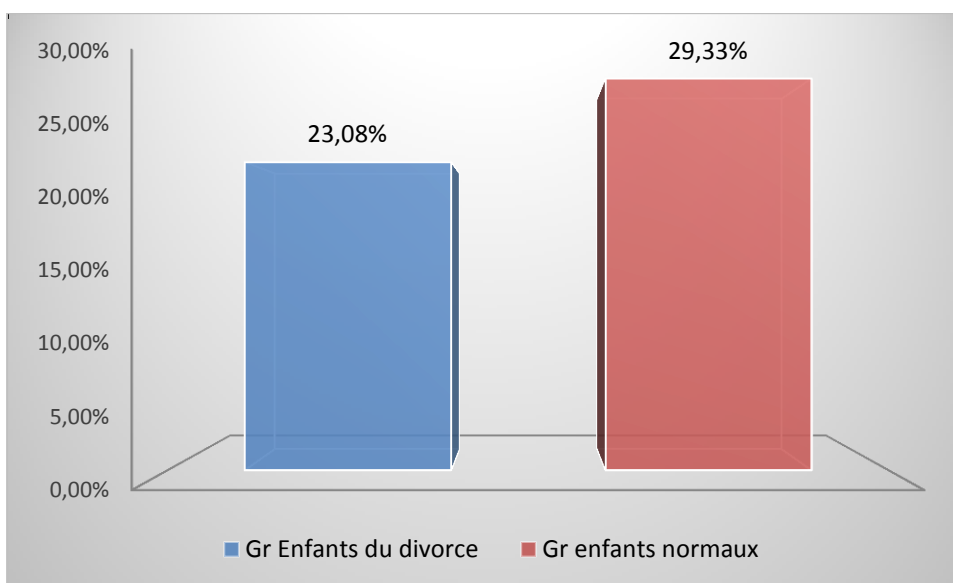
2.1. Etude comparative de la carence affective comme étiologie dépressive objective

Avant de discuter les écarts qui existent entre les deux groupes étudiés dans cette recherche concernant la carence affective comme étiologie dépressive objective, il est nécessaire de présenter d'abord les trois niveaux des réponses des enfants notamment : le point de vue certain, l'opinion probable et l'avis défavorable.

Résultats des deux groupes concernant la carence affective comme étiologie objective des troubles dépressifs

<i>Type de réponses concernant l'étiologie de carence affective</i>	<i>Notation en Points</i>	<i>Taux groupe divorce</i>		<i>Taux groupe normaux</i>	
		<i>Effectif</i>	<i>Taux</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux</i>
<i>Carence affective certaine</i>	<i>4-5-6</i>	<i>9</i>	<i>23,08%</i>	<i>22</i>	<i>29,33%</i>
<i>Carence affective probable</i>	<i>1-2-3</i>	<i>23</i>	<i>58,97%</i>	<i>49</i>	<i>65,33%</i>
<i>Exclusion de l'étiologie de carence affective</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>17,95%</i>	<i>4</i>	<i>5,34%</i>
<i>Total</i>		<i>39</i>	<i>100%</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>

2.1.1. Carence affective certaine



Histogramme des deux groupes concernant la carence affective comme étiologie dépressive objective certaine

Avant de présenter les indicateurs statistiques relatifs à la carence affective certaine comme facteur étiologique des troubles dépressifs, il est important de rappeler que les trois items liés à cette cause symptomatique objective portent successivement les numéros suivants : N°1, N°7 et N°13 dans le questionnaire de l'étiologie dépressive ⁽⁵⁸⁷⁾. Il est essentiel de signaler aussi que les réponses certaines relatives à cet élément déclencheur occupent le premier rang dans chaque item (réponse : **souvent**), de même l'intervalle des scores corrélatifs à ce point de vue affirmé dans l'ensemble des trois items est délimitée entre 4 à 6 points ⁽⁵⁸⁸⁾.

A travers l'administration du questionnaire de l'étiologie dépressive, nous avons enregistré les données suivantes : comme elles sont indiquées dans le graphique plus haut, le pourcentage des EPM qui ont choisi la carence affective en tant qu'étiologie certaine des troubles dépressifs infantiles est de 29,33%. Ce taux est supérieur à la proportion identifiée chez les EPD qui partagent le même point de vue et qui est de 23,08%.

⁵⁸⁷ Voir la présente thèse, **Questionnaire de l'étiologie dépressive**, P : 172.

⁵⁸⁸ Ibid, P : 175.

A ce propos nous avons examiné le degré d'objectivité statistique de cette intervalle non négligeable par le biais de l'application du test Student; La dite étude comparative a prouvé que l'écart est significatif car la valeur « t » des deux groupes est de 2,33, elle est supérieure à la valeur critique «t» des Student qui est de 1,96⁽⁵⁸⁹⁾.

Ce résultat confirme le constat du premier volet de ce chapitre stipulant que les enfants du divorce sont moins orientés à la perception de la carence affective comme une étiologie objective de leurs troubles dépressifs.

Ceci est dû, à notre avis, à la nature pathogène de la privation émotionnelle chez cette population, concrétisée sous forme d'un dérèglement du rendement affectif des parents vis-à-vis de leurs enfants suite à la rupture des liens conjugaux, soit par excès de satisfaction parentale des besoins infantiles qui pousserait l'enfant à percevoir ses parents selon M. Klein comme des objets extrêmement bons, soit par une insuffisance de l'affection paternelle et/ou maternelle, ce facteur carenciel constituerait la base de la formation d'une représentation mentale des parents comme des objets terriblement mauvais⁽⁵⁹⁰⁾. Cette uni-polarité affective perturbe notablement le regard objectif de l'enfant envers ses troubles dépressifs.

Par contre, les enfants des parents mariés se caractériseraient plutôt par la bipolarité émotionnelle à l'égard des objets parentaux, car ces derniers arrivent à créer un équilibre entre les situations au cours desquelles ils se montrent attentifs et gratifiants envers les attentes de leurs enfants, en parallèle ils arrivent à priver ce dernier quand il exige le soulagement des certains désirs qui dépassent le seuil raisonnable de satisfaction. Cette dualité émotionnelle participe activement au processus d'intériorisation des images parentales à la fois bonnes et mauvaises au sein du psychisme infantile⁽⁵⁹¹⁾.

De cette manière, la carence affective chez l'enfant des parents unis est une composante ordinaire de l'équilibre psychique de ce dernier. De ce

⁵⁸⁹ Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

⁵⁹⁰ Voir la présente thèse, **Définition de la carence affective selon la conception Mélanie Klein**, P : 49.

⁵⁹¹ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P : 79.

fait, la privation donnera lieu à l'émergence des éventuels Moments Dépressifs Relatifs à la Normale vis-à-vis desquels l'enfant serait capable d'élaborer une signification objective de ce malaise dépressif habituel.

- ***Synthèse des résultats***

Succinctement, il est plausible que le faible pourcentage enregistré par le groupe des EPD concernant la carence affective comme facteur étiologique objectif des troubles dépressifs par rapport au taux supérieur détecté chez le groupe des EPM à propos du même cause symptomatique, pareillement l'écart significatif entre ces deux proportions décelé par le biais du test Student.

A la lumière des deux indicateurs statistiques précités, nous pouvons dire que notre hypothèse N°4 est globalement confirmée dans le sens où le caractère pathologique des troubles dépressifs chez les enfants de parents divorcés réduit leur capacité de comprendre objectivement leurs manifestations symptomatiques, ce qui détourne leur attention des véritables facteurs déclenchant relatifs à leur malaise dépressif à savoir la carence affective ⁽⁵⁹²⁾.

Inversement, l'aspect ordinaire des MDRN auprès des enfants issus de parents mariés n'affecte pas leur raisonnement logique, cela leur permet d'exprimer aisément leur désagrément vis-à-vis des défaillances affectives parentales. Cette verbalisation du mécontentement infantile renforce l'immunité psychique de l'enfant contre l'éventuelle atteinte de troubles dépressifs morbides ⁽⁵⁹³⁾.

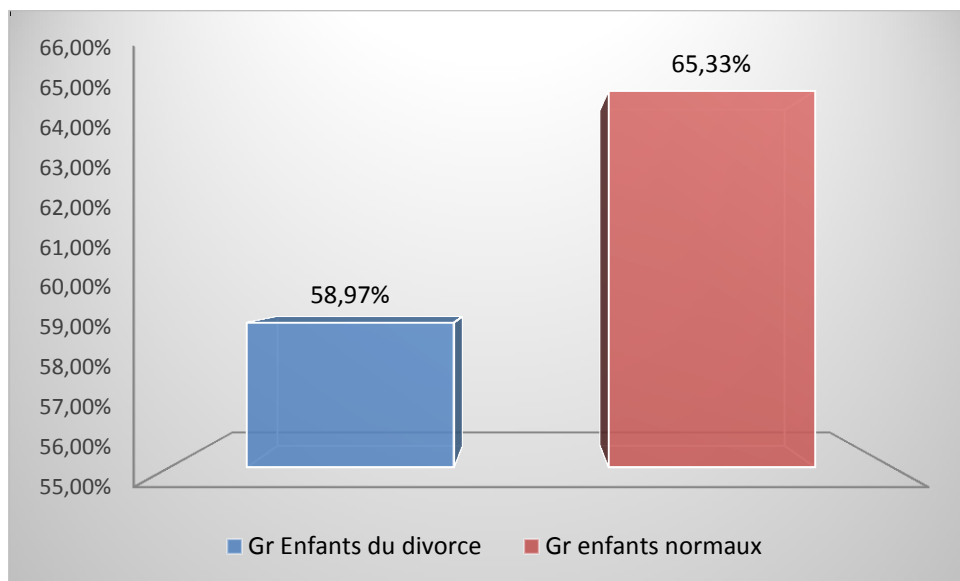
2.1.2. Carence affective probable

*Il est important de rapporter au début, que les réponses relatives à la carence affective comme cause probable des troubles dépressifs sont situées dans la deuxième position (réponse : **parfois** dans chacun des items N°1, N°7 et N°13 du questionnaire de l'étiologie dépressive). De même,*

⁵⁹² Voir la présente thèse, **Hypothèse N° 4**, P : 19.

⁵⁹³ Ibid, P : 19.

l'intervalle des notes liées à ce point de vue prévisible est délimité entre 1 et 3 points ⁽⁵⁹⁴⁾.



Histogramme des deux groupes concernant la carence affective comme étiologie dépressive objective probable

Le premier constat que nous pouvons relever à partir des résultats présentés dans l'histogramme figuré plus haut se traduit comme suit : si la carence affective comme facteur étiologique certain des troubles dépressifs infantiles est un point de vue plus répandu chez les EPM par rapport à leur homologues EPD, la même tendance est affirmée à travers les indicateurs statistiques relatifs à la carence affective probable, puisque le taux du groupe des enfants de parents unis qui est de 65,33% est visiblement élevé par rapport au pourcentage lié au groupe des enfants issus de parents séparés qui est de 58,97%.

Il est à noter que même si l'écart entre ces deux proportions n'est pas significatif, étant donné que la valeur «t» des deux groupes est de 0,28, elle est inférieure à la valeur «t» de Student qui est de 1,96, néanmoins la prépondérance des chiffres enregistrés par le premier échantillon par rapport au second confirme une fois de plus que quand le malaise dépressif de l'enfant est inscrit dans le registre des moments dépressifs relatifs aux mésententes passagères avec ses parents, il pourra

⁵⁹⁴ Voir la présente thèse, **Questionnaire de l'étiologie dépressive**, P : 175.

sauvegarder la capacité de compréhension objective de ses manifestations dépressives ordinaires. Inversement lorsque ce dernier présente des troubles dépressifs pathologiques corrélatifs à la rupture des liens conjugaux entre ses parents, il devient de moins en moins apte à préserver le regard réaliste vis-à-vis de tels symptômes à caractère morbide.

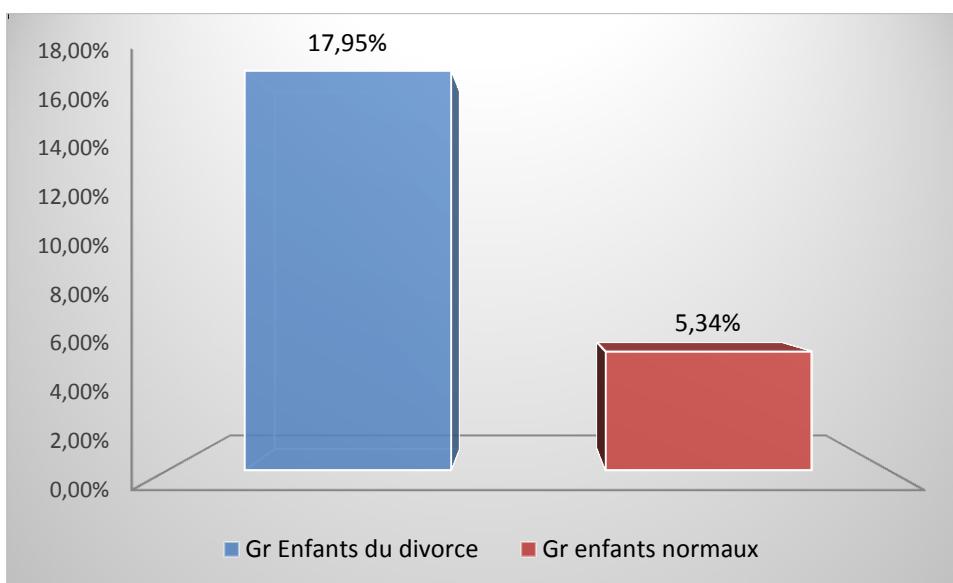
La seconde constatation réside dans le fait qu'un nombre important des enfants des deux groupes (plus que 50 %) approuvent l'éventualité que la carence affective comme facteur étiologique objectif pourrait occasionner l'émergence des expressions dépressives infantiles, ceci éloigne cette tranche considérable de l'échantillon de la présente recherche des explications culturelles subjectives voire erronées du malaise dépressif.

Il est nécessaire de souligner que cette tendance estimable vers la compréhension rationnelle des troubles mentaux en général et des symptômes dépressifs en particulier est le fruit de la diminution progressive du taux d'analphabétisme au Maroc qui a passé respectivement de 75% en 1971, à 55% en 1994, puis à 42,7% en 2004 et dans le recensement de la population en 2014 il est de 32%⁽⁵⁹⁵⁾.

Cette évolution notable de l'état d'esprit des parents et même celle des enfants influencerait positivement leur représentation des troubles dépressifs infantiles et ils s'orienteraient de plus en plus vers les véritables facteurs déclenchant de la symptomatologie dépressive parmi lesquels nous pouvons citer la carence affective.

⁵⁹⁵ A. Lahlimi, **Recensement général de la population et de l'habitat 2014**, P : 7, Haut-Commissariat au Plan, Rabat-Maroc, 2015.

2.1.3. Carence affective exclu



Histogramme des deux groupes concernant la carence affective comme étiologie dépressive exclu

*Il est primordial de souligner que les réponses associées à l'exclusion de la carence affective comme un facteur déclenchant des troubles dépressifs sont localisés dans le troisième rang (réponse : **Jamais**), dans chacun des trois items N°1, N°7 et N°13 du questionnaire de l'étiologie dépressive, pareillement la note qui correspond à cet opinion expulsif de cette causalité objective se détermine dans le score nul (zéro) ⁽⁵⁹⁶⁾.*

Les données recueillies à travers l'étude comparative des deux groupes au sujet de l'exclusion de la carence affective comme une éventuelle cause provocatrice des manifestations dépressives infantiles se présente comme suit : le pourcentage des EPM à ce propos est de 5,34% il est distinctement inférieur au taux enregistré par le groupe des EPD qui est de 17,95%.

Ces chiffres confirment davantage notre constatation relatant que les enfants de parents séparés sont orientés involontairement sous l'influence de l'altération de leur capacité de raisonnement logique engendrée par

⁵⁹⁶ Voir la présente thèse, Questionnaire de l'étiologie dépressive, P : 175.

l'intensité exaspérante des troubles dépressifs qu'ils présentent vers l'exclusion de la carence affective comme facteur objectif qui constitue à notre avis une authentique cause stimulatrice des symptômes précités ⁽⁵⁹⁷⁾.

En parallèle le taux nettement inférieur des enfants de parents unis 5,34 % qui ont expulsé cette même éventualité, reflète à nouveau leur tendance consistante à l'explication réaliste des MDRN qui sont plus prépondérants parmi eux ⁽⁵⁹⁸⁾.

2.1.4. Discussion des résultats

Au sein de ce second volet corrélatif à notre approche culturelle, les résultats ont démontré que les enfants issus de parents mariés ont enregistré des taux supérieurs par rapport à leurs pairs issus de parents divorcés dans deux niveaux de réponses au questionnaire de l'étiologie dépressive à savoir la carence affective certaine et probable. À ce propos, l'inverse confirme le constat précité dans le sens où le premier groupe a inscrit un pourcentage très faible par rapport au second concernant le troisième niveau de réponse notamment l'exclusion de ce facteur déclenchant. Cette acceptation de la carence affective comme une cause étiologique objective par les EPM voudrait dire que cette causalité symptomatique est perçue par ces derniers comme une composante ordinaire de leur vie quotidienne qui s'alterne avec les instants de la satisfaction de leurs besoins émotionnels.

Il est pertinent de mentionner également que cette succession répétitive des réponses qui affirment cette étiologie objective chez cette population investiguée reflète l'évolution notable de la qualité des liens émotionnels parents-enfants dans le contexte culturel marocain contemporain.

Ce constat est affirmé par l'enquête mondiale sur les valeurs dans le chapitre réservé au Maroc, réalisée par l'expert Américain R. Englehart en 2001 qui a travaillé sur un échantillon de 2264 enquêtés. Cette recherche a relevé que la famille marocaine se transforme

⁵⁹⁷ Voir la présente thèse, **Les résultats des deux groupes concernant les troubles dépressifs graves**, P : 208.

⁵⁹⁸ Voir la présente thèse, **Résultats comparatives des deux groupes concernant les MRDN**, P : 201.

progressivement d'un mode de soumission des enfants vis-à-vis de leurs parents (50,8% des points de vue) vers des relations d'admiration et de respect réciproque (49,20% des réponses) ⁽⁵⁹⁹⁾; dans ce cadre la carence affective habituelle même si elle est revendiquée par l'enfant, mais elle est assimilée voir acceptée par ce dernier.

Si la privation émotionnelle est approuvée par les enfants de parents mariés comme une cause étiologique prévisible des troubles dépressifs, les résultats de leurs confrères originaires de parents divorcés démontrent par contre que les pourcentages de ce groupe relatif à la carence affective certaine et probable sont inférieurs par rapport au taux du groupe cité plus haut. Similairement la proportion liée à l'exclusion de ce facteur déclenchant, illustre la prévalence de cette expulsion chez les enfants de parents séparés en comparaisant avec leurs homologues descendants de parents unis.

Ces trois niveaux de réponses au questionnaire de l'étiologie dépressive témoigneraient que les points de vue des EPD s'orientent davantage vers le rejet de la carence affective comme facteur déclenchant de la symptomatologie dépressive. Cette tendance pourrait être justifiée par l'impact des répercussions négatives du caractère pathogène de la privation émotionnelle qu'ils subissent suite à la rupture des liens conjugaux entre leurs parents.

A ce propos, l'enquête nationale sur les valeurs effectuée par H. Rachik et autres sur un échantillon de 1000 personnes a noté que 74% des parents marocains ont répondu favorablement au maintien des échanges basés sur la communication affectueuse envers l'enfant et ils sont moins convaincus d'adopter des liens d'hyper-protection désorganisant de l'équilibre affectif de l'enfant.

Néanmoins, les parents divorcés influencés par leurs blessures narcissiques proportionnelles à la désunion maritale seraient orientés inconsciemment soit au surinvestissement émotionnel de leurs enfants pour compenser leur propre carence conjugale, soit au désinvestissement de leur affection à l'égard de ce dernier parce qu'il constituerait un prétexte

⁵⁹⁹ R. Englehart, **Enquête Mondiale sur les valeurs - Volet Maroc -**, Université de Michign, Etats Unis d'Amérique, 2001. In R. Bourqia, Valeurs changement et perspectives, P :89, 2005.

du côté du père et/ou de la mère pour justifier la haine et l'hostilité exaspérante qui raignent au fond d'eux comme des objets parentaux défaillants.

Dans le premier cas, l'enfant sera confronté à l'hyper-protection affective et dans le second, il deviendrait l'objet d'une négligence émotionnelle. Ces deux facteurs carenciels pathogènes seraient tellement intolérables à tel point que l'enfant n'oserait pas les évoquer spontanément, c'est pour cette raison qu'il procéderait inconsciemment à minimiser leur impact comme c'est le cas des faibles pourcentages corollaires aux réponses consacrées à l'étiologie de carence affective certaine est probable, chez le groupe des EPD ou bien il tenterait de les exclure quand ils sont sollicités explicitement comme c'est le cas auprès de la même population.

L'ensemble des données abordées dans ce premier volet de l'approche culturelle peuvent se résumer en trois points essentiels. Premièrement, le pourcentage réduit des EPD qui ont choisi la carence affective comme une cause certaine des troubles dépressifs par rapport au taux important de leurs pairs EPM qui ont opté pour le même type d'opinion. L'étude statistique a démontré que l'écart entre les deux groupes dans ce contexte est significatif.

Le second niveau de comparaison entre les deux populations précitées a ciblé la carence affective comme une étiologie probable de la symptomatologie dépressive, les résultats obtenus confirment le premier constat, dans le sens où les EPD sont moins convaincus de cette éventualité comparés à leurs homologues EPM.

Enfin l'exclusion de la privation émotionnelle comme facteur étiologique objectif des signes dépressifs est plus prépondérante chez le premier groupe par rapport au deuxième.

A la lumière de ces trois constatations, nous pouvons dire que l'hypothèse N°4 de notre thèse est globalement confirmée stipulant que la prédominance des troubles dépressifs pathologiques chez les enfants du divorce pourrait affaiblir leur tendance à expliquer leur malaise dépressif par le biais des étiologies objectives comme la carence affective. Par

contre le caractère ordinaire des MDRN qui sont plus répandus chez les enfants de parents mariés les prédisposent à s'orienter davantage vers cette causalité carenentielle ⁽⁶⁰⁰⁾.

2.2. Etude comparative des facteurs culturels comme étiologie dépressive subjective

Avant de calculer les écarts qui existent entre les deux groupes étudiés dans cette thèse concernant les facteurs culturels comme étiologie dépressive subjective, il est nécessaire de présenter d'abord les trois niveaux des réponses des enfants notamment : le point de vue certain, l'opinion probable et l'avis défavorable.

Tableau des résultats des deux groupes concernant les facteurs culturels comme étiologie des troubles dépressifs

Types de réponses concernant l'étiologie des facteurs culturels	Points	Taux groupe divorce		Taux groupe normaux	
		Effectif	Taux	Effectif	Taux
<i>Facteurs culturels certains</i>	4-5-6	7	17,95%	12	16,00%
<i>Facteurs culturels probables</i>	1-2-3	30	76,92%	59	78,67%
<i>Facteurs culturels exclus</i>	0	2	5,13%	4	5,33%
<i>Total</i>		39	100%	75	100%

Nous estimons que préalablement à la comparaison entre les deux groupes investigués dans cette recherche, au sein de ce deuxième volet de l'approche culturelle consacrée aux notions traditionnelles erronées, il est utile de rappeler d'abord que ces causes étiologiques subjectives sont au nombre de cinq à savoir : la honte ou «Hshuma», le destin ou «Maktoub»,

⁶⁰⁰ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°4**, P : 19.

le mauvais œil ou «Al Aâyne Alhassida », la sorcellerie ou « Sihr » et les démons ou «Djins»⁽⁶⁰¹⁾.

Notre travail de recherche consiste à additionner les scores relatifs à ces concepts culturels divisés sur leur effectif pour établir l'étude comparative. Il est à noter dans ce cadre que les items liés à ces étiologies subjectives sont en nombre des 15 à raison de trois items par facteur à l'exception des items N°1, N°7 et N°13 corrélatifs à la carence affective comme cause objective⁽⁶⁰²⁾.

Dans ce qui suit nous allons essayer de vérifier la véracité de cette éventuelle tendance culturelle altérée chez les EPD à travers trois niveaux de leurs réponses au questionnaire de l'étiologie dépressive, notamment les réponses certaines, probables et enfin l'exclusion de cette causalité culturelle.

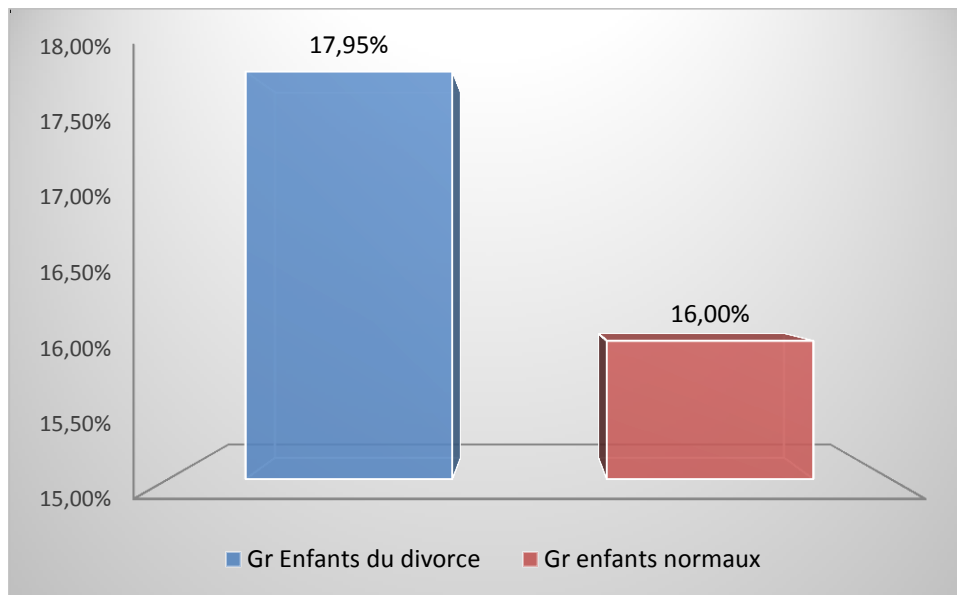
2.2.1. Facteurs culturels certains

Il est imminent de noter d'abord que les réponses consacrées à ce premier niveau du point de vue certain de l'enfant relatif aux facteurs culturels altérés sont classés au premier rang de chaque item (réponse : **souvent**), de même les scores liés à cette étiologie culturelle subjective des troubles dépressifs sont localisées entre 4 et 6 points au questionnaire de l'étiologie dépressive⁽⁶⁰³⁾.

⁶⁰¹ Voir, la présente thèse, **Partie méthodologique : Tableau des facteurs étiologiques objectifs et subjectifs des troubles dépressifs infantiles**, P : 172.

⁶⁰² Ibid, P : 172.

⁶⁰³ Voir la présente thèse, **Questionnaire de l'étiologie culturelle**, P : 175.



Histogramme des résultats des deux groupes concernant les facteurs culturels comme étiologie subjective certaine

Selon les résultats obtenus, il est perceptible que le taux enregistré par le groupe des EPD est de 17,95 %, il est légèrement supérieur au pourcentage relatif au groupe des EPM qui a atteint 16%. L'étude de cet écart sur le plan statistique a relevé qu'il n'est pas significatif car la valeur «t» des deux groupes est de 1,29, elle est donc inférieure à la valeur «t» de la table Student qui est de 1,96⁽⁶⁰⁴⁾.

Même si les données susmentionnées ne reflètent pas une réelle prédominance des interprétations culturelles subjectives des troubles dépressifs chez les enfants de parents divorcés par rapport à leurs analogues issus de parents mariés, mais le premier groupe a démontré une tendance plus ou moins orientée vers cette étiologie irrationnelle. Ce constat se renforce par le biais des résultats de l'enquête nationale sur les valeurs qui a conclu que 27 % des interviewés ont avoué au cas où l'un des membres de leur familles est atteint par une maladie surtout s'il s'agit d'un trouble mental, ils peuvent l'expliquer à travers des étiologies culturelles défigurées comme le mauvais œil ou la sorcellerie et ils auraient tendance à amener la personne malade chez le guérisseur traditionnel (Fqih) comme une solution thérapeutique alternative

⁶⁰⁴ Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

notamment si la médecine moderne (psychiatrie) échoue dans le traitement de ce malaise psychique ⁽⁶⁰⁵⁾.

Cette représentation altérée de la maladie mentale en général et des troubles dépressifs en particulier est probablement existante chez les parents divorcés qui pourraient être facilement influencés par cette étiologie culturelle subjective et procèderaient par conséquent à l'inculquer dans l'esprit de leur enfant moyennant les échanges familiaux quotidiens.

Cette tendance à l'explication subjective du malaise dépressif infantile peut être motivée par deux raisons, d'abord le caractère étrange des troubles qui pousserait les parents et même l'enfant à chercher des significations mystérieuses compatibles à la nature ambiguë des symptômes ⁽⁶⁰⁶⁾. Ensuite ce facteur culturel erroné constituerait une pseudo-étiologie élaborée par les parents séparés et induite dans la pensée de l'enfant pour camoufler leur vraisemblable responsabilité dans l'émergence du malaise dépressif de leur enfant qui s'accentuerait par la persistance du climat parental conflictuel maintenu même après la rupture des liens conjugaux ⁽⁶⁰⁷⁾.

Le constat précité est approuvé par une étude psychosociale marocaine concernant les enfants du divorce décelant que 60 % des cas présentent des difficultés d'identification au père relatives aux sentiments de haine et d'hostilité à l'égard de l'objet paternel qui est perçu comme l'unique provocateur de l'éclatement de l'unité familiale par le divorce. Cette représentation négative est renforcée par un discours amertume de la part de la mère qui essaie d'extérioriser ses blessures narcissiques maritales à travers la dévalorisation de l'image paternelle dans l'esprit de son enfant ⁽⁶⁰⁸⁾.

⁶⁰⁵ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 37.

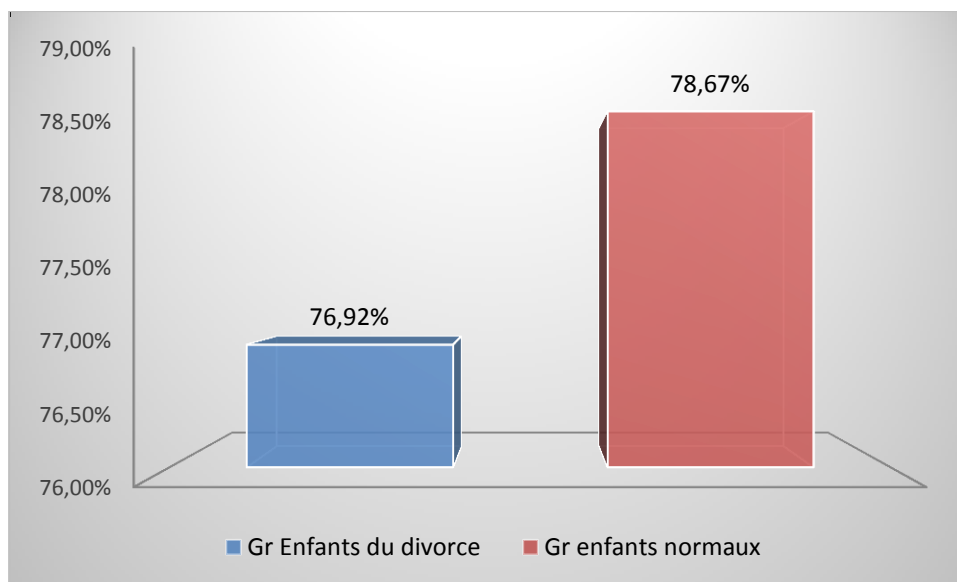
⁶⁰⁶ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, In Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

⁶⁰⁷ Voir la présente thèse, **les études en psychologie relative aux anciennes législations familiales**, P : 143.

⁶⁰⁸ A. Elanssari, **Dissociation familiale et troubles affectifs chez les enfants**, P : 171.

2.2.2. Facteurs culturels probables

Il est indispensable de préciser au début que les réponses relatives à l'opinion de l'enfant concernant l'étiologie culturelle sont placés en deuxième position (réponse : **parfois**), de même les notes corrélatives à ce second niveau des réponses des enfants correspondant aux facteurs culturels erronés comme incitateur subjectif des troubles dépressifs infantiles sont situées entre 1 et 3 points au questionnaire de l'étiologie dépressive⁽⁶⁰⁹⁾.



Histogramme des résultats des deux groupes concernant les facteurs culturels comme étiologie subjective probable

D'après les résultats précités, les pourcentages des deux groupes sont d'une part très élevés par rapport aux deux autres niveaux de réponses certaines et exclus relatives à l'étiologie culturelle subjective, d'autre part la différence entre les deux proportions précitées est dérisoire avec une légère progression du groupe des EPM 78,76 % en comparaison avec le taux du groupe des EPD qui est de 76,92 %. Cependant l'écart entre les deux populations n'est pas significatif car la valeur « t » des deux

⁶⁰⁹ Voir la présente thèse, Questionnaire de l'étiologie dépressive, P : 175.

groupes est de 0,35, elle est nettement inférieure à la valeur « t » de Student qui est de 1,96.

Il est important de signaler également qu'un nombre considérable des enfants étudiés dans cette recherche ont déclaré avoir compris le sens des items du questionnaire de l'étiologie dépressive, néanmoins ils ont rencontré des difficultés pour choisir les réponses relatives aux facteurs culturels erronés, ceci voudrait dire qu'ils ont reconnu les concepts culturels concernés par notre recherche à savoir la honte ou « Hschuma », le destin ou « Maktoub », le mauvais œil ou « Alaâyne Alhassida », la sorcellerie ou « Sihhr » et les démons ou « Djins », pourtant la majorité des enfants investigués ont parlé des complications qu'ils ont affronté pour constituer un point de vue qui confirme ou infirme ces étiologies culturelles altérées.

Autrement dit, plusieurs cas de l'échantillon global de cette thèse, notamment 89 enfants sur un total de 114 personnes, soit 78% ont choisi la réponse de l'étiologie culturelle probable comme un facteur déclenchant subjectif des troubles dépressifs, ce qui indiquerait que l'enfant en période de latence n'est pas encore apte pour élaborer un point de vue autonome concernant les notions culturelles relatives à la maladie mentale en général et aux symptômes dépressifs en particulier.

Ce qui est plutôt répandu chez notre échantillon de recherche c'est la prédisposition de certains parents à adopter cette étiologie illusoire quand ils sont terrifiés par le caractère étrange des troubles dépressifs de leur enfant, ceci les pousserait à s'orienter inconsciemment vers l'explication de ces manifestations par le biais des concepts traditionnels marocains qu'ils ont acquis au cours de leur propre enfance et ils procéderaient par conséquent à enseigner ces notions erronées à leurs enfants⁽⁶¹⁰⁾.

Cette circulation des notions culturelles relatives à la pathologie mentale d'une génération à une autre est conceptualisée par A. Dachmi à travers le concept de transmission transgénérationnelle au cours de laquelle les parents véhiculent spontanément dans l'esprit de leurs enfants

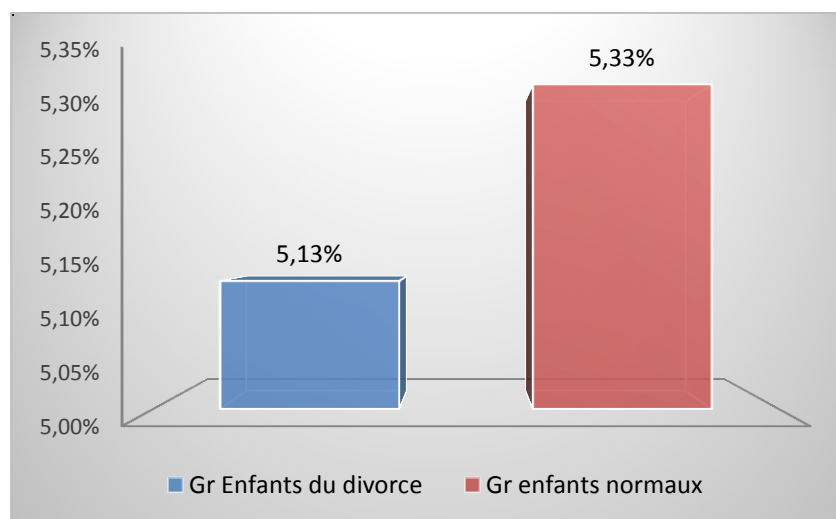
⁶¹⁰ Voir la présence thèse, **Introduction des aspects culturels des troubles dépressifs**, P : 116.

l'héritage culturel traditionnel qu'ils ont appris durant leur propre enfance ⁽⁶¹¹⁾.

Ce constat est confirmé par l'enquête nationale des valeurs, cette étude a démontré que même si les parents interviewés sont de plus en plus instruits et adoptent des valeurs modernes, cependant la tendance imminente chez un nombre important des familles marocaines contemporaines est la combinaison entre les valeurs traditionnelles et modernes ⁽⁶¹²⁾.

2.2.3. Facteurs culturels exclus

*Il est nécessaire de rappeler que les réponses corollaires à l'exclusion des facteurs culturels comme des éléments provocateurs des troubles dépressifs chez l'enfant sont situés en troisième position (réponse : **jamais**), quant à la notation de ces facteurs étiologiques erronés, elle est relative au score nul (zéro) dans les différentes notions populaires correspondant à l'ensemble des 15 interrogations du questionnaire de l'étiologie dépressive à l'exception des trois questions relatives à la carence affective qui portent les numéros suivants N°1, N°7 et N°13* ⁽⁶¹³⁾.



Histogramme de deux groupes concernant les facteurs culturels comme étiologie subjective exclue

⁶¹¹ A. Dachmi, De la séduction maternelle négative, P : 27.

⁶¹² H. Rachik, Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs, P : 35.

⁶¹³ Voir la présente thèse, Questionnaire de l'étiologie dépressive, PP : 172-175.

Les données recueillies par le biais de la comparaison des réponses des deux groupes concernant les facteurs culturels altérés comme étiologie subjective expulsée reflètent un taux relativement supérieur chez les enfants de parents divorcés par rapport à leurs homologues issus de parents mariés.

Ce constat est semblable aux résultats obtenus à travers les réponses des deux populations à propos des étiologies culturelles certaines dans lesquels nous avons relevé la même remarque mais d'une manière inversée concrétisée par un pourcentage légèrement supérieure des EPD par rapport avec leurs confrères EPM, néanmoins la divergence entre les différentes proportions comparées est très minime, de même l'écart statistique relatif aux deux groupes n'est pas significatif.

Il est judicieux de remarquer à travers les données précitées qu'un nombre très restreint des enfants des deux groupes a exclu l'interprétation culturelle des troubles dépressifs, ceci voudrait dire que les notions traditionnelles erronées exercent encore un effet non négligeable sur l'explication attribuée aux maladies mentales chez un effectif considérable des familles marocaines contemporaines.

Il est pertinent de noter également que cette tendance est repérée par l'enquête nationale des valeurs qui a relevé comme nous l'avons déjà mentionné que 27 % des interviewés ont avoué le recours au rituel traditionnel de guérison (Fqih) quand il s'agit d'une atteinte de troubles psychiques chez l'un des membres de la famille ⁽⁶¹⁴⁾, avec une légère prépondérance de cette attitude chez les enfants de parents divorcés confrontés aux enfants de parents mariés comme nous l'avons décelé dans cette étude.

2.2.4. Discussion des résultats

Dans le but de résumer les données ressorties à travers la comparaison des deux groupes concernant les facteurs culturels comme étiologie subjective des troubles dépressifs, nous allons récapituler les tendances des deux populations étudiées dans les trois niveaux de réponses au questionnaire de l'étiologie dépressive à savoir les points de vue

⁶¹⁴ H. Rachik, **Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs**, P : 37.

certains et probables ainsi que l'exclusion des notions traditionnelles marocaines comme élément déclencheur du malaise dépressif infantile.

A propos du premier niveau relatif aux réponses certaines, le pourcentage des EPD est supérieur au taux enregistré par leurs confrères EPM, cependant cette divergence n'est pas remarquable, d'une part parce que l'écart entre les deux groupes est très limité, d'autre part car la valeur de cette intervalle n'est pas significative sur le plan statistique.

En ce qui concerne les réponses probables, la proportion des enfants de parents unis est élevée par rapport à leurs pairs originaires de parents séparés, ceci contredit l'hypothèse N°5 stipulant que les EPD sont plus orienté vers les explications culturelles illusoire des troubles dépressifs même si l'écart n'est pas significatif entre les deux groupes.

Au sujet des réponses qui repoussent les facteurs culturels, le taux des EPM est dérisoirement culminant par rapport au pourcentage des EPD, ceci renforce les résultats obtenus au niveau des réponses certaines.

Ces trois niveaux de comparaison entre les deux groupes reflèteraient d'un côté une faible prépondérance de l'étiologie culturelle subjective chez les enfants de parents divorcés relative aux réponses certaines et exclut, d'un autre côté les résultats liés aux réponses probables confirment le contraire dans le sens où les enfants de parents mariés s'orientent davantage vers les notions traditionnelles marocaines en tant qu'une explication éventuelle de l'irruption des troubles dépressifs infantiles.

A la lumière de l'ensemble des données susmentionnées, nous pouvons dire que l'hypothèse N°5 de notre recherche est infirmée, ceci voudrait dire que nous ne sommes pas devant une véritable attitude explicative des troubles dépressifs par le biais des notions culturelles altérées chez les enfants du divorce, mais il s'agit plutôt d'une tendance plus ou moins orientée vers ces étiologies traditionnelles subjectives.

