

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de science humaine

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master II
en psychologie clinique

Thème

**L'impact de la dépression des parents
sur l'échec scolaire des enfants étude de
cinq (05) cas dans la polyclinique de
l'EPSP d'El Kseur**

Réaliser par :

- *ABDELLAOUI Linda*
- *BENBEKKA Melaaz*

Encadré par :

M^{me} : DRIS KHELOUFI Sihem

Jury :

Président : ABDI Samira

Examineur : MEKHZEM Karima

Année universitaire 2018/2019

Remerciement

Le grand merci s'adresse au Bon Dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la force et la patience, et qui nous a aidé à éclairer notre chemin pour la réalisation de notre mémoire.

Notre remerciement s'adresse en particulier à notre encadreur M^{me} KHELOUFI Siham, pour sa disponibilité, son écoute, son suivi, son aide et ses conseils durant la préparation de notre mémoire.

Notre remerciement s'adresse également à l'ensemble des personnels de la polyclinique de l'EPSP d'El Kseur, aussi on tient les parents des enfants en échec qui ont contribué à la réalisation de ce modeste travail, et surtout à Monsieur HAMED Rahim.

Nous tenons à remercier chaleureusement et respectivement tous ce qui a contribué de près et de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'étude.

Enfin, nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

« Grand merci à tous »

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

Mes chers parents.

« Merci de m'avoir me supporter pendant tout ce temps »

Mes cinq sœurs : Lamia, Yamina, Kahina, Aziza et Hanane.

Mes deux frères : Ferhat et Yacine.

Mon cher époux Khaled et sa famille.

Ma chère ami(e) : Kahina.

Sans oublier mes cinq neveux d'amour :

Yanis, Rayan, Inès, Mélissa, et Badr-dine.

Linda

Dédicace

*Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie, que
dédie mon travail à mes chers parents qui m'ont soutenus toute au
long de ma vie.*

A mon époux Yazid et sa famille

A ma chère fille Rihem.

A mes très chers sœurs : Nadjat et Melkhir.

A mes chers frères : Massi et Ilass.

A ma cher copine Khira

A mes grands-parents.

*Et enfin, à toutes les personnes que j'ai croisées tout au long de ce
travail.*

Melaaz

Remerciement	
Dédicace	
Introduction générale.....	01

Le cadre général de la recherche

1.Le choix du thème.....	02
2.La problématique.....	02
3.hypothèse.....	05
4.Opérationnalisation des concepts clés.....	05
5.Les objectifs de l'étude.....	05

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : la dépression

Préambule.....	06
1.Histoire de la dépression.....	06
2.Définition de la dépression.....	07
3.Les causes de la dépression.....	08
4.Les différents types de la dépression.....	10
5.Les symptômes de la dépression.....	14
6.La dépression des parents et ses conséquences sur un enfant d'âge scolaire.....	15
7.La dépression des personnes âgées.....	16
8.Critères diagnostic de la dépression selon DSM4.....	19
9. La prise en charge de la dépression.....	19
Conclusion.....	21

CHAPITRE 2 : l'échec scolaire

Préambule.....	22
1.Histoire de l'échec scolaire.....	22
2.Définitions.....	23
3.Les formes de l'échec scolaires.....	23

4.Le role thérapeutes, la famille et l'école	24
5.Les causes de l'échec scolaire	25
6.Les conduites d'échec.....	26
7. Pluri dimensionnalité dans les rapports entre la vie scolaire et la vie familiale	29
8.Attitudes différentielles vis-à-vis de l'échec	30
9.Rééducation de l'échec scolaire	31
Conclusion	32

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 3 : la démarche de l'étude

Préambule	33
1.La pré-enquête	33
2. La méthode de recherche	34
3.Présentation de l'échantillon de la recherche et ses critères	35
4. Présentation du lieu de la recherche	36
5.Outils de la recherche	37

CHAPITRE 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

A.Présentation des cas des parents	39
B.Présentation des cas d'enfants	55
Conclusion générale	60
Bibliographie	61
Annexes	

Introduction générale

Introduction générale

Il y a une dizaine d'années, on pensait que l'école était seule responsable de la réussite ou de l'échec scolaire d'enfant, actuellement, on sait que la famille a aussi des responsabilités dans ce domaine, dont les parents jouent un rôle très important dans la vie de leurs enfants, alors si l'un des parents est déprimés il va provoquer un échec scolaire de leurs enfants, alors la dépression est une maladie caractérisée par une modification de l'humeur et de la personnalité, c'est une altération à tonalité désagréable et douloureuse, cette maladie se manifeste par des troubles psychologiques, physiques et comportementaux. Elle est complexe dans son diagnostic et dans son traitement.

Les parents jouent un rôle important dans le développement de la santé affective de leurs enfants, particulièrement au cours de la petite enfance. Pour mieux comprendre l'impact de la relation parent-enfant sur l'émergence de la dépression chez les parents, trois principaux construits ont fait l'objet de recherches : la tendance à la surprotection et/ou à la critique des parents; le modèle qu'offrent les parents déprimés ; la sécurité de l'attachement de l'enfant envers ses parents.

Dans notre vie, toute personne peut être confronté à l'échec qui peut influencer notre développement et notre personnalité. Parmi ces échecs il y a l'échec scolaire qui est devenu un fléau très répandu et qui a tendance à se développer dans toutes les tranches dans notre société surtout chez les enfants de 6ans à 13ans qui sont à la période de latence ; car c'est la période de l'acquisition des savoirs fondamentaux.

On dit que l'élève est en échec lorsqu'il n'atteint pas l'objectif défini, et lorsque l'école juge ses résultats insuffisants.

Notre présente recherche portera sur la dépression des parents et l'échec scolaire des enfants, et pour atteindre notre but, nous avons choisis comme terrain d'étude le service mental de polyclinique de l'EPSP d' EL KSEUR.

Cette recherche vise ainsi à connaître les différentes causes qui favorisent l'échec scolaire dans l'école primaire et parmi ces facteurs causent dans notre recherche c'est la dépression des parents.

Pour atteindre notre objectif nous avons débuté par une introduction ; ensuite un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et une hypothèse. Et nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en deux parties : Le premier est la partie théorique qui qu'on a divisé en deux chapitres le premier chapitre est la dépression et le deuxième chapitre l'échec scolaire, le deuxième partie est la partie pratique qu'on divisé en deux chapitres troisième chapitre la démarche de l'étude, le quatrième chapitre est la présentation, analyse et discussion des résultats. Enfin on termine notre recherche par une conclusion générale.

Le cadre général de la recherche

1. Le choix du thème.
2. La problématique
3. Hypothèses
4. Opérationnalisation des concepts clés.
5. Les objectifs de l'étude

Le cadre générale de la recherche

1. Le choix du thème :

Le choix de ce sujet n'est pas un hasard, nous avons constaté que l'échec scolaire devient plus en plus un phénomène inexplicable, complexe et gagne chaque jour du terrain dans nos écoles, et comment les parents dépressifs jouent un rôle très important dans cette échec.

La situation est aussi inquiétante surtout au niveau pédagogique. C'est ainsi que nous avons voulu traiter ce sujet pour donner des solutions aux différentes personelles ciblées pour amener notre modeste contribution dans la résolution de ce problème.

2. Problématique :

La dépression est un trouble mentale caractérisé généralement par de la tristesse, de la lassitude, de l'anxiété, et une inhibition psychomotrice plus ou moins marquée. **(Pédinielli. J.L, 2005, p144).**

La dépression considérée comme forme pathologique de l'humeur, reste une situation dont il est difficile d'établir les limites, car il est impossible, en psychiatrie d'opposer le normal au pathologique. La maladie mentale ne laisse, par ailleurs aucun signe clinique, biologique, électrique ou radiologique objectifs qui permettrait un diagnostique indiscutable. De plus, une crise d'angoisse n'a de sens que dans la singularité de l'individu, et n'est pas univoque. La dépression peut également être pensée comme une étape structurante de la personnalité, entre identification, dans les difficultés rencontrées pour organiser le Moi. Ainsi le fait de connaître une crise unique et aiguë d'angoisse dans sa vie n'entre-t-il obligatoirement dans les catégories pathologiques, mais peut également être considéré comme l'une des étapes possible et normales du développement de la personne. **(Ibid. p144).**

La dépression selon le dictionnaire de la psychanalyse et la modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité. **(Dictionnaire de la psychanalyse, 2003, p91).**

La dépression est considéré essentiellement comme un trouble de l'humeur, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression est la première cause d'handicap, elle se situe au quatrième rang de maladie en terme de cout financier par maladie, et selon les prévisions pour l'année de 2020, ce trouble se situera à la seconde place en terme de cout parmi les différentes maladies, quelques soit l'âge ou le sexe. **(Www, état dépressif.com).**

Le cadre générale de la recherche

La dépression est une maladie mentale courante se caractérisant par une tristesse persistante et un manque d'intérêt pour les activités qu'on aime faire normalement, accompagnés d'une incapacité à mener les activités quotidiennes pendant 14 jours ou plus , c'est un facteur de risque important pour le suicide, qui fait chaque année des centaines de milliers de morts, de plus, les personnes ayant une dépression présentent normalement plusieurs des symptômes suivants: perte d'énergie, modification de l'appétit, augmentation ou diminution du sommeil, anxiété, baisse de la concentration, indécision, agitation, sentiments de dévalorisation, de culpabilité ou de désespoir, pensées autodestructrices ou suicidaires. **(Ibid.)**.

La dépression est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. Selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le manque de soutien aux personnes ayant des troubles mentaux, associé à la peur de la stigmatisation, empêchent beaucoup d'entre elles d'accéder aux traitements dont elles ont besoin pour mener des vies productives et en bonne santé et la dépression a une relation avec la scolarisation des enfants. Alors l'enseignement scolaire dans le monde entier est une phase nécessaire et importante et même aussi obligatoire pour toute enfant âgé de 6 ans jusqu'à 16 ans. **(Ibid.)**.

De ce fait, les enfants auront à suivre tout un parcours par lequel ils auront à suivre des enseignements dans divers matières, se terminant par un résultat dit scolaire, où l'enfant passant des examens aura une note ou une moyenne qui lui permettra d'aller d'une classe a une autre , ou d'un niveau a un autre, mais il arrive que certains enfants ne s'inscrivent plus dans ce parcours, accumulant un retard scolaire qui dû à l'échec scolaire.

L'échec scolaire n'est pas dû à l'incapacité des acteurs du système scolaire – professeurs et élèves- à transmettre ou à assimiler le savoir, mais à la « représentation » que se fait le système de ces opérations. Il s'en fait une idée qui, paradoxalement, est proche de celle de Pierre Bourdieu. Il voit dans le savoir un instrument de « légitimation » et d'adaptation sociale, un « capital » indispensable à tous. L'organisation qu'il met en place pour atteindre cette fin, à base de diplômes et d'impositions, empêche les élèves de construire ces « motivations d'intrinsèques » qui leur sont nécessaires pour apprendre. (Lobrot Michel, 1999, p64)

Il en résulte que les seules élèves qui réussissent sont ceux qui ont la chance de trouver dans leur famille les stimulations pour y accéder, ce qui constitue une situation insupportable, contraire à toute idée démocratique. Aussi l'école doit-elle, de toute urgence, redéfinir sa « mission ». (Ibid. p64)