Il est important de signaler qu'au sein de ce troisième volet de l'approche culturelle, nous avons discuté les notions traditionnelles marocaines relatives aux troubles dépressifs d'une manière générale,

néanmoins le volet suivant sera consacré à l'analyse détaillée de chaque facteur culturel à part entière. Dans ce cadre les interrogations qui nous interpellent sont :

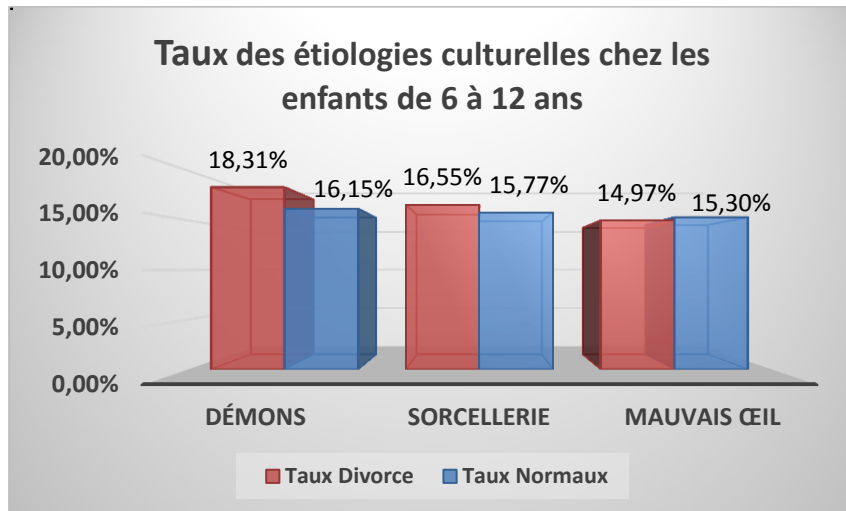
- Quelle relation pourrait-elle exister entre chaque concept culturel et les manifestations dépressives infantiles ?*
- Quelles sont les notions traditionnelles marocaines les plus fréquentes chez les enfants du divorce ?*

2.3. Classification des étiologies culturelles les plus répandus

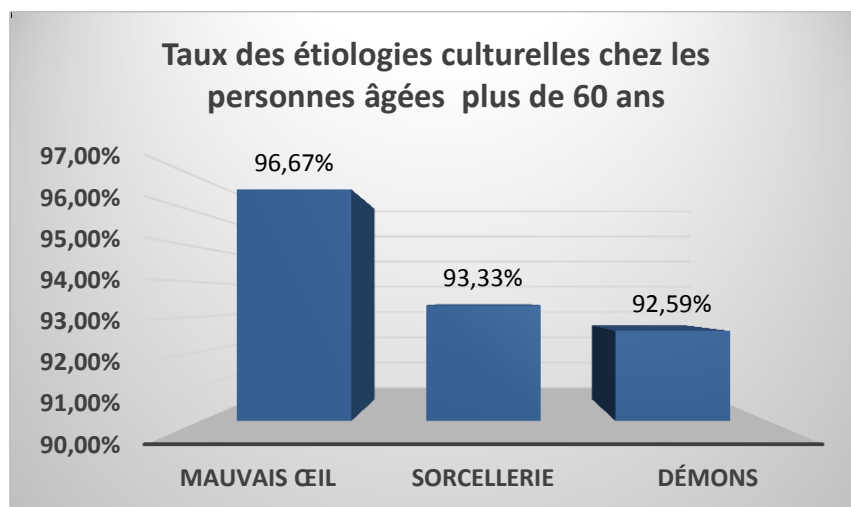
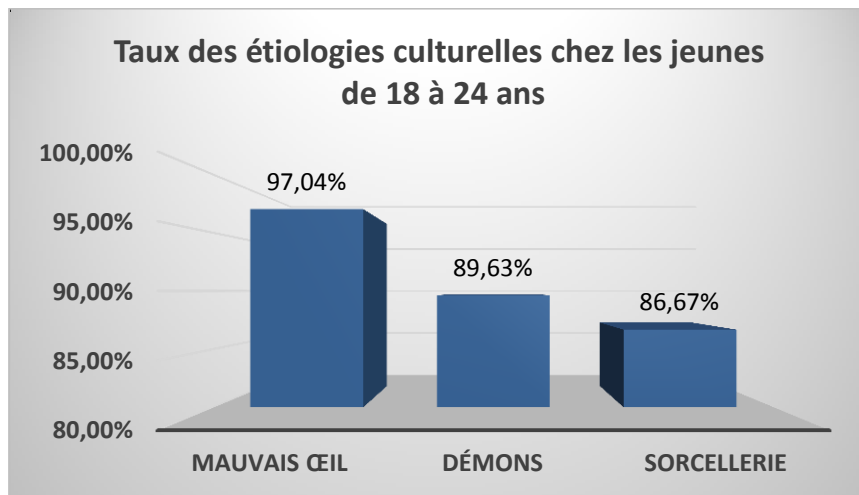
Il est indispensable de rappeler au début que les cinq facteurs culturels étudiés dans ce volet sont la honte «Hschuma », le destin ou « Maktoub », le mauvais œil ou «Al Ayaâne Alhassida», la sorcellerie ou « Sihr » et les démons ou « Djins ». Le taux relatif à chacun de ces éléments est calculé en additionnant les scores liés à chaque notion culturelle divisés sur la somme globale des notes attribuées à l'ensemble des cinq facteurs étiologiques précités explorés par le questionnaire de l'étiologie dépressive ⁽⁶¹⁵⁾.

La classification des notions culturelles traditionnelles qui présentent des explications inappropriées aux troubles dépressifs infantiles a décelé la prépondérance de trois facteurs déclenchant chez les enfants de parents divorcés notamment les démons, la sorcellerie et la honte. Il est à noter que les deux premiers éléments sont les plus répandus en matière des rituels traditionnels marocains relatifs à la maladie mentale. En parallèle nous avons constaté la prévalence de deux autres concepts auprès des enfants de parents mariés, il s'agit du destin et du mauvais œil.

⁶¹⁵ Voir la présente thèse, **Questionnaire de l'étiologie dépressive**, P : 176.



Histogramme des résultats des deux groupes concernant les facteurs étiologiques culturels les plus répandus des troubles dépressifs



Dans ce qui suit nous allons décrire et analyser simultanément les notions culturelles les plus courantes chez le premier groupe ainsi que les concepts les plus fréquents auprès du second groupe.

2.3.1. Les démons ou les « Djins »

La proportion enregistrée par le groupe des enfants de parents divorcés concernant les démons comme éventuel facteur déclenchant selon leur point de vue est de 18,31%, il est supérieur au pourcentage repéré chez le groupe des enfants de parents mariés qui est 16,15%. La dominance de cet élément étiologique erroné auprès de la première population confirme sa prédisposition à s'influencer par les explications subjectives de leur malaise dépressif ⁽⁶¹⁶⁾. Il est à noter que nous avons déjà repéré l'existence de cette aptitude lors de l'étude comparative des pourcentages regroupés des cinq étiologies traditionnelles relatives à chaque groupe dans le deuxième volet de ce chapitre culturel ⁽⁶¹⁷⁾.

Il est à signaler également que la prévalence de la croyance aux démons comme facteur déclenchant des troubles dépressifs infantiles chez les EPD est engendrée par la nature abstraite voire énigmatique de certains symptômes comme les idées noires et les tentatives de suicide ainsi que la perte d'intérêt et le sentiment de culpabilité qui pousseraient la population précitée à attribuer une étiologie compatible à ces manifestations indescriptibles notamment les Djins comme étant des créatures imperceptibles et dangereuses ⁽⁶¹⁸⁾ qui appartiennent au monde de l'au-delà et peuvent provoquer ainsi du mal à l'être humain en général et à l'enfant en particulier ⁽⁶¹⁹⁾.

Il est nécessaire de préciser dans ce contexte que les textes religieux, spécialement le coran, même s'il a confirmé l'existence de ces êtres invisibles pour l'œil humain ⁽⁶²⁰⁾, néanmoins il a relativisé leur effet nuisible sur l'espèce humaine en énonçant que certains parmi eux sont des bienfaiteurs et d'autres sont des malfaiteurs selon la description coranique

⁶¹⁶ Voir l'histogramme précité, **Les proportions relatives aux démons chez les deux groupes**, P : 249.

⁶¹⁷ Voir la présente thèse, **Etude comparative liée aux facteurs culturels erronés comme étiologie dépressive subjective (synthèse)**, PP : 241-242.

⁶¹⁸ Le petit Larousse compact, PP : 321-337.

⁶¹⁹ Jamal Addine Ben Mandour, **Le langage des arabes**, Volume 3, P : 219.

⁶²⁰ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, Sourate Al Hijr, Verset N°27, P : 263.

*ci-après : « il y a parmi nous des vertueux et d'autre qui le sont moins»
(621)*

Parallèlement à cette définition objective des Djins, nous pouvons facilement identifier au sein de la culture traditionnelle marocaine une délimitation subjective voire même déformée qui généralise d'une manière abusive le caractère maléfique sur l'ensemble de ces créatures en les envisageant comme des esprits malveillants qui ne portent que des malheurs à l'être humain tel que « l'aliénation diabolique » ou «Almass bil-jins » en arabe classique ⁽⁶²²⁾ surtout quand il s'agit des maladies mentales surtout la dépression infantile relative au présent travail de recherche.

De cette manière les démons sont devenus dans l'imaginaire d'une vaste population marocaine principalement chez les personnes illettrées une source de menace qui stimule au fond de ces derniers les sentiments de peur, d'horreur et de frayeur ⁽⁶²³⁾, c'est pour cette raison que les Djins selon les dogmes culturels erronés doivent être évités voire écartés par des rituels de protection comme la manipulation du sel ou des instruments en métal comme les clés et les pendentifs figurant la main de l'être humain ou «Khmissa» ⁽⁶²⁴⁾.

Il est à notifier que cette représentation enracinée dans l'inconscient collectif d'un nombre important des parents et même des enfants marocains à travers laquelle les démons sont perçus comme des forces surnaturelles désorganisatrices de l'équilibre du psychisme humain est une image largement avantageuse pour les familles éclatées par le divorce dans la mesure où ces esprits malintentionnés sont investis comme des remarquables supports de projection de la dépression infantile en dehors de l'implication des parents et à l'abri même des croyances qui renvoient le malaise dépressif de leurs enfants aux personnes de l'entourage social à savoir le mauvais œil et la sorcellerie par le biais desquels les présumés coupables sont des voisins ou des proches avec lesquels les victimes

⁶²¹ Ibid, Sourate Al Jin, Verset N°11, P : 472.

⁶²² M. Ouarabe, **Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc**, PP : 91-93.

⁶²³ M.Elayadi, et autres, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 71.

⁶²⁴ Ibid, P : 72.

notamment l'enfant du divorce et ses parents sont engagés dans des échanges relationnels souvent conflictuels ⁽⁶²⁵⁾.

A ce propos si le diagnostic de l'aliénation diabolique est confirmé, les parents séparés ainsi que les guérisseurs traditionnels « Fqihs » prétendent que l'état dépressif de l'enfant du divorce n'est pas suscité par une éventuelle étiologie objective à savoir la carence affective, mais il est plutôt engendré par l'influence ravageuse des Djins.

Il est pertinent de rappeler dans ce cadre que nous avons constaté à travers la classification des troubles dépressifs les plus fréquents chez les enfants du divorce investigués dans le premier chapitre de cette partie pratique que les symptômes psychomoteurs ainsi que les troubles du sommeil sont des manifestations dépressives les plus répandues auprès de cette population ⁽⁶²⁶⁾.

*Pour expliquer la provenance de ces signes cliniques intensément extériorisés, les parents désunis ainsi que leurs enfants pourraient les décrivent en se basant sur le référentiel oral de la culture traditionnelle marocaine stipulant que lorsque la symptomatologie de l'enfant déprimé est marquée par l'excitation psychomotrice et les insomnies rebelles, il est supposé exorciser d'une manière époustouflante par les esprits malfaisants «*fih laryahe* », ce terme originaire de la langue arabe dialectale fait allusion au mouvement brutal du vent qui reflète l'acte démoniaque des Djins symbolisé par des violents courants d'air, le gamin descendant des parents divorcés pourrait être décrit aussi comme étant désigné voir purifier d'une façon offensive par les diables, il est ainsi appelé «*Mechier*»* ⁽⁶²⁷⁾.

Inversement quand l'enfant manifeste des troubles dépressifs prédominés par le relâchement comme le ralentissement psychomoteur et l'hypersomnie, qui sont moins fréquents chez l'échantillon de notre

⁶²⁵ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, Dans Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

⁶²⁶Voir la présence thèse, **Etude comparative relative à la classification des troubles dépressifs selon leur prévalence dans les deux groupes**, P : 212.

⁶²⁷ F. Choffat, Médecine et sous-développement, P : 352.

recherche ⁽⁶²⁸⁾, il est qualifié comme étant soumis ou même possédé par les démons, il est donc appelé «Mamlouk» ⁽⁶²⁹⁾.

Il est judicieux de constater que toutes ces appellations culturelles citées plus haut infligées arbitrairement aux troubles dépressifs prépondérants chez les enfants de parents séparés ⁽⁶³⁰⁾ sont façonnés à la forme passive pour démontrer que ces derniers ont subi l'acte diabolique et qu'ils sont incapables de l'éviter ou de s'y défendre.

Il est imminent de notifier en fin que les enfants en période de latence accordent un intérêt considérable aux démons comme des éléments justificatifs des phénomènes étranges vis-à-vis desquels ils sont exposés notamment les troubles dépressifs, étant donné que ce facteur étiologique subjectif est classé le premier chez le groupe des EPD parmi cinq notions traditionnelles altérées et il occupe le deuxième rang dans la classification des concepts culturels auprès du groupe des EPM selon notre recherche .

En revanche, l'enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc effectuée sur un échantillon de 1156 personnes réparties dans les différentes régions du Maroc ⁽⁶³¹⁾. Cette étude élaborée par M. Elayadi et autres a démontré que la population des jeunes de 18 à 24 ans a situé les Djins dans une position médiane entre trois facteurs :(❶ Mauvais œil 97,04 %, ❷ Djin 89,63 %, ❸ Sorcellerie 86,67 %), donc les démons selon cette classification ne sont ni prioritaires ni secondaires comme facteur déclenchant des maladies mentales en général et des troubles dépressifs en particulier ⁽⁶³²⁾.

Quant aux personnes âgées de plus de 60 ans, ils ont minimisé l'effet maléfique de ces forces imperceptibles sur la santé mentale de l'être humain en les localisant au dernier rang (❶ Mauvais œil 96,67%, ❷ Sorcellerie 93,33%, ❸ Démons 92,59%).

⁶²⁸ Voir la présente thèse, **les troubles dépressifs les plus fréquents, (Trouble psychomoteurs)**, PP : 214-215.

⁶²⁹ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, P : 352.

⁶³⁰ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les troubles dépressifs pathologiques au Test CDI**, PP : 197-200.

⁶³¹ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 40.

⁶³² Ibid, P : 148.

L'ensemble de ces résultats témoignent le fait que le regard du citoyen marocain vis-à-vis les démons évolue avec l'âge, en passant d'un point de vue infantile exagéré relatif à la puissance de ces esprits maléfiques, vers un opinion modéré des jeunes qui met en doute ce pouvoir diabolique sur l'être humain, pour arriver enfin à une vision sage des personnes âgées qui minimisent l'image amplifiée de ces créatures dans l'esprit d'un nombre non négligeable de la population marocaine surtout auprès des personnes illettrées.

2.3.2. La honte ou «Hschuma »

La honte ou «Hschuma » en arabe dialectale vient en deuxième rang dans la classification des concepts culturels marocains chez le groupe des EPD avec un taux de 17,07%, cette proportion est supérieure au pourcentage enregistré auprès de leurs confrères EPM qui est de 15,77 % listée en quatrième position dans leur propre hiérarchisation.

La prédominance de cette notion traditionnelle chez le premier groupe pourrait être engendrée par les blessures narcissiques des parents relatives à la rupture des liens conjugaux par le divorce qui se répercuterait négativement sur leur rendement affectif à l'égard de l'enfant marqué par un désinvestissement de leur affection envers ce dernier, en se montrant extrêmement sérieux et hyper-protecteurs vis-à-vis de l'objet infantile, en condamnant toute ébauche d'échanges chaleureux avec leurs petits et en prétendant que c'est honteux ou «Hschuma » voire interdit selon les dogmes culturels traditionnels de s'amuser, de jouer ou de se montrer tendre avec l'enfant ⁽⁶³³⁾, car si l'un des voisins ou des personnes proches de la famille perçoivent le père et/ou la mère en train d'exercer ses actes futiles avec l'enfant, cela porterait atteinte à l'image idéale de leurs parentalité en tant qu'individu respectueux caractérisé par la rigueur qui l'oblige à éviter tous les comportements insignifiants comme l'accompagnement chaleureux de l'enfant ⁽⁶³⁴⁾.

Il est important de signaler que cette répression de l'affection parentale à l'égard de l'enfant représenterait une carence affective provocatrice d'une éventuelle pathologie dépressive infantile et si l'enfant

⁶³³ K. Harzallah, **Le cas Halima, Tradition et Modernité en Tunisie**, P : 161.

⁶³⁴ K. Amrani, **Le corps de la femme dans la société endogame - Le Maroc -**, P : 129.

réclame la satisfaction de son besoin d'attention et de bienveillance ses parents peuvent lui répondre avec des paroles repoussantes en disant (Aie honte / kon thcham) ⁽⁶³⁵⁾.

Il est à souligner que ces interdictions et ces tabous ne sont pas inscrits dans le registre des orientations religieuses, mais ils constituent une véritable production de l'esprit de certaines personnes non-instruites influencées par la culture traditionnelle marocaine, ces derniers ont transformé ces prohibitions en règles sacrées et ils ont tenté de les rendre socialement acceptables en les justifiant par le biais des textes religieux.

Cependant les dits textes considèrent la bienveillance de la part des parents vis-à-vis de l'enfant comme une consigne et non pas comme interdiction ⁽⁶³⁶⁾, à titre d'exemple le hadit du prophète : « la honte est une filière de la foi », selon les analystes de la Sounna, ce discours incite les croyants en général et les parents en particulier à avoir honte de se comporter d'une manière grossière envers leur enfant et il n'autorise en aucun cas de se montrer très sérieux ou très hyper-protecteur à son égard ⁽⁶³⁷⁾.

Il est pertinent de rappeler que les EPM ont répertorié la honte en troisième position au sein de leur classification, ceci indiquerait que leurs parents pourraient parfois utiliser excessivement le «Hschuma » comme un mécanisme inhibiteur de leur affection vis-à-vis de l'enfant, cette carence affective susciterait l'émergence des MDRN prépondérants chez le groupe précité comme nous l'avons déjà mentionné dans le premier chapitre de cette partie pratique (MDRN : 49,33 % auprès des EPM contre 33,33 % chez le groupe des EPD ⁽⁶³⁸⁾. Dans ce cas les parents sont perçus d'après M. Kleine comme des objets totaux par l'enfant, tantôt bons, tantôt mauvais, cette dualité représentative est une garantie de l'équilibre psychique infantile ⁽⁶³⁹⁾.

⁶³⁵ K. Harzallah, **Le cas Halima, Tradition et Modernité en Tunisie**, P : 162.

⁶³⁶ J. D. Ibnou Mandour, **Le langage des arabes**, Volume 4, P : 133.

⁶³⁷ Ibid, P : 134.

⁶³⁸ Voir la présente thèse, **Etude comparative des résultats au test CDI concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques**, PP : 196-203

⁶³⁹ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P : 85.

Inversement les parents séparés auraient tendance à utiliser le terme «Hschuma » d'une façon tellement exagéré à tel point que l'enfant selon la conception Kleinienne serait incapable de percevoir l'objet parental comme objet total (bon et mauvais), au contraire il les représenterait en tant qu'objet partiel uniquement mauvais qui susciterait des sentiments de haine, de rancune et d'hostilité, en revanche l'enfant serait loin d'éprouver de l'amour et de l'affection à l'égard de ses parents ⁽⁶⁴⁰⁾.

Cette uni-polarité psychique prédisposerait les EPD à manifester des troubles dépressifs pathologiques qui sont plus prépondérants chez eux 48,72% par rapport à leurs pairs EPM 30,67% ⁽⁶⁴¹⁾. Il est à noter dans ce contexte que certaines études psychologiques marocaines au cours des années quatre-vingt-dix du vingtième siècle ont mis en relief ces sentiments haineux des enfants du divorce à l'égard de leur père ⁽⁶⁴²⁾ qui étaient à l'époque les seuls responsables de l'éclatement familial d'après le code du statut personnel marocain de 1993 ⁽⁶⁴³⁾, cependant depuis 2004 et suite à l'amendement de la législation en vigueur, un nouveau code de la famille a vu le jour; Dès lors la possibilité d'interrompre la relation maritale est désormais partagée entre les deux parents ⁽⁶⁴⁴⁾.

Après dix ans d'application de cette nouvelle loi (2004-2013), le nombre des cas du divorce effectué par les services de la justice familiale se sont multipliés huit fois ⁽⁶⁴⁵⁾.

A la lumière de l'ensemble des données précitées, nous pouvons dire que les deux parents séparés et non pas le père uniquement seraient perçus par l'enfant comme des mauvais objets provocateurs d'une éventuelle atteinte de troubles dépressifs pathologiques infantiles. La vérification de la véracité de cette probabilité sera mise en épreuve à travers l'étude des cas cliniques qui feront l'objet du chapitre suivant.

⁶⁴⁰ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P : 86.

⁶⁴¹ Voir la présente thèse, **Etude comparative des résultats au test CDI concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques**, PP : 196-203.

⁶⁴² A. Elanssari, **Dissociation familiale et troubles affectifs chez les enfants**, P : 170. (Référence en langue arabe).

⁶⁴³ **Code du statut personnel**, Dahir 1-93-347 publié le 10/09/1993, Bulletin officiel N° 4222, P: 1833, imprimerie officielle, rabat Maroc, 1993.

⁶⁴⁴ **Code de la famille**, Loi 70-03, Dahir 1-04-22, Bulletin officiel N°5184, P : 418, 5 février 2004, 14 Dil-hijja 1424, Imprimerie officielle, Rabat-Maroc, 2004.

⁶⁴⁵ **Justice familiale : réalité et perspectives**, Etude statistique analytique 2004-2013, P : 53.

2.3.3. La sorcellerie ou «Sihhr »

La sorcellerie comme facteur culturel subjectif des troubles dépressifs infantiles est listée au troisième rang chez le groupe des EPD avec un taux de 16,55% qui est supérieur au pourcentage de 15,77% relatif à leurs pairs EPM, situant ainsi cette notion culturelle à la quatrième position.

Ceci signifie que la magie joue un rôle crucial dans l'interprétation du sens des symptômes dépressifs chez le premier groupe par rapport au second. Il est à noter que ce facteur est parmi les concepts traditionnels les plus utilisés par les guérisseurs populaires « Fqihs » et par ses fidèles clients pour la justification des maladies mentales dans le contexte culturel marocain voire même au niveau maghrébin ⁽⁶⁴⁶⁾.

Nous tenons à élucider également que les étiologies culturelles basées sur la sorcellerie impliquent une complicité nocive entre un démon cruel et un être humain malfaisant (sorcier) ⁽⁶⁴⁷⁾ pour satisfaire le client de ce dernier qui est généralement un voisin ou un proche qui maintient des liens conflictuels avec les parents en mésentente conjugale désirant ainsi d'extérioriser son envie à l'égard de ces époux en essayant de les séparer par le biais des rituels magiques.

Il peut aller même plus loin en cherchant à provoquer par ces pratiques maléfiques des perturbations étranges au niveau du comportement de leur enfant comme l'agitation psychomotrice qui serait expliqué péjorativement en tant que séquelle diabolique relative à la magie noire « Asihhr Alassouade » ⁽⁶⁴⁸⁾, mais elle n'est en réalité qu'un simple trouble dépressif suscité par une éventuelle carence affective parentale comme facteur étiologique objectif prépondérant chez le groupe des EPD et faiblement investi par leurs homologues EPM comme nous l'avons déjà mentionné dans le deuxième volet de ce chapitre culturel ⁽⁶⁴⁹⁾.

⁶⁴⁶ M-R. Moro, T. Nathan, **Ethnopsychiatrie de l'enfant**, PP : 426-427, In. Traité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Volume I, P : 423, 2^{ème} édition, P.U.F, Paris -France, 2004.

⁶⁴⁷ Voir la présente thèse, **Définition objective de la sorcellerie**, PP : 138-139.

⁶⁴⁸ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 431.

Voir aussi, **Le petit Larousse compact**, P : 619.

⁶⁴⁹ Voir le présent chapitre, **Etude comparative relative à la carence affective comme étiologie dépressive objective**, PP : 230-235.

Il est à souligner qu'un phénomène surnaturel tel que l'aliénation diabolique par les démons ou « Almass Bil-jins » ainsi que la sollicitation de ces esprits malveillants à travers la sorcellerie représentent deux indicateurs étiologiques subjectifs répertoriés dans la classification des cinq concepts traditionnels chez le groupe des EPD et ils occupent des classements prioritaires (les Djins classés les premiers et le Sihr en troisième position) et ils sont utilisés d'une façon déterminante dans l'élaboration du sens attribué par l'enfant à ses éventuels troubles dépressifs.

Cette tendance accrue à l'exploitation de ces deux notions traditionnelles fortement redoutables pourrait se justifier par la prédominance des troubles dépressifs sévères chez le groupe des enfants du divorce que nous avons repéré lors de l'étude comparative des degrés d'intensité des symptômes précités ⁽⁶⁵⁰⁾ qui auraient stimulé au sein du psychisme infantile des sentiments étouffants de frayeur et de terreur vis-à-vis desquels les enfants se trouveraient incapables de leur attribuer une étiologie objective comme la carence affective, raison pour laquelle ils se sont contentés d'infliger une signification infernale même démoniaque similaire à l'aspect ravageur des troubles.

Dans ce contexte, S. Freud considère l'adoption de la pensée étiologique magique ainsi que le recours aux rituels de la sorcellerie par certaines personnes appartenant à une époque contemporaine notamment les parents divorcés et leurs enfants pour comprendre et traiter les troubles mentaux en général et les symptômes dépressifs en particulier, ceci représente un signe de dégénérescence de leur état d'esprit, dans ce cas ces derniers sont appréhendés comme étant fixés dans la phase archaïque de l'évolution des peuples primitifs nommée l'étape animiste caractérisée essentiellement par l'utilisation de la sorcellerie pour se protéger contre les différents dangers de la vie ⁽⁶⁵¹⁾.

Cependant l'être humain ne peut être envisagé comme un homme civilisé que quand il arrive à parcourir deux autres stades à savoir la phase religieuse ou l'étape d'objectivation et la phase scientifique au stade

⁶⁵⁰ Voir la présente thèse, **Etude comparative des résultats au test CDI concernant les troubles dépressifs sévères**, PP : 208-209.

⁶⁵¹ S. Freud, **Totem et Tabous**, P : 83, P.U.F, Paris-France, 2010.

de maturité qui se distingue par l'explication des phénomènes psychiques d'une manière logique et réaliste et non pas d'une façon énigmatique ⁽⁶⁵²⁾.

A ce propos nous avons évoqué dans le cadre de la définition objective de la sorcellerie que ce phénomène existe et qu'il exerce une influence maléfique sur l'être humain ⁽⁶⁵³⁾, néanmoins nous avons suffisamment démontré que les facteurs déclenchant des maladies mentales sont essentiellement psychiques et que les parents illettrés et leurs enfants vulnérables projettent d'une manière abusive et péjorative cette étiologie subjective sur les troubles dépressifs ⁽⁶⁵⁴⁾.

Avant de clôturer cette analyse culturelle relative à la notion du «Sihir» il est important de noter que si l'ensemble des enfants étudiés dans notre recherche attribuent à ce concept un rôle élémentaire dans la compréhension des troubles dépressifs, néanmoins les jeunes de 18 à 24 ans investigués dans le cadre de l'étude de M. Alayadi et autres accordent un intérêt secondaire à cette étiologie traditionnelle parce qu'elle est classé en dernière position dans leur hiérarchisation des facteurs culturels (1 Mauvais œil : 97,04%, 2 Djins : 89,63%, 3 Sorcellerie 86,67%) ⁽⁶⁵⁵⁾, dans le même sens, selon le point de vue des personnes âgées de plus de 60 ans, la magie occupe le deuxième rang d'une classification composée de trois éléments : (1 mauvais œil : 96,65%, 2 sorcellerie : 93,33%, 3 démons : 92,59%) ⁽⁶⁵⁶⁾.

Sommairement, nous pouvons dire que la combinaison entre ces différents résultats témoigne une fois de plus qu'en parallèle avec l'évolution de l'âge (enfance, jeunesse, troisième âge) nous constatons une détérioration progressive de la représentation mentale hyper-exagérée de l'impact de la sorcellerie sur la formation des maladies mentales en général et des troubles dépressifs en particulier; ce même constat est décelé auparavant lors de l'étude de la notion des démons ou les Djins ⁽⁶⁵⁷⁾.

⁶⁵² Ibid, P : 84.

⁶⁵³ Voir la présente thèse, **Définition objective de la sorcellerie**, PP : 138-139.

⁶⁵⁴ Ibid, P : 139.

⁶⁵⁵ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 148.

⁶⁵⁶ Ibid, P : 148.

⁶⁵⁷ Voir le présent volet, **Les démons ou les Djins**, P : 250.

2.3.4. Le destin ou «Maktoub»

Les forces surnaturelles jouent un rôle déterminant dans la compréhension de l'enfant liée aux phénomènes étranges comme les troubles dépressifs, pourtant nous avons constaté une divergence notable entre les deux groupes étudiés dans cette thèse concernant la nature de ces facteurs abstraits, d'une part les enfants issus de parents divorcés ont priorisé les démons comme éventuel élément déclencheur des symptômes précités en classant cet indicateur au premier rang dans leur classification des notions culturelles à connotation étiologique, par contre ils ont considéré le destin ou «Maktoub» comme une étiologie secondaire en la répertoriant en cinquième position avec un taux de 16,37 %.

En revanche le groupe des EPD mariés a envisagé le «Maktoub» comme un concept élémentaire car il est listé le premier au sein de leur hiérarchisation avec un pourcentage de 18,88%.

Cette disparité remarquable entre les deux groupes peut s'expliquer de la manière suivante : les EPD ont privilégié l'aliénation par les démons comme facteur provocateur de la symptomatologie dépressive parce que cette notion est très répandue dans la culture traditionnelle marocaine et elle est souvent utilisée par les guérisseurs populaires (Fqihs) ainsi que leurs fidèles clients pour justifier l'émergence de certains phénomènes étranges et inhabituels à savoir les maladies mentales en général et les troubles dépressifs en particulier qui sont plus fréquents chez les EPD 48,72% par rapport à leurs similaires EPM 30,67%⁽⁶⁵⁸⁾.

Tandis que le destin ou «Maktoub» est employé essentiellement par le groupe des EPM pour expliquer les phénomènes habituels tels que les MDRN qui sont plus prépondérants auprès du groupe susmentionné avec un taux de 49,33% contre 33,33 % enregistré chez le groupe des EPM⁽⁶⁵⁹⁾.

Dans le même sens, bien que ces deux notions culturelles notamment le destin et les démons portent une connotation surnaturelle, cependant le «Maktoub» est un facteur moins subjectif que les Djins, étant donné que le

⁶⁵⁸ Voir la présente thèse, **Etude comparative des résultats au test CDI concernant les troubles dépressifs normaux et pathologiques**, PP : 196-203.

⁶⁵⁹ Ibid, P : 203.

premier attribue les signes cliniques à une force divine qui est généralement concevable par une grande majorité de la population marocaine, alors que l'aliénation par les démons est une étiologie douteuse voire litigieuse à propos de laquelle beaucoup d'ambiguïté et d'incertitude sont véhiculés dans la pensée d'un nombre considérable des marocains. Cette constatation s'affirme par les résultats des deux groupes étudiés dans cette thèse relatifs au degré de subjectivité de leur point de vue concernant les cinq facteurs culturels erronés, dans ce contexte le pourcentage enregistré par le groupe EPD qui est de 49,37% est supérieure à la proportion inscrites par leurs confrères EPM qui est de 47,75%.

Il est monumental de préciser que l'usage du destin reflète la nuance entre les deux groupes précités, d'une part ce concept peut être utilisé par les parents mariés ainsi que leurs enfants pour expliquer les MDRN, néanmoins cette projection serait partiellement investie car le caractère allégé des manifestations dépressives précitées ne pourrait pas entraver ces derniers à se rendre compte de l'influence des autres facteurs plus objectifs à savoir les éventuelles défaillances des liens affectifs parents-enfant.

Ce constat s'harmonise vivement avec la définition objective de la notion du «Maktoub» qui ne comprend pas une opposition entre le destin qui représente l'ensemble des actes divins exercés par Dieu ⁽⁶⁶⁰⁾ argumentés par le verset suivant : «nous avons créé tout chose avec mesure » ⁽⁶⁶¹⁾ et la liberté personnelle des individus concrétisée par leur comportement humain qui implique leur responsabilité sur la manière dont ils agissent face aux différentes situations de la vie notamment les interactions émotionnelles triangulaires père-mère-enfant. Le texte coranique qui confirme cette réalité se présente comme suit : «toute âme est responsable de ce qu'elle a acquis» ⁽⁶⁶²⁾.

Inversement les parents séparés auraient tendance à nier leur probable implication corrélative à l'irruption des troubles dépressifs de leur enfant car il n'accepteraient pas de se mettre en question à cause de

⁶⁶⁰ Voir la présente thèse, **le destin ou Maktoub**, PP : 124-127.

⁶⁶¹ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 530, Sourate Al-Qalam verset 49.

⁶⁶² Ibid, Sourate Al-Mou veattirrset 38, P : 576.

l'analphabétisme qui est prépondérant chez la moitié des populations arabes selon le rapport des nations unies sur le développement humain⁽⁶⁶³⁾, c'est pour cette raison que le père est et/ou la mère divorcés projetteraient d'une manière excessive la cause d'apparition des symptômes sur le destin.

Dans ce contexte R. Bourquia nous révèle que quand les parents se trouvent impliqués dans la maladie mentale infantile en général et la pathologie dépressive en particulier, ils auraient recours à la fatalité du destin pour s'auto-consoler contre le sentiment de culpabilité lié à leur responsabilité de la carence affective de leur enfant⁽⁶⁶⁴⁾, pour convaincre ce dernier du fait qu'ils sont loin d'être en rapport avec ces symptômes, à ce propos leur petit pourrait répondre si on l'interroge sur l'origine de ces manifestations dépressives en disant (hadchi maktoub/ceci est écrit par Dieu).

Ces propos peuvent être approuvés par les parents en évoquant le proverbe populaire largement répandu au Maroc (Almaktoub mamnou hroube/on ne peut pas échapper au destin)⁽⁶⁶⁵⁾. Ceci voudrait dire que la maladie mentale globalement et la pathologie dépressive spécialement est un destin écrit par Dieu dans le monde de l'au-delà et que l'ensemble des membres de la famille éclatée par le divorce (père-mère-enfant) sont impuissants devant ce pouvoir divin⁽⁶⁶⁶⁾.

Selon M. A. Aljabri cette exploitation abusive du destin par les parents et l'enfant pour justifier l'émergence des troubles dépressifs de ce dernier nous explique pourquoi les versets coraniques et les proverbes populaires qui décrivent le pouvoir inévitable du «Maktoub» sur la vie de l'être humain corrélative aux faits indésirables sont les plus répandues dans la société marocaine au détriment des textes religieux et des maximes

⁶⁶³ R. K. Humaidi, **Rapport sur le développement humain 2002, Programme des nations unies pour le développement**, P : 47.

⁶⁶⁴ R. Bourquia, **Valeurs changement social au Maroc**, P : 114.

⁶⁶⁵ I. Dadoune, **Les proverbes populaires marocains**, P : 314, N° du proverbe : 1827, Librairie Assalam Al jadida, Casa Blanca- Maroc, 2000.

⁶⁶⁶ Voir la présente thèse, **Destin ou Maktoub**, PP : 124-127.

traditionnelles qui focalisent l'attention sur la responsabilité de l'individu vis-à-vis des malheurs qu'il endure⁽⁶⁶⁷⁾.

2.3.5. Le mauvais œil ou Al Aâyne Alhassida

En ce qui concerne ce dernier concept traditionnel traité dans ce chapitre culturel, les résultats des deux groupes sont approximativement similaires étant donné que cette notion est classée la dernière dans les deux classifications, elle occupe le sixième rang chez les EPD avec un taux de 14,97% et elle est située dans la cinquième position auprès des EPM avec un pourcentage de 15,30%.

Ceci voudrait dire que les croyances culturelles qui renvoient l'étiologie de la maladie mentale, notamment la dépression infantile, à l'influence négative de l'être humain comme le mauvais œil, la honte parentale ainsi que la sorcellerie qui comprend une intervention humaine partielle. Ces facteurs sont perçus par une grande majorité des enfants de notre échantillon comme des éléments secondaires qui ne représentent pas de véritables causes provocatrices de la symptomatologie dépressive. Réciproquement, les forces surnaturelles à savoir le destin et les démons sont plutôt les indicateurs les plus redoutables comme facteur déclenchant des troubles précités.

Il est nécessaire de noter dans ce contexte que si le mauvais œil est répertorié au dernier rang dans le classement des concepts culturels pathogènes chez les deux groupes d'enfants étudiés dans cette thèse, néanmoins selon la recherche de M. Alayadi et autres, cette même notion est listée en première position dans la classification des jeunes de 18 à 24 ans (❶ Mauvais œil 97,04%, ❷ Démons 89,63%, ❸ Sorcellerie 86,67%) ainsi que la hiérarchisation des personnes âgées de plus de 60 ans (❶ Mauvais œil 96,67%, ❷ Sorcellerie 93,33%, ❸ Démons 92,59%)⁽⁶⁶⁸⁾.

Ces résultats reflèteraient le caractère évolutif des représentations relatives à la maladie mentale et plus précisément à la dépression infantile, ces images mentales se transforment progressivement d'une

⁶⁶⁷ M. A. Al jabri, **Le patrimoine et la modernité**, P : 59, Centre d'études de l'Union Arabe, Bayroute-Liban, 1991.

⁶⁶⁸ M.Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien. Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 148.

pensée infantile propre à la période de latence fondée sur des étiologies inscrites dans le registre de l'imaginaire voire fantasmatique ⁽⁶⁶⁹⁾ en attribuant les manifestations dépressives à des forces imperceptibles toutes puissantes vers une compréhension plus raisonnable chez la population des jeunes et des personnes âgées qui ont tendance à attribuer ces troubles à des motifs concrets comme l'impact négatif du regard maléfique de l'être humain.

Ce constat est affirmé à plusieurs reprises au sein de ce dernier volet du présent chapitre, spécifiquement lors de la discussion comparative de notre approche culturelle avec celle de M. Elayadi et autres relative au destin et à la sorcellerie.

Il est à notifier que malgré le caractère dérisoire du mauvais œil comme un facteur déclenchant des troubles dépressifs chez la plupart des enfants investigués dans le présent travail de recherche, cependant ce concept est reconnu par notre échantillon et il occupe une place non négligeable dans leur manière d'appréhender la dépression infantile, de même Alaâyne Alhassida est considérée parmi les étiologies culturelles les plus redoutables dans la société marocaine car elle pourrait d'après l'opinion collectif entraîner des maladies mentales ⁽⁶⁷⁰⁾.

A ce propos E. Doutté nous explique l'origine de cet aspect angoissant du mauvais œil en témoignant que ce n'est pas la perception visuelle qui provoque du mal, mais c'est l'envie qui est un élément activateur du coup d'œil nuisible, autrement dit l'individu porteur du regard malveillant peut provoquer un dommage aux personnes qui suscitent son envie ⁽⁶⁷¹⁾.

De ce fait les parents divorcés pourraient prétendre que la rupture de leurs liens conjugaux ainsi que la pathologie dépressive de leur enfant, ne sont pas occasionnées vraisemblablement par une défaillance de leur rendement émotionnel maternel et/ou parental, mais ils sont projetés par les objets parentaux sur le mauvais œil des voisins ou d'une personne proche de la famille pour convaincre leur enfant qu'ils sont irresponsables

⁶⁶⁹ Voir la présente thèse, **La latence entre imaginaire et réalité**, PP : 27-28.

⁶⁷⁰ Voir la présente thèse, **Les représentations populaires subjectives sur le mauvais œil**, PP : 131-132.

⁶⁷¹ E. Doutté, **Magie et religion dans l'Afrique du nord**, P : 320.

de l'émergence de ses manifestations symptomatiques et ils inculqueraient cette étiologie traditionnelle erronée dans son esprit à travers les échanges quotidiens⁽⁶⁷²⁾.

Il est important de signaler avant de clôturer ce troisième volet de notre approche culturelle que l'existence du mauvais œil est confirmée par le coran qui nous informe dans les verset suivant concernant notre prophète Mohammed que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur lui : «peu s'en faut que ce qui mécroient ne te transpercent pas leur regard»⁽⁶⁷³⁾ conformément au point de vue d'Ibnou Katir qui est l'un des experts en matière de l'analyse du discours coranique, Dieu a révélé à son prophète par le biais de ce verset la jalousie exaspérante qui règne au fond de ses opposants non-croyants, car il est apprécié par un nombre important de personnes par la noblesse du texte coranique qu'il communique à ses compagnons⁽⁶⁷⁴⁾.