Le cadre générale de la recherche

L'échec scolaire n'est pas un « fait », que l'expérience permettrait de constater l'expression « échec scolaire » est une certaine façon de mettre en mots l'expérience, le vécu et la pratique et par la même une certaine façon de découper, d'interpréter et de catégoriser le monde sociale. Plus la catégorie ainsi construite est large et plus elle est polémique et ambiguë. (Bernard Charlot, 1997, p11)

L'échec scolaire fait d'objet depuis plusieurs années de recherche et de débat sur les politiques à adopter afin de remédier à ce problème dont souffre l'école dans tous les pays du monde et en particulier en Algérie où ce phénomène soulève de nombreuses interrogations sur les causes de l'échec ou sein de l'école, il est aussi le plus souvent révélateur d'un ensemble de conflits et de souffrance au sein de des familles. Les chiffres des échecs scolaires son alarmant, les déperditions causés par l'échec scolaire sont alarmant, les déperditions causés par l'échec scolaire sont très important en Algérie causant la souffrance des parents, selon des chiffres avancés par le syndicat autonome les résultats du premier trimestre de l'année scolaire 2011-2012, ont été catastrophique 78% des élèves n'ont pas obtenu la moyenne ([http:// www.Reflexion .net /2012](http://www.Reflexion.net/2012)).

L'échec scolaire se traduit par des mesures institutionnelles, le redoublement de classe, orientations imposées, cursus scolaire perturbés, les causes de l'échec sont varier et multiples. En Algérie les chiffres des échecs scolaires sont alarmants, les résultats de l'année scolaire pendant l'année scolaire 2014-2015 ont été catastrophiques. Dans certaines écoles 80% des élèves n'ont pas obtenu la moyenne, un autre constat lié à l'enseignement fondamental, moins récent révèle que le taux de redoublement s'intensifie de manière démesurée à partir de 6AF. ([www.reflexiondz.net/L-échec-scolaire-en-Algérie-la-faute-a-qui.html](http://www.reflexiondz.net/L-echec-scolaire-en-Algerie-la-faute-a-qui.html)).

Afin de mieux cerner notre sujet nous sommes amenés à poser les questions suivantes :

- Quel est l'impact de la dépression des parents sur l'échec scolaire des enfants ?

Le cadre générale de la recherche

3. Hypothèse :

- La dépression des parents a un impact sur l'échec scolaire des enfants.

4. Opérationnalisation des concepts :

Dépression

Est caractériser par une humeur triste, se sentir malheureux et démoralisé ; une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités ; et un sentiment de dévalorisation, d'être inutile, et une culpabilité excessive ; plus des pensées morbides ou des idées suicidaires ; un changement marqué de l'appétit ou du poids (perte ou gain) ; une insomnie ou excès du sommeil ; puis sensibilité émotionnelle excessive ; une fatigue importante ou une perte d'énergie ; des problèmes de concentration de prise de décision ; une baisse de la libido; enfin l'isolement et replis sur soi.

Il est à noter que tous ces signes ne sont pas présents chez les mêmes cas, mais c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas qui constitue cette catégorie.

L'échec scolaire :

Pour parler d'un échec scolaire il faut que l'élève accumule des mauvaises notes dans toutes les matières pendant au moins deux trimestres consécutifs, et quand-t-il ne réussit pas à apprendre ou s'il apprend avec plus de difficultés que les autres élèves de son âge. L'échec scolaire implique des difficultés à s'adapter à l'école et à son fonctionnement, à assimiler les bases de l'apprentissage.

5. Les objectifs de notre recherche :

C'est de mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire et notre spécialité, plus confirmé au affirmé notre hypothèse sur l'impact de dépression des parents sur l'échec scolaire des enfants, et pour détecter les symptômes qui mènent à l'apparition d'une dépression chez les parents, puis apporter un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances nouvelle sur notre thème de recherche, qui contient deux concepts très intéressant.

Partie théorique

CHAPITRE I

La dépression

Préambule.

1. Histoire de la dépression
2. Définition de la dépression
3. Les causes de la dépression
4. Les différents types de la dépression
5. Les symptômes de la dépression
6. La dépression des parents et ses conséquences sur un enfant d'âge scolaire
7. La dépression des personnes âgées.
8. Critères diagnostic de la dépression selon DSM4
9. La prise en charge de la dépression

Conclusion

Préambule :

La dépression est un trouble épisodique, récurrent caractérisé par un sentiment permanent et envahissant de tristesse, une perte de plaisir pour les activités quotidiennes, une irritabilité et une association à certains symptômes tels que des pensées négatives, une perte d'énergie des difficultés de concentration, des troubles du sommeil et de l'appétit. Les manifestations varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'éducation et de milieu socioculturel. Les sous types de dépression sont définis en fonction de la sévérité des symptômes, et leur caractère envahissant du retentissement et de la présence ou non d'épisodes maniaques ou de symptômes psychotiques associés. Il existe encore de nombreuses controverses pour avoir si la dépression doit être comprise dans une perspective dimensionnelle, ou bien dans une perspective catégorielle, ou encore pour savoir si certains types de dépression correspondaient à des étiologies différentes.

1. Histoire de dépression :

Le terme « dépression » était utilisé à l'origine dans les monastères de l'église catholique romaine où on y recourait pour désigner l'état dans lequel le supérieur du monastère plaçait l'un de ses subordonnés afin de lui faire comprendre son humilité, sa condition humaine par rapport à la divinité.

La naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50 ap. J-C), la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer.