Dans ce contexte la Sounna exige que quand l'individu est fasciné par une qualité chez une autre personne il devra supplier Dieu pour la protéger contre son mauvais œil en disant (Alahomma Bariq/que Dieu vous bénisse)⁽⁶⁷⁵⁾. Cependant la peur exagérée des parents désunis ainsi que leurs enfants des regards maléfiques des individus vis-à-vis desquels ils maintiennent des liens conflictuels pourrait être engendrée d'un côté par l'ignorance des textes religieux relatifs à ce concept culturel, et d'un autre côté au lieu de se préserver d'une manière correcte contre ce phénomène par les procédures religieuses précitées, ces derniers utilisent des rituels traditionnels altérés comme le fait de porter un collier décoré par un pendentif nommé en arabe dialectale « khmissa » faisant référence aux cinq doigts de la main⁽⁶⁷⁶⁾.

Ce symbole est très répandu dans les pays Maghrébins et particulièrement au Maroc où il est connu en langue Amazigh par le terme

⁶⁷² Voir la présente thèse, **les pseudo-liens culturels entre le malaise dépressif et le mauvais œil**, PP : 132-133.

⁶⁷³ M. Hamidallah, **Traduction Française des sens du Noble Coran**, P : 566, Sourate Al-Qalam verset **N°51**.

⁶⁷⁴ El homrani, **le mauvais œil entre ceux qui l'infirmement et ceux qui le confirment**, P : 8.

⁶⁷⁵ Ibid, P : 10.

⁶⁷⁶ M. Ouarabe, **Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc**, PP : 191-193.

« Tafust »⁽⁶⁷⁷⁾, d'autres personnes accrochent un fer à cheval appelé en arabe classique «Hadouate Alhissane » et en arabe dialectale «Sfiha » sur les façades des maisons ou sur les pare-chocs des voitures, de tels objets sont susceptibles suivant les croyances populaires d'inhiber l'influence négative du mauvais œil⁽⁶⁷⁸⁾.

2.3.6. Synthèse de la classification culturelle

La somme des résultats des deux groupes étudiés dans ce troisième volet de l'approche culturelle se caractérisent par la prépondérance de la pensée imaginaire au détriment de la perception réaliste des phénomènes⁽⁶⁷⁹⁾, c'est pour cette raison qu'ils priorisent les facteurs surnaturels pour expliquer les troubles dépressifs⁽⁶⁸⁰⁾, en plaçant ainsi le destin ou Maktoub en premier rang (21,87%), puis l'aliénation par les démons ou Djins en seconde position (20,52%) et la sorcellerie en troisième place (19,70%), quant aux déterminants humains, les enfants étudiés dans cette thèse les ont placés dans un classement secondaire, il s'agit de la honte ou Hchouma en quatrième rang (19,48%) et le mauvais œil en cinquième place (18,43%).

Ces résultats ne peuvent être appréhendés convenablement que s'ils sont comparés avec la représentation relative à d'autres catégories d'âge, notamment les jeunes et les personnes âgées interviewés dans le cadre de l'enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc, élaborée par M. Alaayadi et autres, cette confrontation des résultats a ciblé trois concepts culturels à savoir le destin, la sorcellerie et le mauvais œil.

En ce qui concerne les points de vue des jeunes marocains âgés entre 18 et 24 ans, ils reflètent une évolution notable de la manière de concevoir les notions culturelles proportionnelles à la pathologie mentale parce qu'ils se situent dans une disposition intermédiaire entre les étiologies traditionnelles inscrites dans le registre du concret comme le mauvais œil placé au premier rang avec un taux de 97,04 % et celles répertoriées dans

⁶⁷⁷ M. A. Haddadou, **Dictionnaire des racines berbères**, P : 63, Haut-Commissariat à l'Amazighité, Rabat-Maroc, 2007.

⁶⁷⁸ M. Ouarabe, **Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc**, P : 194.

⁶⁷⁹ Voir la présente thèse, **Période de latence entre réel et imaginaire**, PP : 27-28.

⁶⁸⁰ Les pourcentages cités dans cette synthèse sont calculés sur la base de l'addition des résultats des deux groupes.

le contexte de l'abstrait telles que les démons en deuxième position avec 89,63 % suivi par un autre indicateur qui implique l'être humain comme un élément provocateur des troubles dépressifs à savoir la sorcellerie classée en dernier lieu.

Au sujet des personnes âgées qui dépassent 60 ans, ils ont pu élaborer des opinions plus matures voire plus réalistes relatives aux concepts traditionnels marocains, puisqu'ils accordent la primauté aux facteurs humains dans l'émergence des troubles psychiques, il s'agit du mauvais œil à la première place 96,65% suivi par la sorcellerie en second rang 93,33% qui implique une intervention conjointe des forces humains et surhumains et enfin ils ont minimisé l'impact des éléments surnaturels ou les démons en les classant en troisième position 92,59%.

La pertinence de ces constats réside d'une part dans le fait que les enfants étudiés dans cette thèse sont capables d'identifier les concepts culturels liées à la maladie mentale en général et à la dépression infantile en particulier, mais leur contrainte principale consiste à élaborer un point de vue claire concernant les répercussions étiologiques de ces facteurs traditionnels sur la pathologie précitée, ceci est concrétisé visiblement à travers leurs commentaires lors de la passation du questionnaire de l'étiologie dépressive au cours de laquelle ils ont rapporté avoir compris le sens des items administrés, mais ils ont rencontré des difficultés pour choisir les réponses les plus appropriés à leur propre opinion prématurée à propos de ces étiologies culturelles altérées.

D'autre part, ces résultats nous ouvrent de vastes pistes de recherches relatives à l'approfondissement de l'investigation des cinq notions culturelles étudiées dans ce chapitre ainsi que l'élargissement de l'échantillon interviewé pour cibler des tranches d'âge non encore investigués à savoir les adolescents entre 12 à 18 ans et les adultes entre 30 et 60 ans.

2.4. Conclusion générale de l'approche culturelle

D'une manière générale les données analysées dans les trois volets de cette approche culturelle qui se présentent respectivement comme suit : la comparaison des deux groupes concernant la carence affective comme explication objective des troubles dépressifs, la confrontation des résultats des deux populations étudiées relatifs aux notions traditionnelles marocaines en tant qu'interprétation subjective de la dépression infantile et enfin la classification des étiologies culturelles les plus prépondérantes chez les deux groupes. L'ensemble de ces investigations nous permettent de formuler trois constats principaux :

- *L'étude détaillée des trois niveaux de réponse : certaines, probables est exclues relatives au questionnaire de l'étiologie dépressive de la carence affective comme facteur objectif probablement provocateur de la dépression infantile, a relevé que le groupe des enfants issus de parents divorcés a enregistré des pourcentages inférieurs à leur pairs originaires de parents mariés, cet écart s'est avéré significatif par le biais du test Student.*

- *Ce résultat confirme globalement l'hypothèse N°4 de notre recherche stipulant que la prédominance des troubles dépressifs pathologiques chez les EPD affaiblît leur tendance à expliquer les symptômes précités à travers des étiologies objectives comme la carence affective. Par contre le caractère ordinaire des MDRN qui sont plus répandues chez les EPM les a prédisposés à s'orienter davantage vers ce facteur étiologique carenciel.*

- *Le questionnaire susmentionné a repéré également à propos de l'étiologie culturelle subjective des troubles dépressifs une prépondérance de ce facteur chez le groupe des enfants du divorce par rapport à leurs homologues descendants de parents mariés, mais cette prédominance est faiblement exprimée car les taux du premier groupe ne sont pas clairement supérieurs aux proportions du deuxième groupe, de même l'écart entre les deux populations n'est pas significatif sur le plan statistique. Ceci infirme globalement l'hypothèse N°5 prétendant que l'aspect morbide de la*

symptomatologie dépressive pourrait amener les enfants de parents séparés à adopter des explications subjectives liées à ces troubles.

- *Cependant ce qui est plutôt répondu chez 78 % de l'échantillon global de notre thèse (89 enfants sur un total de 114 cas étudiés), c'est le fait de considérer l'étiologie culturelle subjective comme un facteur probable et non pas certain ⁽⁶⁸¹⁾. Ceci indiquerait que l'enfant en période de latence est capable d'identifier les notions culturelles corrélatives aux maladies mentales notamment la dépression infantile, mais il rencontre des difficultés notables lors de l'élaboration d'un point de vue autonome lié à cette étiologie subjective ⁽⁶⁸²⁾.*

- *En ce qui concerne la classification des cinq concepts traditionnels altérés relatifs à l'explication de l'émergence de la dépression infantile nous avons constaté que les EPD se caractérisent par l'usage massif de deux notions les plus utilisées dans le contexte culturel marocain pour justifier l'irruption des maladies mentales en général et les troubles dépressifs en particulier, il s'agit de l'aliénation par les démons «Almass biljin » et la sorcellerie ou «Sihir » ⁽⁶⁸³⁾.*

- *Dans le même sens, la majorité des enfants étudiés dans cette thèse se distinguent par la prépondérance de la pensée imaginaire liée à la compréhension du malaise dépressif selon leur référentiel culturel commun propre à la société marocaine, en priorisant les facteurs surnaturels comme le destin ou « Maktoub » et les démons ou « Djins » pour interpréter la pathologie mentale citée plus haut ⁽⁶⁸⁴⁾; Tandis que la vision des jeunes de 18 à 24 ans ainsi que les personnes âgées de plus de 60 ans d'après l'étude de El Ayadi et autres est plus réaliste parce qu'elle accorde la primauté aux facteurs humains correspondants aux concepts traditionnels à savoir le mauvais œil et la sorcellerie qui comprend une implication humaine partielle ⁽⁶⁸⁵⁾.*

⁶⁸¹ Voir la présente thèse, **Résultats des deux groupes relatifs aux facteurs culturels comme étiologie dépressive probable**, PP : 243-244.

⁶⁸² Ibid, P : 244.

⁶⁸³ Voir la présente thèse, **Classification des étiologies culturelles les plus répandus : La sorcellerie ou « Sihir », PP : 248-249.**

⁶⁸⁴ Voir la présente thèse, **Synthèse de la classification des étiologies culturelles**, P : 249.

⁶⁸⁵ Ibid, PP : 248-249.

- *Il est pertinent de souligner que ses résultats représentent une esquisse d'une étude ultérieure plus approfondie des notions culturelles investiguées dans ce travail de recherche.*

Sommairement, nous pouvons dire que l'ensemble des points traités au sein de cette approche culturelle nous seront utiles lors de la comparaison entre ces résultats quantitatives et l'analyse qualitative des cas cliniques au sein du prochain chapitre qui tenterait de repérer les liens probables entre la carence affective et les troubles dépressifs chez 4 enfants de parents divorcés en les comparant avec 4 autres issus de parents mariés.

- *Chapitre 2 : Etude qualitative*

Préambule

Avant d'exposer les études de cas cliniques relatifs à l'approche qualitative, il est important de signaler que le présent chapitre de la partie pratique de notre thèse est consacré à l'analyse psychopathologique de 4 cas des enfants de parents divorcés et 4 autres issus de parents mariés. L'investigation de chacun parmi eux survolera quatre éléments principaux à savoir : les données biographiques, la description des manifestations dépressives, l'analyse des tests projectifs; Quant l'approche psychopathologique elle synchronisera l'ensemble des données précitées.

Sur le plan méthodologique, nous allons présenter d'abord les cas des EPD suivis des cas des EPM. En fin de ce chapitre nous procéderons à l'élaboration d'une synthèse comparative des résultats.

L'objectif de cette étude qualitative est l'analyse de la relation entre la carence affective et les troubles dépressifs dans sa globalité, car l'étude quantitative a ciblé uniquement le repérage de l'éventuelle existence des manifestations dépressives normales et pathologiques chez les deux groupes de l'échantillon de la recherche. Dans le même sens nous allons opérer une confrontation des résultats de ces deux types d'investigation clinique pour relever les points de concordance et de divergence qui peuvent confirmer ou infirmer les hypothèses de la présente thèse.

1. Etudes de cas des enfants issus de parents divorcés

Ce premier volet du chapitre qualitatif est consacré à l'étude de 4 cas des EPD, il s'agit de deux filles et deux garçons, présentés respectivement dans l'ordre suivant : le cas Nouhaila, le cas Ikram, le cas Abdel-Ilah et le cas Hassan.

1.1. Etude de cas Nouhaila

Avant de décrire les symptômes manifestés par cette jeune petite-fille, il est important de présenter un aperçu sur sa biographie.

- ***Données biographiques***

Nouhaila est âgée de douze ans, elle est la fille unique d'un père chauffeur d'un autocar touristique, qui se comporte d'une manière sévère et agressive à l'égard de ses enfants, quant à sa mère, elle est tendre, affectueuse et elle travaille comme femme de ménage dans les foyers.

Ce couple parental a divorcé à cause de la brutalité paternelle, alors que le cas étudié avait six ans. Suite à l'éclatement familial, l'enfant a continué de vivre avec sa mère, cependant son père s'est remarié et il a eu quatre enfants, dont deux garçons et deux filles.

Parmi les difficultés rencontrées par le cas étudié et sa mère, nous pouvons citer : l'absence occasionnelle de la pension mensuelle paternelle, ce qui engendre de sérieux problèmes financiers pour la mère ; de même la privation de la fonction symbolique du père (préoccupé par ces nouveaux enfants) entraîne une carence affective notable à Nouhaila; En plus, le manque de l'affection conjugale exprimée par la mère à sa petite-fille aggrave l'état dépressif du cas étudié qui porte au sein de son vulnérable psychisme infantile à la fois son propre chagrin ainsi que le mécontentement maternel.

Après ce bref exposé de l'histoire personnelle du cas Nouhaila, nous allons énumérer les signes cliniques de sa dépression infantile.

- **Description des troubles dépressifs**

La première remarque à souligner dans le CDI du cas Nouhaila est le score total alarmant qu'elle a enregistré dans cette épreuve (34/54), ceci révèle dès le début que nous sommes éventuellement devant un état dépressif grave⁽⁶⁸⁶⁾, selon la répartition indicative que nous avons adoptée concernant les degrés d'intensité des troubles dépressifs chez l'enfant au sein de la présente thèse.

Il est à mentionner également que parmi dix symptômes évalués dans cet outil diagnostique neuf troubles sont intensément mobilisés avec des notes très élevées parmi lesquels nous allons décrire les cinq symptômes les plus alarmants chez le cas Nouhaila.

◆ *Les **troubles du sommeil** sont fortement investis avec un score de 2/2 au CDI, à ce propos le cas étudié a rapporté lors des entretiens qu'elle est tourmenté en permanence par ce trouble sous forme de difficultés d'endormissement, voire des insomnies qui se prolongent parfois durant toute la nuit, parmi les idées qui préoccupent la pensée de cette fille lors de l'irruption de ce symptôme, elle a mentionné sa privation de l'affection paternelle ainsi que son ressentiment à l'égard de la situation défavorable de sa mère sur le plan matériel et émotionnel.*

Il est à mentionner que cette perturbation du sommeil pourrait se produire occasionnellement chez les enfants issus de parents mariés suite à une mésentente passagère entre le père, la mère et l'enfant, néanmoins les enfants originaires d'un couple divorcé peuvent présenter des insomnies prolongées qui se caractérisent par une intensité exaspérante⁽⁶⁸⁷⁾, à cause d'une intolérable carence affective persistante.

◆ *Les **troubles de l'appétit** se présentent aussi d'une manière inquiétante chez cette petite fille puisqu'elle a enregistré un score très élevé au CDI 2/2, elle a rapporté à ce propos qu'elle ressent à plusieurs reprises un dégoût alimentaire qui se prolonge parfois au-delà de quinze jours consécutifs entraînant des pertes importantes du poids de son corps, dans le même sens sa physionomie très maigre confirme ses propos.*

⁶⁸⁶ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

⁶⁸⁷ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des troubles du sommeil**, P : 90.

Cette restriction de la consommation des produits alimentaires était légère au début, mais quand le cas Nouhaila a subi l'impact psychique de la carence affective paternelle et lorsqu'elle a intériorisé la frustration conjugale maternelle, ce cumul des différents types de privation émotionnelle a accentué progressivement l'anorexie du cas étudié à un degré où ce symptôme est devenu un souci majeur chez sa mère. A ce propos P. Jammet a démontré que l'aggravation de ce trouble est souvent corrélative à une défaillance des liens affectifs parents-enfants ⁽⁶⁸⁸⁾.

◆ *La **fatigue** ou la perte d'énergie est un trouble activement mobilisé chez Nouhaila, il se reflète à travers un score alarmant aux CDI (2/2). Selon nos observations, le cas étudié se présente souvent aux entretiens cliniques avec un état d'épuisement excessif qui est engendré à notre avis par les insomnies répétitives et la restriction de la consommation des produits alimentaires.*

Cette perte d'énergie pourrait être une réaction pathologique au cumul des différents types de carence affective ⁽⁶⁸⁹⁾ qui se concrétisent d'une part à travers la privation de cette petite fille de l'objet paternel ainsi que son chagrin relatif à la frustration conjugale maternelle. Ces conditions carencielles pourraient épuiser considérablement les capacités mentales et physiques du cas Nouhaila.

◆ *Le quatrième trouble dépressif qui constitue une des manifestations les plus inquiétantes chez cet enfant, est la **perte d'intérêt**, ce symptôme a atteint un score relativement supérieur de 1,6/2 au CDI, cette indifférence est dirigée surtout envers les personnes de son entourage ; il est clairement exprimé à l'item N°20 « Je me sens toujours seul » ainsi qu'à l'item N°26 « Je ne fais jamais ce que les autres me demandent de faire ».*

Selon D. Petot la perturbation des activités scolaires accompagne souvent ce manque d'intérêt ⁽⁶⁹⁰⁾ et c'est exactement le cas de Nouhaila qui présente des troubles de concentration à l'école où ses instituteurs lui

⁶⁸⁸ P. Jammet, Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'adolescent, P : 30, Edition Fayard, Paris-France, 2011.

⁶⁸⁹ B. Voizot, « L'enfant fatigué», In B. Bennevault, J. Chambry, M. Simonet et autres, Souffrances psychiques et troubles de développement chez l'enfant et de l'adolescent, Edition Ministère des affaires sociales et de la santé, P : 11.

⁶⁹⁰ D. Petot, « Les dépressions», In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 115.

reprochent de temps en temps de ne pas suivre les cours, ceci s'explique par la note relativement supérieure au CDI qui est de 1,25/2.

◆ *Les idées noires sont clairement exprimées au CDI par le biais d'une note relativement élevée (1,5/2), à ce propos le cas étudié a choisi à l'item N°6 la réponse suivante : « J'ai souvent peur que ma vie soit bouleversée par des événements tristes », de même dans l'item N°9 elle a opté pour la phrase ci-après : « Je veux quitter la vie ».*

Ces choix de réponse au CDI reflètent le caractère négatif voire pessimiste de la représentation que cette fille a constitué sur la vie. Ces images mentales dysphoriques sont manifestées également par Nouhaila au cours des entretiens cliniques en disant : la vie est difficile, elle est décevante parce que j'ai subi à plusieurs reprises des événements indésirables.

Il est à noter que ses idées noires et ses pensées suicidaires sont répondues chez les enfants gravement carencés, mais elles restent limitées dans le cadre de la pensée et il est rare qu'elles évoluent vers l'acte de l'autodestruction de soi ⁽⁶⁹¹⁾, et c'est pratiquement le cas de Nouhaila qui a manifesté des idées pessimistes, mais elle n'a jamais osé réaliser une tentative de suicide.

◆ *En ce qui concerne la tristesse exagérée, elle est sollicitée au CDI à travers un score approximativement supérieur 1,33/2, ce chagrin est extériorisé explicitement par les dires de la petite fille tels que : « Je suis souvent triste parce que mon père nous a abandonné moi et ma pauvre mère ».*

Cette humeur dépressive est souvent accompagnée selon D. Petot par un pessimisme qui se manifeste verbalement à travers les plaintes infantiles d'être seul, de ne pas être aimé et d'être rejeté ⁽⁶⁹²⁾. Ce profil est relativement identique à l'état psychique de Nouhaila caractérisé comme nous l'avons déjà mentionné par des idées noires à connotation pessimiste et nous avons même fait allusion aux répercussions négatives de cette perception noircie de son vécu carenciel par sa tendance à l'isolement

⁶⁹¹ R. Doron, F. Parot, **Dictionnaire de psychologie**, P : 103.

⁶⁹² Voir la présence thèse, **Aspects cliniques de la tristesse**, PP : 79-80.

exprimé à l'item N°20 lié au trouble de perte d'intérêt ou le déplaisir dans lequel elle a choisi la réponse « Je me sens toujours seul ».

◆ *A propos des troubles psychomoteurs, nous pouvons dire que même si le cas étudié a enregistré une note importante au CDI (1,33/2), néanmoins les données recueillies lors des entretiens ainsi que les observations de ses instituteurs, prouvent que cette fille ne présente pas des perturbations dans ses activités psychomotrices parce qu'elle n'apparaît pas comme une fille agitée ni inhibée dans les activités scolaires, ludiques et sportives.*

Dans le même sens, les troubles de concentration malgré leur irruption passagère de temps en temps, mais ils n'affectent pas sérieusement l'apprentissage scolaire de Nouhaila vu qu'elle n'a jamais redoublé dans l'ensemble des années de sa scolarité primaire et son niveau d'instruction est satisfaisant puisqu'elle réussit à atteindre une moyenne annuelle de 6 à 7 sur 10.

◆ *Quant à la dévalorisation de soi, elle est représentée par un score moyen au CDI ½, mais le cas Nouhaila a clairement exposé ce trouble dépressif en rapportant qu'elle éprouve une grande sous-estimation de soi parce qu'elle est délaissée par son père qui ne l'aime pas, c'est pour cela qu'elle a adopté une image négative sur soi comme une fille indésirable, rejetée et marginalisée. Ceci est confirmé aux items qui correspondent à ce symptôme : (item N°7) « Je ne ressens pas de l'amour envers moi », (item N°14) « Je crois que l'aspect de mon visage et mon corps sont mauvais », (item N°25) « Je me demande si les personnes de mon entourage m'aiment vraiment ».*

- **Synthèse diagnostique**

Sommairement, le cas Nouhaila a enregistré un score global très élevé au CDI (34/54), qui dépasse largement le seuil minimal de l'état dépressif pathologique déterminé par la note 15/54⁽⁶⁹³⁾.

Similairement le degré de cette dépression morbide peut être qualifié de grave parce que le résultat susmentionné se situe dans l'intervalle des

⁶⁹³ Voir la présence thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

notes qui correspondent à ce degré cité au sein de notre répartition des niveaux d'intensité des états dépressifs infantiles ⁽⁶⁹⁴⁾.

Dans le même sens, le tableau clinique du cas étudié est composé de sept symptômes qui ont persisté au cours d'une période qui a dépassé quinze jours à savoir :

- 1- Les troubles du sommeil (insomnie)
- 2- Les troubles de l'appétit (anorexie)
- 3- La fatigue ou la perte d'énergie
- 4- La perte d'intérêt où le déplaisir
- 5- Les idées noires et les pensées suicidaires
- 6- La tristesse exagérée
- 7- La dévalorisation de soi

Il est à noter que les symptômes psychomoteurs ainsi que les troubles de concentrations sont écartés de ce tableau clinique parce que le premier n'affecte pas les activités habituelles de cette petite fille et le second se manifeste occasionnellement. Quant au sentiment de culpabilité, les signes de sa présence sont inexistantes.

A la lumière de ce tableau clinique, nous pouvons dire que les critères du CIM 10 confirment le diagnostic d'un épisode dépressif sévère chez le cas Nouhaila qui est conditionné par la présence d'au moins cinq troubles, ce type de dépression infantile est répertorié sans référence F.32.2 ⁽⁶⁹⁵⁾.

Il est important de signaler à la fin de cette approche diagnostique que les symptômes dépressifs cités dans ce qui précède sont fort probablement des troubles réactionnels parce que le cas Nouhaila les a manifestés d'un côté comme réaction à une carence affective paternelle suite au divorce et d'un autre côté, ses expressions dépressives se sont accentuées à cause de la persistance de cette privation pendant six ans (de 6 à 12 ans), renforcée par le partage psychologique de la frustration conjugale maternelle.

⁶⁹⁴ Ibid, P : 168.

⁶⁹⁵ CIM 10, P : 190.

Il est à noter que cette catégorie de dépression est répertoriée au CFTMEA R-2012 sous référence N°4.1, de même les facteurs déclenchant cités plus haut sont également mentionnés dans la même classification ⁽⁶⁹⁶⁾.

- **Analyse du test CAT**

La majorité des planches du CAT reflètent deux affects prédominants dans le psychisme de Nouhaila, son amour excessif envers sa mère et sa haine exaspérante à l'égard de son père. Dans l'image N°4 et N°5 par exemple qui sollicitent les relations triangulaires (père-mère-enfant), l'examinée a élaboré des histoires marquées par un attachement duel chargé d'affection entre un petit ourson et sa mère l'ourse, quant à son père notamment l'ours, il est évoqué dans les deux récits, puis écarté volontairement à cause de son caractère antipathique envers les membres de sa famille ⁽⁶⁹⁷⁾.

Cette hostilité clairvoyante vis-à-vis de l'objet paternel est exprimée fortement par le sujet à la planche N°3 où le lion est perçu comme un personnage autoritaire qui a chassé la lionne et le lionceau de son territoire ⁽⁶⁹⁸⁾, pareillement le désagrément du cas étudié à l'égard de son père l'a poussé même à se venger de lui dans la planche N°7 où le tigre est écrasé dans un trou alors qu'il essaye d'attaquer le singe ⁽⁶⁹⁹⁾.

Le second thème qui est très sollicité au sein du protocole CAT de cette petite fille est le divorce évoqué dans la planche N°2 qui mobilise clairement la dite problématique marquée par la prépondérance d'un conflit conjugal symbolisé par l'étirement d'une corde entre le père d'une part et la mère soutenu par son fils d'autre part; cette confrontation est achevée par la domination du père qui a coupé la corde. Cet acte signifie selon l'examinée l'éclatement de la famille.

Il est à noter que cette fille a élaboré de nombreuses histoires inscrites dans le registre de l'imaginaire et non pas du réel dans lesquelles elle a manifesté son souhait de vivre dans une famille unie, dans la planche N°1 où la mère, l'enfant et le père sont en parfaite entente à

⁶⁹⁶ CFTMEA R-2012, P : 40

⁶⁹⁷ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT : Analyse des planches N°4 et N°5**, P : 189.

⁶⁹⁸ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 13.

⁶⁹⁹ Ibid, P : 14.

l'abri des problèmes, le même scénario est reproduit dans la figure N°6 et N°8⁽⁷⁰⁰⁾.

Dans le même sens, la relation de dépendance envers l'objet maternel est exprimée à plusieurs reprises aux planches : N°4, N°5 et N°10. Ce problème est extériorisé d'une manière déguisée en choisissant un personnage masculin et non pas féminin qui représente le cas étudié. Ce lien fusionnel mère-enfant envahit massivement le psychisme de Nouhaila à tel point qu'elle n'arrive pas à évoquer ses interactions avec ses quatre demi frères qui sont totalement absents dans les dix histoires produites, sachant que ce n'est pas normal d'écarter la fratrie et les personnages du même âge que le sujet dans les récits du CAT, ceci reflète la faiblesse de la tendance du cas investigué vers l'autonomie⁽⁷⁰¹⁾.

- ***L'analyse du test dessin de famille***

Le premier personnage figuré dans le dessin de Nouhaila est un enfant de sexe masculin âgé de cinq ans représenté d'une façon camouflée et il est localisé dans la partie droite de la feuille, loin de ses deux parents et il n'occupe pas normalement la position centrale entre eux⁽⁷⁰²⁾.

Cette identification défensive du cas étudié à ce petit garçon refléterait à notre avis un refus inconscient de sa réalité familiale inconvenable, caractérisée par le divorce mal géré par ses parents alors qu'elle avait six ans, c'est pour cette raison peut-être qu'elle a régressé aux stades primaires de son enfance (héro âgé de de 5ans) pour revivre au siège de son espace imaginaire interne les moments précoces de l'union triangulaire (père-mère-enfant)⁽⁷⁰³⁾.

Similairement, l'examinée nous a relevé que l'enfant nommé Hamza, même s'il est dessiné avec ses parents il se sent souvent seul, la posture de ce personnage confirme son état émotionnel car il est représenté les pieds loin de la terre et son corps flotte dans une zone blanche marginalisée de la feuille de dessin.

⁷⁰⁰ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT : Planches N°1-6-8**, PP : 189-190.

⁷⁰¹ Ibid, PP : 189-190.

⁷⁰² L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PP : 19-20.

⁷⁰³ Ibid, P: 27.

Cette scène s'inscrit dans le contexte de perte d'objet dramatique témoignant implicitement que Nouhaila est gravement carencée parce qu'elle est victime d'une négligence affective de la part de son père qui l'a délaissée, en plus sa mère est hyper-protectrice à son égard, non pas pour lui compenser l'amour paternel mais plutôt pour remédier à ses propres blessures narcissiques relatives à la privation de l'affection conjugale⁽⁷⁰⁴⁾.

Il est important de signaler dans ce cadre que le protocole du CAT a mis en relief ce sentiment effrayant de solitude chez l'examinée à la planche N°9 où elle a raconté l'histoire d'un petit lapin terrifié car il est seul et abandonné par son père et sa mère⁽⁷⁰⁵⁾. Il est à noter que ces affects déplaisants éprouvés par Nouhaila sont exprimés d'une manière déguisée et non pas d'une façon apparente comme c'est le cas dans le protocole de l'enfant Abdel-Ilah⁽⁷⁰⁶⁾.

Il est pertinent de souligner également que la représentation graphique du sujet est pleine de signes euphoriques : l'enfant, la mère et le père ont l'air très heureux, les composantes de la nature portent aussi une connotation de jouissance (la terre est couverte de verdure, le ciel est condensée de belles étoiles qui symbolisent la luminosité de la nuit). En parallèle, nous avons remarqué l'existence des indices relatifs au jour comme la couleur bleu du ciel, le soleil figuré sous forme d'un visage humain souriant, les oiseaux qui volent⁽⁷⁰⁷⁾.

Cette atmosphère de béatitude extrême et de joie exagérée représenteraient une formation réactionnelle cachant une tristesse époustouflante engendrée par une forte privation émotionnelle qui envahit le vulnérable psychisme du cas Nouhaila. D'après D. Marcelli cette expression masquée de la dépression peut se produire chez les enfants intensément carencés notamment ceux issus de parents séparés qui arrivent parfois à contourner l'humeur dysphorique par l'utilisation défensive de l'humeur euphorique⁽⁷⁰⁸⁾.

⁷⁰⁴ Ibid, P : 28.

⁷⁰⁵ Voir la présente étude de cas, **Analyse du CAT**, PP : 278-279.

⁷⁰⁶ Voir la présente thèse, **Etude du cas Abdel-Ilah : Analyse du CAT**, PP : 300-301.

⁷⁰⁷ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 183.

⁷⁰⁸ D. Marcelli, **La dépression chez l'enfant**, P : 1145.

Enfin les tendances agressives qui reflètent la haine du cas investigué envers son père, sont implicitement manifestées par le biais de cheveux pointus comme des clous ⁽⁷⁰⁹⁾. Ce style sous-jacent d'extériorisation des pulsions destructrices est plus utilisé par les filles comme Nouhaila et moins investi par les garçons comme le cas Abdel-Ilah qui a adopté un mode plus explicite pour traduire sa carence affective ⁽⁷¹⁰⁾.

- **Approche psychopathologique**

Le cas étudiés a vécu les étapes de sa première enfance (0 à 6 ans) avec ses parents et il adorait ces instants précoces d'entente familiale bien que son père était tantôt impulsif et parfois affectueux, car cette alternance entre la frustration et la gratification paternelle constitue une carence constructive pour le sujet ⁽⁷¹¹⁾. Cependant depuis la rupture des liens conjugaux alors qu'elle avait six ans, cette jeune petite fille a subi une double privation émotionnelle inscrite dans le registre pathologique.

D'une part, elle a affronté la négligence paternelle suscitée par son père qui a délaissé carrément sa famille après son remariage en donnant naissance à quatre beaux frères et sœurs du cas investigué, qui a enduré d'autre part de l'hyper-protection maternelle au point d'envahir son psychisme car sa mère l'a surinvesti comme objet compensatoire de l'amour conjugal.

L'existence de ces deux genres anormaux de liens affectifs parents-enfant est mis en relief par le CAT et le dessin de famille, ces deux épreuves ont reflété la haine exaspérante du sujet à l'égard de son père qui l'a abandonné et son amour disproportionné envers sa mère ⁽⁷¹²⁾.

Dans le même cheminement A. Dachmi nous explique comment la présence excessive et incessante de la mère auprès de Nouhaila ne représente pas un facteur édificateur de son psychisme infantile, au contraire cette présence constitue un élément perturbateur de l'équilibre émotionnel de notre jeune petite fille, car elle ne s'alterne pas harmonieusement avec les instants d'absence maternelle qui permet à

⁷⁰⁹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 24.

⁷¹⁰ D.W. Winnicott, **L'enfant et sa famille**, PP : 110-112.

⁷¹¹ Voir la présente thèse, **Carence affective normale selon D.W. Winnicott**, P : 36-37.

⁷¹² Voir la présente étude de cas, **Analyse du CAT et du Dessin de famille**, PP : 357-361.

l'enfant de satisfaire ses besoins affectifs d'une manière fantasmatique. Cette réalisation hallucinatoire des désirs représente une étape fondamentale pour la formation d'un Moi indépendant des objets parentaux⁽⁷¹³⁾.

Le manque de cette absence constructive a prédisposé Nouhaila à sombrer dans la dépendance vis-à-vis l'objet maternel, ceci nous aide à comprendre pourquoi le cas investigué est incapable de s'occuper comme tous les enfants de ses relations avec les personnes de son âge, notamment ses demi-frères et sœurs paternels ainsi que ses copines au quartier et à l'école car elle est tellement préoccupée par les problématiques de ses liens défaillants avec ses parents⁽⁷¹⁴⁾. À ce propos les tests projectifs précités ont concrétisé clairement cette pauvreté du champ relationnel de l'examinée avec autrui puisqu'elle a avoué à plusieurs reprises à travers ses histoires et son dessin qu'elle se sent souvent seule car elle refuse sa triste réalité relative à l'éclatement familial et elle se repli dans l'imaginaire où elle essaye de reconstruire l'union familiale perdue⁽⁷¹⁵⁾.

Le père à son tour a inversé la problématique maternelle en s'abstenant à tous contacts avec sa fille, dans ce cas, son absence prédomine sa présence et une fois encore Nouhaila se trouve privée émotionnellement mais cette fois ci non pas par excès d'affection mais par manque de bienveillance paternelle⁽⁷¹⁶⁾.

Il est à noter que le cumul de ces deux facteurs carenciels susmentionnés n'a pas uniquement déclenché un état dépressif pathologique chez le cas étudié, mais il lui a entraîné une dépression grave selon les critères du CIM10 qui prévoit le repérage d'au moins cinq troubles pour annoncer le diagnostic d'une dépression sévère qui porte la référence F32.2⁽⁷¹⁷⁾. Ces symptômes sont intensément manifestés dans le tableau clinique de Nouhaila. Pareillement, ce diagnostic est approuvé par les résultats du CDI qui a enregistré un score de 34/54 relatif à un état

⁷¹³ A. Dachmi, De **la séduction maternelle négative**, PP : 25-26.

⁷¹⁴ Ibid, P : 31.

⁷¹⁵ Voir la présente étude de cas, **Analyse du CAT et du Dessin de famille**, PP : 278-279.

⁷¹⁶ A. Dachmi, « **Deuil du mort, mort du deuil ou troubles psychosomatiques de l'enfant** », P : 78.

⁷¹⁷ CIM 10, P : 190.

dépressif grave d'après notre répartition à titre indicatif des degrés d'intensité de la dépression infantile ⁽⁷¹⁸⁾.

Les données citées plus haut confirment l'hypothèse N°1 supposant que la carence affective morbide représente un dysfonctionnement relationnel des parents vis-à-vis de leur enfant suite au divorce et il peut provoquer chez ce dernier l'émergence des troubles dépressifs pathologiques ⁽⁷¹⁹⁾.

D'un autre côté l'hypothèse N°3 est affirmée pour le cas étudié en présumant que l'accumulation des facteurs carenciels à savoir l'hyperprotection et la négligence affective parentale accentueraient l'intensité des troubles dépressifs chez les enfants de parents divorcés ⁽⁷²⁰⁾.

⁷¹⁸ Voir la présente thèse, **Répartition des degrés d'intensité de dépression au CDI**, P : 168.

⁷¹⁹ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°1**, P: 16

⁷²⁰ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°3**, P: 16.

1.2. Etude de cas Ikram

- **Données biographiques**

Ikrame est une jeune petite fille âgée de onze ans, elle est issue d'un père qui travaille comme guide touristique, son tempérament est calme et il se comporte tendrement avec son épouse et ses enfants, quant à sa mère elle est femme au foyer et elle est un peu sévère envers les membres de la famille.

Le cas étudié occupe le second rang d'une fratrie de trois enfants, d'abord Zineb, l'aînée, âgée de dix-huit ans, son niveau scolaire est la deuxième année de l'enseignement secondaire préparatoire et elle travaille dans le domaine de l'artisanat, ensuite Ikrame la cadette qui poursuit sa scolarité à la sixième année primaire et enfin Aya la benjamine, elle est âgée de sept ans et elle est en deuxième année de l'enseignement primaire.

Il est à noter que le niveau d'instruction des parents est très faible, ceci se répercute négativement sur le mode de gestion de leurs liens conjugaux, marqués essentiellement par les conflits permanents intensifiés par des interventions inappropriées de la part des membres de la famille maternelle et paternelle concernant les intimités les plus personnelles de ce couple.

Ce climat familial instable a bouleversé les échanges affectifs parent-enfant et il a répercuté négativement sur le cas Ikrame qui a eu un échec scolaire à la quatrième année de l'enseignement primaire.

A l'âge de dix ans, le cas étudié a vécu la séparation dramatique de ses parents. En conséquence, elle n'a pas été préparée à cet événement, et elle a ressenti qu'il est délaissé par son père et elle a subi en parallèle la déception maternelle concernant le départ de son mari.

- **Description des troubles dépressifs**

Le cas Ikrame a enregistré un score global très élevé au CDI de 33/54, cette note correspond à un état dépressif grave selon la répartition des degrés d'intensité de dépression que nous avons adoptée dans le cadre

de la présente thèse ⁽⁷²¹⁾. Ce niveau supérieur du malaise dépressif est répertorié au CIM 10 sous référence F32.2 et il porte la nomination d'épisode dépressif sévère ⁽⁷²²⁾.

L'aggravation de cet état éventuellement pathologique se reflète à travers sept troubles les plus intenses au CDI que nous allons décliner dans ce qui suit :

◆ **Les troubles du sommeil**, sont fortement exprimés au CDI du cas étudié avec un score de 2/2. Dans ce sens Ikrame nous a révélé qu'elle rencontre la plupart du temps de sérieuses difficultés d'endormissement ; dès qu'elle s'allonge sur son lit, elle ne cesse de penser à son père avec beaucoup d'inquiétude en se disant : « Est-ce qu'il arrive à dormir loin de moi ? », « Est-il triste ? », « Est-ce qu'il n'a pas faim ? ».

Selon D. Petot, ces insomnies sont fréquentes chez les enfants énormément carencés en général ⁽⁷²³⁾ et ils sont plus intenses auprès des enfants issus de parents divorcés étudiés dans le cadre de cette recherche.

◆ Dans le même sens, les **troubles de l'appétit** sont intensivement manifestés au CDI par une note de 2/2, dans ce contexte le cas étudié a rapporté qu'il lui arrive à plusieurs reprises de perdre le désir de manger pendant des périodes qui dépassent quinze jours.

P. Jammet a démontré que cette restriction alimentaire s'accroît progressivement chez l'enfant qui présente un déséquilibre psychique ⁽⁷²⁴⁾ et c'est éventuellement le même scénario qui s'est produit au sujet du cas Ikrame qui a commencé à désinvestir inconsciemment son désir de manger à tel point que cette privation nutritionnelle est devenue un souci majeur pour la mère et une source de critique parentale indésirable pour cette petite fille.

◆ En ce qui concerne les **troubles psychomoteurs**, ils sont facilement remarquables au CDI (1,6/2), et au cours même des entretiens, le cas

⁷²¹ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

⁷²² CIM 10, P: 190.

⁷²³ D. Petot, « **Les dépressions**», In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P: 118.

⁷²⁴ P. Jammet, **Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'adolescent**, PP : 25-26.

étudié a précisé la nature de ce symptôme « Je suis souvent agitée en classe » et elle devient parfois agressive à l'égard de ses copines pendant le jeu parce qu'elle n'arrive pas à contrôler son excitation gestuelle désorganisée.

Il est à noter d'après D. Marcelli que l'agitation psychomotrice est investie par un nombre important des enfants en période de latence comme une réaction à une situation pathogène ⁽⁷²⁵⁾, qui se concrétise dans le cas d'Ikrame par une mésentente conjugale prolongée entre ses parents suivie par un divorce mal préparé.

◆ Dans le même cheminement D. Marcelli met l'accent sur les répercussions négatives de l'instabilité psychomotrice sur la **capacité de concentration** chez l'enfant ⁽⁷²⁶⁾, ceci se concrétise clairement à travers la note enregistrée par le cas étudié aux items relatifs à ce trouble qui est de (1,5/2).

Il est à mentionner dans ce cadre que cette petite fille a redoublé à la quatrième année de l'enseignement primaire parce que ses instituteurs lui reprochent en permanence son manque d'attention pendant les cours.

◆ Les idées noires et les pensées suicidaires sont remarquablement représentées au CDI par une note relativement supérieure (1,5/2), à ce propos elle a choisi la réponse « Je veux quitter la vie » à l'item N°9, et même durant les entretiens elle a rapporté qu'elle est souvent préoccupée par des idées pessimistes telles que : « Pourquoi la vie est intolérable ?! », « Pourquoi mes parents m'ont mise au monde ?! ».

Ces pensées négatives sont le résultat de la défaillance des liens affectifs des parents vis-à-vis du cas étudié. Cette carence émotionnelle est engendrée essentiellement par les instants difficiles de mésentente conjugale ⁽⁷²⁷⁾ avant le divorce clôturé par un éclatement brutal de l'union familiale. Ce cumul des facteurs carenciels aurait accentué l'état dépressif du cas Ikrame.

⁷²⁵ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 19.

⁷²⁶ Ibid, P : 67.

⁷²⁷ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des idées noires et des tentatives de suicide**, PP : 108-110.

◆ *La dévalorisation de soi est visiblement exprimé au CDI par le biais d'une note supérieure à la moyenne (1,5/2), cette autodépréciation se reflète clairement à l'item N°25 : « Personne ne m'aime vraiment », d'après D. Petot ce sentiment est rarement absent dans le tableau clinique de la dépression réactionnelle ⁽⁷²⁸⁾, son aggravation chez le cas Ikrame est relative d'une part à sa conviction que son père l'a rejetée parce qu'elle ne mérite pas d'être aimée et d'autre part, elle croit qu'elle n'a aucune valeur pour sa mère car elle est, souvent préoccupée par ses blessures narcissiques conjugales.*

◆ *La tristesse exagérée constitue l'un des effets négatifs de la dévalorisation de soi, à ce propos le cas étudié a enregistré une note élevée dans les items liés à ce trouble au CDI (1,33/2), elle a même rapporté au cours des entretiens qu'elle pleure souvent parce qu'elle croit être responsable de la réconciliation entre ses parents, mais elle se sent incapable de le faire, c'est pour cette raison que son chagrin devient généralisé ⁽⁷²⁹⁾ dans la majorité des activités journalières du cas Ikrame (scolarité, jeu, contact familial) et persistant presque de tous les jours.*

Il est important de signaler à la fin de cette description des signes sémiologiques présentés par le cas étudié, que d'autres troubles sont également mobilisés au CDI comme la perte d'intérêt et le sentiment de culpabilité qui sont faiblement représentés. Quant à la fatigue ou la perte d'énergie elle n'est pas sollicitée.

- **Synthèse diagnostique**

A la lumière des données précitées, nous pouvons dire que le cas Ikram présente une dépression éventuellement pathologique à caractère réactionnel répertoriée au CFTMEA R-2012 sous référence N°4.1 ⁽⁷³⁰⁾ parce que les troubles de cette fille ont émergé dans le cadre d'une carence affective engendrée par la désharmonie des liens parentaux qui s'est accentuée après la rupture des liens conjugaux. Cette étiologie est

⁷²⁸ D. Petot, « **Les dépressions**», In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 116.

⁷²⁹ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 15.

⁷³⁰ CFTMEA R-2012, P : 40.

mentionnée par les auteurs en psychopathologie comme l'un des facteurs déclenchant de l'état dépressif réactionnel chez l'enfant ⁽⁷³¹⁾.

La dépression du cas étudié peut être catégorisée également par rapport à son intensité dans le niveau sévère pour plusieurs raisons. D'abord parce que le score total au CDI de cette petite fille est de 33/54, qui correspond à une dépression grave selon la répartition que nous avons adoptée à titre indicatif au sein de ce travail de recherche ⁽⁷³²⁾.

Ensuite, nous avons décrit sur le plan sémiologique sept troubles qui représentent les manifestations dépressives les plus accentuées dans le tableau clinique du cas Ikrame à savoir :

- 1- les troubles du sommeil (insomnie)
- 2- le dérèglement de l'appétit (anorexie)
- 3- l'agitation psychomotrice
- 4- l'altération de la concentration
- 5- les idées noires et les pensées suicidaires
- 6- la dévalorisation de soi
- 7- la tristesse exagérée

Il est à noter que cet état dépressif grave est répertorié au CIM 10 sous référence F32.2 et il est conditionnée par la présence de cinq troubles au minimum ⁽⁷³³⁾.

Enfin, et malgré l'existence d'autres symptômes à caractère dépressif notamment la perte d'intérêt et le sentiment de culpabilité nous les avons écartés parce qu'ils n'ont pas une répercussion notable sur l'état dépressif du cas étudié.

⁷³¹ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques**, P : 73.

⁷³² Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant(CDI)**, P : 168.

⁷³³ CIM 10 P : 190

- **Analyse du test CAT**

Les thèmes principaux évoqués dans le protocole CAT du cas Ikram sont d'abord, sa représentation de sa mère en tant qu'un objet parfois bon à la planche N°4 (la mère nourrit ses enfants)⁽⁷³⁴⁾ et des fois mauvais dans l'image N°10 où une chienne brutalise sévèrement son petit chiot. Pareillement, la jeune fille a avoué à travers l'histoire relative à la figure N°1 que les petits poussins partagent continuellement les chagrins de leur mère la « poule » dû à sa séparation avec son époux le « coq »⁽⁷³⁵⁾.

Quant à son père, elle le perçoit comme un objet caractérisé par la faiblesse et l'impuissance car il est incapable de gérer et de solutionner les petits problèmes de sa famille. Ce scénario est projeté dans l'histoire d'un vieux lion qui n'arrive pas à maîtriser les animaux de son territoire au sein de la forêt à la planche N°3, pourtant le cas étudié a manifesté son amour à l'égard de cet objet paternel défaillant⁽⁷³⁶⁾.

Cependant, l'examinée n'a pas caché sa haine vis-à-vis du père : le tigre se montre grossier à l'égard du singe, mais ce dernier se sent parfois plus fort que cet animal féroce et il compte se venger de lui⁽⁷³⁷⁾. Il est important de signaler que les liens fraternels sont sollicités d'une manière superficielle voire négligeable dans les images du CAT parce que Ikram est entièrement préoccupée par la distorsion de ces interactions émotionnelles avec ses parents.

Dans ce cadre, elle a exposé à la planche N°2 les conflits parentaux aberrants, symbolisés par un ours qui tire une corde du côté gauche pour faire tomber une ourse (mère) et son alliée l'ourson (enfant), les deux tiennent la ficelle du côté droit, et une fois la corde est coupée, cela officialise la rupture des liens conjugaux entre les parents d'après l'examinée. Suite à la narration de ces événements tragiques, le sujet a élaboré le souhait que ces deux acteurs se réconcilient pour retrouver le bonheur familiale perdu⁽⁷³⁸⁾.

⁷³⁴ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 13.

⁷³⁵ Ibid, P: 15.

⁷³⁶ Ibid, P: 14.

⁷³⁷ Voir la présente thèse, **Analyse du CAT : Planche N°7**, P : 190.

⁷³⁸ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 13.

Il est à noter que ces désirs fantasmatiques de réconciliation entre les parents et les histoires imaginaires qui les accompagnent sont inventées par Ikram surtout à la planche N°4 et N°5 qui mobilisent clairement les relations triangulaires père-mère-enfant et à travers lesquelles le sujet saisit l'occasion pour exprimer son aspiration consistante pour que son père et sa mère se remarient. Dans ce contexte la jeune fille est consciente de l'impact négatif des interventions des personnes proches de la famille qui ont accentué la mésentente conjugale entre ses parents et ont participé activement dans leur désunion maritale ⁽⁷³⁹⁾.

- **Analyse du test dessin de famille**

Les premiers personnages dessinés sans le père, puis la mère et non pas la fille nommée Asma qui représente le cas étudié, cette personne est figurée dans une zone écartée au sein de la partie droite de la feuille du dessin et elle n'est pas située dans son emplacement habituel entre ses deux parents; ceci contredit la tendance prépondérante chez les enfants de la période de latence à l'autonomie qui implique la mise en valeur de soi avant d'évoquer autrui ⁽⁷⁴⁰⁾.

Cette position marginalisée pourrait être choisie par l'examinée d'une part, car elle est furieuse contre ses parents qui ont occasionné l'éclatement familial par le divorce et d'autre part parce qu'elle n'a pas réussi à réconcilier son père avec sa mère, donc elle croit qu'elle ne mérite pas d'être représentée dans le dessin et c'est probablement la raison pour laquelle elle a figuré la petite-fille Asma puis elle l'a gommée pour la redessiner une nouvelle fois loin de ses parents ⁽⁷⁴¹⁾.

Ce ressentiment envers les objets parentaux est intensément exprimé surtout à l'égard du père qui est représenté avec des cheveux pointus, des dents aigues et effrayants, ainsi qu'un visage noirci par des traits forts qui reflèteraient les puissantes pulsions haineuses et agressives du sujet, vis-à-vis de l'objet paternel qui a abandonné son épouse et ses enfants ⁽⁷⁴²⁾.

⁷³⁹ Ibid, P : 14.

⁷⁴⁰ Voir la présente thèse, **La période de latence de la carence à la dépression**, P : 23.

⁷⁴¹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 36.

⁷⁴² Ibid, P : 24.

Dans le même sens, le mécontentement du cas étudié relatif à l'objet maternel est manifesté d'une façon moins violente à travers le traçage d'un visage monstrueux, particulièrement au niveau des yeux surchargés par le crayon qui indiquerait la haine éminente de Ikram envers sa mère⁽⁷⁴³⁾. Similairement, les yeux des trois personnages père-mère-enfant sont dessinés sans pupilles, comme-ci ils regardent dans le vide ou ils sont plutôt aveugles, ce regard pessimiste du contexte familial indiquerait que Ikram est gravement carencée et elle est intensément déprimée⁽⁷⁴⁴⁾.

Quant aux bras des personnages, ils sont légèrement tendus les uns vers les autres, mais ce pseudo-contact est clairement repéré par leur taille très petite par rapport aux autres membres du corps et même les doigts des mains ils sont fusionnés, ceci affirme une fois de plus la froideur affective qui règne dans les relations triangulaires père-mère-enfant⁽⁷⁴⁵⁾.

Nous avons remarqué également l'absence des sentiments de quiétude, d'assurance et de confiance, ce climat d'insécurité familiale se traduit par l'omission de figurer la terre, symbole de stabilité et de paix psychique, bien au contraire les personnages flottent dans l'air de la feuille du dessin⁽⁷⁴⁶⁾.

Cette atmosphère relationnelle dysphorique marquée par l'hostilité envers les objets parentaux est projetée notamment sur les éléments de la nature comme le soleil faisant allusion au père (de la même manière que la lune représente la mère), il est caractérisé par des rayons dessinés comme les dents du requin désignant ainsi les pulsions agressives à l'égard de son papa défaillant, semblablement les oiseaux qui volent dans le ciel sont tracés en forme (W) avec des extrémités parfois pointues qui indiqueraient la libération instinctive de l'hostilité interne sur le paysage externe.

Enfin elle est important de signaler que si la fratrie est évoquée d'une façon superficielle dans le protocole CAT du cas Ikram, ce thème est totalement exclu dans le dessin de famille, ceci confirme à nouveau que cette jeune fille est préoccupée par la problématique de sa carence

⁷⁴³ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 204.

⁷⁴⁴ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 36.

⁷⁴⁵ Ibid, P: 26.

⁷⁴⁶ Ibid, P: 27.

affective relative à la rupture des liens conjugaux entre ses parents, ce sujet inquiétant entrave son chemin vers l'autonomie.

- ***Approche psychopathologique***

Durant les étapes de sa première enfance (0 à 5 ans), Ikram a vécu dans un climat familial affectueux et chaleureux caractérisé par des relations harmonieuses entre ses parents, cependant au cours de sa deuxième enfance (période de latence entre 6 et 12 ans) les mésententes conjugales parentales sont devenues de plus en plus récurrentes motivées essentiellement par les interventions malveillantes des membres de la famille maternelle et paternelle concernant les intimités les plus confidentielles de ce couple faiblement instruit, de ce fait vulnérable à l'influence d'autrui.

La persistance de ce désaccord marital a déclenché le divorce alors que le cas étudié avait 10 ans. Suite à cette désunion mal gérée par les parents d'Ikram, celle-ci a présenté un échec scolaire à la quatrième année de l'enseignement fondamental suscité par les troubles de concentration, à ce propos les instituteurs rapportent que cette jeune fille n'arrive pas à suivre convenablement les cours et son humeur devient coléreuse quand on lui reproche son inattention.

Dès lors, au lieu que les parents essaient de remédier les séquelles psychiques de l'éclatement familial, ils se sont enfermés dans un cercle vicieux de querelles et de récriminations entre eux.

Cette double distorsion des liens affectifs paternels et maternels constitue selon D. Marcelli un facteur pathogène à haut risque qui n'a pas engendré uniquement un état dépressif pathologique chez le cas étudié, mais il l'a prédisposé à présenter une dépression grave ⁽⁷⁴⁷⁾ repérée par un score de 33/54 au CDI, ce niveau supérieur de malaise dépressif est répertorié au CIM 10 sous référence F32.2 ⁽⁷⁴⁸⁾.

Cette conséquence néfaste de l'accumulation des différents types de privation émotionnelle est similaire à la problématique

⁷⁴⁷ Voir la présente étude de cas, **Description des troubles dépressifs**, PP : 284-288.

⁷⁴⁸ D. Marcelli, **Enfance et psychopathologie**, PP: 446-447.

psychopathologique du cas «Y» investigué dans le cadre de notre mémoire de DESS, cet enfant a présenté des troubles psychosomatiques sévères relatifs à la coexistence de l'hyper-protection maternelle et la négligence affective paternelle ⁽⁷⁴⁹⁾.

Cette condensation des facteurs frustrationnels est confirmée par les résultats du CAT où les parents sont décrits par cette dernière dans la majorité des histoires imaginaires qu'elle a produit comme des objets de moins en moins bons et de plus en plus mauvais, quant aux personnes de son âge à savoir sa fratrie, elle les a évoquée d'une façon superficielle témoignant ainsi qu'elle est tellement préoccupée par la problématique de défaillance affective parentale ⁽⁷⁵⁰⁾. Dans le même sens, les données recueillies par le dessin de famille affirme l'amplitude de de sa rancune envers ses parents ⁽⁷⁵¹⁾.

Les éléments psychopathologiques susmentionnés prouvent la compatibilité de notre hypothèse N°1 avec le cas Ikram stipulant que le dysfonctionnement morbide des liens affectifs parent-enfant répercute négativement sur la santé mentale de ce dernier sous forme de troubles dépressifs pathologiques ⁽⁷⁵²⁾.

Pareillement, l'hypothèse N°3 est également accommodée avec le vécu de la jeune fille investigué vu que l'accumulation de ses carences affectives paternelles et maternelles a accentué l'intensité de ses symptômes dépressifs ⁽⁷⁵³⁾ qui ont endommagé les activités fondamentales de sa vie quotidienne notamment : le sommeil, la nutrition, la psychomotricité et la vigilance ⁽⁷⁵⁴⁾.

⁷⁴⁹ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, PP : 49-50

⁷⁵⁰ Voir la présente étude de cas, **Analyse du test CAT**, PP : 289-290.

⁷⁵¹ Voir la présente étude de cas, **Analyse du test Dessin de famille**, PP : 290-291.

⁷⁵² Voir la présente thèse, **Hypothèse N°1**, P : 16.

⁷⁵³ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°3**, P : 16.

⁷⁵⁴ Voir la présente étude de cas, **Description des troubles dépressifs**, PP : 284-288.

1.3. Etude de cas Abdel-Ilah

- **Données biographiques**

Avant de décrire ses manifestations dépressives, il est à noter que les parents de cet enfant se sont divorcés alors qu'il avait deux ans, il vivait au début avec sa mère dans la commune rurale d'Imintanoute jusqu'à l'âge de cinq ans, dès lors son père l'a pris en charge et il continue à vivre avec lui à nos jours à la ville d'Agadir.

A travers les entretiens réalisés avec Abdel-Ilah, nous avons constaté qu'il est gravement triste, il pleure souvent pour trois raisons, d'abord parce que la séparation de ses parents s'est produite à un âge précoce de son enfance, ensuite il a tellement souffert et il se plaint toujours de sa séparation avec sa mère qu'il n'arrive pas à accepter jusqu'à présent, et enfin il se sent seul et délaissé par ses deux parents parce que son père s'est remarié et il a une petite fille de sept ans.

Sa mère aussi a épousé un homme avec lequel elle a eu une fille âgée de trois ans et un garçon âgé de 12 ans, cette fratrie représente pour le cas étudié une source supplémentaire de chagrin parce qu'il éprouve de la jalousie envers son frère et ses sœurs qui vivent tous au sein de familles unies et il est l'unique enfant issu de parents séparés.

- **Description des troubles dépressifs**

A la lumière des données biographiques susmentionnées, nous pouvons effectuer une lecture sémiologique des troubles dépressives de cet enfant dans ce qui suit :

Il est important de signaler à ce propos que Abdel-Ilah est parmi les rares cas de notre échantillon qui disposent d'une capacité d'exprimer clairement son malaise dépressif, ceci nous faucillerait la description clinique de ses troubles.

Nous allons réaliser l'approche diagnostique de cet enfant en se basant sur l'exploitation de trois éléments essentiels, d'abord les résultats de l'application de l'épreuve CDI, ensuite la description élaborée par

l'enfant concernant ses propres troubles et enfin nos remarques et nos observations au cours des entretiens cliniques que nous avons effectués avec ce dernier.

Le premier constat que nous avons relevé dans cette approche diagnostique est l'intensité exaspérante de l'état dépressif du cas Abdel-Ilah qui se reflète au CDI par un score global de 30/54 représentant, d'une part un état pathologique parce qu'il est supérieur à la note 15/54 ⁽⁷⁵⁵⁾ et d'autre part, le score de cet enfant correspond à une dépression grave selon la répartition que nous avons adopté à titre indicatif dans le cadre de cette thèse ⁽⁷⁵⁶⁾.

Il est important de signaler que neuf troubles sur dix sont mobilisés au CDI du cas étudié, ceci reflèterait le caractère généralisé du malaise dépressif sur une grande partie de ses facultés physiques et psychiques. Cependant nous allons focaliser notre attention sur cinq symptômes qui perturbent le plus le flux normal des activités habituelles de la vie quotidienne de cet enfant à savoir : les idées noires et les tentatives de suicide, la dévalorisation de soi, les troubles motrices, la tristesse exagérée et les troubles du sommeil.

*◆ En ce qui concerne les **idées noires et les tentatives de suicide** Abdel-Ilah a enregistré le score le plus élevé au CDI (1,5/2), à ce propos ses choix de réponses aux items relatifs à ce symptôme reflètent d'une part ses idées pessimistes « j'ai souvent peur que de mauvaises choses se produisent dans ma vie » (item N°6), et d'autre part ses pensées suicidaires « je veux quitter ce monde » (item N°9) ; similairement, il a rapporté lui-même au cours des entretiens cliniques qu'il se trouve souvent amené à penser d'une manière involontaire à ses idées noires et il n'arrive pas à les écarter de son esprit.*

Dans ce cadre et selon une étude clinique effectuée par M. Kovacs, les deux tiers des enfants déprimés et gravement carencés présentent des idéations suicidaires, mais le passage à l'acte est rare au cours de l'enfance et il pourrait se manifester plutôt durant l'adolescence ⁽⁷⁵⁷⁾, et

⁷⁵⁵ Voir la présente étude de cas, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

⁷⁵⁶ Ibid, P : 168.

⁷⁵⁷ D. Petot, « **Les dépressions** », In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 117.

c'est typiquement le scénario qui s'est produit chez le cas de Abdel-Ilah qui a manifesté son pessimisme, son désespoir et ses pensées de mort relatifs à son intense carence affective prolongée au cours de toutes les étapes de son enfance, mais il rapportait également qu'il n'a jamais osé effectuer un acte suicidaire ⁽⁷⁵⁸⁾.

◆ *Le second trouble qui constitue la base sous-jacente des idées noires chez le cas Abdel-Ilah est la **dévalorisation de soi**, il est à noter qu'au cours des entretiens, l'enfant avouait l'existence de ce symptôme chez lui, mais il n'a pas parlé de son intensité exaspérante qui s'est dévoilée à travers le score très élevé inscrit dans le CDI (1,5/2).*

Les items relatifs à ce symptôme reflèteraient une double sous-estimation de soi chez l'enfant puisqu'il s'est orienté dans l'item N°7 vers la réponse « je me déteste », quant à l'item N°25 il a choisi la phrase suivante « personne ne m'aime vraiment », cette généralisation de l'autodépréciation relative à l'image de soi ainsi que la représentation dévalorisante qu'il croit que les personnes de son entourage portent sur lui, nous permettraient de dire que nous sommes éventuellement devant un sentiment de haine pathologique dirigé envers soi.

Selon un nombre important des cliniciens, la dévalorisation de soi est rarement absente dans la dépression pathologique à caractère réactionnel chez l'enfant, mais il est difficile de la mettre en évidence uniquement par le biais de l'entretien clinique, c'est pour cette raison que le recours à d'autres outils d'investigation à savoir les tests projectifs s'avère indispensable pour la mise en relief de ce sentiment morbide ⁽⁷⁵⁹⁾ et c'est ce que nous allons faire en utilisant le test CAT et le dessin de famille dans le cadre de l'approche psychopathologique.

◆ *A propos des **troubles motrices**, ils sont eux aussi activement investi, étant donné que le cas Abdel-Ilah a eu une note supérieure aux items liés à cette expression dépressive (1,33/2), dans l'item N°2 par exemple il a opté pour la réponse « Toutes les activités que je réalise ne passent pas comme il faut ». Quant à l'item N°21 il a sélectionné la phrase*

⁷⁵⁸ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 24.

⁷⁵⁹ Op cit, D. Petot, P : 116.

suivante : « J'éprouve rarement le plaisir au sein de l'école où j'ai étudié ».

Les propos de l'enfant lors des entretiens renforceraient sa tendance à la surexploitation de l'excitation psychomotrice dans les activités ludiques et sportives qui le conduisent à un état de fatigue et d'épuisement débordante (ceci est confirmé par un score important 1/2 au CDI). A ce sujet, l'enfant nous a confié qu'il s'engage pleinement dans le jeu et le sport pour extérioriser son malaise psychique.

Il est à noter dans ce cadre que le cas étudié au lieu de décharger son malaise dépressif d'une manière négative à travers l'agitation et l'instabilité psychomotrice, il a manifesté sa carence affective pathogène d'une façon sublimatoire par le biais des activités ludiques et sportives⁽⁷⁶⁰⁾.

◆ *Le sentiment de **tristesse exagérée** constitue l'un des troubles les plus intenses chez le cas Abdel-Ilah pour deux raisons : d'abord parce que le résultat relatif à ce symptôme est significatif, ensuite car l'expression de cet affect dépressif au cours des entretiens cliniques est alarmante voire inquiétante.*

Il est important de signaler au début que le score relatif au chagrin enregistré par cet enfant au CDI est élevé (1,33/2), cette humeur dysphorique se concrétise à l'item N°1 à travers la réponse suivante : « Je me sens triste durant tous les moments », le surinvestissement du mécontentement se reflète aussi à l'item N°10 où le sujet a choisi l'expression « J'ai souvent envie de pleurer ».

Nous avons constaté également au cours des entretiens que le cas étudié pleure d'une manière répétitive et manifeste un chagrin exaspérant surtout quand il évoque sa séparation inconcevable avec sa mère. Dans ce contexte D. Marcelli a démontré que cet affect dépressif peut émerger comme un trouble réactionnel lié à une situation pathogène⁽⁷⁶¹⁾ qui se

⁷⁶⁰ K. Gueniche, **Psychopathologie de l'enfant**, P : 32.

⁷⁶¹ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 19.

concrétise dans la présente recherche par la rupture précoce des liens conjugaux entre les parents du cas Abdel-Ilah.

Marcelli a expliqué aussi que ce symptôme pourrait s'aggraver si la situation anxiogène devient permanente ⁽⁷⁶²⁾ et c'est typiquement le cas de cet enfant qui n'a pas bénéficié d'une préparation à l'occasion du divorce dramatique de ses parents et il a tellement souffert par la suite depuis sa séparation prolongée avec sa mère.

Ces deux facteurs carenciels ont accentué la tristesse pathologique du cas étudié et ils l'ont prédisposé à sombrer dans une dépression grave.

♦ **Les troubles du sommeil** occupent une place importante dans la symptomatologie du cas étudié, même s'ils ne sont pas suffisamment explicités au CDI avec un score relativement moyen (1/2), néanmoins lors de l'entretien clinique l'enfant nous a avoué qu'il lui arrive souvent depuis des années et jusqu'à présent de passer des nuits blanches durant lesquelles il pense d'une manière douloureuse à sa séparation avec sa mère, et il se dit pourquoi tous les enfants vivent avec leurs parents (surtout ses demi frères et sœurs) mais lui il est condamné à vivre en permanence loin de sa mère qui est préoccupée par ses nouveaux enfants et c'est la même situation vécue par le cas investigué dans le foyer paternel.

Ceci intensifie la carence affective d'Abdel-Ilah dans la mesure où il se sent seul et délaissé. Ses sentiments négatifs à tonalité dysphorique sont exprimés à l'item N°20 relatif à la perte d'intérêt et le déplaisir où il a choisi la réponse « Je me sens souvent seul », ainsi que l'item N°25 lié à la dévalorisation de soi dans lequel il a sélectionné l'expression « Personne ne m'aime vraiment », à ce propos l'aggravation de l'état dépressif du cas étudié pourrait être corrélative au manque d'un effort parental de dédramatisation de sa situation autant qu'enfant issu d'un couple divorcé.

Il est à noter que les troubles du sommeil sont manifestés par le cas Abdel-Ilah d'une manière implicite par le biais de sérieuses difficultés d'endormissement et non pas d'une façon explicite par le refus de se

⁷⁶² Ibid, P : 19.

coucher ⁽⁷⁶³⁾, cela reflèterait selon A. Dachmi l'impact négatif de la distorsion des liens affectifs parent-enfant qui se concrétise par une intolérable séparation prolongée du cas étudié avec sa mère engendrée par une absence maternelle qui prédomine sa présence ⁽⁷⁶⁴⁾.

Il est important de signaler avant de présenter une synthèse diagnostique du cas Abdel-Ilah que ce dernier a manifesté d'autres troubles dépressifs au CDI et même aux entretiens cliniques comme : les troubles de concentration, la perte d'intérêt, la fatigue et le sentiment de culpabilité exagérée, cependant nous n'avons pas décrit ces signes sémiologiques parce qu'ils sont moins graves par rapport aux cinq troubles décrits dans ce qui précède.

Il est à noter que l'ensemble des symptômes susmentionnés confirment le caractère généralisé de l'expression dépressive chez cet enfant.

- **Synthèse diagnostique**

Succinctement, nous pouvons dire que le cas Abdel-Ilah présente éventuellement un état dépressif grave à caractère réactionnel ⁽⁷⁶⁵⁾, d'abord parce que sa dépression a émergé comme une réaction morbide à une carence affective pathogène engendrée par un divorce dramatique de ses parents suivi d'une séparation prolongée avec sa mère. Cette catégorie de dépression est classée au CFTMEA R-2012 sous le code N°4.1 ⁽⁷⁶⁶⁾, de même, son état dépressif est intense parce qu'il a enregistré un score global très élevé au CDI : 30/54, cette note correspond à une dépression sévère selon notre répartition des degrés d'intensité des états dépressifs infantiles et elle est répertoriée dans le CIM 10 sous référence F 32.2 ⁽⁷⁶⁷⁾.

Parmi les arguments qui renforcent ce diagnostic, nous pouvons citer le tableau clinique présenté par cet enfant au cours des entretiens, qui indique d'une part l'existence d'une expression dépressive généralisée

⁷⁶³ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 18.

⁷⁶⁴ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 26.

⁷⁶⁵ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

⁷⁶⁶ CFTMEA R-2012, P : 40.

⁷⁶⁷ CIM 10, P : 190.

sur un nombre important de ses activités quotidiennes (neuf symptômes sur dix) et d'autre part la prédominance de cinq troubles dépressifs qui sont mobilisés d'une manière intense au CDI à savoir :

1. *Les idées noires et les tentatives de suicide*
2. *La dévalorisation de soi*
3. *Les troubles psychomoteurs (agitation)*
4. *Le sentiment de tristesse exagérée*
5. *Les troubles du sommeil (insomnie).*

Il est à noter d'abord que la persistance de ces cinq symptômes au-delà de quinze jours consécutifs chez le cas étudié confirme selon les critères du CIM 10 que nous sommes devant un épisode dépressif sévère.

Il est important de souligner aussi à la fin de cette approche diagnostique que le cas Abdel-Ilah a réussi partiellement à exprimer son malaise dépressif d'une manière sublimatoire à travers le défolement de son agitation psychomotrice à travers les activités ludiques et sportives, nous assisterons parallèlement à cette élaboration psychique positive à un échec de sublimation dans l'extériorisation des autres troubles dépressifs
(768)

- ***Analyse du CAT***

Le protocole CAT du cas Abdel-Ilah se caractérise par le surinvestissement de l'imaginaire et le désinvestissement de la réalité. Ce constat est relevé à la lumière de l'analyse d'un nombre important d'histoires qu'il a produites dans lesquelles il nous présente des scènes où ses parents natals sont réconciliés et ils passent de bons moments avec lui (Planche N°2, N°4, N°6).

Ceci se reflète dans la planche N°2 qui stimule sérieusement les éventuelles relations conflictuelles entre les objets parentaux, voire même la problématique du divorce, cependant le cas étudié a imaginé ses parents

⁷⁶⁸ Voir la présente thèse, **La période de latence de la carence à la dépression**, P : 23.

en train de jouer avec la corde, quant à lui il occupe le rôle de l'allié de sa mère et les trois sont imprégnés par ce climat d'épanouissement ⁽⁷⁶⁹⁾.

Les données précitées impliquent une mobilisation massive des défenses psychiques contre l'angoisse de perte d'objet à tel point qu'il n'a pas réussi à avouer la réalité de la rupture des liens conjugaux que tardivement à la planche N°9 où il a exprimé son pénible sentiment de solitude et sa triste conviction, que ses parents l'ont abandonné en procédant au divorce ⁽⁷⁷⁰⁾.

Sa fixation sur l'image idéale de sa mère bien aimée (toujours bonne et jamais mauvaise) est très visible au sein de plusieurs récits, comme la planche N°5 dans laquelle il a dénié l'existence de l'objet paternel et il se réjouit de la monopolisation de l'amour maternel à tel point qu'il craint que son père le tue parce qu'il l'écarte de la triade père-mère-enfant ⁽⁷⁷¹⁾.

L'enfant est allé même plus loin en manifestant ses tendances régressives à la planche N°10 où il se réjouit de sa mère qui le gronde parce qu'il a uriné dans ses vêtements malgré son âge avancé (de 12 ans) ⁽⁷⁷²⁾.

Cependant sa relation avec l'objet paternel est équilibrée, car elle implique des moments d'entente à la planche N°7 par exemple où le singe joue avec le tigre, et des instants de mésentente à la planche N°3 dans laquelle la souris taquine le lion ⁽⁷⁷³⁾. Ceci voudrait dire que l'image de l'objet paternel n'est pas idéalisée (comme c'est le cas pour la représentation de la mère), mais elle est plutôt réaliste parce qu'elle englobe deux pôles essentiels : la satisfaction et la frustration.

Quant aux relations fraternelles, elles sont tendres dans la majorité des situations projectives du CAT tel que la planche N°1 où la belle mère lui donne la nourriture avec ses demi-frères, mais lui il est jaloux de ces derniers et il se montre hostile envers eux à la moindre contrariété ⁽⁷⁷⁴⁾.

⁷⁶⁹ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'apperception pour enfants**, P : 13.

⁷⁷⁰ Voir la présente thèse, **L'analyse du CAT : Planche N°9**, P : 190.

⁷⁷¹ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'apperception pour enfants**, P : 14.

⁷⁷² Ibid, P : 15.

⁷⁷³ Voir la présente thèse, **L'analyse du CAT : Planche N°3**, P : 189.

⁷⁷⁴ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'apperception pour enfants**, P : 13.

Ceci reflète l'état archaïque du Moi de l'enfant qui est fixé aux stades primaires du développement psycho-affectif et il s'abstient de bénéficier de l'amour compensatoire de sa belle-mère, de même il ne fournit aucun effort pour s'intégrer parmi ses demi frères et sœurs.

- **Analyse du test dessin de famille**

Selon R. Mises l'enfant en période de latence se caractérise par la mise en valeur de son propre Moi indépendant des objets parentaux ⁽⁷⁷⁵⁾, cependant le personnage le plus important dans le dessin de famille du cas Abdel-Ilah est sa mère, il l'a considéré comme la personne la plus tendre, la plus gentille et la plus aimée ⁽⁷⁷⁶⁾. En parallèle à cette image idéalisée de la mère uniquement bonne, le père est représenté également de façon valorisante mais il est décrit aussi comme étant le moins heureux car il se comporte parfois d'une façon sévère à l'égard de ses enfants ⁽⁷⁷⁷⁾.

Quant au cas étudié, il est dessiné entre ses parents en déclarant être le plus heureux, et que sa sœur figurée à l'extrémité gauche du dessin éprouve de la jalousie envers lui, car il se réjouit d'une affection parentale exceptionnelle. Cependant les données biographiques prouvent le contraire, parce que c'est lui qui est jaloux de ses demi-frères et sœurs maternels et paternels parce qu'ils vivent au sein d'une famille non éclatée par le divorce, c'est pour cette raison peut-être que sa représentation graphique ne figure pas la réalité mais elle reflète plutôt une situation familiale imaginée et souhaitée par l'enfant ⁽⁷⁷⁸⁾.

A ce propos il a dessiné la terre pleine de verdure dans la partie inférieure de la feuille, qui symbolise, le dynamisme, la joie et l'euphorie, et il a représenté les membres de sa famille dans la partie supérieure de sa production graphique et leurs pieds sont loin de la terre, ceci reflèterait un énorme vide émotionnel et un pessimisme exagéré. Dans le même sens, l'ensemble des parties du corps des personnages sont clairement dessinés à l'exception des mains figurées avec une taille très petite et les doigts sont fusionnées, raison pour laquelle même si le père, la mère et les enfants

⁷⁷⁵ R. Mises, **La période de latence vers une réévaluation du concept**, In Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, P : 9, Volume 58, N°: 1-2, Université paris XI, France, 2010

⁷⁷⁶ L. Corman, **Test du dessin de la famille**, PP : 19-20.

⁷⁷⁷ Ibid, PP : 44-45.

⁷⁷⁸ L. Corman, **Test du dessin de la famille**, P : 42.

sont attachés les uns aux autres par les mains mais cet attachement s'avère superficiel et reflète une sérieuse froide affective⁽⁷⁷⁹⁾.

En ce qui concerne les couleurs, elles sont utilisées d'une manière limitée sur le corps des personnages, le tronc de la mère par exemple est figuré avec une teinture jaune sombre qui indiquerait une régression à la phase de la relation primaire mère-enfant. Pareillement, le bleu foncé qui remplit le tronc de l'enfant témoignerait d'une froideur affective. Enfin le vert encombre massivement la verdure de la terre, sa configuration intensive écarte l'aspect positif de cette couleur qui implique l'espoir de retrouver le bonheur familial et il fait référence plutôt à son aspect négatif à savoir la révolte et la colère vis-à-vis des objets parentaux frustrants⁽⁷⁸⁰⁾.

Succinctement, les deux problématiques psychiques principales reflétées par le test de dessin de famille sont, d'une part la carence affective maternelle exaspérante du cas étudié relative à une séparation prolongée avec sa mère depuis l'âge de cinq ans et jusqu'à présent. Cette perte d'objet d'amour est perçue comme un événement dramatique par le sujet, raison pour laquelle il s'est fixé inconsciemment sur la diade précoce mère-enfant qui justifie sa représentation idéaliste de l'image maternelle.

Cette dramatisation infantile de la désunion avec l'objet maternel expliquerait les signes de tristesse et de pessimisme extériorisés dans son dessin à travers les contacts froids entre les personnages ainsi que l'utilisation des couleurs vivantes dans un contexte dysphorique. Quant à la relation avec le père, elle est généralement équilibrée car l'enfant a réussi à représenter les aspects positifs et négatifs de l'objet paternel.

En ce qui concerne la seconde problématique, elle est corollaire à la jalousie de Abdel-ilah envers ses demi frères et sœurs qui bénéficiaient de la présence maternelle et paternelle à leurs côtés, mais lui, il fait exception, car il est originaire de parents séparés, à ce propos, l'enfant semble ne pas accepter cette désunion conjugale et refuse inconsciemment

⁷⁷⁹ Ibid, P : 24.

⁷⁸⁰ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 145.

de profiter de la présence de sa belle-mère comme substitut maternel, ceci pourrait être à l'origine de l'aggravation de son état dépressif.

- ***Approche Psychopathologique***

A la lumière des données biographiques, le problème psychique principal du cas Abdel-Ilah est le divorce mal géré par ses parents qui s'est produit aux stades précoces de son développement psycho-affectif (2ans), dès lors, il vivait avec sa mère qui est tellement gentille et excessivement adorée par son fils. Par contre sa séparation prolongée avec l'objet maternel à l'âge de cinq ans est perçue par l'enfant comme un événement dramatique et inconcevable vis-à-vis duquel il a gardé un chagrin époustouflant au fond de lui jusqu'à présent.

Selon la conception de M. Klein, le cas étudié n'a pas réussi à dépasser convenablement la position dépressive relative aux stades primaires de son développement dans lesquels l'enfant ressent de l'affection envers sa mère lors des moments de satisfaction de ses besoins et il l'a représenté comme un bon un objet.

Cependant au cours de l'absence de la mère, son petit éprouve de la haine, de la colère et de l'hostilité à son égard et il l'a perçoit comme un mauvais objet. Ce climat psychique anxigène déclenche un désir de réparation de sa relation avec sa mère ⁽⁷⁸¹⁾.

Grâce à la répétition de ces expériences de perte d'objet et de retrouvaille l'enfant arrive à réaliser la réconciliation entre son amour et sa haine envers sa mère et réussit ainsi à intégrer les représentations du bon et du mauvais objet. De cette manière, il intériorise sa mère dans son psychisme comme un objet total qui est la source des gratifications et des frustrations ⁽⁷⁸²⁾.

Cependant, vu que la maman du cas Abdel-Ilah était très affectueuse voire hyper-protectrice, elle n'a véhiculé au sein du psychisme de son enfant que l'image de l'objet maternel exclusivement bon pendant les cinq

⁷⁸¹ M, Klein, J. Rivière, **L'amour et la haine**, PP : 83-84.

⁷⁸² Ibid, PP : 85-86.

premières années de son enfance, c'est pour cette raison peut-être que ce dernier n'a pas toléré la séparation avec cette mère accablante ⁽⁷⁸³⁾.

Pire encore, le cas étudié a surinvesti le mécanisme primaire de fixation sur l'image maternelle idéalisée. Ce constat est confirmé par les résultats du test CAT qui a mis en relief cet attachement époustouflant de l'enfant envers sa mère; le dessin de famille a relevé également le caractère morbide de la diade mère-enfant, en revanche ces deux épreuves projectives ont témoigné que la relation du sujet à l'égard de son père est équilibrée car ce dernier est perçu comme un objet total à la fois bon et mauvais ⁽⁷⁸⁴⁾.

Ces deux outils ont relaté également que le Moi de l'enfant fonctionne selon les processus psychiques primaires et non pas secondaires car il vit souvent dans l'imaginaire au détriment de la réalité, ceci est dû à la résistance du cas étudié au fait d'accepter le divorce parental et son refus à s'adapter avec la nouvelle configuration familiale (belle-mère et demi frères et sœurs) ⁽⁷⁸⁵⁾.

Il est à noter que depuis sa séparation avec sa mère à l'âge de cinq ans et jusqu'à présent (12 ans), il exprime son désagrément vis-à-vis de la perte d'objet maternel, c'est pour cette raison peut être qu'il a piqué une dépression grave et non pas légère ou moyenne ⁽⁷⁸⁶⁾.

Les données susmentionnées confirment d'une part l'hypothèse N°1 stipulant que la carence affective parentale suite au divorce pourrait déclencher l'émergence des troubles dépressifs chez l'enfant ⁽⁷⁸⁷⁾ et c'est exactement le scénario qui s'est produit auprès du cas investigué car son état dépressif s'inscrit dans le registre pathologique répertorié au CFTMEA R-2012 sous référence N°4.1 ⁽⁷⁸⁸⁾.

Dans le même sens, l'hypothèse N°3 est notamment affirmée pour le cas Abdel-Ilah car la persistance de sa privation émotionnelle de l'objet

⁷⁸³ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 31.

⁷⁸⁴ Voir la présente étude du cas, **Tests : CAT et Dessin de famille**, PP : 300-302.

⁷⁸⁵ Ibid, PP : 300-302

⁷⁸⁶ Voir la présente étude du cas, **Synthèse diagnostique**, PP : 299-300.

⁷⁸⁷ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°1**, P : 16.

⁷⁸⁸ CFTMEA R-2012, P : 40.

maternel au fil des années a accentué l'intensité de sa dépression, ceci expliquerait le score alarmant enregistré au CDI 30/54 qui correspond à un état dépressif sévère selon notre répartition à titre indicatif des degrés d'intensité de la dépression infantile ⁽⁷⁸⁹⁾. Ce constat est approuvé aussi par le repérage des cinq symptômes morbides chez le cas étudié donnant lieu au diagnostic d'une dépression grave portant le code F32.2 selon les critères du CIM 10 ⁽⁷⁹⁰⁾.