Au IV^e siècle, Saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, **Evagre** le pontique évoque l'acédia (désintérêt), qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur. Ses symptômes sont les gémissements, les plaintes, les soupirs, l'agitation, la torpeur le dégoût du soi. (**Pedinielli. J-L, 2005, pp13-14**)

Le terme "dépression" est très ancien puisqu'il est entré dans le langage médical au 18^{ème} siècle. Les écrits décrivant ce que nous appelons aujourd'hui "dépression" ou "maladie dépressive" remontent aussi loin que possible dans l'histoire de l'humanité. Hippocrate mentionnait déjà ces états mentaux pathologiques. Suivant l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression est la deuxième cause de handicap. Elle se situe au quatrième rang des maladies en termes de coût financier par maladie. Selon les prévisions,

en 2020, ce trouble se situera à la seconde place en termes de coût parmi les différentes maladies, quels que soient l'âge et le sexe.

Aujourd'hui, il se situe déjà au deuxième rang pour la catégorie d'âge de 15 à 44 ans pour les deux sexes. Le suicide en est l'issue la plus tragique. On compte chaque année au niveau mondial 800 000 morts par suicide. La dépression peut survenir dans n'importe quelle catégorie socioprofessionnelle, à tous les âges, deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et dans n'importe quelle ethnie. (**www. Dépression.com**)

La dépression l'une des pathologies les plus ancienne et les plus fréquentes (de 5 à 10% de la population générale). La mélancolie reste le tableau clinique le plus typique même si il ne correspond pas aux formes nombreuses. Considérée comme la forme endogène, elle était opposée aux formes réactionnelles ou psychogènes dans un débat théorique aujourd'hui atténué. Les classifications avaient été définies à partir de différenciations descriptives, de références étiologiques et de considérations évolutives, mais la découverte des antidépresseurs et leur efficacité dans différentes variétés de dépressions réduisent l'intérêt des classifications étiologiques. (**ROLAND DORON ET FRANCOISE PAROT 1991, P197**).

En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle », chez **Fenichel (1945)**, qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objectifs la classe « dépression névrotique » est de plus en plus utilisée, puis celle de « dépression limite », avant de faire l'objet de vives controverses dans les années (80). (**Pedinielli. J-L, 2005. Pp14-15**)

Dans les années (60), l'OMS a réalisé de grandes études pour comparer la dépression et ses formes dans divers pays. Ces études ont montré que 68% des patients suisses mais seulement 32% des Iraniens dit déprimés ressentent un sentiment de culpabilité. Les idées de suicide s'observent chez 70% des déprimés Canadiens, mais chez les Japonais seulement 40%.

Ainsi face à la dépression, le monde se diviserait entre ceux qui somatisent et ceux qui mentalisent, ceux qui expriment leur souffrance avec leur corps et ceux qui sont capables de lui donner un sens et d'en parler en termes psychologique. (**Pignare Philippe, 2001, p26**).

2. Définition de la dépression :

C'est un état morbide, plus ou moins durable ; caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. (**N.SILLAMY 2003.P 79**)

La dépression nerveuse est une maladie caractérisée par une altération de l'humeur qui modifie la personnalité. Cette altération, a une tonalité désagréable et douloureuse de

l'ensemble des affects, n'est pas seulement une manifestation de la tristesse ; c'est une vraie maladie se manifeste par des troubles psychologique, physique et comportementaux qui amoindrissent et handicapent la personne concernée. Ces troubles, plus ou moins graves en fonction de l'intensité de la maladie, peuvent se manifester à tous les âges de la vie. Ils concernent aussi le bébé et la personne âgée. (MURIEL2004, P11).

3. Les causes de la dépression :

a. Les causes identifiables de la dépression :

➤ La dépression réactionnelle a une perte :

Un lien affectif, abstrait ou réel, se brise ou disparaît, et la personne bascule, par réaction, dans un vide affectif qui l'engloutit et d'où surgit un cortège de symptômes dépressifs.

Décès d'un être proche, divorce, séparation, perte d'un emploi, soucis à répétition, chômage... Si les causes de la dépression sont nombreuses et variées, dans le cadre d'une dépression réactionnelle elles sont toujours liées à la notion de perte. Qu'il s'agisse de la perte d'un être vivant, d'une représentation symbolique ou d'un objet, ces causes ont pour point commun d'être identifiables et reliées à une réalité. La personne sait pourquoi elle souffre et pourquoi elle a perdu le goût de vivre.

Elle ressent le besoin de se réfugier dans sa douleur psychologique comme si celle-ci était devenue le seul endroit où elle pouvait continuer de vivre. Surtout qu'on ne la lui retire pas, semble-t-elle dire inconsciemment : « je souffre mais, pour l'instant, c'est la seule chose, le seul endroit, qui me permet de rejoindre ce que j'ai perdu et qui maintient en vie ». Elle ne désire plus.

Cette période de grande douleur, qui suit un événement déclencheur et que l'on appelle communément « période de deuil », est considérée comme normale et nécessaire, comme un repli sur soi propre à la nature humaine et indispensable, tel un obstacle destiné à être surmonté afin de continuer à vivre. Personne ne s'en étonne et, au contraire, il paraîtrait surprenant et inquiétant à l'entourage de ne pas remarquer chez elle cette perte du goût de vivre. (Muriel 2004, p49)

b. Les causes cachées de la dépression :

Il peut arriver que les causes de la souffrance soient inconnues de la personne dépressive.

Les symptômes ou troubles dépressifs sont les mêmes que dans la dépression réactionnelle, mais la personne dépressive n'en saisit pas la cause, ce qui est autant plus

déstabilisant, déconcertant et culpabilisant. Dans ce cas, la cause (ou les causes) de la dépression est inconsciente et agit de manière subreptice ; la personne ne sait pas contre quoi lutter. Il s'agit d'un ennemi invisible dont elle ne se souvient pas et lui appartiendra, si elle le désire, d'en rechercher l'origine en faisant une thérapie de type analytique. (**Muriel 2004, p55**)

Bien entendu, elle ne peut pas changer son histoire passée. En revanche, elle peut maîtriser celle à venir, en démasquant les conflits intrapsychiques refoulés et en évacuant les émotions qui y sont associées et qui continuent à l'animer et à la faire souffrir de manière insidieuse.

c. La personnalité dépressive :

Certaines personnes sont plus fragiles psychologiquement que d'autres.