⁷⁸⁹ Voir la présente thèse, **Répartition indicative des degrés d'intensité de dépression au CDI**, P : 168.

⁷⁹⁰ Ibid, P : 168.

1.4. Etude de cas Hassan

Nous allons aborder les symptômes dépressifs présentés par cet enfant à travers deux éléments essentiels, d'abord les résultats de l'administration de l'Inventaire de Dépression chez l'Enfant (CDI) de Kovacs et Beck, ensuite nous allons exploiter les données recueillies par le biais des entretiens cliniques que nous avons réalisées avec l'enfant et sa mère.

- ***Données biographiques et description des troubles dépressifs***

Le score global enregistré par le cas Hassan à l'inventaire de dépression (CDI) chez l'enfant de Kovacs et Beck est de 17/54, est relativement supérieur à la note 15/54 qui indique la présence des tendances dépressives à caractère pathologique⁽⁷⁹¹⁾, Ce résultat reflèterait également que nous sommes devant une dépression légère et non pas moyenne ou grave⁽⁷⁹²⁾.

Il est à noter que les troubles les plus intenses chez cet enfant, sont ceux dans lesquels il a eu des scores relativement élevés (1/2) aux items du CDI à savoir, les troubles du sommeil, les idées noires et les tentatives de suicide, l'agitation psychomotrice, les perturbations de l'appétit et l'altération de concentration.

En ce qui concerne les données recueillies par le biais des entretiens que nous avons effectués avec le cas Hassan et sa mère, la première remarque est que l'enfant se présente souvent avec un visage triste, sa mimique reflète une certaine froideur affective et il sourit rarement quand nous essayons de sympathiser le climat des entretiens.

L'enfant a rapporté qu'au cours de l'année 2014 il subissait souvent des troubles du sommeil durant lesquels il rencontrait des difficultés d'endormissement, il se mettait à lit à 23h00, mais il n'arrive à dormir qu'après l'écoulement d'une à deux heures.

⁷⁹¹ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

⁷⁹² Ibid, P : 168.

Ces insomnies sont fréquentes chez les enfants issus de parents divorcés ⁽⁷⁹³⁾ et elles sont couramment accompagnées selon D. Petot par des rêves d'angoisse et des cauchemars comprenant des thèmes de séparation, de mort, d'accident ou de catastrophe ⁽⁷⁹⁴⁾, tous ces sujets mobilisent à notre avis la problématique de carence affective liée à la perte d'objet d'amour à savoir le père et/ou la mère dans cette thèse suite à la désunion maritale. A l'âge de sept ans, les parents du cas Hassan se sont divorcés, dès lors il présentait des troubles de concentration qui ont causé son redoublement à la première année de l'enseignement primaire et au cours des années ultérieures de sa scolarité, ses résultats étaient moyens voire médiocres.

Après la réconciliation et le remariage de ses parents suivi d'un second divorce alors qu'il avait douze ans, l'enfant a redoublé une nouvelle fois à la classe de cinquième année initiale. A ce propos, un nombre important des cliniciens d'après D. Petot affirment que les troubles de concentration affectent d'une manière notable les performances intellectuelles de l'enfant et ils peuvent même entraîner un échec scolaire ⁽⁷⁹⁵⁾.

Il est important de signaler dans ce contexte que ce symptôme n'est pas exprimé par l'enfant étudié à travers le refus d'aller à l'école, mais il est plutôt extériorisé d'une façon implicite par une présence permanente aux séances scolaires accompagnée de sérieuses difficultés d'apprentissage, et quand on lui demande des explications à ce sujet, il répond « je ne comprends rien » ; ces propos ont poussé la mère du cas Hassan et même ses instituteurs à penser que ses capacités intellectuelles sont affectées, or ce rendement scolaire défectueux n'est qu'une surface déguisée relative à un malaise dépressif sous-jacente d'après D. Marcelli ⁽⁷⁹⁶⁾.

En plus des troubles de concentration, le cas étudié a manifesté des symptômes psychomoteurs sous forme d'une instabilité et une agitation

⁷⁹³ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des troubles du sommeil**, P : 90.

⁷⁹⁴ D. Petot, **Les dépressions**, In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 118.

⁷⁹⁵ Voir la présente thèse, **Aspects cliniques des troubles de concentration**, PP : 106-107.

⁷⁹⁶ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 18.

psychomotrice qui ont persisté au cours de plusieurs années de sa scolarité et ils se sont accentués quand il a battu sa maîtresse avec une pierre en prétendant prendre la défense d'un camarade de classe. Cet incident lui a entraîné une arrestation par les agents de sûreté nationale qui ne l'ont libéré qu'après que l'institutrice lui a pardonné.

l'agitation psychomotrice s'est prolongé vu qu'après son transfert de l'école où il étudie vers une autre institution dans laquelle il a sauvegardé sa turbulence en endommageant avec quelques camarades de classe, la peinture de la voiture du directeur de l'établissement et il s'est trouvé arrêté une nouvelle fois par la police qui l'ont libéré après que le directeur a déposé sa renonciation sous réserve d'appliquer la sanction disciplinaire qui consiste à transférer l'enfant à une troisième école.

Cette aggravation des troubles psychomoteurs est considérée par D. Marcelli comme une réaction à une situation pathogène comme une maladie d'un proche, un accident grave et surtout lors du divorce des parents, dans le cadre de cette recherche, qui se produit dans des conditions dramatiques sans préparation au préalable de l'enfant à la séparation.

Cet auteur a signalé également que ce type de symptômes régresse avec la disparition du facteur déclenchant (désunion conjugale), mais il s'aggrave si la situation anxigène devient permanente⁽⁷⁹⁷⁾ comme c'est le cas pour cet enfant qui a vécu le divorce de ses parents à deux reprises à l'âge de six et douze ans. Ce double traumatisme psychique lui a causé une intense carence affective qui a entraîné l'irruption de graves troubles psychomoteurs.

Dans la troisième école les enseignants du cas Hassan se plaignent constamment de sa turbulence et de son irritabilité en classe, il a même réalisé une tentative de suicide du premier étage qui a échoué, l'enfant a rapporté à ce propos qu'il se sent emporté de temps en temps par des idées noires et même au CDI il était parmi les rares cas qui ont déclaré être certain que de mauvaises choses peuvent survenir dans leur vie.

⁷⁹⁷ Ibid, P : 19.

Ces pensées pessimistes peuvent être liées selon D. Marcelli à un entourage dépressif⁽⁷⁹⁸⁾ qui se concrétise à notre avis chez le cas étudié à travers sa mère qui présente des signes importants de dépression comme la tristesse exaspérante et un fort sentiment de culpabilité, ces affects dysphoriques sont alimentés par le fait qu'elle croit avoir commis une grave erreur en choisissant un mari indésirable pour elle et un père irresponsable pour ses enfants.

- **Synthèse diagnostique**

Sommairement nous pouvons dire que le cas Hassan présentait au cours de notre premier contact en 2014 des signes cliniques de dépression qui pourraient être qualifiés sur le plan intensité par un niveau moyen voire grave, néanmoins le score enregistré par cet enfant au CDI est 17/54, est relatif à un épisode dépressif léger⁽⁷⁹⁹⁾ parce que cette épreuve n'est administrée qu'au cours du mois Avril 2016, cette date correspond à deux ans de notre prise en charge de ce cas durant laquelle nous avons mené plusieurs actions de dédramatisation de ses difficultés psychiques.

A ce propos, nous avons considéré les expressions dépressives pathologiques précitées comme des troubles réactionnels parce qu'ils sont souvent consécutifs aux instants de séparation conjugale de ses parents.

Il est important de signaler également dans cette approche diagnostique que nous avons relevé plusieurs points de concordance entre les signes cliniques détectés par le CDI et les symptômes dépressifs à caractère prolongé qui dépassent quinze jours consécutifs déclarés par l'enfant lors des entretiens cliniques notamment :

- 1- *Les troubles du sommeil (insomnie)*
- 2- *Les troubles de concentration (hypovigilance)*
- 3- *Les troubles psychomotrices (agitation)*
- 4- *Les idées noires et les tentatives de suicide.*

⁷⁹⁸ Voir la présence thèse, **Les pensées de mort et les tentatives de suicide**, P : 108.

⁷⁹⁹ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

Il est à noter que les troubles de concentration même si leur score est inférieur à ½ au CDI, ils sont retenus dans le tableau clinique du cas Hassan, vu que sa biographie reflète une grande perturbation au niveau de sa scolarité relative à ce symptôme. Cependant la tristesse, la perte d'intérêt, la culpabilité et la dévalorisation de soi, sont également écartés du tableau clinique précité parce qu'ils ne troublent pas considérablement les activités quotidiennes du cas étudié.

A la lumière des données susmentionnées, nous pouvons dire que le cas Hassan présente une dépression pathologique à caractère réactionnel et d'intensité moyenne⁽⁸⁰⁰⁾ sous référence F 32.1 qui se reflète par le biais de la manifestation de quatre symptômes aigus cités plus haut⁽⁸⁰¹⁾.

- **Analyse du test CAT**

L'enfant a évoqué dans la majorité de ses histoires le thème de nutrition⁽⁸⁰²⁾ perçu parfois comme un besoin biologique aigu à cause de la pauvreté de sa famille, et elle est représentée souvent comme une intense carence de nourriture psychologique à savoir l'affection paternelle engendrée par la séparation prolongée avec le père depuis qu'il avait sept ans et qui se prolonge jusqu'à présent, ceci pourrait expliquer l'exaspération des troubles dépressifs du cas Hassan qui sont du niveau moyen et non pas léger.

Il est à noter que l'enfant a exprimé clairement cette privation dans la planche N°3 en décrivant le lion (objet paternel) comme un animal impuissant, voire défaillant qui n'est pas capable d'assumer ses responsabilités⁽⁸⁰³⁾, quant à la planche N°7 il a énoncé que le tigre (symbole du père) a dévoré la jambe du singe et ce dernier est condamné à vivre constamment avec ce handicap (privation d'une partie du corps symbolise le manque de l'affection paternelle⁽⁸⁰⁴⁾). Ces propos prouvent que l'enfant représente son père comme un objet extrêmement mauvais vis-

⁸⁰⁰ Voir la présence thèse, **Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques**, P : 73.

⁸⁰¹ CIM 10, P : 190.

⁸⁰² L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'apperception pour enfants**, P : 20.

⁸⁰³ Ibid, P : 13.

⁸⁰⁴ Ibid, P : 15.

à-vis duquel il éprouve de forts sentiments de haine, d'hostilité et de colère selon l'expression de M. Klein ⁽⁸⁰⁵⁾.

En parallèle, dans la planche N°2 qui comprend une scène projective liée par excellence à la problématique du divorce, Hassan a parlé d'un mode conflictuel des relations entre ses parents ou il prend la position d'un allié de sa mère bien aimée en considérant son père comme un ennemi ⁽⁸⁰⁶⁾. Ce constat se renforce par un discours amertume de sa mère qui divulgue à son enfant dans la planche N°8 ses blessures narcissiques relatives à la carence conjugale ; cette tendance de confession maternelle pourrait accentuer la dépression infantile du cas étudié ⁽⁸⁰⁷⁾.

A ce propos, l'enfant a exprimé son désagrément par rapport à l'hyper-protection maternelle concrétisée dans la planche N°4 sous forme d'un attachement qui dévoile ses tendances régressives vers la diade mère-enfant corrélative au stade oral ⁽⁸⁰⁸⁾, cet excès d'affection pourrait entraver le chemin du cas Hassan vers l'autonomie.

Succinctement nous pouvons dire que le protocole du test CAT de cet enfant reflète une double carence affective, à caractère pathogène, d'une part il a encaissé une négligence émotionnelle paternelle suscitée par une absence permanente de son père suite au divorce, d'autre part il a subit une attention maternelle exagérée qui intensifierait davantage ses troubles dépressifs.

- **Analyse du test dessin de famille**

La personne la plus importante dans le dessin de famille est généralement l'enfant ⁽⁸⁰⁹⁾, vu que la période de latence implique une tendance apparente vers l'admiration d'un Moi infantile indépendant des objets parentaux, néanmoins le personnage principal dans la production graphique du cas Hassan est sa mère qui est représentée par des cheveux tracés avec des traits forts et les mains sont un peu épais, ceci nous renvoie à une éventuelle emprise maternelle et une soumission infantile,

⁸⁰⁵ Voir la présente thèse, **Définition de la carence affective selon la conception Kleinienne**, P : 49.

⁸⁰⁶ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'apperception pour enfants**, P: 13.

⁸⁰⁷ Ibid, P : 14.

⁸⁰⁸ Ibid, P : 13.

⁸⁰⁹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PP : 19-20.

cette dépendance envers la mère pourrait être suscitée par une carence affective par excès d'amour de cette dernière envers l'enfant nommé hyper-protection au sein de cette thèse.

Le père est dessiné dans une position écartée en arrière par rapport à l'ensemble des membres de la famille; cet emplacement dévalorisé ⁽⁸¹⁰⁾ nous renvoie vers une négligence affective paternelle vis-à-vis de l'enfant engendrée par une absence persistante du père qui est destructurante du psychisme infantile et non pas une absence constructive qui s'alterne harmonieusement avec les moments de présence paternelle ⁽⁸¹¹⁾.

Dans le même sens, le dessin est encombré par des indicateurs dysphoriques qui témoigneraient d'une atmosphère psychique à tonalité dépressive chez l'enfant, concrétisée d'abord par une production graphique très pauvre caractérisée par l'inexistence des accessoires naturels comme la terre, l'herbe, le ciel et le soleil; les composantes artificielles sont également omises notamment la maison, la route, la fontaine. Similairement les personnages ne sont pas figurés d'une manière spontanée, mais ils sont placés dans une ligne droite justifiant l'absence des liens chaleureux entre eux ⁽⁸¹²⁾.

Pire encore, l'ensemble des membres de la famille sont représentés avec les deux yeux sans pupilles ce qui nous donne l'impression qu'ils sont aveugles, ceci reflèterait un regard pessimiste de la vie qui ne voit dans les événements familiaux que leur côté noirci et sombre traduisant ainsi la prédominance d'un sentiment de tristesse exagérée généralisé par le cas étudié sur toute sa famille ⁽⁸¹³⁾.

Ce dessin à caractère dépressif peut s'expliquer à travers les données recueillies lors de l'entretien consécutif à l'administration de ce test projectif, au cours duquel Hassan a décrit la mère en tant que victime de la désunion des liens conjugaux et il l'a considéré comme la personne la plus triste dans son dessin, car elle se plaint souvent à ses enfants concernant les difficultés qu'elle rencontre comme étant la seule responsable de la famille, quant au personnage le plus heureux c'est sa

⁸¹⁰ Ibid, P : 24.

⁸¹¹ Voir la présente thèse, **Définition de la carence affective selon A. Dachmi**, P: 41.

⁸¹² L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P: 182.

⁸¹³ Ibid, P : 183.

sœur benjamine parce qu'elle est encore petite et elle est incapable par conséquent de comprendre les problèmes familiaux que la mère révèle à son fils (le cas Hassan) et sa fille ainée, ceci aggraverait à notre avis l'intensité des troubles dépressifs du cas étudié.

Il est important de signaler aussi que l'enfant a surinvesti le réel par la figuration de sa famille effective, par contre il a désinvesti l'imaginaire en s'abstenant à l'ajout d'autres éléments ou de personnages virtuels à son dessin ⁽⁸¹⁴⁾, ceci reflèterait la rigidité du Moi de l'enfant qui n'exploite pas l'imagination comme une activité sublimatoire par le biais de laquelle il peut réduire la tension époustouflante engendrée par ses affects dépressifs à travers le défoulement fantasmatique ⁽⁸¹⁵⁾ en animant sa production graphique par des activités d'épanouissement comme le jeu ou le sport, l'absence de cet aspect nous renvoie à un dessin dépressif marqué par l'échec de sublimation ⁽⁸¹⁶⁾.

Brièvement, les résultats du test de dessin de famille affirment les données recueillies par l'épreuve du CAT à savoir le repérage d'une double carence affective qui se traduit d'un côté par une négligence paternelle prolongée et une hyper-protection maternelle exagérée, de même cet outil projectif a démontré clairement les tendances dépressives à caractère pathologique du cas Hassan qui renforce ses résultats au CDI.

- ***Approche psychopathologique***

Depuis la rupture des liens conjugaux entre ses parents alors qu'il avait sept ans, le cas Hassan a subi une séparation permanente avec son père; dès lors sa mère a essayé de compenser sa privation maritale et le manque de présence paternelle par une hyper-protection émotionnelle à l'égard de ses enfants surtout envers l'enfant étudié.

Il est à noter que les éléments biographiques ainsi que les résultats des tests CAT et le dessin de famille ont témoigné conjointement l'aspect nocif de cette double carence affective, notamment la négligence paternelle et l'excès d'affection maternelle qui peuvent s'expliquer selon la

⁸¹⁴ Ibid, P : 42.

⁸¹⁵ Voir la présente thèse, **La latence entre la réalité et l'imaginaire**, PP : 27-28.

⁸¹⁶ Voir la présente thèse, **La latence entre la réussite et l'échec de sublimation**, PP : 23-24.

conception de M. Klein par des images mentales caractérisées par un extrémisme émotionnel d'après lequel l'enfant perçoit sa mère comme un objet extrêmement bon et il représente son père en tant qu'un objet horriblement mauvais ⁽⁸¹⁷⁾.

Cette uni-polarité affective porte une connotation pathologique car l'équilibre psychique est tributaire d'une bipolaire fantasmatique dans laquelle chacun des deux parents est perçu simultanément par l'enfant, d'une part comme un bon objet lors de la satisfaction parentale de ses besoins et d'autre part l'objet est considéré comme mauvais au cours des instants d'insatisfaction des attentes infantiles ⁽⁸¹⁸⁾, cette carence affective ordinaire fait défaut chez le cas Hassan.

A cet effet, la carence affective pathogène est confirmée chez cet enfant et son caractère cumulatif et prolongé (plusieurs types de défaillance parentale permanente) explique l'accentuation des troubles dépressifs morbides diagnostiques à travers : les résultats du CDI, les données biographiques et les tests projectifs, ceci affirme l'hypothèse N°1 pour ce cas qui envisage l'existence d'une forte relation entre la carence affective pathogène et les symptômes dépressifs chez les enfants du divorce ⁽⁸¹⁹⁾. L'hypothèse N° 3 est également approuvée pour le cas étudié car sa dépression a exaspéré à cause de l'accumulation et la persistance de multiples facteurs carenciels ⁽⁸²⁰⁾.

Pareillement, l'aspect réactionnel des manifestations dépressives du cas étudié est généré selon D. Marcelli par une situation pathogène ⁽⁸²¹⁾, de ce fait les perturbations de la concentration qui ont entraîné son redoublement à la première année de l'enseignement primaire représente une réaction morbide relative au divorce de ses parents qui s'est produit alors qu'il avait sept ans ce même symptôme a réapparu à nouveau lors du second divorce parental (après une réconciliation) et il a occasionné un autre échec scolaire au cinquième année primaire.

⁸¹⁷ Voir la présente, **Définition de la carence affective selon la conception kleinienne**, PP : 49-50.

⁸¹⁸ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, P: 83-86.

⁸¹⁹ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°1**, P : 16.

⁸²⁰ Voir la présente thèse, **hypothèse N°2**, P : 16.

⁸²¹ D. Marcelli, **« Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ? »**, P : 19.

Il est à souligner également que l'agitation psychomotrice chronique chez Hassan s'est manifestée quand il a battu sa maîtresse avec une pierre, cet acte agressif, représente à notre avis une révolte contre l'hyperprotection maternelle projetée sur son institutrice qui est le substitut de la mère; cette excitation psychomotrice a réapparu à nouveau à travers l'endommagement de la voiture du directeur de l'école, cette agitation incontrôlée est une réaction pathologique qui traduisait la haine, l'hostilité et la colère ressenties par l'enfant vis-à-vis de son père, ces affects sont extériorisés d'une manière inconsciente sur le représentant de l'objet paternel à savoir le directeur, de même le caractère prolongé de cette psychomotricité perturbée se concrétise par le biais de trois transferts consécutifs d'une école à une autre au cours d'un espace limité du temps (deux ans).

1.5. Synthèse des études de cas des EPD

L'étude des cas des Enfants de Parents Divorcés analysés dans ce premier volet du chapitre qualitatif, a abouti à deux constats principaux que nous allons synthétiser dans ce qui suit.

L'hypothèse N°1 stipulant que la carence affective pathologique pourrait engendrer l'émergence des troubles dépressifs morbides chez les EPD. Cette probabilité est clairement confirmée chez les quatre cas investigués, dans la mesure où le dysfonctionnement du rendement affectif des parents vis-à-vis de l'enfant suite à la rupture des liens conjugaux perturbe considérablement la santé mentale infantile.

L'hypothèse N°3 prétendant que la persistance ou l'accumulation des facteurs carenciels morbides notamment l'hyper-protection ou la négligence émotionnelle pourraient accentuer l'intensité des troubles dépressifs chez les enfants de parents séparés. Cette seconde éventualité est également affirmée. A ce propos le cas Abdel-Ilah constitue un exemple typique de l'impact négatif du prolongement d'un seul type de privation affective pendant des années sur la santé mentale de l'enfant. Quant à Nouhaila, elle représente un échantillon exemplaire de l'accentuation des symptômes dépressifs relative à l'encombrement des facteurs frustrationnels précités.

Dans le volet suivant de cette étude qualitative, nous allons vérifier la véracité de l'Hypothèse N°2 liée au groupe des Enfants de Parents Mariés dont l'investigation des cas de ces enfants nous permettra de distinguer entre les caractéristiques de la carence normale chez les EPM et les spécificités de la privation pathologique auprès des EPD.

2. Etudes de cas des enfants issus de parents mariés

Ce deuxième volet du chapitre qualitatif est consacré à l'étude de 4 cas des EPM, il s'agit de deux filles et deux garçons, présentés respectivement dans l'ordre suivant : le cas Firdaous, le cas Inas, le cas Anir et le cas Zouhir.

2.1. Etude de cas Firdaous

- ***Données biographiques***

Firdaous est une fille âgée de douze ans, elle est issue d'un père directeur d'une école, il est affectueux et compréhensif, mais il est parfois sévère à l'égard de ses enfants. Quant à sa mère elle est licenciée, pourtant elle n'a pas voulu travailler pour être à la disposition des membres de son foyer familial, elle est tendre et chaleureuse, cependant elle se comporte de temps en temps d'une manière hyper-protectrice vis-à-vis ces deux petites-filles.

Le cas étudié est l'aînée, elle poursuit ses études à la première année du niveau collégial secondaire, son rendement intellectuel est excellent et elle n'a jamais vécu une expérience d'échec scolaire, sa sœur benjamine est âgée de dix ans, son niveau d'enseignement est la quatrième année primaire. Généralement les relations fraternelles du cas étudié sont harmonieuses à l'exception d'un sentiment de jalousie ressentie par Firdaous qui croit que ses parents accordent plus d'attention à sa sœur au détriment d'elle-même.

A l'âge de douze ans, cette fille a présenté des troubles d'appétit sous forme d'un dégoût alimentaire qui a dépassé un mois, au cours duquel elle a perdu considérable du poids, ceci est dû à plusieurs facteurs déclenchant, d'abord le désagrément du cas étudié par rapport aux critiques parentales à son égard à propos de querelles avec sa petite sœur, ensuite sa mésentente occasionnelle avec ses copines à l'école et enfin son insatisfaction relative à son rendement scolaire moyen dans certaines matières comme l'éducation physique et l'expression écrite en français.

Notons que ces trois facteurs carenciels sont inscrits dans le registre des difficultés relationnelles normales, néanmoins leur accumulation a déclenché l'irruption des troubles d'appétit chez le cas Firdaous et qui se sont accentués par les transformations hormonales brutales relatives à la phase de la puberté⁽⁸²²⁾.

- ***Description des moments dépressifs relatifs à la normale***

La note globale enregistrée dans le CDI du cas étudié est de 14/54, ce score correspond aux moments dépressifs relatifs à la normale⁽⁸²³⁾. Similairement, nous avons constaté trois niveaux d'expressions symptomatiques au sein de cet inventaire. Le premier est la manifestation intensive des troubles d'appétit marqués par un score très élevé 2/2, le second niveau se caractérise par une extériorisation du sentiment de culpabilité; à ce propos Firdaous a obtenu une note de 1,33/2 dans les items liés à ce trouble, ainsi que la sensation de perte d'énergie ou la fatigue reflétée par un score moyen de 1/2.

Le troisième degré d'expression dysphorique est léger voire faible parce que les notes corrélatives à ce niveau d'intensité des troubles sont limitées entre 0,66 et 0,20/2 au CDI et ils concernent cinq symptômes essentiels à savoir : la tristesse, les troubles de concentration, le ralentissement psychomoteur, la dévalorisation de soi et la perte d'intérêt ou le déplaisir.

Il est important de signaler dans ce cadre que nous allons focaliser notre description clinique sur les niveaux d'expression grave et moyen parce qu'ils illustrent clairement la carence affective vécue par le cas étudié.

*Nous avons déjà mentionné que le score global au CDI du cas Firdaouss est de 14/54, ceci refléterait l'éventualité que cette dernière a parcouru des **Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN)**, cependant la diminution prolongée de l'appétit qu'elle a manifesté au cours d'un mois constitue un argument clinique qui renforce d'une part la*

⁸²² G. Akoka et autres, « **Puberté adolescence et jeunesse** », P : 1067, Volume 4, In Encyclopédie L'homme du 20^{ème} siècle et son esprit, Edition Okad, Rabat-Maroc, 2005.

⁸²³ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

probabilité du diagnostic susmentionné et prouve d'autre part que les instants dépressifs ordinaires vécus par cette jeune petite fille sont d'une intensité exaspérante.

Cela est fortement approprié avec la description clinique des degrés d'intensité de cette catégorie de dépression dans laquelle les MDRN sont considérés comme graves si le cas étudié présente des symptômes légers qui persistent au-delà de quinze jours, et en parallèle il manifeste un seul et unique trouble qui dépasse la phase temporaire précitée ⁽⁸²⁴⁾.

En ce qui concerne les troubles à intensité moyenne à l'inventaire de dépression, nous pouvons dire que le sentiment de culpabilité est mobilisé chez Firdaous parce qu'elle se perçoit comme étant une fille impolie à cause de mésententes passagères avec ses parents, c'est pour cette raison peut-être qu'elle s'est punie inconsciemment en refusant de manger ⁽⁸²⁵⁾.

Il est important de signaler aussi que la diminution de l'appétit pourrait être en relation avec le sentiment de perte d'énergie, dans ce sens les parents du cas étudié rapportent qu'elle se présente souvent au cours d'une période d'un mois, comme si elle est dépourvue de force et quand ils l'encouragent pour effectuer ses activités habituelles, elle répond : « Je n'arrive pas, c'est difficile »; Selon B. Voizot ce sentiment d'impuissance pourrait se manifester chez les enfants de parents mariés comme une réaction aux instants difficiles relatifs à la période de latence ⁽⁸²⁶⁾, ceci s'explique chez cette jeune fille par l'émergence des indices préliminaires de la phase de puberté marquée par des modifications remarquables au niveau physique et psychique ⁽⁸²⁷⁾.

- **Synthèse diagnostique**

A la lumière des indicateurs cliniques précités, le cas étudié présente un seul et unique trouble inscrit dans le registre pathologique à savoir la diminution de l'appétit qui a persisté durant un mois, ceci est confirmé par

⁸²⁴ CFTEMEA R-2012, P : 42.

⁸²⁵ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 12.

⁸²⁶ B. Voizot, « **L'enfant fatigué** », In B. Bennevault, J. Chambry, M. Simonet et autres, Souffrances psychiques et troubles de développement chez l'enfant et de l'adolescent, P : 11.

⁸²⁷ G. Akoka et autres, « **Puberté adolescence et jeunesse** », Volume 4, In Encyclopédie L'homme du 20^{ème} siècle et son esprit, P : 1064.

l'item du CDI relatif à ce symptôme dans lequel Firdaous a obtenu une note maximale de 2/2.

Dans le même sens l'épreuve susmentionnée a affiché un score global de 14/54. Ce résultat correspond aux moments dépressifs relatifs à la normale. Ajoutons à ceci, la présence non négligeable de deux troubles à intensité moyenne, notamment le sentiment de culpabilité et la perte d'énergie ou la fatigue.

Sommairement, ces trois facteurs diagnostiques à savoir, la restriction morbide de l'appétit qui a perturbé considérablement les activités quotidiennes de cette jeune fille, ainsi que l'expression de la culpabilité et la perte d'énergie à intensité moyenne au CDI, et enfin le score global enregistré dans cette même épreuve qui est de 14/54.

L'ensemble de ces données sémiologiques nous permettent de dire que le cas Firdaous a éventuellement parcouru des moments dépressifs relatifs à la normale répertorié au CFTMEA R-2012 sous référence code N° 0.1⁽⁸²⁸⁾.

Cette catégorie normale de dépression chez l'enfant est vécue par le cas étudié d'une manière très intense, parce que les troubles d'appétit ont persisté au-delà de quinze jours consécutifs et d'autre part parce que ce symptôme est associé à deux autres troubles dépressifs notamment le sentiment de culpabilité et la perte d'énergie et se sont typiquement les conditions que nous avons mentionnées dans la définition du degré d'intensité de cette catégorie de dépression ordinaire⁽⁸²⁹⁾.

- **Analyse du test CAT**

Le point commun entre les dix histoires produites par le cas Firdaous est la représentation du père comme un individu tantôt gentil et parfois méchant, ainsi que la mère qui est perçue à la fois : affectueuse et hyper-protectrice⁽⁸³⁰⁾.

⁸²⁸ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁸²⁹ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des MDRN**, PP : 76-77.

⁸³⁰ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 20.

A titre d'exemple, le rôle attribué à l'objet paternel dans la planche N°3 est valorisant «c'est un roi, c'est un juge », il est puissant et il maintient le pouvoir, cependant, elle le critique en prétendant qu'il est parfois injuste et il procède à des punitions exagérées, c'est pour cette raison que la souris admire le lion mais elle le dérange de temps en temps car elle le déteste momentanément ⁽⁸³¹⁾. Le même scénario s'est reproduit dans la planche N°7, où le singe moins puissant (enfant) se montre épisodiquement ennuyeux à l'égard du tigre tout-puissant (père) car il est quelquefois agressif vis-à-vis du singe ⁽⁸³²⁾.

En ce qui concerne la mère, elle est appréciée dans certaines planches comme l'image N°2 où le cas étudié a manifesté son alliance avec sa mère contre son père lors des instants de désaccord passager entre ses parents ⁽⁸³³⁾. Dans ce contexte elle a extériorisé sa peur exagérée que ses parents se séparent. Ceci nous renvoie aux querelles parentales exercées en présence de l'enfant qui stimulent son angoisse de perte d'objet.

D'autre part, cette jeune fille a exprimé son sentiment sous-jacent de haine envers sa mère, parce que son tempérament est occasionnellement coléreux et elle devient parfois furieuse à l'égard de ses enfants; à ce propos le cas étudié a déclaré que son père se comporte gentiment dans ce genre de situation, de même elle a formulé à la planche N°6 son souhait que le père quitte sa mère, ce désir hallucinatoire constitue à notre avis une révolte fantasmatique contre l'hyper-protection maternelle ⁽⁸³⁴⁾. Ce rendement affectif abusif de la mère est clairement illustré dans la planche N°10 où cette dernière essaye de monopoliser la tâche de propreté de sa fille, cependant cette dernière a insisté pour réaliser ses soins hygiéniques toute seule, cette réaction refléterait son orientation apparente vers l'autonomie ⁽⁸³⁵⁾.

Il est important de signaler également que si le cas investigué s'avère préoccupé par les problématiques de ses échanges familiaux avec ses parents, néanmoins il n'est pas l'unique thème qui sollicite son intérêt,

⁸³¹ Ibid, P : 13.

⁸³² Ibid, P : 14.

⁸³³ Ibid, P : 13.

⁸³⁴ Ibid, P : 15.

⁸³⁵ Ibid, P : 15.

car elle a évoqué à plusieurs reprises son admiration mais aussi sa jalousie à l'égard de sa petite sœur comme c'est le cas dans les planches N°1 et N°4 étant donné qu'elle est plus gâtée par les parents⁽⁸³⁶⁾.

Sommairement, les indicateurs projectifs précités témoigneraient que la carence affective chez le cas Firdaous est ordinaire parce qu'elle est suscitée par une dualité émotionnelle (amour et haine) ressentie par la fille envers chacun de ses deux parents, cette privation habituelle se manifeste d'une manière redondante dans la majorité des planche du CAT. Similairement l'intérêt porté aux personnes de son âge, refléterait l'équilibre psychique plus au moins fréquent chez cette fille en particulier et auprès des enfants de parents mariés en général.

Pourtant cette caractéristique est inexistante dans certains protocoles CAT du groupe des enfants issus d'un couple divorcé ou bien elle est évoquée d'une façon très limitée, car la préoccupation principale de ces derniers est la carence affective parentale morbide envers eux marquée par une uni-polarité émotionnelle : un attachement envahissant, ou au contraire un désinvestissement affectif remarquable.

Dans le même sens, nous pouvons dire à travers le cas Firdaous que l'enfant originaire de parents mariés peut envisager le divorce parental au sein de son monde imaginaire pour sublimer les contraintes relationnelles qu'il rencontre dans ses échanges quotidiens avec ses parents; cette capacité d'investissement fantasmatique semble défailante chez certains enfants originaires de parents séparés comme c'est le cas dans le protocole CAT du cas Hassan⁽⁸³⁷⁾.

- **Analyse du test Dessin de famille**

Le cas Firdaous est le personnage le plus important dans le dessin, ceci refléterait son sentiment d'estime de soi et sa tendance vers l'autonomie⁽⁸³⁸⁾. *La mère est figurée à travers des traits généralement normaux traduisant ainsi son amour à l'égard de l'objet maternel, sauf que sa tête est hypertrophique par rapport à son corps, quant à la bouche*

⁸³⁶ Ibid, P : 13.

⁸³⁷ Voir la présente thèse, **Etude du cas à Hassan (Analyse du test CAT)**, PP : 311-312.

⁸³⁸ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PP : 19-20.

elle est tracée avec des lignes grises et une allure coléreuse révélatrice du mécontentement de la jeune vis-à-vis de l'hyper-protection maternelle ⁽⁸³⁹⁾.

Le père est dessiné avec des lignes courbes et non pas aigues témoignant l'admiration de ce personnage dans l'esprit de l'enfant étudié, néanmoins ses cheveux sont un peu pointues indiquant ainsi une sévérité périodique de ce dernier à l'égard de ses filles, de même le volume de son visage est moins épais voire plus petit que celui de la mère, à ce propos nous avons demandé au cas étudié de nous expliquer la signification de cet écart et elle a rapporté que son père est moins présent que la mère au sein du foyer familial, ce qui nous renvoie à une éventuelle négligence affective paternelle ⁽⁸⁴⁰⁾.

Il est important de signaler que la jeune fille a situé ses deux parents dans la partie gauche de la feuille du dessin qui symbolise le passé, et elle a consacré la partie droite relative au futur pour figurer son propre portrait, ces choix d'emplacement révèle ses tendances vers l'autonomie vu que les parents représentent la première ou l'ancienne génération, tandis que Firdaous est consciente de son appartenance à la seconde ou la nouvelle génération ⁽⁸⁴¹⁾.

Pareillement, sa sœur benjamine est également appréciée et ordinairement représentée à l'exception de son visage qui est approximativement surdimensionné par rapport aux autres parties du corps, ceci indiquerait que cette dernière est perçue par le cas étudié comme une personne hyper-extraverti caractérisée par les taquineries et les provocations qui stimulent au fond du cas Firdaous un ressentiment amplement intentionné envers sa sœur ⁽⁸⁴²⁾. *C'est pour cette raison peut-être qu'elle a élaboré une solution sublimatoire à cette mésentente fraternelle en dessinant un frère imaginaire plus calme et plus sympathique que sa sœur et elle a même figuré une autre jeune petite sœur plus âgée qu'elle comme idéal du Moi* ⁽⁸⁴³⁾.

⁸³⁹ Ibid, P : 24.

⁸⁴⁰ Ibid, PP : 24-25.

⁸⁴¹ Ibid, P : 26.

⁸⁴² J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 164.

⁸⁴³ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 42.

Cette tendance à l'investissement des fantasmes comme substitut des composants indésirables de la réalité, constitue une épreuve de la souplesse du Moi de Firdaous qui est apte à produire des solutions fabuleuses aux difficultés relationnelles intrafamiliales intolérables⁽⁸⁴⁴⁾.

En ce qui concerne les signes dépressifs, ils sont globalement non-apparents à cause de l'absence de l'inhibition au cours de la production graphique (arrêt ou blocage durant la séance d'administration du test) : le mouvement est figuré avec vitalité, les couleurs utilisées sont chaleureuses, gaies et variées, de même le cas étudié a investi des accessoires naturels pleins de vivacité comme le soleil et les arbres ainsi que l'emploi des éléments artificiels animés tel que : la fontaine, la piscine et le terrain du basket-ball. Dans ces deux derniers espaces elle pratique du sport en compagnie de son substitut fraternel⁽⁸⁴⁵⁾.

Succinctement, nous avons constaté une vaste concordance entre les résultats du test CAT et les données recueillies à travers l'épreuve du dessin de famille qui peut se résumer comme suit :

- La carence affective du cas Firdaous s'inscrit dans le registre de la privation normale et non pas pathologique, car il a manifesté d'une manière concomitante ses affects positifs et négatifs à l'égard de sa mère. Similairement nous avons remarqué la coexistence de son amour et sa haine vis-à-vis de son père et même envers sa sœur.

- Le dépassement de la dépendance aux objets parentaux et la tendance du cas étudié vers l'autonomie est visiblement exprimée, par une nette distinction entre sa propre génération et celle de ses parents, l'exemple éminent de cette individualisation est le fait de figurer les parents dans la zone du passé et de représenter son autoportrait dans la zone du futur.

- La capacité de dessiner sa famille réelle avec ses avantages et ses inconvénients et de réaliser le défoulement imaginaire des difficultés

⁸⁴⁴ Voir la présente thèse, **La latence entre la réalité et l'imaginaire**, PP : 27-28.

⁸⁴⁵ L. Corman, **Le test du dessin de la famille**, P : 182.

relationnelles non résolus, reflète sa prédisposition à sublimer ses contraintes psychiques d'une manière adaptative et non pas défensive.

- La carence affective parentale n'est pas le seul souci qui préoccupe l'esprit de la jeune fille, mais elle est également tourmentée par les fluctuations des liens fraternels. Ces mésententes familiales parentales et fraternelles sont proportionnelles aux contraintes psychiques habituelles relatives au développement psycho-affectif et leur absence dans la pensée de l'enfant interpelle les chercheurs et les cliniciens pour investiguer l'éventuelle existence d'un mode infantile dépressif vis-à-vis l'un ou plusieurs membres de sa famille.

- Les signes de dépression pathologique ne sont pas présents dans le dessin du cas étudié à l'exception des désaccords ordinaires avec ses parents et sa sœur qui peuvent stimuler l'émergence des moments dépressifs relatifs à la normale.

- ***Approche psychopathologique***

Le cas Firdaous a présenté des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN) répertoriés au CFTMEA R -2012 sous référence N°0.1⁽⁸⁴⁶⁾ caractérisés essentiellement par une restriction alimentaire persistante durant un mois, accompagnée par un sentiment de culpabilité plus ou moins intense et une remarquable perte d'énergie, ce diagnostic est confirmé par le CDI qui a enregistré un score de 14/54 relatif à l'état dépressif ordinaire précité⁽⁸⁴⁷⁾.

A ce propos, trois éléments biographiques auraient déclenché ces MDRN, d'abord les perturbations psychiques engendrées par les signes précoces de la puberté, ensuite le désagrément vis-à-vis de l'hyperprotection maternelle et enfin le mécontentement passagère générée par la sévérité paternelle.

Néanmoins, ces affects haineux s'alternent harmonieusement avec l'amour ressenti par le cas étudié envers les objets parentaux. Cette carence affective ordinaire marquée par la succession des représentations

⁸⁴⁶ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁸⁴⁷ Voir la présente thèse, **La notation des moments dépressifs relatifs à la normale**, P : 167.

mentales dans l'esprit de la jeune petite fille relative à son père et sa mère perçus tantôt comme de mauvais objets et parfois en tant que bons objets selon l'expression de M. Klein ⁽⁸⁴⁸⁾.

Il est important de signaler que cette dualité affective marquée par la coexistence des sentiments d'amour et de haine à l'égard des parents est manifestée dans la majorité des planches du CAT. Pareillement le test du dessin de famille a reflété une expression explicite des différentes carences affectives habituelles face auxquelles cette jeune fille arrive à les compensées par le biais d'une production graphique qui offre la possibilité de réaliser le défoulement imaginaire de ces privations d'une manière sublimatoire ⁽⁸⁴⁹⁾.

Les données susmentionnées expliqueraient le choix inconscient des troubles de l'appétit, qui sont fréquents d'après D. W. Winnicott chez les Enfants de Parents Mariés (EPM) et ils sont extériorisés comme réaction infantile aux difficultés relationnelles familiales, semblablement ces symptômes sont dénués d'une connotation pathologique ⁽⁸⁵⁰⁾.

Dans le même sens, le dépassement du cas étudié de la dépendance envers ses parents et sa tendance apparente vers l'autonomie réaffirme son équilibre émotionnel renforcé à travers sa préoccupation par d'autres problématiques propres à son âge tel que les conflits fraternels avec sa sœur benjamine Dikra ⁽⁸⁵¹⁾.

L'ensemble des données citées plus haut reflètent la conformité de l'hypothèse N°2 avec l'état psychique du cas Firdaous dans la mesure où sa carence affective familiale a donné lieu à l'émergence du MDRN ⁽⁸⁵²⁾.

⁸⁴⁸ M. Klein, J. Rivière, **L'amour et la haine**, PP : 85-86.

⁸⁴⁹ Voir la présente étude de cas, **Analyse du test de dessin de famille**, PP : 323-324.

⁸⁵⁰ D. Winnicott, **L'enfant et sa famille**, P : 107.

⁸⁵¹ Ibid, P : 108.

⁸⁵² Voir la présente, **Hypothèse N°2**, P : 16.

2.2. Etude de cas Inas

- **Donnée biographique**

Inas est une petite fille âgée de neuf ans, elle est issue d'un père avocat qui a un caractère autoritaire, il est sévère et agressif à l'égard de ses enfants. Quant à sa mère elle est infographiste, elle se comporte d'une manière affectueuse et chaleureuse envers l'ensemble des membres de sa famille, mais elle est passive vis-à-vis de son mari.

Le cas étudié est la benjamine d'une fratrie de deux enfants, elle poursuit ses études à la quatrième année de l'enseignement primaire dans une école privée reconnue par la qualité de ses prestations pédagogiques, pourtant le niveau scolaire de Inas est moyen voire insatisfaisant, pareillement, les instituteurs rapportent que cet élève est inattentif, ils ont relaté aussi que son tempérament est impulsif à l'égard de ses camarades de classe.

A ce propos la mère de cette petite fille nous a révélé que même à la maison Inas joue d'une façon brutale en se comportant d'une manière agressive avec ses poupées, elle ose même parfois les coupées en petits morceaux pour les jeter ensuite par la fenêtre sans manifester le regret de le faire.

Il est à signaler dans ce cadre que Inas est suivi par un pédopsychiatre pour les motifs précités en plus des troubles de sommeil et une anorexie qui a entraîné un amaigrissement remarquable chez le cas étudié. Il est à noter que son frère aîné âgé de douze ans bénéficie également d'une prise en charge pédopsychiatrique à cause des troubles de comportement plus intenses par-rapport à sa sœur (enfant turbulent et agressif).

Il est important de signaler que le père de Inas était gravement traumatisé par l'infidélité de son propre père à l'égard de son épouse, cette injustice familiale a influencé le choix professionnel du père du cas étudié qui a opté pour les études universitaires en droit et il est devenu avocat, mais les séquelles de cette blessure narcissique se sont répercutées négativement sur la nature des liens affectifs de ce père avec ses enfants

marqués par un effort permanent est épuisant de sa part pour se montrer comme un objet paternel idéal qui applique rigoureusement les lois régissant l'institution familiale dans le but de démolir l'image défavorable de son propre père.

Ce surinvestissement de l'autorité paternelle a entraîné une intense carence émotionnelle chez Inas par excès d'affection ou l'hyper-protection prolongée au cours de l'ensemble des phases de son enfance. Ce type de carence affective pathogène pourrait constituer un redoutable facteur déclenchant des troubles dépressifs chez le cas étudié.

- ***Description des troubles dépressifs***

Inas a enregistré une note très élevée au CDI : 25/54. Ce score correspond d'une part à un état dépressif pathologique parce qu'il dépasse le seuil minimal de morbidité qui est de 15/54 ⁽⁸⁵³⁾ et il s'inscrit d'autre part dans le cadre de la dépression moyenne selon la répartition du degré d'intensité des manifestations dépressives adoptée dans ce travail de recherche ⁽⁸⁵⁴⁾. Similairement, ce niveau modéré est répertorié au CIM 10 sous référence F32.1 et il porte la nomination d'épisode dépressif moyen conditionné par la présence effective d'au moins quatre troubles dépressifs ⁽⁸⁵⁵⁾.

Signalons que l'expression dépressive chez le cas étudié est généralisée sur un nombre important des activités de sa vie quotidienne, ceci est remarquable au CDI dans lequel les dix symptômes du syndrome dépressif sont tous mobilisés, parmi lesquels cinq sont intensément sollicités (notes entre 1 à 2/2), à savoir : les troubles de l'appétit, le sentiment de culpabilité, le dérèglement du sommeil, les idées noires et les tentatives de suicide ainsi que les troubles psychomoteurs.

Pareillement, cinq autres symptômes sont légèrement extériorisés (de 0,1 à 0,9/2), notamment : la perte d'intérêt, les troubles de concentration, la dévalorisation de soi, la tristesse et la perte d'énergie ou la fatigue. A ce propos nous allons focaliser notre description clinique uniquement sur les

⁸⁵³ Voir la présente, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

⁸⁵⁴ Ibid, P : 168.

⁸⁵⁵ CIM 10, P : 190.

cinq troubles les plus intenses parce qu'ils reflètent clairement le malaise dépressif du cas étudié.

◆ *Les **troubles de l'appétit** représentent le symptôme le plus grave dans le tableau clinique de Inas étant donné qu'elle a enregistré un score alarmant au CDI de 2/2 à l'item relatif à ce symptôme qui se manifeste dans sa vie quotidienne sous forme de restriction alimentaire permanente entraînant ainsi, un amaigrissement notable du corps de cette petite fille.*

Dans le même sens, la mère du cas étudié a rapporté que l'origine de ce trouble remonte aux étapes de sa première enfance (de 0 à 5 ans), durant lesquelles Inas mange peu et son appétit est généralement faible. Selon D. Marcelli, ce comportement anorexique est fréquent chez les enfants en difficultés relationnelles à cet âge ⁽⁸⁵⁶⁾, néanmoins ce désinvestissement nutritionnel s'est prolongé au cours de la période de latence.

Ajoutons que la chronicité de ce symptôme pourrait être corrélative, à notre avis, à la permanence de la carence affective paternelle caractérisée essentiellement par l'excès de sévérité du père à l'égard du cas étudié.

◆ *En ce qui concerne le **sentiment de culpabilité**, il est fortement exprimé au CDI avec une note supérieure à la moyenne 1,66/2 et c'est relativement rare qu'un enfant extériorise cet affect d'une manière explicite, il est plutôt manifesté par des expressions infantiles déguisées ⁽⁸⁵⁷⁾.*

Il est à noter que la présence effective du symptôme en question pourrait être déclenchée par l'agitation psychomotrice qui pousserait le cas Inas à penser de la façon suivante : « Je suis méchante », « Je maltraite mes copines à l'école », « Je joue brutalement avec mes poupées ». A ce propos D. Marcelli nous révèle que l'enfant peut s'auto-punir par le biais du surinvestissement du sentiment d'auto-accusation de

⁸⁵⁶ D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 17.

⁸⁵⁷ Voir la présente, **Le sentiment de culpabilité** PP : 102-105.

soi et c'est probablement le cas de cette petite fille dont la pensée est envahie par une culpabilité exagérée ⁽⁸⁵⁸⁾.

◆ *Les troubles psychomoteurs sont remarquablement mobilisés au CDI, le score inscrit par le cas étudié aux items relatifs à ce symptôme est de ½, à ce propos la mère de Inas a déjà relaté que sa fille se comporte parfois d'une manière agressive avec ses camarades de classe et même à la maison elle procède souvent à la destruction de ses poupées en les jetant par la fenêtre.*

Il est important de signaler que cette agitation psychomotrice se manifeste chez l'enfant comme un trouble réactionnel à une situation pathogène et elle s'aggrave si ce facteur anxigène devient permanent ⁽⁸⁵⁹⁾. *Ceci est fort possible dans le cas Inas qui a subi selon notre point de vue une triple carence affective, marquée d'un côté par l'hyper-protection paternelle sous forme d'une autorité exaspérante.*

D'un autre côté cette petite fille est embarrassée par l'ambivalence affective maternelle caractérisée essentiellement par un excès d'amour lors de l'absence du père, mais une fois que ce dernier est présent l'objet maternel devient passif voire indifférent, étant donné que la mère ne réagit pas durant les moments de sévérité paternelle exorbitante.

◆ *Les troubles du sommeil constituent le quatrième signe clinique qui est véhiculé considérablement au CDI par le biais d'un score moyen de ½, la mère du cas étudié a affirmé que sa fille manifeste souvent des insomnies aigues accompagnées de rêves et des cauchemars dominés par des thèmes d'accidents et de mort.*

Dans ce cadre, Inas nous a avoué au cours des entretiens clinique qu'elle haït son père, de même elle a visualisé à plusieurs reprises dans ses rêves qu'il est décédé. Selon D. Petot, ce genre de sommeil gravement perturbé est fréquent chez les enfants en situation difficile comme ceux issus de parents divorcés et il est moins répandu auprès des enfants

⁸⁵⁸ D. Marcelli, « Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ? », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 22.

⁸⁵⁹ Ibid, P : 19.

originaires de parents mariés ⁽⁸⁶⁰⁾. Pourtant le cas étudié même si il appartient à la seconde catégorie il présente des insomnies à caractère pathologique.

◆ Le cinquième trouble relativement inquiétant chez Inas se concrétise à travers **les idées noires et les pensées de mort** visiblement exprimé au CDI à l'item N°9 dans lequel elle a choisi la réponse suivante : « Je veux quitter la vie, mais je n'ose pas le faire », à ce propos la note relative à ce symptôme est de ½ dans l'épreuve précitée.

Il est à noter que quand l'enfant rencontre des moments difficiles répétitifs lors des interactions tendues avec ses parents, il devient pessimiste et éprouve un sentiment de chagrin acharné ⁽⁸⁶¹⁾, ceci est compatible à l'état dépressif de Inas qui a sombré dans le désespoir car elle croit que personne ne l'aime surtout sans père parce qu'elle est désagréable, méchante et turbulente. Cette perception négative de soi se concrétise au CDI à l'item N° 25 relatif à la dévalorisation de soi où elle a choisi la réponse « Je me demande si les personnes de mon entourage m'aiment ».

En parallèle avec les idées noires précitées, les pensées de mort sont également sollicitées au CDI, et elles ne sont pas dirigées uniquement vers soi comme c'est le cas à l'item N°9 « Je veux quitter la vie » mais elles sont orientées aussi à l'égard d'autrui, spécialement son père vis-à-vis duquel elle a exprimé sa haine et elle a manifesté son désir imaginaire de ne plus le voir en disant « Je vois souvent dans mes rêves nocturnes que mon père est décédé ». Cependant les tentatives de suicide restent limitées dans la pensée de Inas sans plan précis de passage à l'acte ce qui est habituel chez les enfants dépressifs en phase de latence ⁽⁸⁶²⁾.

⁸⁶⁰ D. Petot, « **Les dépressions**», In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent,, P : 118.

⁸⁶¹ Voir la présente thèse, Les idées noires, les pensées de mort et les tentatives de suicide, PP : 108-109.

⁸⁶² D. Marcelli, « **Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ?** », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, P : 24.

- **Synthèse diagnostique**

Sommairement, nous pouvons dire à la lumière des données cliniques et biographiques susmentionnées relatives au cas Inas que cette petite fille présente un éventuel état dépressif pathologique grave d'allure réactionnelle qui pourrait s'expliquer par le biais des éléments suivants :

Premièrement, la dépression du cas étudié est réactionnelle parce que les cinq troubles précités représenteraient une réaction morbide à une carence affective pathogène ⁽⁸⁶³⁾ caractérisée essentiellement par un excès de sévérité paternelle (présence envahissante du père) qui a perturbé considérablement le flux normal des activités quotidiennes de Inas. Il est important de signaler que cette catégorie pathologique de dépression est classée au CFTMEA R-2012 sous le code N°4.1 ⁽⁸⁶⁴⁾.

Deuxièmement, cet état dépressif n'est pas léger ou moyen, mais il est plutôt sévère pour plusieurs raisons : d'abord, même si la note globale au CDI est de 25/54 renvoie à une dépression moyenne ⁽⁸⁶⁵⁾, néanmoins l'existence de cinq troubles permanents et aigus, nous oriente vers la catégorie dépressive sévère répertoriée au CIM10 sous référence F32.2 ⁽⁸⁶⁶⁾, ce diagnostic est conditionné par la détection de cinq troubles dépressifs au minimum qui dépassent une durée de quinze jours ⁽⁸⁶⁷⁾.

Il est important de signaler ensuite que la persistance de la carence affective paternelle au cours des différentes phases de la première enfance de Inas, et qui se prolonge encore durant la période de latence, a intensifié la gravité de ses troubles dépressifs. Ce constat est surprenant parce que nous avons prévu dans le cadre des hypothèses relatives à notre thèse que les états dépressifs à caractère pathologique pourraient se manifester chez les EPD et non pas auprès de leurs confrères EPM.

⁸⁶³ D. Marcelli, **Enfance et psychopathologie**, P : 446.

⁸⁶⁴ CFTMEA R-2012, P : 40.

⁸⁶⁵ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 168.

⁸⁶⁶ CIM 10, P : 190.

⁸⁶⁷ Ibid, P : 190.

- **Analyse du test CAT**

Le thème éminent dans la majorité des planches du protocole CAT du cas Inas est la nourriture (Image : N°1, N°2, N°3, N°4, N°5, N°6, N°7, N°8), ce sujet est massivement sollicité par les enfants gravement carencés qui peuvent éprouver de la jouissance en produisant des histoires dans lesquelles, ils remplissent les ventres des animaux par les produits alimentaires pour substituer implicitement leur propre vide affectif ou besoin de nourriture psychologique (manque d'affection paternelle et/ou maternelle) ⁽⁸⁶⁸⁾.

Ceci est clairement exprimé dans le récit N°1 du cas étudié qui a parlé d'un petit poussin qui éprouve une faim intense, mais il ne peut pas s'approcher de sa mère (la poule) pour manger car il a peur des menaces d'agression de la part de son père (le coq). La représentation du père comme un mauvais objet excessivement agressif envers son épouse et ses enfants constitue donc une sérieuse carence affective pour Inas, parce que cette petite fille a évoqué la privation émotionnelle paternelle dans les planches où le père est sollicité et même dans les images à domination maternelle (planches N°1, N°4, N°6) ⁽⁸⁶⁹⁾.

Dans ce cadre elle a décrit son père au sein de la planche N°3 comme un agresseur qui a soif de brutalité (le tigre, il a faim et il veut manger la souris) et elle a exprimé son hostilité ravageuse à l'égard de cette violente irritabilité paternelle à plusieurs reprises (images : N°3, N°4, N°7).

Cependant, l'histoire la plus dramatique produite au CAT par Inas est relative à la planche N°4 où il a dit : (le père kangourou est mort), cette expression reflète clairement les pulsions haineuses et agressives du cas étudié vis-à-vis de l'objet paternel hyper-autoritaire ⁽⁸⁷⁰⁾. Ceci prouve également que l'enfant en période de latence primaire (6 à 9 ans) adopte

⁸⁶⁸ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, P : 45.

⁸⁶⁹ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, PP : 13-14.

⁸⁷⁰ Voir la présente thèse, **L'analyse du CAT (Planche N°3, N°4, N°7)**, PP : 189-190.

un discours plus spontané et non pas déguisé quand il parle de son malaise psychique ⁽⁸⁷¹⁾.

En ce qui concerne la mère, elle est perçue par la petite fille investiguée comme un objet excessivement hyper-affectueux : une poule qui nourrit tendrement ses poussins (planche N°1), et une chienne qui assiste son chiot dans l'acquisition de la propreté malgré son âge avancé au sein de l'image N°10.

Néanmoins le cas étudié a critiqué cette mère hyper-protectrice dans la planche N°4 en s'identifiant à l'enfant aîné dans la famille des kangourous bien qu'elle est en réalité la benjamine de sa fratrie, ceci reflète son désir d'être autonome dans sa relation avec sa mère et son dégoût inconscient de la dépendance envers cet objet extrêmement bon ⁽⁸⁷²⁾.

A propos de sa représentation des liens fraternels, le cas investigué considère son frère aîné comme un garçon très méchant qui ressemble à son père parce qu'elle a produit une histoire relative à la planche N°2 où ce dernier joue le rôle de l'allié de son père agresseur dans une situation de conflit contre la mère qui est toute seule et elle est perçue comme victime.

Succinctement, nous pouvons dire que le protocole CAT du cas Inas comprend trois indicateurs psychologiques essentiels, d'abord le père qui est représenté comme un objet uniquement mauvais caractérisé par un excès d'autorité et de brutalité extravagantes; ensuite la mère est perçue en tant qu'un objet exclusivement bon marqué par l'hyper-affectivité envahissante qui entrave l'évolution de la petite fille de la dépendance vers l'autonomie.

Cette double carence affective par excès d'impulsivité paternelle d'un côté et le surinvestissement d'affection maternelle d'un autre côté expliqueraient le caractère aigu du malaise dépressif du cas Inas. Dans le

⁸⁷¹ Voir la présente thèse, **La latence primaire**, P : 25.

⁸⁷² Voir la présente thèse, **L'analyse du CAT (Planche N°4)**, P : 189.

même sens, l'identification du frère aîné au père agressif accentue davantage la problématique psychique du cas étudié.

- **Analyse du test dessin de famille**

Normalement, l'enfant en période de latence figure soi-même au premier lieu, puis il représente ses parents; pourtant Inas a dessiné sa mère au début, mais avec des traits aigus et des doigts pointus ⁽⁸⁷³⁾, ceci voudrait dire qu'elle admire pleinement sa maman mais elle ressent une haine non négligeable à son égard, car elle reste indifférente quand le père exerce son impulsivité sur ses enfants (Objet maternelle perçus tantôt bon et parfois mauvais).

En ce qui concerne le père, son visage est intensivement noirci reflétant ainsi une remarquable hostilité vis-à-vis de ce dernier représenté comme un objet uniquement déplaisant ⁽⁸⁷⁴⁾. Quant à son frère, Inas l'a figuré avec un visage sombre comme le père parce qu'il est agressif comme lui.

Dans le même sens, l'ensemble des membres de cette petite famille sont localisés dans la partie inférieure gauche de la feuille du dessin, cette zone est le siège symbolique des tendances dépressives, car le bas indique le déplaisir et le chagrin à l'opposé du haut qui renvoie à l'expansion vitale, pareillement la partie gauche active les événements du passé contrairement à la droite qui mobilise les perspectives du futur ⁽⁸⁷⁵⁾.

Ces choix spatiaux signifient que Inas est tellement emprisonnée dans son passé (de 0 à 5 ans) et son présent (6 à 9 ans) marqués par une carence émotionnelle paternelle par excès d'autorité qui a bloqué son accès à l'avenir voire à la progression de son développement psycho-affectif de la dépendance vis-à-vis de ses parents vers l'autonomie ⁽⁸⁷⁶⁾.

L'aspect morbide de l'humeur dysphorique du cas étudié se traduit également dans l'épreuve du dessin de famille par l'absence de la maison, fréquemment représentée par les enfants en période de latence comme

⁸⁷³ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PP : 19-20.

⁸⁷⁴ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 182.

⁸⁷⁵ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P: 26.

⁸⁷⁶ Ibid, PP : 42-46.

symbole de stabilité psychique. Pareillement les composantes euphoriques de la nature tel que : la terre, les arbres, le ciel et le soleil sont exclus, ainsi que l'évitement total de l'utilisation des couleurs. Cette pauvreté d'expression graphique renvoie à un profond sentiment de pessimisme inscrit dans le registre des manifestations dépressives à savoir : la tristesse exagérée, les idées noires et la dévalorisation de soi ⁽⁸⁷⁷⁾.

Similairement, le temps de figuration est très court, car Inas s'est contentée d'achever son dessin en cinq minutes, cette rapidité d'exécution traduirait son refus inconscient d'aborder soigneusement son intense carence affective paternelle, ainsi que le malaise dépressif qui en découle ⁽⁸⁷⁸⁾.

Malgré la précipitation de la jeune fille au cours de la réalisation de son dessin, elle a exprimé sa privation émotionnelle avec franchise et elle a utilisé le mécanisme de régression pour faire face à cette problématique, puisqu'elle a représenté les personnages de sa production graphique avec une petite taille, des lignes très floues et des composantes du visage (les yeux, le nez, la bouche) fusionnées. Ceci confirme la dévalorisation de soi, le pessimisme et le repli sur soi, ces sentiments dysphoriques sont généralisés sur l'ensemble des membres de la famille ⁽⁸⁷⁹⁾.

L'intégralité des éléments susmentionnés prouvent que nous sommes devant un dessin sensoriel clairement dépressif. Cette spontanéité d'expression est une caractéristique spécifique aux enfants du stade de latence primaire (6 à 9 ans) ⁽⁸⁸⁰⁾, à l'opposé du dessin rationnel marqué par une représentation graphique défensive et déguisée couramment utilisée par les enfants en période de latence secondaire (10 à 12 ans) ⁽⁸⁸¹⁾.

Sommairement, nous pouvons dire que le dessin de famille du cas Inas a relevé quatre points essentiels, l'hyper-protection paternelle par excès d'autorité et le surinvestissement émotionnel maternel, ces deux

⁸⁷⁷ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, PP : 182-183.

⁸⁷⁸ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P: 44.

⁸⁷⁹ Ibid, P : 119.

⁸⁸⁰ Voir la présente thèse, **Sous étapes de latence et expression de la dépression**, PP : 25-26.

⁸⁸¹ C. Arbisio, **Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence**, In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, P : 11.

genres de carence affective pathogène ont accentué la dépression du cas étudié.

Le malaise dépressif est exprimé dans ce test projectif par la dévalorisation de soi et la dépréciation des membres de la famille (personnages de petites tailles dans le dessin), ainsi que le pessimisme exagéré (absence de couleurs et des composantes de la nature). Enfin les préoccupations fraternelles sont marginalisées car le sujet est tourmenté par la problématique de défaillance affective paternelle à l'exception de l'existence d'une représentation négative de son frère perçu comme mauvais objet excessivement agressif assimilé à l'image mentale ennuyeuse de son père défaillant.

- ***Approche psychopathologique***

Les données biographiques ainsi que les résultats des tests projectifs ont confirmé que le cas étudié présente une double carence affective caractérisée par la brutalité paternelle et l'excès d'affection maternelle.

L'hyper-autorité du père est engendrée par un grave traumatisme psychique au cours de sa propre enfance marquée par l'infidélité de son propre père à l'égard de sa mère; cette injustice familiale a activé une formation réactionnelle au fond de cet homme narcissiquement blessé, de ce fait il est devenu un avocat intègre, un époux loyal et un père idéal et extrêmement brutal qui ne tolère pas les bêtises les plus banales de la part de ses enfants ⁽⁸⁸²⁾.

En revanche, la mère de Inas malgré son niveau d'instruction soutenu, elle est passive devant l'impulsivité paternelle et elle se comporte d'une manière très affectueuse pour compenser la carence de présence chaleureuse du père ⁽⁸⁸³⁾.

Ce rendement parental défectueux représente à notre avis un obstacle psychique qui empêche Inas à parcourir la position dépressive avec succès, à ce propos M. Klein a mentionné que le Moi de l'enfant se constitue comme un sujet total si ce dernier arrive à intérioriser l'image de

⁸⁸² Voir la présente étude de cas, **Données biographiques**, PP : 328-329.

⁸⁸³ Ibid, P : 329.

sa mère et son père en tant que bons et mauvais objets en même temps, cependant le cas étudié perçoit son père comme un objet uniquement mauvais et considère sa mère comme exclusivement bonne ⁽⁸⁸⁴⁾.

Ceci prédispose la petite fille à notre avis à rester enfermée dans un niveau primaire de son développement psycho-affectif et l'entrave par conséquent à réaliser un pas évolutif très important de la dépendance vers l'autonomie. Cette double carence affective pathogène explique le caractère exaspérant de l'état dépressif du cas investigué qui a enregistré un score de 25/54 au CDI, ce résultat s'inscrit dans le cadre de la dépression moyenne selon notre répartition à titre indicatif des degrés d'intensité des états dépressifs, cependant vue que Inas a présenté cinq symptômes persistants au-delà de 15 jours consécutifs ⁽⁸⁸⁵⁾.

Ceci nous renvoie à une dépression sévère répertoriée dans le CIM 10 sous référence F32.2. Les symptômes concernés sont l'altération de l'appétit (anorexie) les perturbations du sommeil (insomnie) et les troubles psychomoteurs (agitation). Ces manifestations cliniques ont dérégulé sérieusement les activités principales de la vie quotidienne du cas étudié en plus du sentiment de culpabilité exagérée ainsi que les idées noires et les tentatives de suicide. Il est à noter que la nature morbide de certains de ces troubles est confirmée par le dessin sensoriel clairement dépressif produit par le cas Inas dans le cadre du test du dessin de famille ⁽⁸⁸⁶⁾.

La signification psychopathologique de ces symptômes se présente comme suit : la restriction alimentaire et la perte considérable du poids sont suscitées par le dégoût et le déplaisir ressenti vis-à-vis de sa vie familiale difficile relative à la sévérité parentale exaspérante et l'affection maternelle envahissante ⁽⁸⁸⁷⁾ *qui ont déclenché en plus des troubles de l'appétit des insomnies accompagnées par des rêves et des cauchemars angoissants dominés par les thèmes d'accident et de mort, à ce propos elle a rapporté qu'elle a vécu à plusieurs reprises dans ses rêves la scène de son père décédé, le désir que l'objet paternel quitte la vie*

⁸⁸⁴ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, PP : 83-84.

⁸⁸⁵ Voir la présente étude de cas, **Définition opérationnelle des troubles dépressifs pathologiques**, P : 73.

⁸⁸⁶ Voir la présente étude de cas, **Analyse du test dessin de famille**, PP : 336-337.

⁸⁸⁷ Voir la présente thèse, **Aspects psychopathologiques des troubles de l'appétit**, PP : 87-89.

figure également dans la planche N°4 du CAT où elle a déclaré que le père kangourou est mort ⁽⁸⁸⁸⁾.

Similairement, elle a exprimé d'une manière récurrente sa haine ravageuse envers le père défaillant dans d'autres histoires du CAT et même dans le test du dessin de famille, ce désir du décès du père reflète ses pulsions agressives réactionnelles à l'impulsivité écrasante de l'objet paternel ⁽⁸⁸⁹⁾.

Il est important de signaler que vu l'incapacité de Inas à exprimer ses pulsions destructrices dans sa relation avec son père, elle a dégagé ces tendances coléreuses d'une façon déguisée dans ses rêves (mort du père), dans le jeu au cours duquel elle déchiquette ses poupées en petits morceaux puis elle les jette par la fenêtre sans aucun regret, de même elle se montre agressive et instable vis-à-vis de ses camarades de classe; c'est pour l'ensemble de ces raisons peut-être que le sentiment de culpabilité chez Inas est exorbitant car il est relatif à sa perception de soi comme une fille turbulente, agressive et méchante à l'égard de son père (souhait de mort) et envers ses copines (maltraitance) ⁽⁸⁹⁰⁾.

Enfin le pessimisme et les idées noires sont clairement exprimés dans le test du dessin de famille par le biais de figuration des personnages de petites tailles et des visages noircis en l'absence totale de l'utilisation des couleurs ⁽⁸⁹¹⁾.

L'ensemble des éléments cliniques et psychopathologiques précités, nous pousse à dire que l'hypothèse N°2 relative à notre thèse stipulant que la carence affective ordinaire chez les enfants de parents mariés déclencherait des MDRN est visiblement infirmée parce que le cas Inas nous prouve le contraire, autrement dit l'enfant du divorce n'est pas la seule victime de la défaillance affective parentale après la rupture des liens conjugaux ⁽⁸⁹²⁾.

⁸⁸⁸ Voir la présente étude de cas, **Analyse du test CAT**, PP : 333-334.

⁸⁸⁹ Ibid, P : 334.

⁸⁹⁰ Voir la présente étude de cas, **Données biographiques**, PP : 328-329.

⁸⁹¹ Voir la présente étude de cas, **Analyse du test dessin de famille**, PP : 336-337.

⁸⁹² Voir la présente thèse, **Hypothèse N°2**, P : 16.

Même les parents mariés pourraient stimuler l'émergence d'une dépression pathologique chez leur enfant. Ce constat est valable pour le frère de Inas qui est également suivi par un pédopsychiatre à cause d'une impulsivité grave à l'égard de ses camarades du quartier et à l'école et il est même détesté par sa sœur car elle pense qu'il est agressif comme son père ⁽⁸⁹³⁾.

Similairement l'hypothèse N°3 même si elle est consacrée aux enfants de parents séparés, mais il est convenable pour le cas Inas car elle subit à la fois l'excès d'impulsivité paternelle et le surinvestissement affectif maternel, l'accumulation et le prolongement de ces facteurs carenciels a accentué l'intensité de l'état dépressif morbide du cas étudié ⁽⁸⁹⁴⁾.

⁸⁹³ Voir la présente étude de cas, **Données biographiques**, PP : 328-329.

⁸⁹⁴ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°3**, P : 16.

2.3. Etude de cas Anir

- **Données biographiques**

Anir est un enfant âgé de huit ans, il est issu d'un père cadre dans une entreprise privée, qui se caractérise par un tempérament calme, il est discret pourtant il maintient des liens affectifs satisfaisants à l'égard de ses enfants, quant à sa mère elle est professeur des études supérieures de management, elle est affectueuse, mais elle est aussi rigoureuse vis-à-vis les membres de sa famille.

Le cas étudié est le benjamin d'une fratrie de deux enfants, il poursuit ses études à la troisième année de l'enseignement primaire, son rendement scolaire est excellent en dépit d'une diminution partielle de l'attention engendrée par une légère hyperactivité. De même, cet enfant se distingue par une consommation alimentaire relativement excessive.

Sa sœur la cadette est âgée de treize ans, elle s'occupe attentivement de lui, et au cours de l'absence des parents elle joue le rôle de sa seconde mère, néanmoins Nisrine est en phase de préadolescence marquée essentiellement par un surinvestissement des affects ⁽⁸⁹⁵⁾, ceci la pousse parfois à exercer une autorité exagérée sur son frère et devient même grossière et sévère à son égard. Cette maltraitance fraternelle lui entraîne des critiques et des sanctions paternelles ainsi que le désagrément maternel.

Selon ses parents Anir est un enfant, dynamique, intelligent et très expressif mais il présente en parallèle des conduites inadéquates comme : la consommation excessive de la nourriture, une hyperactivité parfois ennuyante et des troubles partielles de concentration.

- **Description des moments dépressifs relatifs à la normale**

Le score global au CDI enregistré par Anir est de 14/54, il appartient à l'intervalle des notes inscrites dans le registre des moments

⁸⁹⁵ G. Akoka, « **Puberté, adolescence et jeunesse** », In Encyclopédie L'homme du 20^{ème} siècle et son esprit, P : 1064.

dépressifs relatifs à la normale ⁽⁸⁹⁶⁾. Pareillement, l'inventaire de cet enfant comprend deux niveaux d'expressions dépressives, le premier se caractérise par la manifestation des troubles aigus à savoir : les perturbations de l'appétit et l'altération de concentration.

Le second niveau, se caractérise par des signes cliniques légèrement extériorisés qui se situent dans un intervalle de 0,25 à 0,6/2 au CDI, tels que les troubles moteurs, la perte d'intérêt, la tristesse et la dévalorisation de soi. Dans ce qui suit nous allons présenter un aperçu plus au moins détaillé des deux niveaux de cette symptomatologie dépressive.

En ce qui concerne les troubles de l'appétit, ils constituent le symptôme le plus intense au CDI du cas étudié avec un score de 2/2, il se concrétise par la consommation excessive d'une quantité importante des nourritures lors des repas quotidiens et si nous prenons en considération l'âge actuel de Anir (huit ans) qui appartient à la phase de latence primaire marquée par le développement du principe de réalité qui réduit progressivement l'hypertrophie du principe de plaisir ⁽⁸⁹⁷⁾.

Nous pouvons dire, à la lumière de données précitées, que l'absence des parents hors du foyer familial lors de l'exercice de leurs tâches professionnelles et personnelles, ainsi que leurs réponses frustrantes à certains besoins formulés par l'enfant. Ces carences ordinaires pourraient être perçues par le cas étudié comme une négligence affective inconcevable provocatrice d'un éventuel sentiment de vide émotionnel que Anir tenterait de compenser en remplissant son estomac par la nourriture, dans ce cas, la nutrition organique est un substitut de la nourriture.

Les troubles de concentration sont également mobilisés au CDI par le biais d'un score élevé de 1,25/2, signalons que malgré la présence des perturbations de l'attention chez le cas étudié mais leurs répercussions sur sa scolarité restent partielles voire très limitées, car cet enfant se caractérise par un rendement cognitif admirable.

Il est à déceler aussi que parmi les deux troubles précités, celui qui a perturbé sérieusement le rythme normal des activités quotidiennes

⁸⁹⁶ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

⁸⁹⁷ Voir la présente thèse, **La latence entre la réalité et l'imaginaire**, PP : 27-28.

de Anir c'est sa conduite boulimique. Dans le même sens et avant de citer brièvement les expressions dépressives légèrement stimulées au CDI nous pouvons dire que les troubles de concentration constituent à notre avis un retentissement négatif de l'agitation psychomotrice qui pourrait être investi par le cas étudié pour solliciter l'intérêt de ses parents qui sont inattentifs à son égard selon sa perception subjective des relations familiales.

Pareillement, l'inventaire de dépression a révélé l'existence du sentiment de tristesse chez le cas Anir, cet affect pourrait être provoqué par la déception de ce dernier vis-à-vis de sa sœur, alors qu'il souhaitait que Nisrine essaye de compenser son besoin d'être écouté et le valoriser durant l'absence des parents. C'est pour cette raison peut être que le cas étudié a manifesté un sentiment non négligeable de dévalorisation de soi, car il pourrait éprouver au cours des moments de mésentente avec ses parents et même avec sa sœur qu'il est rejeté voire indésiré; ces impressions personnelles dysphoriques se reflètent par exemple à l'item N° 25 où il a choisi la réponse suivante « je me demande si les personnes de mon entourage m'aiment vraiment ».

- **Synthèse diagnostique**

Sommairement nous pouvons résumer le diagnostic du cas Anir en deux éléments. Le premier est la présence d'un seul et unique trouble dépressif persistant au-delà de quinze jours consécutifs à savoir la consommation excessive de la nourriture. Le second point réside dans le fait que le symptôme mentionné plus haut est associé à des signes cliniques légèrement exprimés notamment les troubles de concentration, l'agitation psychomotrice, la tristesse et la dévalorisation de soi.

L'ensemble de ses indicateurs sémiologiques indiqueraient que le cas étudié a parcouru des moments dépressifs relatifs à la normale exprimés d'une manière accentuée. Ce constat est relaté sur la base de notre définition des niveaux d'intensité de la catégorie dépressive précitée⁽⁸⁹⁸⁾. Ce diagnostic est renforcé par le score global au CDI (14/54) qui

⁸⁹⁸ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des MDRN**, P : 76

appartient à l'intervalle des notes relatives à cette catégorie ordinaire de dépression ⁽⁸⁹⁹⁾ répertoriée au CFTMEA R-2012 sous le code N° 0.1 ⁽⁹⁰⁰⁾.

Il est important de signaler enfin de cette approche diagnostique que les troubles dépressifs relatifs à la normale présentée par le cas Anir sont engendrés par les différents types de carence affective ordinaire tels que : la négligence affective paternelle, la rigueur maternelle non encore assimilée et intériorisée au sein du psychisme du cas étudié ainsi que l'inconcevable sévérité fraternelle de la part de Nisrine. Il est à noter que le cumul de ces facteurs aggrave parfois l'intensité des troubles chez ce petit enfant.

- **Analyse du CAT**

Les dix histoires élaborées par le cas Anir reflètent trois constats essentiels : la relation avec sa mère est marquée par la dualité satisfaction/frustration, les liens avec son père sont caractérisés par une négligence paternelle permanente, Quant à sa perception de soi elle est positive et l'enfant se distingue par l'autonomie malgré son jeune âge (huit ans). Dans ce qui suit nous allons détailler ces trois points.

En ce qui concerne la mère, elle est perçue d'une part comme un objet affectueux : la poule qui nourrit ses petits poussins à l'image N°1, de même la planche N°2 parle d'un petit ourson qui aide sa mère ourse dans un jeu de tiraillement de la corde contre un renard et lorsque je lui ai posé la question comment l'ourson représente sa mère il a répondu : (elle est très gentille avec lui) ⁽⁹⁰¹⁾.

D'autre part, la mère est représentée comme un substitut du père : tigre femelle à l'image N°3, qui n'achète pas à son petit tout ce qu'il demande. Cette dualité fantasmatique de l'objet maternelle à la fois bon et mauvais et un indice d'équilibre psychique chez le cas étudié ⁽⁹⁰²⁾.

⁸⁹⁹ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

⁹⁰⁰ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁹⁰¹ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 13.

⁹⁰² Ibid, P : 13.

En ce qui concerne l'objet paternel, il figure au sein de plusieurs histoires comme un personnage négligeant qui ne procure pas à l'enfant suffisamment d'intérêt et d'attention : un coq qui dort et il ne mange pas le repas avec sa poule et ses poussins à l'image N°1, mais malgré cette mésestimation les petits poulets admirent leur père ⁽⁹⁰³⁾.

Similairement, Anir a formulé son désir de bénéficier de la bienveillance paternelle dans la planche N°4 : un kangourou qui est sorti en pique-nique avec ses petits pour la première fois, ensuite le petit kangourou s'est réveillé et s'est rendu compte qu'il est en train de rêver et que son père n'est pas à ses côtés ⁽⁹⁰⁴⁾.

D'un autre côté, le cas investigué manifeste continuellement dans le protocole CAT son adoration de l'objet paternel : l'ourson aime ses parents à l'image N°5 et N°6 et il apprécie l'ours davantage en s'identifiant à lui à plusieurs reprises. Néanmoins, il a déclaré que le coq dans la planche N°1 se comporte gentiment avec les poussins et il les punit s'ils font des bêtises. A partir des éléments précités nous pouvons dire que ces sentiments d'amour et de haine envers le père sont le résultat de la succession des moments de satisfaction des désirs infantiles et des instants de frustration ordinaire de ces attentes, cette dualité psychique renforce l'estime de soi chez le cas investigué ⁽⁹⁰⁵⁾.

S'agissant de sa relation avec soi, Anir se caractérise par une considérable confiance en soi et il se sent autonome en dépit de son jeune âge (huit ans), dans l'image N°9 par exemple il a raconté une histoire d'un petit lapin qui dort tout seul dans sa chambre et il n'a pas peur bien que ses parents dorment dans une autre pièce, cependant il est conscient que ces derniers le perçoivent comme un enfant turbulent qui fait constamment des sottises malgré les critiques et les punitions parentales ⁽⁹⁰⁶⁾.

Pourtant la grande absente dans le protocole CAT du cas Anir est sa sœur aînée qui est évoquée d'une façon superficielle dans ses récits au sein desquels elle est parfois appréciée quand elle s'occupe de lui et des fois

⁹⁰³ Voir la présente thèse, **Analyse du CAT (Planche N°1)**, P : 189.

⁹⁰⁴ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 14.

⁹⁰⁵ Ibid, P : 14.

⁹⁰⁶ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT (Planche N°9)**, P : 190.

méprisée lorsqu'elle se comporte grossièrement envers lui pendant les moments d'absence parentale du foyer familial.

Succinctement, l'ensemble des histoires produites par le cas étudié reflètent un équilibre psychique remarquable à plusieurs niveaux, d'abord la carence affective parentale est inscrite dans le registre de la privation ordinaire car elle se distingue par l'alternance entre les instants de satisfaction de ses besoins affectifs et les situations de frustration de ses attentes infantiles.

Dans le même sens, sa relation avec soi est harmonieuse, car il est conscient de ses qualités (confiance en soi) et de ses défauts (insolences répétitives). Enfin ses interactions avec sa sœur renforce sa stabilité psychique parce qu'elle le traite parfois avec délicatesse et elle le maltraite dans d'autres circonstances.

Cette bipolarité émotionnelle : paternelle, maternelle et fraternelle participe activement dans l'établissement d'un équilibre entre le principe de plaisir et le principe de réalité dans la structure psychique du cas Anir.

- ***Analyse du dessin de famille***

L'ordre de figuration des personnages est réalisé par Anir en fonction des sexes et des générations, autrement dit il a dessiné son père puis sa propre personne comme des représentants de la première et de la seconde génération du sexe masculin, ensuite il a figuré sa mère suivie de sa sœur en tant que référence du premier et du deuxième âge du sexe féminin.

Cette hiérarchisation générationnelle reflète l'autonomie du cas étudié car il est capable de distinguer entre les différentes générations; de même, le fait de donner la priorité à son père dans son dessin révèle son désir de s'identifier à cet objet perçu comme idéal du Moi⁽⁹⁰⁷⁾.

Sur le plan formel, les membres de la famille sont représentés avec des traits courbes caractérisés par une épaisseur normale tandis que sa sœur est figurée avec des traits forts et son corps est hypertrophique par

⁹⁰⁷ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 31.

rapport aux autres personnages, ceci dévoile le mécontentement considérable de l'examiné à son égard parce qu'elle le brutalise parfois lors des moments d'absence parentale du foyer familial ⁽⁹⁰⁸⁾. Pareillement, la tête du père est surdimensionnée et il le décrit comme l'acteur le moins heureux dans son dessin car son humeur devienne coléreuse quand ses enfants font des bêtises ⁽⁹⁰⁹⁾.

Par ailleurs, si les êtres humains sont représentés avec des traits minces, la maison et le garage sont figurés avec des lignes surchargées vu qu'ils stimulent à l'intérieur du sujet un énorme ennoïement parce qu'il se sent souvent emprisonné à domicile et il veut sortir à l'extérieur de cet espace restreint, c'est pour cette raison qu'il a dessiné la voiture avec des traits raffinés et des couleurs effervescentes et passionnelles comme le rouge et le marron ⁽⁹¹⁰⁾.