Souvent, leur histoire personnelle dévoile des carences affectives pendant leur enfance (manque d'affection, décès d'un parent) ou des relations difficiles avec une mère dépressive qu'elles ont dû surprotéger. Dans ce dernier cas, c'est l'enfant qui s'adapte aux besoins et aux manques affectifs de la mère (qu'il ne peut d'ailleurs jamais combler) et non la mère qui s'adapte à ceux de son enfant.

Si l'enfant est sensible, on constate alors que la mère a tendance à transmettre sa dépression à ses enfants surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant unique, et plus particulièrement d'une fille. Bien entendu, ce n'est pas systématique, il peut y avoir un enfant dans la fratrie qui, pour des raisons inconscientes, prend cette place auprès de la mère. Cette transmission commence à un âge très précoce, dès la naissance, par un système d'identification du bébé à sa mère, lorsque l'enfant n'a pas encore l'usage de la parole et qu'il est en fusion corporelle et affectif avec sa mère. Ces bébés, particulièrement émotifs, garderont en grandissant cette sensibilité aux autres.

Au niveau de leur personnalité et de leur caractère, ces personnes manifestent à l'âge adulte un manque de confiance en elles, et se sous-estiment malgré leur éventuelle réussite professionnelle.

Elles manquent d'autonomie affective, et révèlent de ce fait une grande dépendance à l'égard des autres et une grande fragilité face aux difficultés de la vie. Elles font souvent preuve d'une importante sensibilité et d'altruisme envers les autres, ainsi que d'une lucidité trop intense et douloureuse sur elles-mêmes, sur les autres, et dans la vision qu'elles ont des choses de la vie.

Très exigeantes vis-à-vis d'elles-mêmes, elles ont tendance à l'être vis-à-vis des autres et sont souvent déçues dans leurs attentes, dont les résultats ne sont pas à la hauteur de leur exigence affective. Elles se sentent rapidement envahies par un sentiment intense de tristesse et de désarroi. Lorsqu'elles doivent faire face à une accumulation d'événements difficile ou stressants, et que ces personnes sont isolées affectivement (célibataires, divorcés, veuves), elles sont alors plus exposées à un risque de dépression que les autres. **(Ibid.)**

d. Le stress :

Le stress, lorsqu'il dépasse un certain seuil de tolérance, est l'un des facteurs les plus néfastes et déséquilibrants pour l'organisme.

Pourtant, bien dosé, il est un stimulant, facteur d'action et de création. Il existe donc le bon stress et le mauvais stress.

La définition du stress en mécanique est très simple, puisqu'il s'agit du maximum de tension que peut supporter un câble avant de se rompre ! Il en est de même pour le corps.

Le stress est en quelque sorte la pile de l'organisme. Si elle est trop utilisée, elle s'use. Il faut donc penser à la changer. Pour ce faire, le cerveau a tout prévu.

Le stress est la conséquence d'un stimulus émotionnel qui peut être :

- **Physique** : il peut s'agir par exemple d'un coup, d'une blessure, d'une douleur ou... d'un baiser ;
 - **Psychologique ou émotionnel** : par exemple une peur, une contrainte, une insatisfaction ou ... de l'amour ;
 - **Sensoriel** : par exemple un bruit, un éblouissement, un goût, un parfum, une musique.
- (Ibid. p56, 57)

4. Les différents types de dépression :**a. La dépression psychogène :**

La dépression est habituellement compréhensible, liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui lui arrive est selon lui de la faute des autres il a tendance à se poser en victime, bien plus qu'en coupable, ce qui est évidemment fort différent de la problématique mélancolique. **(Evelyne Pewzner, 2003, p90)**

b. La dépression mélancolique :

- Il est difficile, voire impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourrait à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance.
- On peut souvent mettre en évidence des antécédents personnels ou familiaux d'épisodes mélancoliques ou maniaques.
- Le caractère massif de l'inhibition, du ralentissement psychomoteur est tout à fait remarquable.
- L'humeur triste, la douleur morale ne sont absolument pas influencées par l'attitude de l'entourage ; rien ne peut ébranler la conviction du mélancolique, enfermé dans son monde, inaccessible à toute approche relationnelle.
- La conduite suicidaire est habituellement gravissime et n'a en aucun cas la valeur d'un chantage, d'une manipulation, d'un appel au secours.
- Les troubles somatiques sont en général des conséquences du ralentissement et de l'anorexie ; ils revêtent exceptionnellement l'allure d'une quête, d'une demande de soins, comme c'est le cas dans la dépression névrotique.
- La chimiothérapie a souvent un effet spectaculaire, alors que la dépression névrotique y réagit peu, mal et incomplètement. (**Ibid. p93**)

c. La dépression d'involution :

Elle a été individualisée par Kraepelin en 1896. On la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution, à la condition que ce sujet n'ait pas présente antérieurement de manifestations maniaco-dépressives et que sa dépression ne soit pas manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale (P.Pichot). L'anxiété y serait plus importante, le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose maniaco-dépressive. Soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépression d'involution est forte à l'heure actuelle. (**Ibid. pp93, 94**)

d. Les dépressions masquées :

Les symptômes psychologiques : comme son nom l'indique, cette forme de dépression se cache, se dissimule sous un masque. Alors, enlevons le masque pour voir ce qu'il y a derrière.