En ce qui concerne le symbolisme spatial, la famille entière et la maison sont représentés dans la partie inférieure de la feuille du dessin, cette zone symbolise la tristesse et le déplaisir et l'aspect statique de la vie familiale, ces pressentiments sont inscrits dans le registre du désagrément habituel chez l'enfant, tandis que la voiture est localisée dans la partie supérieure du dessin qui renvoie à la joie, au dynamisme et à l'épanouissement ⁽⁹¹¹⁾.

A propos du temps de production graphique, le dessin est effectué par Anir en 10 minutes, sachant que la durée de passation de ce test varie de 15 à 30 minutes avec une moyenne de 20 minutes ⁽⁹¹²⁾. Dans ce cadre nous avons rencontré des difficultés pour maintenir l'attention de l'enfant dans le but d'achever son graphisme lors de la séance de passation de l'épreuve.

Cette rapidité d'exécution expliquerait son excitation psychomotrice et la perturbation de sa capacité de concentration détectée par le biais de l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) répertoriées dans le tableau

⁹⁰⁸ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P: 24.

⁹⁰⁹ Ibid, P : 25.

⁹¹⁰ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 145.

⁹¹¹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 27.

⁹¹² Ibid, P : 6.

clinique des moments dépressifs relatifs à la normale, qui ne perturbe pas notablement les activités principales de la vie quotidienne de l'enfant ⁽⁹¹³⁾.

A partir des éléments susmentionnés, nous pouvons qualifier la précipitation de Anir comme un dynamisme exagéré non encore maîtrisé par ce dernier vu son jeune âge et il pourrait adapter sa motricité au fur et à mesure de l'évolution dans les étapes de son développement psycho-affectif.

Brièvement, nous pouvons synthétiser l'analyse du test du dessin de famille du cas étudié à travers les points suivants : la carence affective parentale (l'absence momentanée des parents hors du foyer familial) semble être une frustration habituelle que l'enfant arrive à assimiler bien qu'elle lui provoque des réactions dépressives relatives à la normale tels que : la tristesse, l'agitation psychomotrice, les perturbations de concentration qui n'altèrent pas véritablement les tâches journalières du cas investigué.

De même, la maltraitance occasionnelle de sa sœur est clairement exprimée dans son dessin à travers un corps hypertrophique, mais elle ne perturbe pas remarquablement l'équilibre psychique du cas étudié.

- ***Approche psychopathologique***

Les données biographiques ainsi que les résultats des épreuves projectives illustrent clairement que le contexte familial du cas Anir se distingue par des interactions triangulaires : père-mère-enfant, basées sur la succession des instants de présence chaleureuse et gratifiante de ses parents suivis des moments d'absence de ces derniers relatifs à l'exercice de leurs tâches professionnelles et personnelles hors du foyer.

Selon A. Dachmi, cette configuration relationnelle est structurante pour le psychisme infantile, car les parents ne devraient pas se contenter de réaliser la fonction d'attachement bienveillant vis-à-vis de leur enfant, mais ils sont appelés également à se détacher de lui ⁽⁹¹⁴⁾. *Dans l'équilibre entre ces deux axes (présence/absence) réside le bon fonctionnement*

⁹¹³ Voir la présente étude de cas, **Description des signes dépressifs**, PP : 342-345.

⁹¹⁴ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 26.

psychique du cas étudié et de son déséquilibre découlerait la carence affective chez les enfants de parents divorcés.

Cependant, étant donné que Anir est en période de latence primaire, caractérisée par le prolongement du processus de déliaison autonomisante entre l'enfant et ses parents qui semble être difficile à effectuer chez l'enfant marocain ⁽⁹¹⁵⁾, cette argumentation nous explique pourquoi le cas investigué dramatise l'absence parentale et la perçoit comme privation inacceptable voire injuste, c'est pour cette raison peut-être qu'il a présenté des moments dépressifs relatifs à la normale répertoriés au CFTMEA R-2012 sous référence 0.1 ⁽⁹¹⁶⁾.

Ce diagnostic est confirmé par le CDI à travers un score de 14/54 marqué essentiellement par une consommation alimentaire excessive permanente qui ne porte pas une dimension pathologique en soi ⁽⁹¹⁷⁾. A ce propos le cas étudié remplit son estomac de nourriture pour compenser la nutrition psychologique dont il a besoin lors de l'absence maternelle et surtout paternelle, bien que cette carence affective est inscrite dans le registre normal comme nous l'avons déjà démontré lors de l'analyse du test CAT ⁽⁹¹⁸⁾.

Néanmoins, la négligence émotionnelle ou le surplus d'absence parentale pathogène vécu par le cas « A » étudié dans le cadre de notre mémoire de DESS s'est répercutée sur son comportement alimentaire sous forme d'un trouble morbide à savoir « la boulimie » ⁽⁹¹⁹⁾.

Similairement, les troubles de concentration représentent un retentissement négatif de l'agitation psychomotrice qui est mobilisée par le cas Anir pour attirer l'attention de ses parents inattentifs à son égard pour se procurer d'un plus d'affection d'après sa propre représentation des liens père mère-enfant ⁽⁹²⁰⁾.

⁹¹⁵ Ibid, P : 31.

⁹¹⁶ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁹¹⁷ Voir la présente étude de cas, **Description des signes dépressifs**, PP : 342-345.

⁹¹⁸ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT**, PP : 189-190.

⁹¹⁹ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, P : 45-46.

⁹²⁰ Voir la présente thèse, **Aspects psychopathologiques des troubles psychomoteurs**, PP : 94-97.

Il est nécessaire de mentionner que les manifestations dépressives citées plus haut ne portent pas une connotation morbide en soi car elles ne sont pas envahissantes, mais leur intensité est plutôt légère et elle ne perturbe pas remarquablement le rythme habituel des activités essentielles de la vie quotidienne de l'enfant comme le jeu, la scolarité et les échanges familiaux⁽⁹²¹⁾.

Dans le même sens, les sentiments de tristesse et de dévalorisation de soi quoiqu'ils sont exprimés par le cas étudié mais ils sont épisodiques et transitoires vu qu'ils sont relatifs aux moments de mécontentement de l'enfant avec ses parents⁽⁹²²⁾.

L'ensemble des données cliniques et psychopathologiques susmentionnées attestent l'adéquation de l'hypothèse N°2 avec le cas Anir postulant que la carence affective ordinaire chez les enfants de parents mariés déclencherait des MDRN liés aux instants difficiles du développement psycho-affectif de l'enfant surtout lors des situations de désaccord avec ses parents⁽⁹²³⁾.

⁹²¹ D. Petot, « **Les dépressions**», In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 115.

⁹²² Ibid, P : 115.

⁹²³ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°2**, P : 16.

2.4. Etude de cas Zouhir

- **Données biographiques**

Zouhir est un enfant âgé de douze ans, il est issu d'un père marin qui se comporte souvent d'une manière rigide, sévère et violente vis-à-vis de ses enfants, cependant il est peu complaisant à leur égard. Quant à la mère du cas étudié, c'est une femme au foyer, qui se caractérise par un tempérament détendu, inoffensif et elle est affectueuse envers l'ensemble des membres de sa famille.

Zouhir est le cadet d'une fratrie de trois enfants, il poursuit ses études à la sixième année de l'enseignement primaire, son rendement cognitif est moyen et il n'a jamais vécu une expérience d'échec scolaire, son frère aîné est âgé de dix-sept ans, il est bachelier et il travaille avec son père au port de la ville d'Agadir. Quant à sœur, la benjamine, elle a onze ans et elle est en cinquième année primaire. Généralement les liens fraternels de l'enfant étudié sont harmonieux à l'exception de quelques mésententes passagères avec sa petite sœur.

Zouhir se distingue également par un caractère calme, il est sociable et il aime se balader à vélo avec les camarades du quartier. Cependant il se plaint furieusement de la sévérité paternelle, à ce propos il a rapporté qu'il éprouve une sorte d'ambivalence affective vis-à-vis de l'objet paternel, tantôt il ressent de l'admiration envers son père parce qu'il satisfait ses besoins infantiles et tantôt il éprouve de la haine et de la rancune envers ce dernier quand il le punit excessivement pour la moindre bêtise.

- **Description des moments dépressifs relatifs à la normale**

Le score global enregistré par cet enfant au CDI est de 12/54, cette note correspond aux moments dépressifs relatifs à la normale ⁽⁹²⁴⁾. Dans ce cadre, nous pouvons distinguer entre deux niveaux d'expression dépressive au sein de cette épreuve, le premier se concrétise par la manifestation des symptômes relativement aigus à savoir les idées noires et les tentatives de

⁹²⁴ Voir la présente thèse, **Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI)**, P : 167.

suicide ainsi que les troubles du sommeil ; le deuxième niveau est marqué par la présence des troubles légèrement extériorisés tels que : l'agitation psychomotrice, les troubles de concentration et la dévalorisation de soi.

Il est à noter que les scores liés à ces signes cliniques varient entre 0,67 et 0,25/2. Dans ce qui suit nous allons présenter une description plus au moins détaillée de l'ensemble de ces symptômes.

◆ *Les **idées noires** sont visiblement mobilisées au CDI par un score moyen de 1/2. Ce symptôme pourrait être déclenché par un sentiment de désespoir stimulé lors des moments de sévérité paternelle perçus comme intolérable, ceci pousserait l'enfant à représenter la vie comme une expérience difficile et penserait ainsi à délaisser ce monde défectueux. Cette image pessimiste est extériorisée à l'item N° 9 « Je veux quitter ce monde ». Dans ce contexte Zouhir nous a révélé qu'il se trouve parfois envahi d'une manière involontaire par ses pensées défavorables et nuisibles.*

Selon D. Petot, lorsque l'enfant affronte des instants délicats lors des interactions tendues avec ses parents, ce blocage relationnel affecte négativement sa vision sur la vie qui devient dysphorique⁽⁹²⁵⁾.

◆ *Les **troubles du sommeil** sont aussi véhiculés au CDI d'une manière approximativement intense, néanmoins le cas étudié a rapporté que son sommeil est généralement ordinaire à l'exception des phases passagères de mésentente avec son père durant lesquelles il présente des réveils nocturnes imprévisibles.*

◆ *En plus de ces troubles fortement dégagés à l'inventaire de dépression chez cet enfant, Zouhir a manifesté également des expressions moins intenses comme **l'agitation psychomotrice** qui est extériorisée d'une façon sublimatoire à travers les activités ludiques (passion de se balader à vélo avec ses camarades du quartier)⁽⁹²⁶⁾, il est à noter que le trouble précité se répercute négativement sur la capacité de concentration du cas étudié qui se trouve partiellement altérée surtout lors des séances*

⁹²⁵ D. Petot, « **Les dépressions** », In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 117.

⁹²⁶ Ibid, P : 115.

scolaires, mais les résultats satisfaisants de Zouhir prouvent que les troubles d'attention ne sont pas inquiétants.

◆ *Enfin le sentiment de dévalorisation de soi est sollicité succinctement au CDI, cela confirme la présence des idées noires et reflète éventuellement le doute du cas étudié à propos de l'affection de son père à son égard. Autrement dit, Zouhir aurait pensé de la manière suivante : « Mon père me punit, c'est parce que je suis méchant et je ne mérite par conséquent ni sa bienveillance ni sa complaisance ».*

- **Synthèse diagnostique**

Sommairement, nous pouvons dire que le cas Zouhir a probablement parcouru de graves moments dépressifs relatifs à la normale pour plusieurs raisons :

D'abord parce que le score global affiché au CDI est de 12/54 qui s'inscrit dans la catégorie de dépression susmentionnée répertoriée au CFTMEA R-2012 sous référence code N° 0.1⁽⁹²⁷⁾.

Ensuite le cas étudié a présenté un seul et unique trouble à savoir les idées noires considérées comme pathologiques par le biais des notes du CDI ainsi que les propos de l'enfant. Dans ce cadre les troubles du sommeil sont écartés parce qu'ils ne perturbent pas remarquablement le rythme habituel du repos nocturne de l'enfant. Dans le même sens, le symptôme morbide précité est accompagné par d'expressions dépressives ordinaires notamment l'agitation psychomotrice, les troubles de concentration et la dévalorisation de soi.

L'ensemble de ces données cliniques sont appropriées aux critères d'intensité exaspérante des moments dépressifs relatifs à la normale que nous avons adoptée dans le présent travail de recherche (928). Il est important de signaler enfin de cette approche diagnostique que l'aggravation des manifestations dépressives du cas Zouhir est probablement suscitée par la succession permanente des instants difficiles

⁹²⁷ Voir la présente thèse, **La latence entre la réussite et l'échec de la sublimation**, PP : 23-24.

⁹²⁸ D. Petot, **« Les dépressions »**. In M. Tousignant et autres, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, P : 115.

rencontrés par cet enfant dans sa relation avec son père caractérisée essentiellement par l'hyper-protection paternelle sous forme d'un excès d'autorité et de sévérité épouvantable.

- **Analyse du CAT**

Le protocole CAT du cas Zouhir a révélé trois constats essentiels, la relation avec son père se caractérise par une carence affective plus ou moins ordinaire, marquée par l'excès d'autorité paternelle. Les liens mère-enfant se distinguent par une affection maternelle chaleureuse et une passivité de cette dernière à l'égard de son mari et de ses enfants. Enfin les relations du cas étudié envers sa fratrie sont fréquemment harmonieuses, mais elles sont dominées de temps en temps par un sentiment de jalousie vis-à-vis de sa sœur benjamine. Dans ce qui suit nous allons décortiquer ces trois points.

Le père est évoqué parfois comme : un admirable père ours en parfaite entente avec son épouse ourse et son petit ourson à la planche N°5, et ce même personnage enseigne à son petit au sein de l'image N°6 comment protéger la famille ⁽⁹²⁹⁾. Mais la majorité des histoires reflètent l'existence d'une hostilité exaspérante du cas étudié envers cet objet excessivement agressif et violent à l'égard de sa conjointe et de ses enfants.

A ce propos, dans la planche N°1, l'examiné a perçu d'un côté un aigle au lieu d'un coq qui nourrit ses petits aiglons, mais d'un autre côté ils les brutalisent grossièrement à cause de leurs bêtises infantiles habituelles ⁽⁹³⁰⁾.

Dans le même sens, à la planche N°2, un ourson essaye d'arrêter son père ours qui agresse cruellement sa mère ourse. L'image N°3 illustre également un portrait d'un lion extrêmement puissant (symbole paternel) exerçant une autorité accablante sur une pauvre souris (sujet) qui a manifesté sa haine et sa peur relatives à cet animal féroce ⁽⁹³¹⁾.

⁹²⁹ CFTMEA R-2012, P : 42.

⁹³⁰ Voir la présente thèse, **Définition opérationnelle des MDRN**, P : 76.

⁹³¹ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 13.

Cependant, la mère est représentée comme un objet affectueux : une chienne assistant son chiot qui urine au toilette afin de ne pas mouiller le lit pendant la nuit à l'image N°10, mais cette mère est perçue également en tant qu'une personne vulnérable vis-à-vis du père : un ours qui brutalise cruellement sa femelle ourse à la planche N°2 ⁽⁹³²⁾.

L'objet maternel se caractérise aussi par la passivité à l'égard de ses enfants : un petit singe qui se bagarre avec sa petite sœur et quand sa mère lui demande de s'arrêter, il a refusé d'appliquer les consignes maternelles à l'image N°8. Il est important de signaler que le cas étudié s'identifie au père agresseur car sa brutalité infantile est inspirée de l'irritabilité paternelle ⁽⁹³³⁾.

Pourtant, malgré le caractère empathique de la mère, elle est parfois rigoureuse envers ses enfants spécialement vis-à-vis de Zouhir, comme c'est le cas à la planche N°9 où la mère punit son enfant en l'isolant dans un chambre à cause de son irritabilité fraternelle.

Dans le même cheminement, Zouhir n'est pas totalement préoccupé par les problématiques liées à ses relations parents-enfant, mais il s'intéresse aussi aux personnes de son âge notamment ses frères et sœurs avec lesquels il mange chaleureusement le repas : des petits aiglons qui mangent ensemble en présence de leur père aigle à l'image N°1 ⁽⁹³⁴⁾. Le cas investigué a extériorisé également sa jalousie envers sa sœur benjamine à la planche N°4 qui monopolise l'affection maternelle, quant à lui il essaie d'attirer l'attention de la mère pour sauvegarder sa place privilégiée à ses côtés ⁽⁹³⁵⁾.

Généralement, nous pouvons dire que malgré la passivité de la mère, le cas investigué la perçoit comme un bon objet qui lui procure suffisamment d'affection, quant à son père il est représenté parfois positivement par l'enfant, mais il est souvent perçu comme une source d'agressivité dévastatrice qui pourrait être à l'origine des moments dépressifs relatifs à la normale présentés par le cas Zouhir.

⁹³² Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT (Planche N°1)**, P : 189.

⁹³³ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 15.

⁹³⁴ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT (Planche N°1)**, P : 189.

⁹³⁵ L. Bellak, S. Bellak, **Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT)**, P : 14.

Concernant ses relations fraternelles, elles sont globalement équilibrées malgré sa maltraitance envers sa petite sœur redressée par son père et parfois même par sa mère.

- ***Analyse du dessin de famille***

L'enfant a dessiné soi-même en premier lieu, ceci reflète son estime de soi, puis il a figuré sa petite sœur ce qui indiquerait sa tendance à l'autonomie par rapport à la génération de ses parents dessinés à la fin de la représentation graphique ⁽⁹³⁶⁾.

Les personnages précités sont généralement figurées avec des traits souples qui révèlent une grande expansion vitale, à l'exception du père qui est figuré avec des traits forts reflétant ainsi ses tendances agressives explicitées par le cas étudié à travers la représentation d'une tête hypertrophie et déplaisante du père, puis il l'a gommé pour le redessiner à nouveau d'une façon plus défectueuse avec un visage carré, des yeux effrayants et des cheveux pointus ⁽⁹³⁷⁾.

Cette irritabilité paternelle exagérée a engendré une haine et une hostilité non négligeable chez Zouhir qui a rapporté au cours de l'entretien relatif à la compréhension du dessin que le père est le personnage le moins gentil dans son dessin car il est violent à l'égard de son épouse et ses enfants.

En ce qui concerne la mère, elle est figurée avec de traits courbes, un visage souriant et des cheveux lisses et doux, ces indices graphiques reflèteraient la tendresse de cet objet bien aimé par Zouhir parce qu'elle est considérée comme étant la personne la plus gentille dans son dessin du fait qu'elle ne brutalise pas ses enfants, au contraire elle est très complaisante envers eux ⁽⁹³⁸⁾.

Il est à noter que l'examiné a dessiné l'aspect physique des enfants plus grand que celui des parents, ceci représenterait une réaction dépressive à caractère normal qui cible, à notre avis, la survalorisation de

⁹³⁶ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, PP : 19-20.

⁹³⁷ Ibid, P : 24.

⁹³⁸ Ibid, P : 41.

la génération des enfants et la minimisation de la puissance dévastatrice de la génération des adultes à savoir la sévérité paternelle ⁽⁹³⁹⁾.

L'analyse susmentionnée, expliquerait la fonction psychique des moments dépressifs relatifs à la normale qui représenterait un moyen de défoulement de la tension interne suscitée par la défaillance émotionnelle de l'objet paternel.

Il est important de signaler aussi que le test du dessin de famille confirme l'intériorisation de cet aspect négatif de l'autorité paternelle dans le psychisme du cas étudié, repéré également dans l'épreuve CAT, vu que Zouhir a représenté le héros (lui-même) qui ressemble physiquement dans son dessin à son père par le biais d'un corps gigantesque, des regards menaçants et des cheveux pointus, ceci est affirmé par l'examiné lors de l'entretien durant lequel il a choisi de s'identifier au personnage du père ⁽⁹⁴⁰⁾.

En dépit de ces indicateurs négatifs, le cas investigué a figuré des symboles positifs qui reflètent le caractère ordinaire de ces interactions familiales comme la représentation de certains membres de la famille avec des visages gais et il entretient des relations harmonieuses et joviales ⁽⁹⁴¹⁾.

Dans le même sens, Zouhir a dessiné les composantes euphoriques de la nature comme le soleil coloré avec un jaune clair et chaleureux qui renvoie au dynamisme et à la jouissance, similairement, le ciel bleu dénué de nuages témoignant de l'existence d'une vivacité sereine au sein du contexte familial ⁽⁹⁴²⁾. Pareillement sa sœur benjamine bien aimée est valorisée dans sa production graphique malgré le sentiment de jalousie exprimée dans le test CAT.

Sommairement, l'épreuve du dessin de famille a décelé l'existence des manifestations dépressives relatives à la normale occasionnées par une carence affective par excès de brutalité paternelle. Néanmoins la

⁹³⁹ Ibid, P : 119.

⁹⁴⁰ J. Royer, **La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme**, P : 190.

⁹⁴¹ L. Corman, **Le test du dessin de famille**, P : 36.

⁹⁴² Op cit, J. Royer, P : 145.

présence maternelle affectueuse atténuée considérablement l'impact négatif de l'irritabilité du père du cas étudié.

En parallèle avec l'aspect dysphorique du vécu familial du cas Zouhir, ce dernier a manifesté des relations harmonieuses avec sa sœur benjamine et il a représenté des composantes euphoriques de la nature comme le soleil et le ciel. L'ensemble de ces éléments graphiques affirme le caractère ordinaire de son malaise dépressif.

- ***Approche psychopathologique***

A la lumière des données recueillies à travers la biographie, les éléments diagnostiques et les épreuves projectives, les interactions familiales du cas Zouhir se distinguent essentiellement par une mère énormément affectueuse et faiblement rigoureuse envers lui et un père extrêmement irritable et insuffisamment bienveillant à son égard.

En dépit de ce dérèglement partiel du rendement émotionnel paternel et maternel, ils contribuent d'une façon complémentaire dans le maintien de l'équilibre psychique de l'enfant qui perçoit sa mère et son père comme des objets parfois gratifiants et occasionnellement frustrants, cette succession du cycle satisfaction/privation active selon D.W. Winnicott l'acquisition de la capacité de régulation entre le principe du plaisir et le principe de réalité au sein de la structure psychique infantile ⁽⁹⁴³⁾.

Il est pertinent de noter également que lorsque le père se comporte d'une façon grossière avec le cas investigué, la mère arrive à atténuer l'impact négatif de la rigidité paternelle sur le psychisme de son fils par sa tolérance et sa délicatesse; néanmoins quand cette dernière devient elle aussi victime de l'impulsivité conjugale illustrée dans le CAT à la planche N°2 ⁽⁹⁴⁴⁾, Zouhir se trouve dans une situation de vulnérabilité et d'impuissance qui le pousse à réagir par la manifestation des moments dépressifs épisodiques relatifs à la normale.

⁹⁴³ D.W. Winnicott, **L'enfant et sa famille**, PP : 109-111.

⁹⁴⁴ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT**, P : 189.

Ce malaise dépressif ordinaire est approuvé par le CDI qui a enregistré un score de 12/54 ⁽⁹⁴⁵⁾. À ce propos le trouble principal extériorisé par le cas étudié est les idées noires et les pensées de mort à travers ce symptôme il reflète son pessimisme considérable relatif à la sévérité paternelle insupportable qui conduit l'enfant à représenté la vie comme une expérience difficile et il cherche par conséquent la solution la plus facile à cette situation pénible, c'est d'envisager de quitter cette vie intolérable ⁽⁹⁴⁶⁾.

Dans le même sens, les perturbations du sommeil sont mobilisées lors des instants de conflits passagers avec le père, sous forme de réveils nocturnes imprévisibles, de même, l'agitation psychomotrice est dégagée d'une manière sublimatoire par le biais des activités ludiques, quant à l'altération légère de la concentration, elle ne perturbe pas concrètement la scolarité du cas investigué ⁽⁹⁴⁷⁾.

D'une manière générale, l'ensemble de ces signes cliniques n'affectent pas remarquablement les activités principales de la vie quotidienne du cas Zouhir, de ce fait nous pouvons dire qu'ils portent une connotation habituelle et non pas pathologique car ils découlent d'une carence affective normale affirmée par les épreuves : CAT et dessin de famille ⁽⁹⁴⁸⁾.

Il est à signaler aussi que la préoccupation du cas étudié par ses interactions relationnelles avec sa fratrie qui sont tantôt harmonieuses et parfois défectueuses, ses liens bipolaires et non pas unipolaires confirment son équilibre psychique et prouvent par conséquent qu'il n'est pas tourmenté par les difficultés de ses échanges parents-enfant ⁽⁹⁴⁹⁾.

L'ensemble des données susmentionnées témoignent la validité de l'hypothèse N°2 pour le cas Zouhir stipulant que la carence affective ordinaire chez les enfants issus de parents mariés déclencherait des

⁹⁴⁵ Voir la présente thèse, **Description des signes dépressifs MDRN**, PP : 76-77.

⁹⁴⁶ Voir la présente thèse, **Les idées de mort et tentatives de suicide** PP : 108-112.

⁹⁴⁷ Voir la présente thèse, **Description des troubles dépressifs**, Voir respectivement les pages suivantes, PP : 90-94-106.

⁹⁴⁸ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT**, PP : 355-356.

⁹⁴⁹ Ibid, P : 356.

MDRN liés aux difficultés relationnelles parent-enfant répertoriés dans la CFTMEA R-2012 sous référence 0.1 ⁽⁹⁵⁰⁾.

2.5. Synthèse des études de cas des EPM

A travers l'investigation des cas des Enfants de parents Mariés, nous avons pu déceler d'abord, la différence entre la carence normale prépondérante chez la majorité d'entre eux et la privation pathologique repérée auprès de leurs confrères, les Enfants de Parents Divorcés.

Grace à cette pertinente divergence, nous avons compris comment la carence ordinaire caractérisée par une mésentente passagère entre l'enfant et ses parents pourrait provoquer l'émergence des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale. Dans le même sens, nous avons démontré de quelle manière la privation émotionnelle morbide marquée par une défaillance grave des liens affectifs des parents vis-à-vis de leur enfant déclenchent l'irruption des troubles dépressifs infantiles à caractère morbide.

Ce second volet du chapitre qualitatif, nous a permis aussi de vérifier la véracité de l'Hypothèse N°2, stipulant comme nous l'avons déjà mentionné que la carence habituelle chez les EPM donnerait lieu à l'émergence des MDRN, cette éventualité n'est pas confirmée globalement mais partiellement chez trois cas parmi quatre. A ce propos le cas Inas a infirmé cette probabilité, car elle a prouvé le contraire; autrement dit, bien que l'enfant vit sous le même toit avec ses parents il pourrait présenter des troubles dépressifs pathologiques.

Il est important de signaler enfin, que la conclusion générale de cette étude qualitative mettra en relief les points de concordance et de discordance entre les 4 cas des EPD et les 4 autres des EPM investigués dans ce dernier chapitre de la partie pratique de notre thèse.

⁹⁵⁰ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°2**, P: 16.

3. Synthèse générale de l'étude qualitative

A la lumière de l'investigation approfondie des cas des Enfants de Parents Divorcés (EPD) et de leurs pairs les Enfants de Parents Mariés (EPM), nous pouvons discuter les résultats de cette étude qualitative en vérifiant à quel degré les hypothèses que nous avons élaborées dans la première partie de notre thèse sont valables pour l'échantillon de notre recherche.

En ce qui concerne l'hypothèse N°1 stipulant que la carence affective pathologique représenterait un dysfonctionnement du rendement émotionnel des parents vis-à-vis de leurs enfants après le divorce, cette défaillance parentale se répercuterait sous forme de troubles dépressifs infantiles morbides ⁽⁹⁵¹⁾.

A ce propos, nous avons pu localiser, à travers les entretiens cliniques et les épreuves projectives, le caractère pathologique de la carence affective chez les EPD à travers le regard de l'enfant, qui perçoit son père et/ou sa mère comme des objets uniquement bons ou bien exclusivement mauvais.

Dans ce cadre, le cas Hassan constitue un exemple typique car il ressent une hostilité exaspérante envers son père puisqu'il l'a abandonné depuis sa petite enfance et jusqu'à présent, en parallèle, sa mère est exclusivement affectueuse à son égard. De cette manière les parents sont perçus selon M. Klein comme des objets partiels (Bons ou mauvais) et non pas totaux (bons et mauvais) en même temps ⁽⁹⁵²⁾.

Cette uni-polarité affective, marquée par la sous-estimation de son père et la survalorisation de sa mère, a provoqué l'irruption des troubles dépressifs pathologiques chez le cas étudié répertoriés au CFTMEA R-2012 sous référence 4.1 ⁽⁹⁵³⁾.

L'existence des scénarios similaires chez les autres cas du groupe des EPD est confirmée par le biais de notre approche diagnostique

⁹⁵¹ Voir la présence thèse, **Hypothèse N°1**, P : 16.

⁹⁵² M. Klein, J. Rivière, **L'amour et la haine**, P : 83.

⁹⁵³ CFTMEA R-2012, P : 40.

réalisée à l'aide d'un psychiatre chevronné et appuyée par les résultats de l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI). De ce fait l'hypothèse N°1 est affirmée.

Quant à l'hypothèse N°2, elle a supposé que la carence affective ordinaire chez les EPM déclencherait des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN) classés dans la CFTMEA R-2012 sous le code 0.1⁽⁹⁵⁴⁾.

il est important de signaler d'abord, que la privation émotionnelle habituelle est repérée auprès d'une grande partie des cas étudiés (EPM) et elle se distingue par la coexistence des sentiments d'amour et de haine envers chacun des parents, autrement dit, les objets parentaux sont perçus tantôt comme des bons objets lors de la satisfaction des désirs infantiles et parfois ils sont représentés en tant que mauvais objets dans le cas de la frustration des attentes de l'enfant. Cette bipolarité émotionnelle est le garant de l'équilibre psycho-affectif de l'enfant d'après A. Dachmi⁽⁹⁵⁵⁾.

Cette carence affective ordinaire a engendré des MDRN chez un nombre important des cas étudiés (EPM) comme le cas Firdaous qui a présenté essentiellement une restriction alimentaire considérable et prolongée. Cette manifestation dépressive est motivée par des mésententes occasionnelles avec ses parents. De ce fait l'hypothèse N°2 n'est pas globalement confirmée mais elle est majoritairement affirmée vu qu'elle est valable pour trois cas des EPM parmi quatre.

Cependant le cas Inas représente à notre avis une exception, car elle n'a pas seulement infirmé notre seconde supposition, mais elle a prouvé le contraire, c'est-à-dire que même si l'enfant vit sous le même toit avec ses parents, il pourrait subir une carence affective morbide qui entraînerait l'émergence des troubles dépressifs pathologiques.

Il est nécessaire de rappeler, dans ce sens, que les résultats de l'étude quantitative ont démontré que 30,67 % des EPM présentent une dépression malade⁽⁹⁵⁶⁾. Cette concordance entre les données statistiques

⁹⁵⁴ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°2**, P : 16.

⁹⁵⁵ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 26.

⁹⁵⁶ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les troubles dépressifs pathologiques au test CDI**, PP : 197-200.

et l'analyse des études de cas cliniques sollicite notre attention pour étudier la dite éventualité dans nos futurs travaux de recherche.

La probabilité N°3 prétendant que la persistance ou l'accumulation des facteurs carenciels notamment l'hyper-protection affective et la négligence émotionnelle suite au divorce pourraient accentuer l'intensité des troubles dépressifs chez les EPD ⁽⁹⁵⁷⁾. Cette supposition est largement appropriée au vécu des quatre cas investigués.

A ce propos le cas Abdel-Ilah est un exemple typique, puisqu'il a subi une séparation prolongée avec sa mère bien aimée depuis l'âge de cinq ans et jusqu'à présent (12 ans) après un divorce précoce de ses parents alors qu'il avait deux ans. Dès lors, il a perçu sa mère comme un objet uniquement et excessivement bon et il est resté fixer sur cette image maternelle idéalisée. La dite perte d'objet est représentée par le sujet comme un événement dramatique et inadmissible et elle constitue une carence pathogène qui s'est répercutée sous forme d'une dépression grave marquée par la présence permanente de cinq troubles dépressifs sévères cités dans l'étude du cas Abdel-Ilah et répertoriés dans le CIM 10 sous référence F 32.2 ⁽⁹⁵⁸⁾.

Si le cas de l'enfant susmentionné illustre clairement les symptômes dépressifs aigus provoqués par une privation prolongée, le cas Nouhaila représente un modèle pertinent de l'accumulation des facteurs frustrationnels morbides parce qu'elle déteste son père énormément étant donné qu'il l'a abandonné après la rupture des liens conjugaux alors qu'elle avait six ans; pire encore, elle a encaissé une affection maternelle disproportionnée car sa mère l'a surinvestie émotionnellement en tant que substitut de l'amour conjugal perdu ⁽⁹⁵⁹⁾.

Cette double carence affective a engendré l'irruption d'une dépression intense caractérisée par un tableau clinique composé de 7 troubles dépressifs persistants et un score alarmant aux CDI 34/54 ⁽⁹⁶⁰⁾.

⁹⁵⁷ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°3**, P : 16.

⁹⁵⁸ Voir la présente thèse, **Etude du cas Abdel-Ilah** P : 299.

⁹⁵⁹ Voir la présente thèse, **Etude du cas Nouhaila**, PP : 281-282.

⁹⁶⁰ Ibid, P : 277.

A la lumière des données citées plus haut, il semble que l'hypothèse N°3 est affirmée, de ce fait elle constitue une contribution de notre part, dans l'approfondissement de la compréhension de la carence affective à caractère pathogène chez l'enfant de parents séparés ainsi que ses retentissements négatifs sur sa santé mentale.

***VI. CONCLUSION GENERALE &
PERSPECTIVES DE LA THESE***

1. Conclusion générale de la thèse

La partie pratique de la présente thèse a traité deux types d'investigations, instituées en deux chapitres, le premier est consacré à l'étude quantitative qui a concerné l'échantillon global de la recherche à savoir 39 Enfants de Parents Divorcés (EPD) et 75 Enfants de Parents Mariés (EPM).

A ce propos nous avons élaboré une approche comparative entre ces deux groupes, d'une part, pour repérer l'existence des troubles dépressifs parmi eux moyennant l'inventaire de dépression chez l'enfant (CDI) et d'autre part, nous avons essayé d'identifier quel genre d'étiologie choisie par chacun d'entre eux pour expliquer l'émergence de ces symptômes par le biais du questionnaire de l'étiologie dépressive.

Le second chapitre a abordé l'étude qualitative qui a ciblé comme objectif l'investigation approfondie de 4 cas des EPD et 4 autres des EPM, cette recherche minutieuse a analysé la relation entre la carence affective et les troubles dépressifs auprès de cet échantillon restreint par le biais des outils comme : les entretiens semi-directifs, les observations cliniques et les tests projectifs, ainsi que l'élaboration d'une approche diagnostique à l'aide d'un psychiatre chevronné.

Dans ce qui suit nous allons synthétiser les résultats de ces deux études comparatives en survolant respectivement les cinq hypothèses relatives à notre thèse. Il est pertinent de préciser qu'en parallèle de ces résultats principaux nous allons évoquer des constats secondaires qui n'ont pas un lien direct avec la problématique de ce travail de recherche mais ils sont d'une utilité non négligeable pour la psychologie de l'enfant.

1.1. Résultats principaux

◆ Discussions de l'hypothèse N°1

Au sujet de l'hypothèse N°1 stipulant que la carence affective morbide représenterait un dérèglement redoutable du rendement affectif des parents vis-à-vis de leur enfant suite au divorce, cette défaillance parentale se répercuterait sous forme de troubles dépressifs infantiles pathologiques répertoriés au CFTMEA R-2012 sous référence N°4.1⁽⁹⁶¹⁾.

Cette éventualité est confirmée dans l'étude qualitative qui a décelé deux genres pathogènes de carence affective chez les EPD, notamment le surplus d'amour parental (hyper-protection) et l'insuffisance d'affection (négligence émotionnelle) suite au divorce⁽⁹⁶²⁾.

Sous l'influence de ces facteurs carenciels l'enfant perçoit sa mère et/ou son père comme des objets partiels uniquement bons ou bien exclusivement mauvais selon l'expression de M. Klein⁽⁹⁶³⁾. Cette unipolarité affective répercute négativement sur la santé mentale de l'enfant de parents divorcés à travers l'irruption des manifestations dépressives morbides⁽⁹⁶⁴⁾.

Le repérage de ces symptômes est effectué au sein de l'étude quantitative qui a identifié 48,72 % des EPD atteints par la dépression, ce taux est largement supérieur à la proportion enregistrée par le groupe des EPM qui est de 30,67 %, l'analyse de l'écart entre ces deux échantillons par le biais du test «t» de Student a démontré que cette différence est significative sur le plan statistique⁽⁹⁶⁵⁾, car la valeur «t» des deux groupes étudiés dans cette thèse est de 2,49, qui est supérieure à la valeur

⁹⁶¹ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°1**, P : 16.

⁹⁶² Voir la présente thèse, **Conclusion du chapitre 2 : Etude qualitative**, P : 363.

⁹⁶³ M. Klein, J. Riviere, **L'amour et la haine**, PP : 83-84.

⁹⁶⁴ NB : **Le cas Hassan** constitue un exemple typique, étant donné qu'il représente son père comme un mauvais objet parce qu'il l'a abandonné depuis sa petite enfance et jusqu'à présent, en parallèle sa mère est perçue en tant que bon objet car elle est exclusivement affectueuse. Cette unipolarité affective a provoqué l'irruption des troubles dépressifs pathologiques chez cet enfant.

⁹⁶⁵ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les troubles dépressifs pathologiques au test CDI**, P : 197.

critique de la table « t » de Student évaluée à 1,96 au risque d'erreur 0,05 soit 5 %⁽⁹⁶⁶⁾.

Il est important de signaler que le taux de dépression chez les EPD (48,72%) est similaire au pourcentage enregistré par l'enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies au Maroc réalisée en 2007 qui a démontré que 48,9% des 5635 personnes étudiées présentent au moins un des 25 troubles mentaux investigués. Il s'avère également que la dépression est la pathologie mentale la plus fréquente avec un taux de 26,5 %⁽⁹⁶⁷⁾; A ce propos si cette proportion dépressive semble inférieure à nos résultats c'est parce qu'elle est relative à une population normale et non pas à un échantillon à problème comme le nôtre.

Il est pertinent de souligner aussi que nous avons démontré à travers plusieurs études de cas cliniques le caractère réactionnel des troubles dépressifs, car ils sont souvent manifestés suite à la rupture des liens conjugaux, notamment le cas Hassan qui a présenté des symptômes consécutifs à la séparation de ses parents⁽⁹⁶⁸⁾.

Pareillement nous avons remarqué que l'expression dépressive féminine est plus intense que la symptomatologie masculine au sein du groupe des EPD, ce constat est confirmé par les scores enregistrés par le CDI qui sont plus élevés chez les filles par rapport aux garçons⁽⁹⁶⁹⁾, cette constatation est compatible aux résultats du rapport international de l'OMS sur la dépression en 2017 révélant que la dite pathologie est plus prépondérante chez les femmes en comparaison avec les hommes⁽⁹⁷⁰⁾.

Dans le même sens nous avons constaté que les troubles les plus fréquents chez les EPD sont respectivement les symptômes psychomoteurs, les perturbations du sommeil, l'altération de l'appétit et le dérèglement de

⁹⁶⁶ Voir la présente thèse, **Annexe 2 : Données statistiques relatives à l'étude du terrain**, P : 392.

⁹⁶⁷ D. Moussaoui, **La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies**, PP : 125-126, In Revue « L'encéphale » de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique, Volume N°33, Fascicule S4, Edition Elsevier Masson, Paris-France, Décembre 2007.

⁹⁶⁸ Voir la présente thèse, **Etude du Cas Hassan (Synthèse diagnostique)**, P : 311.

⁹⁶⁹ Voir la présente thèse, **Etude qualitative**, Etude de cas Nouhaila (CDI = 34/54) P : 274. Etude de cas Ikram (CDI = 33/54) P : 285. Etude de cas Abdel-Ilah (CDI = 30/54) P : 296. Etude de cas Hassan (CDI = 17/54) P : 308.

⁹⁷⁰ World Health Organization (WHO), **Depression and other common disorders: Global health estimates**, P : 8.

la concentration. Ces signes cliniques déstabilisent clairement les activités principales de la vie quotidienne de l'enfant de parents séparés à savoir la scolarité, le jeu et les interactions relationnelles familiales et sociales ⁽⁹⁷¹⁾.

◆ *Discussions de l'hypothèse N° 2*

En ce qui concerne l'hypothèse N°2 énonçant que la carence affective ordinaire chez les EPM déclencherait l'émergence des Moments Dépressifs Relatifs à la Normale (MDRN) classés dans la CFTMEA R-2012 sous le code 0.1 ⁽⁹⁷²⁾.

Cette probabilité est confirmée au sein de l'étude qualitative chez un nombre important des cas étudiés (EPM), auprès desquels nous avons détecté la coexistence des sentiments d'amour et de haine envers chacun de leurs parents, autrement dit, les objets parentaux sont perçus tantôt comme des bons objets et parfois en tant que mauvais objets, cette bipolarité émotionnelle est le garant de l'équilibre psycho-affectif de l'enfant d'après A. Dachmi ⁽⁹⁷³⁾.

Nous avons constaté également que cette défaillance habituelle du rendement affectif parental a engendré l'irruption des MDRN chez plusieurs cas investigués (EPM) ⁽⁹⁷⁴⁾.