Les dépressions masquées sont des formes de dépressions dont les symptômes dépressifs, a priori, ne sont pas clairement définis.

En général, les patients manifestent des difficultés relationnelles familiales et sociales.

Leur humeur, instable, fluctue entre des moments d'exaltation légère et d'abattement. Le patient donne l'impression d'être morose et difficilement satisfait, il a tendance à ressasser des pensées négatives et anxieuses. Son intérêt et son plaisir diminuent. Il manifeste un manque de confiance certain en lui et une demande d'attention permanente qu'il ne parvient à exprimer qu'en se plaignant physiquement. Il se plaint de sa fatigue permanente, qui semble injustifiée à son entourage, de ses réveils et de son sommeil qui n'est pas réparateur. **(Muriel, p103)**

e. La dépression masquée :

On parle de « dépression » lorsque le trouble de l'humeur, loin d'être au premier plan est « masqué » par l'importance des manifestations somatiques et des plaintes hypocondriaques, autant de symptômes qui semblent constituer désormais pour le patient le seul moyen langage par lequel il peut exprimer souffrance, le seul moyen de communiquer avec autrui. **(Evelyne Pewzner. p93)**

f. Les dépressions du post-partum :

La manifestation des symptômes dépressifs :

Toutes les femmes ont entendu parler de « baby bleu ». Il s'agit de l'état de détresse qu'éprouvent environ 80% des nouvelles accouchées après la naissance de leurs enfants. Selon les femmes, cet état est plus au moins prononcé et s'atténue relativement rapidement, pour disparaître complètement dès leurs retours à la maison.

Les symptômes se manifestent par une irrépressible envie de pleurer, de l'anxiété, une demande très forte d'attention et d'affection, ainsi que par le besoin de se sentir rassurée de manière exagérée par l'amour de père de leur enfant. **(Ibid. p108)**

g. La dépression du bébé :

Chez le bébé, la dépression se manifeste d'abord par de la détresse qui s'exprime par des pleurs intenses, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires. Le bébé, lui aussi, dévoile aussi ces souffrances psychiques par des troubles psychosomatiques.

Sans la parole, le corps parle. Ce qui est vrai pour l'adulte l'est d'autant plus pour le bébé, tout en émotion et dépourvu du langage. Le bébé exprime le plus souvent son mal-être psychique par des maux de ventre, des régurgitations, des problèmes de peau (eczéma..), un retard de croissance. **(Ibid. p112, 113)**

h. Dépression chez l'enfant :

La manifestation des troubles dépressifs :

• Les troubles du sommeil :

Chez l'enfant, la dépression se manifeste en générale d'abord par des troubles du sommeil. Il a des difficultés à s'endormir, pleure au moment d'aller se coucher, veut s'endormir dans le lit de ses parents ou dans celui de ses frères et sœurs, reste éveillé tard dans son lit ou se réveille plusieurs fois dans la nuit, allant alors se réfugier dans le lit de ses parents. C'est une manifestation de la résistance du cerceau à se laisser aller dans le sommeil. La conscience reste en état de vigilance, comme pour éviter un danger. Il peut s'agir d'anxiété ou d'angoisse.

• Les troubles de l'alimentation :

Il est rare qu'un enfant manifeste une véritable anorexie, ce trouble survenant surtout à l'adolescence. Quand un enfant ne mange plus, ou peu c'est pour signaler un malaise, des difficultés relationnelles, une opposition.

• Les troubles du comportement :

Ces troubles se manifestent par un sentiment de tristesse, un ralentissement psychomoteur, de la fatigue, une chute des résultats scolaires, un désintérêt pour tout ce qui autrefois faisait plaisir à l'enfant auquel s'ajoute un sentiment de dévalorisation. Au niveau des expressions, son visage est fermé et triste.

• Les somatisations :

Comme chez l'adulte ou le bébé, les somatisations peuvent être un signe de sa dépression. Le plus souvent, les somatisations se manifestent sous différentes formes :

- Les maux de ventre et les maux d'estomac.
- L'asthme.
- Les problèmes de peau.
- Les pelades.
- Les maladies de la sphère respiratoire à répétition.
- La boulimie. (**Ibid. pp 116, 119**)

5. Les symptômes de dépression :

a. Les signes psychologiques et physiques de dépression :

- Les symptômes psychologiques :

Les symptômes psychologiques, révélateurs de la souffrance, se manifestent par des troubles de l'humeur et de la personnalité. La personnalité de la personne dépressive change. Brusquement elle se sent différente. Le monde n'est plus le même, ou plutôt elle ne le perçoit plus de la même manière. Elle vit comme à côté de lui et se sent envahie par un sentiment d'inquiétante étrangeté, de tristesse et d'absence de désirs. Il y a un fossé entre les autres et elle. On trouve parmi ces symptômes les pleurs, le repli sur soi ou autour de ces proches, le désinvestissement des plaisirs de la vie qui autrefois lui étaient agréables, le désintérêt pour les autres, des pensées de mort, des idées de suicidaires, un sentiment de culpabilité, une diminution de l'appétit à penser et à se concentrer. La personne dépressive perd sa confiance en elle éprouve le sentiment d'être incomprise. Ce pessimisme général sur la vie et sur elle-même l'écrase. Elle se sent obligée d'exécuter des actes de la vie quotidienne machinalement, désinvestis, voire impossibles. Le monde bascule ; elle est bien là physiquement, mais tellement absente et étrangère aux autres qu'elle ne se sent plus concernée par les plaisirs de la vie, par le monde extérieur qui ne l'intéresse plus, ne lui donne plus de plaisir. (MURIEL 2004 ; P14)

Les symptômes physiques :

Certains symptômes physiques font partie des troubles dépressifs :

- Les troubles du sommeil.
- Les modifications de l'appétit se traduisent par sa diminution ou son augmentation.
- Une baisse de l'énergie.

L'anxiété. (Ibid. P15).

Les symptômes de la maladie dépressive sont nombreux et variés. Ils peuvent être d'ordre :

- Psychique (anéthonie, tristesse, impression d'inutilité, labilité émotionnelle, anxiété, etc.) ;
- Physique (sommeil perturbé, fatigue permanente, trouble de la sexualité, appétit modifié, douleurs, etc.) ;
- Cognitif (idée suicidaire, difficulté de concentration, perte de mémoire, perte de l'estime de soi, incapacité à réaliser des tâches, etc.). (CHARLES-SIEGFRIED PERETTI, 2013, P146).

6. La dépression des parents :

a. La dépression paternelle :

La dépression paternelle est une condition dans laquelle un père de première année ou desséché montre des symptômes et des signes de dépression après qu'un enfant soit né.

Elle devient de plus en plus décelée, bien que son incidence soit inférieure à cela vue dans les mères.

On estime que la dépression paternelle se produit dans 1-30% de pères, de la gestation tôt à un an après la naissance. Les régimes de dépression dans les pères chutent habituellement tranchant à 12 mois après la naissance.

Facteurs qui contribuent dans la dépression :

La dépression paternelle peut être due à l'interaction des facteurs variés comme :

Facteurs sociaux :

Ceux-ci comprennent la perte d'intimité et de relation sexuelle aux niveaux de pré-grossesse, à l'heure libre réduite pour le loisir, à la charge de travail accrue à l'intérieur des frontières, et aux aspects négatifs de l'interaction de parent-enfant, notamment.

Facteurs biologiques :

Les facteurs biologiques peuvent comprendre des diminutions excessives des taux de testostérone, qui habituellement commencent pendant la grossesse et continuent bien dans la première année puerpérale.

Facteurs environnementaux :

Les facteurs environnementaux comprennent la tension financière, manque de réaction positive pendant les interactions de parent-enfant, telles que le bébé montrant la défaillance en étant parti dans les soins du père, ainsi que le manque de compétence ressenti par les hommes qui n'ont eu aucun bon modèle comme figures du père en leurs durées.

b. La dépression maternelle :

La dépression maternelle est considérée comme un facteur de risque pour le développement socio affectif et cognitif de l'enfant. (La moyenne du ratio entre les femmes et les hommes est de 2 pour 1). En effet, les femmes en âge de procréer sont particulièrement vulnérables à la dépression, et elles sont nombreuses à présenter des taux élevés de morbidité sociale et de symptômes dépressifs, qui restent souvent non dépistés et non traités.

Les mères déjà vulnérables à la dépression sont particulièrement fragiles pendant les premiers mois suivant l'accouchement. La dépression maternelle a des conséquences

sur le développement de l'enfant. Puisque les médecins qui s'occupent des nourrissons et des enfants rencontrent les mères à maintes reprises, il est important qu'ils possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour déceler les symptômes de dépression maternelle.

Les associations entre la dépression maternelle, le comportement maternel et les issues de l'enfant sont complexes, et les études n'ont pas toutes établi un lien entre la dépression maternelle et des indicateurs de mauvais rôle parental. Les variations du type, de la gravité, de la chronicité et du moment de la dépression maternelle, l'hétérogénéité des échantillons (échantillons dans la collectivité par rapport à échantillons multi problèmes à haut risque) et les facteurs de risque renforçateurs, tels qu'une situation défavorable dans la famille, un faible soutien social et un stress financier, contribuent tous à des différences d'issues chez les enfants. Par contre, des facteurs de stress peuvent être responsables d'issues négatives chez l'enfant, même en l'absence de dépression maternelle.

c. Les conséquences de dépression parentale sur l'enfant d'âge scolaire :

Conséquences comportementales :

- Altération fonctionnelle de l'adaptation.
- Trouble d'interaction et d'externalisation.
- Troubles affectifs, anxieux et troubles des conduites.

Conséquences scolaires :

- trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et résultats de QI moins élevés.
- troubles d'apprentissage.

7. La dépression chez la personne âgée :

Dans notre société, l'opinion selon laquelle il est normal qu'une personne âgée se sente déprimée est répandue. C'est pourtant le contraire :

La plupart des personnes âgées sont satisfaites de leur vie. Lorsqu'une dépression se développe, elle est cependant parfois considérée comme un élément normal de la vieillesse. Une dépression non dépistée et non traitée peut impliquer une souffrance inutile des proches et de la personne dépressive qui pourrait sinon vivre une vie pleine de satisfaction. Des symptômes physiques sont souvent décrits lors de la consultation médicale. Ceci peut tenir au fait que les personnes âgées n'aiment pas parler de sentiments comme le désespoir, la tristesse, la perte d'intérêt, pour des activités normalement

appréciées ou une prolongation extrême du deuil suivant un décès. (www.Sandroz-pharmaceuticals.ch).

Lorsque les médecins et les thérapeutes ont conscience que les symptômes d'une dépression ne sont parfois pas dépistés comme tels et plutôt imputer à d'autres maladies, les dépressions peuvent être diagnostiquées et traitées plutôt. Ils savent que certains symptômes peuvent être des effets secondaires de médicaments que le patient prend en raison d'une maladie physique ou peuvent être causés par une maladie concomitante.

Il ressort de nouvelles recherches que les symptômes d'un épisode dépressif de courte durée peuvent aussi être diminués chez les personnes âgées souffrant d'une maladie physique. Ceci est possible grâce à une psychothérapie brève, une forme de thérapie basée sur le dialogue. Lors des relations quotidiennes et de l'apprentissage de possibilités, elle aide à combattre les fortes pensées négatives qui accompagnent souvent une dépression. Une psychothérapie est aussi utile chez les patients âgés qui ne peuvent pas prendre de médicaments ou ne le souhaitent pas. Des études d'efficacité montrent qu'une dépression peut être traitée par psychothérapie à un âge avancé.