Similairement, l'existence de ces moments dépressifs courants chez les EPM est approuvée dans l'étude quantitative relevant que presque la moitié de ce groupe 49,33 % a présenté ce type habituel de troubles, ce pourcentage est visiblement élevé par rapport au taux de 33,33% enregistré par le groupe des EPD. Cependant l'écart entre ces deux échantillons n'est pas significatif sur le plan statistique car la valeur «t» des deux groupes (1,15) est légèrement inférieur à la valeur critique de Student (1,96) au risque d'erreur 0,05 soit 5% ⁽⁹⁷⁵⁾.

⁹⁷¹ Voir la présente thèse, **Etude quantitative : Les troubles dépressifs les plus fréquents**, P : 213.

⁹⁷² Voir la présente thèse, **Hypothèse N°2**, P : 16.

⁹⁷³ A. Dachmi, **De la séduction maternelle négative**, P : 26.

⁹⁷⁴ Voir la présente thèse, **Conclusion du chapitre 2 : Etude qualitative**, P : 363.

⁹⁷⁵ Voir la présente thèse, **Comparaison des deux groupes concernant les MDRN**, PP : 201-203.

L'ensemble des données quantitatives et qualitatives citées plus haut nous permettent de dire que même si l'hypothèse N°2 n'est pas confirmée globalement mais il est affirmée partiellement.

Il est pertinent de notifier que les MDRN chez les EPM sont réactionnels parce qu'ils sont déclenchés dans la majorité des cas suite à des mésententes occasionnelles des enfants avec leurs parents et une fois ce désaccord s'achève les troubles disparaissent. Pareillement les symptômes les plus prépondérants auprès de cette population sont les mêmes troubles fréquents chez les EPD, sauf que ces manifestations dépressives ne portent pas une connotation pathologique, mais ils sont plutôt partielles et moins intenses, de ce fait elles ne perturbent pas considérablement les activités coutumières de l'enfant comme la scolarité, le jeu et les échanges relationnels avec autrui ⁽⁹⁷⁶⁾.

◆ Discussion de l'hypothèse N°3

A propos de l'hypothèse N°3, prétendant que la persistance ou l'accumulation des facteurs carenciels, notamment l'hyper-protection ou la négligence émotionnelle pourraient accentuer l'intensité des troubles dépressifs chez les enfants de parents séparés ⁽⁹⁷⁷⁾.

L'étude qualitative a élucidé par le biais de l'analyse psychopathologique de plusieurs cas comme Abdel-Ilah, comment le prolongement de la carence affective pathogène accentue les troubles dépressifs chez les EPD ⁽⁹⁷⁸⁾. Similairement nous avons illustré de quelle manière l'aggravation de la dépression chez le cas Nouhaila par exemple s'est produite sous l'influence de l'accumulation de plusieurs facteurs carenciels ⁽⁹⁷⁹⁾.

Parallèlement à cette investigation clinique, nous avons réalisé une étude quantitative des degrés d'intensité des troubles dépressifs (léger, moyen, sévère) chez les deux groupes de l'échantillon global de notre recherche, dans ce cadre nous n'avons pas pu calculer la valeur statistique de l'écart entre les deux populations à ce niveau, parce que l'effectif des

⁹⁷⁶ Voir la présente thèse, **Etude quantitative : Les troubles dépressifs les plus fréquents**, P : 213.

⁹⁷⁷ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°3**, P : 16.

⁹⁷⁸ Voir la présente thèse, **Conclusion du chapitre 2 : Etude qualitative**, P : 364.

⁹⁷⁹ Ibid, P : 364.

enfants qui présentent des manifestations dépressives est restreint (44 cas), c'est pour cette raison que nous avons réalisé uniquement une comparaison descriptive des pourcentages ⁽⁹⁸⁰⁾.

Du coup, nous avons constaté que la dépression sévère est plus fréquente auprès des EPD 36,84%, ce taux est largement supérieur à la proportion enregistrée par les EPM 8,70 %. Ce constat est confirmé par l'étude psychopathologique Tunisienne témoignant que l'écart est significatif entre les enfants du divorce et leurs confrères issus de parents mariés à ce niveau ⁽⁹⁸¹⁾. L'ensemble des indicateurs quantitatifs et qualitatifs susmentionnés nous incitent à relater que l'hypothèse N°3 est partiellement affirmée.

Il est important de signaler que les résultats des trois hypothèses précitées, constituent une contribution de notre part pour approfondir la compréhension de la carence affective pathogène chez les EPD en la comparant avec la privation ordinaire auprès des EPM, ainsi que l'illustration des retentissements morbides du prolongement et de l'accumulation de ces facteurs carenciels sur la santé mentale de l'enfant de parents divorcés.

Dans ce qui suit, nous allons découvrir comment l'enfant en période de latence appréhende la maladie mentale en général et les troubles dépressifs en particulier et quelle est la place des notions culturelles Marocaines dans ses représentations mentales relatives à ce type de pathologies.

◆ Discussions des hypothèses N°4

S'agissant de l'hypothèse N°4 présumant que le caractère pathologique des troubles dépressifs chez les EPD influencerait négativement leur capacité d'appréhender ces symptômes par le biais de la carence affective comme étiologie objective. Cependant l'aspect ordinaire

⁹⁸⁰ Voir la présente thèse, **Etude Comparative des deux groupes concernant les degrés d'intensité des troubles dépressifs**, P : 207.

⁹⁸¹ F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, P : 123.

des MDRN n'entraverait pas les EPM à envisager l'existence de ce facteur étiologique ⁽⁹⁸²⁾.

Les résultats de l'étude quantitative effectuée sur l'échantillon global de notre recherche moyennant le questionnaire de l'étiologie dépressive ont démontré que dans les deux niveaux de réponses : certaines et probables relatives à la carence affective comme étiologie objective des troubles dépressifs, la majorité des pourcentages enregistrés par les EPD sont inférieurs aux taux des EPM, cette différence est représentative sur le plan statistique ⁽⁹⁸³⁾, surtout à propos des réponses certaines où la valeur « t » des deux groupes est de 2,33, elle est supérieure à la valeur critique « t » des Student qui est de 1,96 ⁽⁹⁸⁴⁾.

Ceci voudrait dire que le caractère intense des troubles dépressifs ainsi que leur persistance dans le temps empêche les EPD à repérer le véritable facteur déclenchant de leur malaise dépressif à savoir la carence affective, tandis que l'aspect ordinaire et transitoire des MDRN n'endommage pas considérablement la capacité des EPM à représenter la privation émotionnelle comme étiologie provocatrice de leurs manifestations dépressives habituelles.

L'ensemble des éléments précités prouvent que l'hypothèse N°4 est globalement confirmée.

◆ Discussion de l'hypothèse N°5

L'hypothèse N°5 présume que l'impact de la morbidité des troubles dépressifs chez les EPD pourrait les amener à adopter des explications subjectives inappropriées aux symptômes précités en s'inspirant des étiologies populaires comme : l'aliénation par les démons ou « Djins », la sorcellerie ou « Sihr », le destin ou « Maktoub », le mauvais œil ou « Alaâyne alhassida », et la honte ou « Hschuma ». Inversement les EPM seraient moins réceptifs à cinq facteurs subjectifs ⁽⁹⁸⁵⁾.

⁹⁸² Voir la présente thèse, **Hypothèse N°4**, P : 19.

⁹⁸³ Voir la présente thèse, **Etude Comparative des deux groupes concernant la carence affective comme étiologie objective des troubles dépressifs**, P : 236.

⁹⁸⁴ Ibid, PP : 230-231.

⁹⁸⁵ Voir la présente thèse, **Hypothèse N°5**, P : 19.

Les résultats relatifs à cette probabilité reflètent une divergence notable concernant les différents niveaux de réponses des enfants, les réponses certaines par exemple sont prépondérants chez les EPD par rapport aux EPM, cependant l'écart entre les deux groupes à ce niveau n'est pas significatif. Quant aux réponses probables elles sont plutôt prédominantes auprès des EPM⁽⁹⁸⁶⁾.

Il est important de signaler à ce propos que la majorité de l'échantillon global de la recherche (plus de 70%) considère l'étiologie culturelle comme étant probable et non pas certaine, ceci voudrait dire que l'enfant en période de latence est capable d'identifier les notions culturelles relatives à la maladie mentale, mais sa contrainte principale est d'élaborer un point de vue concernant les répercussions négatives de ces concepts populaires sur l'équilibre psychique infantile.

Ce constat explique les propos des enfants étudiés lors de l'administration du questionnaire de l'étiologie dépressive, au cours duquel ils ont rapporté avoir compris les items du questionnaire, mais ils ont rencontré des difficultés pour choisir la réponse la plus appropriée à leurs opinions.

A la lumière de cette discordance des résultats relatifs à chaque niveau de réponses liées à l'étiologie culturelle nous pouvons dire que l'hypothèse N°5 est infirmée.

Il est important de signaler dans ce contexte que le classement des cinq notions culturelles erronées nous a dévoilé une nouveauté inattendue, à ce propos nous avons remarqué qu'une grande partie des enfants étudiés dans la présente recherche ont priorisé les forces surnaturelles notamment l'aliénation par des démons (Djins), la sorcellerie (Sihr) et le destin (Maktoub)⁽⁹⁸⁷⁾.

Le choix de ces notions métaphysiques est motivé par le caractère mystérieux de ces concepts qui est semblable selon F. Choffat à l'aspect

⁹⁸⁶ Voir la présente thèse, **Etude Comparative des deux groupes concernant les cinq facteurs culturels probables**, P : 243.

⁹⁸⁷ Voir la présente thèse, **Conclusion générale de l'approche culturelle**, P : 268.

insignifiant voire étrange des troubles mentaux en général et des symptômes dépressifs en particulier ⁽⁹⁸⁸⁾.

Dans le même sens nous avons constaté que les EPD utilisent massivement deux notions très répandus dans le contexte culturel marocain à savoir les démons et la sorcellerie pour justifier l'émergence de leurs symptômes dépressifs.

A la lumière de la discussion des Hypothèses N°4 et N°5 nous avons prouvé d'une part que le caractère pathologique des troubles dépressifs entrave les EPD à appréhender objectivement ces symptômes à travers la carence affective, d'autre part il est tangible que l'aspect ordinaire des MDRN n'altère pas considérablement la capacité des EPM à représenter la privation émotionnelle comme étiologie provocatrice de leurs manifestations dépressives habituelles.

Dans le même sens, la relation de l'enfant en période de latence d'une manière générale avec les concepts culturels marocains se distingue par la prépondérance de la pensée abstraite et la vulnérabilité de sa perception concrète des phénomènes. C'est pour cette raison qu'il survalorise les forces surnaturelles comme les démons et marginalise les facteurs humains tels que le mauvais œil.

Il est imminent de noter dans ce cadre que si notre thèse a décrit les représentations de l'enfant relatives aux troubles mentaux, l'étude de Elayadi et autres a démontré l'évolution de ces images mentales chez les jeunes et les personnes âgées, en illustrant que ces derniers adoptent une vision plus réaliste voire plus logique concernant les étiologies culturelles liées à la maladie mentale, car ils priorisent les facteurs humains (mauvais œil) et minimisent l'impact des forces surnaturelles (démons) ⁽⁹⁸⁹⁾.

Sommairement, nous pouvons dire que notre recherche a contribué dans l'identification de la nature des représentations mentales chez l'enfant relatives aux étiologies culturelles de la maladie mentale. Ces

⁹⁸⁸ F. Choffat, **Médecine et sous-développement**, Dans Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, P : 351.

⁹⁸⁹ M. Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien. Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 148.

fantasmes infantiles sont inscrits dans un processus évolutif des images mentales des marocains à travers les différents âges (enfance, adultes, troisième âge) relatives aux troubles psychiques.

1.2. Résultats secondaires

En parallèle des résultats principaux précités, nous avons relevé trois constats secondaires qui n'ont pas une relation directe avec les hypothèses de notre thèse, mais ils portent une valeur non négligeable relative à la psychologie de l'enfant dans le contexte Marocain.

La première constatation concerne la période de latence qui se caractérise selon la littérature psychopathologique par un climat psychique relativement calme ⁽⁹⁹⁰⁾, cependant les résultats quantitatifs et qualitatifs de la présente thèse ont démontré que cette phase de développement psycho-affectif de l'enfant n'est pas si tranquille comme elle paraît car elle se distingue par la prépondérance des troubles dépressifs pathologiques chez les EPD ⁽⁹⁹¹⁾ et la prédominance des MRDN auprès des EPM ⁽⁹⁹²⁾.

La deuxième remarque est proportionnelle à la carence affective des cas investigués dans l'étude qualitative qui est exprimée d'une façon spontanée par les enfants en période de latence primaire (de 6 à 9 ans) comme le cas Inas qui a produit des histoires réelles, claires et simples dans le test du CAT ⁽⁹⁹³⁾, tandis que la privation émotionnelle est manifestée d'une manière déguisée par les enfants appartenant à la latence secondaire (de 10 à 12 ans) tel que le cas Hassan qui a élaboré un dessin de famille plein de symboles et difficile à analyser ⁽⁹⁹⁴⁾.

Cette observation impliquerait que le psychologue clinicien et même le chercheur en psychopathologie pourraient facilement comprendre le malaise psychique de l'enfant en période de latence primaire, néanmoins ils sont appelés à fournir un effort considérable pour déchiffrer le sens

⁹⁹⁰ J. Laplanche et J.B. Pontalis, **Vocabulaire de psychanalyse**, PP : 220-221.

⁹⁹¹ Voir la présente thèse, **Conclusion générale de la thèse : Discussion de l'hypothèse N°1**, P : 369.

⁹⁹² Voir la présente thèse, **Conclusion générale de la thèse : Discussion de l'hypothèse N°2**, P : 371.

⁹⁹³ Voir la présente thèse, **Analyse du test CAT du cas Inas**, PP : 334-335.

⁹⁹⁴ Voir la présente thèse, **Analyse du test Dessin de famille du cas Hassan**, PP : 312-313.

sous-jacent de l'expression dysphorique des cas inscrits dans la phase de latence secondaire.

Le troisième constat est corrélatif à deux types de divergence entre les EPD et les EPM; D'une part nous avons discerné que les Enfants de Parents Divorcés sont tellement préoccupés par la problématique de défaillance émotionnelle parentale à leur égard à tel point qu'ils demeurent enfermés dans la relation triangulaire : père-mère-enfant ⁽⁹⁹⁵⁾. Cependant, le champ relationnel des EPM est plus vaste parce qu'il est quadrangulaire : père-mère-enfant-pairs, ceci voudrait dire que les enfants de parents mariés ne sont pas uniquement autonomes vis-à-vis de leurs parents, mais ils sont aptes à élargir leur champ relationnel en tissant des liens constructifs avec les enfants de leur âge à savoir les frères, les sœurs et les camarades ⁽⁹⁹⁶⁾.

Dans le même sens, nous avons relevé à travers l'analyse du test CAT et le Dessin de famille que la majorité des EPD se distinguent soit par le surinvestissement de l'imaginaire pour fuir la triste réalité de désunion conjugale parentale comme le cas Nouhaila qui a produit un grand nombre d'histoires fantasmatiques au CAT relatives aux relations conjugales idéales ⁽⁹⁹⁷⁾.

Inversement, d'autres enfants sont orientés d'avantage vers l'attachement stéréo-typique à certains souvenirs du bonheur familial avant le divorce, notamment la fixation du cas Adel-Ilah sur la relation précoce mère-enfant corrélative au stade oral ⁽⁹⁹⁸⁾.

Cette exploitation excessive du réel ou de l'imaginaire refléterait la faiblesse du « Moi » chez certains EPD qui n'arrivent pas à créer un compromis entre ces deux composantes fondamentales de la dynamique psychique infantile ⁽⁹⁹⁹⁾.

En revanche, un effectif important des EPM sont capables d'harmoniser entre la réalité et l'imagination, à ce propos le cas Firdaous

⁹⁹⁵ Voir la présente thèse, **Approche psychopathologique du cas Ikram**, PP : 292-293.

⁹⁹⁶ Voir la présente thèse, **Approche psychopathologique du cas Zouhir**, PP : 359-360.

⁹⁹⁷ Voir la présente thèse, **Approche psychopathologique du cas Nouhaila**, PP : 281-282.

⁹⁹⁸ Voir la présente thèse, **Approche psychopathologique du cas Abdel-Ilah** PP : 304-305.

⁹⁹⁹ Voir la présente thèse, **Analyse du Test Dessin de famille du cas Nouhaila**, PP : 279-280.

constitue un exemple typique car elle a réussi lors de la figuration du dessin de famille à exprimer les avantages et les inconvénients de ses échanges familiaux quadrangulaires réels : père-mère-enfant-fratrie; Analogiquement elle a réalisé le défoulement fantasmatisé de ses difficultés relationnelles en figurant un frère irréel souhaité, ceci refléterait la force de son Moi qui a pu sublimer ses contraintes psychiques d'une manière adaptative et non pas défensive ⁽¹⁰⁰⁰⁾.

Il est important de rappeler que ces constats n'ont pas une relation effective avec la problématique de notre recherche, mais ils sont identifiés au cours de l'investigation de la véracité des hypothèses de la présente thèse.

2. Limites et perspectives de la recherche

L'étude de la relation entre la frustration affective et les troubles psychosomatiques chez les enfants de parents divorcés a constitué l'objet de notre premier travail de recherche effectué dans le cadre du mémoire de DESS en psychologie clinique et pathologique qui a investigué trois cas cliniques pendant une année universitaire complète 1999/2000. Cet effort préliminaire a constitué une base initiale pour réaliser la présente thèse de doctorat qui a approfondie la thématique susmentionnée en analysant les liens éventuels entre la carence affective et les troubles dépressifs chez un effectif plus important : 114 enfants étudiés durant cinq ans (2014/2018).

Bien que cette recherche a réalisé deux types d'investigation quantitative et qualitative, néanmoins nous avons repéré plusieurs insuffisances qui seront l'objet des études ultérieures. Dans ce qui suit nous allons présenter ces lacunes ainsi que nos éventuels futurs projets de recherches.

◆ Limites de la recherche

S'agissant des limites de la thèse, il est nécessaire de clarifier que le divorce n'est pas un problème en soi, au contraire il représente une solution efficace pour achever les conflits conjugaux non résolus, dans ce

¹⁰⁰⁰ Voir la présente thèse, **Analyse du Test Dessin de famille du cas Firdaous**, PP : 323-324.

cas, si les relations parentales envers l'enfant sont gérées adéquatement, ceci renforcerait la santé mentale infantile.

Il est important de rappeler également au lecteur de cette thèse nos propos cités dans l'introduction énonçant que le divorce dans certains cas est un moyen approprié pour clôturer les mésententes maritales aigues et au cas où les parents réussissent à jouer convenablement leurs fonctions paternelle et maternelle après la rupture des liens conjugaux, ils contribuèrent efficacement dans le maintien de l'équilibre psycho-affectif de leur enfant.

En revanche, la défaillance émotionnelle parentale suite au divorce répercute négativement sur le psychisme infantile comme nous l'avons démontré sous forme de troubles dépressifs pathologiques. Cependant les symptômes susmentionnés ne représente pas l'unique réaction morbide chez l'enfant du divorce mais il pourrait manifester d'autres genres de signes cliniques comme : les symptômes psychosomatiques étudiés dans notre mémoire de DESS en psychologie clinique et pathologique ⁽¹⁰⁰¹⁾, les troubles de personnalité hors névrose et psychose investigués au sein d'une recherche Tunisienne ⁽¹⁰⁰²⁾ et les troubles du comportement repérés par une étude Hollandaise ⁽¹⁰⁰³⁾.

◆ Perspectives de la recherche

① *Nous étions surpris par les résultats de l'étude quantitative relatant que 30,67% des Enfants de Parents Mariés présentent une dépression, l'investigation qualitative du cas Inas renforce cette constatation; De cette manière l'hypothèse N°2 est partiellement affirmé, autrement dit même si l'enfant vit sous le même toit avec ses parents, il pourrait subir une carence affective morbide qui entrainerait l'émergence des troubles dépressifs pathologiques ⁽¹⁰⁰⁴⁾.*

¹⁰⁰¹ R. El homrani, **Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce**, P : 11.

¹⁰⁰² F. Ghribi, et Autres, **Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent**, In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, P : 121.

¹⁰⁰³ M. Bartels & AL, **Childhood problem behavior and parental divorce**, In International Journal for Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , N°47, P: 1539.

¹⁰⁰⁴ Voir la présente thèse, **Conclusion générale de l'étude qualitative**, PP : 363-364.

Cette concordance entre les données statistiques et l'analyse psychopathologique de certains cas cliniques chez les EPM sollicite notre attention pour étudier la dite éventualité dans nos futurs travaux de recherche.

② *La prédominance des MDRN chez les EPM 49,33% est visiblement supérieur au taux enregistré par les EPD 33,33 %, cependant l'écart entre ces deux proportions n'est pas significatif sur le plan statistique car comme nous l'avons déjà évoqué, la valeur « t » des deux groupes (1,15) est légèrement inférieure à la valeur critique de Student (1,96) au risque d'erreur 0,05 soit 5 %⁽¹⁰⁰⁵⁾.*

Cette différence pourrait être représentative si l'effectif de l'échantillon global de notre recherche était plus important, c'est pour cette raison que nous envisageons la réalisation d'une étude complémentaire sur le terrain dans le but d'examiner la véracité de cette probabilité.

③ *L'étude quantitative relative à notre approche culturelle a conclu que l'enfant de latence (6 à 12 ans) est plus orienté vers les explications abstraites de la maladie mentale (forces surnaturelles comme l'aliénation par les démons) et il est moins influencé par les justifications concrètes (facteurs humains tels que le mauvais œil)⁽¹⁰⁰⁶⁾.*

Dans le même sens l'étude de Elayadi et autres a mis en relief les particularités de représentations mentales relatives aux troubles mentaux chez les jeunes (de 18 à 24 ans) et les personnes âgées (plus de 60 ans)⁽¹⁰⁰⁷⁾.

Ces résultats nous ouvrent de vastes pistes de recherches relatives à l'approfondissement de l'investigation des cinq notions culturelles étudiées dans notre thèse ainsi que l'élargissement du champs de la recherche pour cibler d'autres tranches d'âge à savoir les adolescents de 12 à 18 ans et les adultes de 30 à 60 ans.

¹⁰⁰⁵ Voir la présente thèse, **Etude comparative des MDRN**, PP : 201-203.

¹⁰⁰⁶ Voir la présente thèse, **Conclusion générale de la thèse**, P : 478.

¹⁰⁰⁷ M. Elayadi, H.Rachik, M.Tozy, **L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc**, P : 148.

④ *Le dernier point est le plus pertinent, il est déduit à travers les études de cas des Enfants de Parents Divorcés, notamment le cas Ikram, cette fille est consciente de l'implication conjointe de ses deux parents dans l'éclatement familial par le divorce et elle a manifesté sa haine ravageuse envers ces objets maternel et paternel défaillants* ⁽¹⁰⁰⁸⁾.

Ceci représente à notre avis une conséquence négative de l'article N° 48 du code de la famille qui attribue la possibilité d'interrompre la relation maritale à l'époux et à l'épouse, alors que dans l'ancien statut personnel marocain seul le conjoint a le droit de procéder à la désunion conjugale ⁽¹⁰⁰⁹⁾.

Cet amendement de la législation marocaine a suscité à notre avis un changement remarquable des représentations mentales de l'enfant vis-à-vis de ses parents divorcés, car au lieu d'orienter son ressentiment envers le père en tant qu'ultime responsable de la rupture des liens conjugaux comme il est indiqué dans certaines études psychologiques marocaines relatives aux trois dernières décennies du vingtième siècle à savoir la recherche psychosociale de A. Elanssari en 1996 ⁽¹⁰¹⁰⁾.

Les recherches actuelles, particulièrement notre thèse a mis en relief la capacité de l'enfant à identifier l'ampleur du rôle de son père et de sa mère dans le déclenchement du divorce et les différents types de carence affective qu'il pourrait subir de la part de chacun parmi eux et de quelle manière le prolongement ou l'accumulation de ces multiples genres de privation émotionnelle provoqueraient au sein du psychisme infantile de graves troubles dépressifs ⁽¹⁰¹¹⁾.

Les données précitées nous permettent de dire que le malaise psychique de l'enfant de parents divorcés du vingt-et-unième siècle pourrait être plus intense que ses confrères qui ont subi la séparation parentale au cours du siècle précédent, néanmoins cette éventualité a besoin d'un rigoureux travail de recherche pour le confirmer ou l'infirmer.

¹⁰⁰⁸ Voir la présente thèse, **Etude de cas Ikram**, PP : 292-293.

¹⁰⁰⁹ Voir la présente thèse, **Synthèse du chapitre culturel**, PP : 142-143.

¹⁰¹⁰ A. Elanssari, **Dissociation familiale et troubles affectifs chez les enfants**, P : 170.

¹⁰¹¹ Voir la présente thèse, **Conclusion générale de la thèse : Résultats Hypothèse N°1**, PP : 369-370. Voir aussi la présente thèse, **Conclusion générale de la thèse: Résultats Hypothèse N°3**, PP : 372-373.

VII. BIBLIOGRAPHIE

Liste bibliographique

Arbisio, C., « Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence », In Revue Psychologie clinique et projective, N° 9, Edition ERES, Toulouse-France, 2003.

Ajuriaguerra, J., Marcelli, D., Psychopathologie de l'enfant, 2^{ème} Edition. Masson, Paris-France, 1984.

Amrani, K., Le corps de la femme dans la société endogame - Le Maroc -, Thèse de Doctorat du 3^{ème} cycle, Dirigée par A. M. Rocheblave-Spenlé, Université Paris Diderot, Paris 7, France 1977.

Aubin-Auger, I., et autres, « Introduction à la recherche qualitative », In Revue française de médecine générale (Exercer), Volume 19, N°84, Edition Institut Française de Médecine Générale, Paris-France, 2008.

Akoka, G., et autres, « Puberté adolescence et jeunesse », In Encyclopédie L'homme du 20^{ème} siècle et son esprit, Edition Okad, Rabat-Maroc, 2005.

Ajbilou, A., Démographie marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir, Centre des études et de recherches démographiques, Haut-Commissariat au Plan, Rapport national du recensement général de la population et de l'habitat, Rabat-Maroc, 2004.

Al jabri, M. A., Le patrimoine et la modernité, Centre d'études de l'Union Arabe, Bayroute-Liban, 1991. (Référence en langue Arabe)

Alhind, M., Aliénation diabolique dans la pensée islamique entre la réalité et l'illusion, Edition Topress, El mouhamadia-Maroc, 2004. (Référence en langue Arabe)

Bartels, M., & Al, « Childhood problem behavior and parental divorce », In International Journal for Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, N°47, P: 1539-1548, Amsterdam, The Netherlands, 2012.

Beck, A.T., Ward, c., Mendelson, M., Mock, J., & Erabaugh, J., An Inventory for measuring depression. Archives of General psychiatry, N°4, P : 52-63, 1961.

Bellak, L., Bellak, S., Manuel du test d'Aperception pour enfants (CAT), Centre de Psychologie Appliquée, Paris - France 1954.

Bourqia, R., « Valeurs et changement social au Maroc », In Revue Quaderns de la méditerranée, N°13, Institut européen de la méditerranée, Barcelone-Espagne, 2010.

Berrada, S., Maraboutisme et maladie mentale au Maroc, Thèse de 3^{ème} Cycle, Paris VII-France, 1981.

Boyer, R., Villa, J., Répertoire d'instruments pour la surveillance des impacts psychosociaux des aléas climatiques, Université Montréal et Institut National de Santé Public, Québec-Canada, 2011.

Bailly, D., Bouvard, M., et autres, Troubles mentaux dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, Centre d'expertise collective de l'INSERM, Faculté de Médecine Xavier- Bichat, Paris - France, 2001.

Benoit, J., Lefeuvre, B., et autres, « Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de cinq ans », Dans Guide pratique du concept Santé, Edition Société Française de Paris et Ministère de la santé, Paris - France, 2009.

Blanchet, A., « L'entretien la co-construction du sens », In C. Révauld et autres, La démarche clinique en sciences humaines, Edition Dunod, Paris-France, 1999.

- Blanchat, A., Ghiylione, R., Les techniques d'enquête en sciences sociales, Dunod, Paris – France, 2013.
- CIM 10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 2^{ème} Edition, Institut Canadien d'Information sur la Santé, Ottawa-Canada, 2009.
- CFTMEA R-2012 : Classification Française des Troubles Mentaux chez l'Enfant et l'Adolescent, 5^{ème} Edition, P : 42, Sous la Direction du : Pr Roger Misès, Editeur : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes-France, 2012.
- Corman, L., Le test du dessin de famille, PUF, 4^{ème} Edition, Paris – France, 1982.
- Champley, S., Tests statistiques paramétriques : puissance, taille d'effet et taille d'échantillons, Editions université Lyon 1, France, 2006.
- Coste, G., Les enfants du divorce, Edition Union des Familles en Europe, Meylan-France, 2011.
- Chambry, J., « L'enfant en difficulté dans les apprentissages scolaires », In B. Bennevault, J. Chambry, M. Simonet et autres, Souffrances psychiques et troubles de développement chez l'enfant et de l'adolescent, Edition Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris-France, 2013.
- Choffat, F., « Médecine et sous-développement », In Revue de psychopathologie africaine, Volume IV, N°3, Edition Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar-Sénégal, 1968.
- Cahn, A., Etude des risques de dépression chez 39 patients épileptiques, Thèse de Doctorat en Médecine, Directeur de Recherche : Professeur Louis Vallée, Université Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg, France, 2014.
- Code de la famille, Loi 70-03, Dahir 1-04-22, Bulletin officiel N°5184, P : 418, 5 février 2004, 14 Dil-hijja 1424, Imprimerie officielle, Rabat-Maroc, 2004.
- Code du Statut Personnel, Dahir 1-57-343 publié le 06/12/1957, Bulletin officiel N°2345, Imprimerie officielle, Rabat-Maroc, 1957.
- Convention des droits de l'enfant, Adoptée par l'assemblée générale des nations unies dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989.
- Code du statut personnel, Dahir 1-93-347 publié le 10/09/1993, Bulletin officiel N° 4222, P: 1833, imprimerie officielle, rabat Maroc, 1993.
- DSM IV-R : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4^{ème} Edition, Traduction Française : J. D. GUELFY et M. A. CROCQ, Editeur : Masson, Paris-France, 2005.
- Dachmi, A., De la séduction maternelle négative, Publications FLSH, Rabat-Maroc, 1995.
- Dachmi, A., « Troubles du sommeil au féminin », In Enfance et développement, N°67, Publications FLSH, Rabat – Maroc, 1997.
- Dachmi, A., « Deuil du mort, mort du deuil ou troubles psychosomatiques de l'enfant », In Enfance et la ville, N°78, Publications FLSH, Rabat – Maroc, 1999.
- Doron, R., Parot, F., Dictionnaire de psychologie, PUF, Paris-France, 2003.
- Duché, D., La psychiatrie de l'enfant, 3^{ème} Edition, Que sais-je ?, PUF, Paris – France, 1982.
- Doutté, E., Magie et religion dans l'Afrique du nord, Edition ESH, Bruxelles-Belgique, 2013.
- Dagnelie, P., Statistique théorique et appliquée, Tome 2, Edition De Boeck, Bruxelles-Belgique, 2013.

Dehon, C., Vermandele, J-J., Les éléments de statistique, 6^{ème} Edition, Edition Ellipses, Université de Bruxelles, Bruxelles-Belgique, 2015.

Desloges, V., Les indices d'abus sexuel au CAT chez les enfants reçus en consultation, Mémoire de maîtrise en psychologie, Université de Québec à Trois-Rivières, Québec - Canada, 2003.

Dadoune, I., Les proverbes populaires marocains, Librairie Assalam Al jadida, Casa Blanca- Maroc, 2000. (Référence en langue Arabe)

Elanssari, A., Dissociation familiale et troubles affectifs chez les enfants, Thèse de DES en psychologie sociale, Encadrée par El Mostafa HADDIYA, FLSH Rabat-Maroc, 1996. (Référence en langue Arabe)

Elayadi, M., Rachik, H., Tozy, M., L'Islam au quotidien, Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc, Editions prologues, Casablanca – Maroc, 2007.

El homrani, R., Frustration affective et troubles psychosomatiques chez les enfants du divorce, Mémoire de DESS en psychopathologie clinique, FLSH, Rabat-Maroc, 2000.

El homrani, R., « Le mauvais œil entre ceux qui infirment son existence et ceux qui confirment excessivement son effet nuisible sur l'être humain », In Revue Psychisme équilibré, N°100, Edition Maison d'informations quotidiennes, Caire-Egypte, 2011. (Référence en langue Arabe)

Freud, S., Totem et Tabous, Presse Universitaire de France, Paris-France, 2010.

Fernandez, L., Pedinielli, J-L., « La recherche en psychologie clinique », In Revue en soins infirmiers, N°84, Association de recherche en soins infirmiers ARSI, Toulouse-France, 2006.

Fernandez, L., Pedinielli, J-L., L'observation clinique et l'étude de cas, 3^{ème} Edition, Dunod, Paris-France, 2015.

Grégoire, J., L'examen de l'intelligence de l'enfant, Edition Mardaga, Bruxelles-Belgique, 2009.

Ghribi, F., et Autres, « Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent », In Revue de Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume N°50, P : 121-127, Edition Masson Elsevier, Paris-France, 2002.

Gueniche, K., Psychopathologie de l'enfant, Edition Nathan, Paris-France, 2004.

Grenier, K., L'effet de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant, Mémoire de maîtrise en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec-Canada, 2000.

Hicks, B.M., and Al, « Gene-environment interplay in internalizing disorders », In Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, P:1309, University Minnesota, USA, 2009.

Hanus, M., « Le deuil chez l'enfant », In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, 2^{ème} Edition, PUF, Paris-France, 2004.

Harzallah, K., « Le cas Halima, Tradition et Modernité en Tunisie », In Ethno-psychiatria : Revue Universitaire de Psychologie, Psychanalyse et Sciences Humaines, Dirigée par G. Devereux, Edition : La pensée sauvage, N°3, P : 135-181, France, 1981.

Hamidallah, M., Traduction Française des sens du Noble Coran, Ministère des affaires islamiques, Complexe Roi Fahd Ibn Abdel Aziz Al-Saoud pour l'impression du Saint Coran, Madina Mounawara, Arabie-Saoudite, 2006.

Hunaidi, R. K., Rapport Arabe sur le développement humain 2002, Programme des Nations Unies pour le développement, Edition Bureau Régional pour les Etats Arabes (BREA), New York, USA, 2002.

- Haddadou, M. A., Dictionnaire des racines berbères, Haut-Commissariat à l'Amazighité, Rabat-Maroc, 2007.
- Ifrah, A., Le Maghreb déchiré tradition, folie et migration, Edition Pensée sauvage, Paris-France, 1980.
- Ibnou Mandour, J. D., Le langage des arabes, Volume 5, Edition Sader, Bayroute-Liban, 2003. (Référence en langue Arabe)
- Ibnou Katir, A-F., Interprétation du Nobel Coran, Volume 2, Edition ouvrages scientifiques. Bayroute-Liban, 2000. (Référence en langue Arabe)
- Jammet, P., Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'adolescent, Edition Fayard, Paris-France, 2011.
- Joly, F., Berger, M., L'hyperactivité au débat, Edition ERES, Toulouse-France, 2012.
- Justice familiale : réalité et perspectives, Etude statistique analytique 2004-2013, Edition des affaires civiles, Ministère de la justice et des libertés, Rabat-Maroc, Mai 2014. (Référence en langue Arabe)
- Klein, M. et Riviere, J., L'amour et la haine, Edition Payot ; Paris-France, 2001.
- Kovacs, M., et Beck, A.T., «An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression», In Shulter-brandt, J.G & Raskin, A., Depression in children : Diagnosis treatment and concept models, Eds Raven, Newyork, 1977.
- Laplanche, J., et Pontalis, J.B., Vocabulaire de psychanalyse, 11^{ème} Edition, P.U.F, Paris-France, 1992.
- Lahlimi, A., Recensement général de la population et de l'habitat 2014, Haut-Commissariat au Plan, Rabat-Maroc, 2015.
- Moor, L., et Mack, C., «Version française d'échelles d'évaluation de la dépression», In Revue : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, N°30, P : 627-652, Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Elseiver Masson, France, 1982.
- Moro, R., Nathan, T., « Ethnopsychiatrie de l'enfant », In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soule, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume I, 2^{ème} édition, P.U.F, Paris -France, 2004.
- Marcelli, D., « La dépression chez l'enfant », In S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, 2^{ème} Edition, PUF, Paris-France, 2004.
- Marcelli, D., Enfance et psychopathologie, Edition Masson, Paris-France, 1999.
- Marcelli, D., « Quels sont les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant ? », In Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant, Editions Frison-Roche, Paris-France, 1997.
- Mises, R., « La période de latence vers une réévaluation du concept », In Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 58, N°: 1-2, Université paris XI, France, 2010.
- Moussaoui, D., La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies, In Revue « L'encéphale » de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique, Volume N°33, Fascicule S4, Edition Elsevier Masson, Paris-France, Décembre 2007.
- Moussaoui, D., «La femme entre le Hchouma et le Haram », Extrait de sa thèse de doctorat en psychiatrie, publié par l'opinion culturel, N° 142 février 1982.
- Mosleh, K., « La condition juridique de la femme au Maroc », In situation socio-économique et défis démographiques au Maroc, Centre d'études et de recherches démographiques, Ministre de la prévision économique et du plan, rabat -Maroc, de novembre 1999.

- M'Chichi, H. A., Ben Radi, M., et autres, *Féminin – Masculin La marche vers l'égalité au Maroc 1993-de 2003*, Edition Imprim-élite, Rabat-Maroc, 2004.
- Ouarabe, M., *Croyances et rites relatifs à la sorcellerie au Maroc*, Librairie Najah El jadida, Casa Blanca-Maroc, 2007. (Référence en langue Arabe)
- Petot, D., *L'évaluation clinique en psychopathologie*, 3ème Edition Dunod, Paris France, 2014.
- Petot, D., « Les dépressions », In M. Tousignant et autres, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Edition Gaëtan Morin, Montréal-Canada, 1999.
- Penot, B., « La dépression chez l'enfant », In S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Volume 2, 1ère Edition, PUF, Paris-France, 1985.
- Palaccio-Espasa, F., et Dufour, R., *Diagnostic structurel chez l'enfant*, Edition Masson, Paris-France, 1995.
- Poisson, Y., « L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation », In *Revue des sciences de l'éducation*, Volume 9, N°3, Edition Erudit, Université Montréal-Canada, 1983.
- Péchoin, D., Demay, F., *Le petit Larousse compact*, Editions Larousse, Paris-France, 1992. Royer, J., *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*, Editest, Bruxelles – Belgique, 1977.
- Revel, S., Lacomme, C., *Dictionnaire pratique et thématique de psychiatrie, psychanalyse et thérapie*, Editions Ellipses, Paris-France, 2005.
- Rachik, H., *Rapport de synthèse de l'enquête nationale sur les valeurs*, Comité scientifique de suivi R. Bourqia, A. Bencherifa, M. Tozy, *Cinquantenaire de développement humain et perspectives 2025*, Rabat-Maroc, 2005.
- Richelle, M., Droz, R., et autres, *Manuel de psychologie (Introduction à la psychologie scientifique)*, Edition Dessard et Mardaga, Editeurs, Bruxelles - Belgique, 1976.
- Reuchlin, M., *Les méthodes en psychologie*, Edition Que sais-je ? , PUF, Paris France 1983.
- Reuchlin, M., *Histoire de la psychologie*, Edition Que sais-je ? , 16ème Edition, PUF, Paris France 1994.
- Sillamy, N., *Dictionnaire de psychologie*, Edition Larousse, Paris-France, 2003.
- Tremblay, J., *Analyse des dessins de famille d'enfants placés en famille d'accueil*, Mémoire de maîtrise en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec - Canada, 2000.
- Voizot, B., « L'enfant fatigué », In B. Bennevault, J. Chambry, M. Simonet et autres, *Souffrances psychiques et troubles de développement chez l'enfant et de l'adolescent*, Edition Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris-France, 2013.
- Vinay, A., *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*, 2ème Edition Dunod, Paris – France, 2014.
- Verget, P., Aulagnier, M., et autres, *Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine*, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Unité 379, Paris-France, 2004.
- Vilatte, J-C., *Méthodes de l'enquête par questionnaire*, Laboratoire culture et communication, Université d'Avignon, France, 2007.
- World Health Organization, *Depression and other common disorders : Global health estimates*, WHO Document production services, Geneva-Switzerland, 2017.

Winnicott, D.W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Edition Payot, Paris-France, 1989.

Winnicott, D.W., L'enfant et sa famille, Edition Payot, Paris-France, 1975.

Winnicott, D.W., Jeu et réalité, Edition Gallimard, Paris-France, 1992.

Yelink, C., « L'entretien clinique en sciences de l'éducation », In Revue Recherche et formation, N°50, Edition Institut Nationale de Recherche en Pédagogie, Lyon-France, 2005.

Yelink, C., « L'entretien clinique en sciences de l'éducation », In Revue Recherche et formation, N°50, Edition Institut Nationale de Recherche en Pédagogie, Lyon-France, 2005.

Zonabend, A., Les enfants dans le divorce, Edition Studyrama, Collection Eclairages, Levallois-Perret-France, 2010.

VIII. ANNEXES

Annexe 1

*Documents administratifs relatifs à
l'étude du terrain*

Annexe 2

*Données statistiques relatives à
l'étude du terrain*

Annexe 3

*Echantillons de l'Inventaire de
Dépression chez l'Enfant (CDI)*

Annexe 4

*Echantillons du Questionnaire de
l'étiologie dépressive*

Annexe 5

Echantillons du Test CAT

Annexe 6

*Echantillons du Test Dessin de
famille*