Mieux dépister et traiter la dépression chez les personnes âgées rend cette étape de la vie plus belle et satisfaisante pour les personnes dépressives, les proches et les personnes en charge de leur suivi.

Chez la personne âgée, les troubles dépressifs peuvent être liés à différents facteurs :

- **Les troubles dépressifs liés à des facteurs psychiques :**

La vieillesse, étape de la vie dont l'individu prend conscience progressivement, est un lent processus se caractérisant par des transformations physiques, psychiques et sociales. Elle provoque une crise identitaire et existentielle que l'on appellera crise du vieillissement. (Muriel 2004, p145)

- **Les dépressions liées à des facteurs organiques :**

Certaines maladies, tels les maladies de Parkinson et d'Alzheimer, commencent par un épisode dépressif majeur qui se manifeste par des troubles du caractère, puis des troubles de la mémoire. Les tumeurs cérébrales entraînent également des troubles dépressifs qui se distinguent surtout par l'indifférence de la personne atteinte pour les autres.

Lorsqu'une personne âgée manifeste pour la première fois des troubles dépressifs qu'on ne peut relier à aucun traumatisme récent, il faut s'interroger sur l'éventualité d'une

maladie grave ou dégénérative. En effet, beaucoup de dépressions chez les personnes âgées sont liées à des maladies organiques. (Ibid. p147)

8. Troubles dépressifs :

Trouble dépressif majeur :

Caractéristiques diagnostiques :

Le trouble dépressif majeur se caractérise essentiellement par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, sans antécédent d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Les épisodes de trouble de l'humeur induit par une substance (dû aux effets physiologiques directs d'une drogue, d'un abus de médicament, ou de l'exposition à une substance toxique) ou de trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ne sont pas pris en compte pour un diagnostic de trouble dépressif majeur. De plus, les épisodes ne doivent pas être mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié. (DSM-IV-TR 2005, p426).

Le quatrième chiffre du code diagnostique pour le trouble dépressif majeur indique s'il s'agit d'un épisode isolé (utilisé seulement pour les premiers épisodes) ou récurrent. Il est parfois difficile de faire la distinction entre un isolé avec des symptômes fluctuants et inconstants et deux épisodes distincts. Dans le cadre de ce manuel, un épisode est considéré comme étant terminé lorsque l'ensemble des critères pour l'épisode dépressif majeur n'ont pas été réunis pendant au moins deux mois consécutifs. Durant cette période de deux mois, on observe ou bien une résolution complète des symptômes, ou bien la présence de symptômes dépressifs qui ne répondent plus à l'ensemble des critères pour un épisode dépressif majeur (en rémission partielle).

Le cinquième chiffre du code diagnostique pour le trouble dépressif majeur indique l'état actuel de la perturbation. Si les critères pour l'épisode dépressif majeur sont atteints, la sévérité de l'épisode est notée en termes de légère, moyenne, sévère sans caractéristiques psychotiques, ou sévère avec caractéristiques psychotiques. Si les critères pour un épisode dépressif majeur ne sont pas atteints actuellement, le quatrième caractère est utilisé pour indiquer si le trouble est en rémission partielle ou en rémission complète.

Si au cours de l'évolution du trouble dépressif majeur surviennent des épisodes maniaques, mixtes, ou hypomaniaques, le diagnostic est modifié en celui de trouble bipolaire. Cependant, si la survenue des symptômes maniaque ou hypomaniaques est due à

l'effet direct d'un traitement antidépresseur, de l'utilisation d'autres médicaments ou d'une substance, ou de l'exposition à une substance toxique, le diagnostic de trouble dépressif majeur reste approprié, et un diagnostic additionnel de trouble de l'humeur induit par une substance, avec caractéristiques maniaques (ou avec caractéristique mixte) doit être noté. De même, si la survenue des symptômes maniaques ou hypomaniaques est due à l'effet direct d'une affection médicale générale, le diagnostic de trouble dépressif majeur reste approprié, et un diagnostic additionnel de trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, avec caractéristiques maniaques (ou avec caractéristiques mixte) doit être noté. (Ibid. p426).

9. Critères diagnostiques de dépression selon dsm4 :

- **Critères diagnostiques du trouble dépressif majeur, épisode isolé :**

- A. Présence d'un épisode dépressif majeur.
- B. L'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif et n'est pas surajouté à une Schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un trouble psychotique non spécifié.
- C. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, d'épisode mixte, ou d'épisode hypomaniaque. (Muriel 2004, p433).

- A. **Critères diagnostiques du trouble dépressif majeur, récurrent.**
- B. Présence d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs.
- C. Les épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié.
- D. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque, mixte, ou hypomaniaque.

10. La prise en charge de dépression :

La prise en charge médicamenteuse des dépressions :

➤ Comment reconnaître et diagnostiquer les états dépressifs ?

Premièrement, l'identification de la symptomatologie dépressive peut parfois, pour ne pas dire souvent, s'avérer malaisée pour différentes raisons, que ce soit pour le médecin généraliste, qui est amené à voir un patient souffrant de symptomatologie dépressive dans deux tiers des cas en ce qui concerne la pathologie mentale, ou pour le psychiatre. (C.S PERETTI 2013, pp145-147).

Etablir le diagnostic des troubles dépressifs nécessite une attention particulière du fait de la nécessité de prendre en compte :

- Dans de très nombreuses formes de dépression, la symptomatologie apparaît fruste ou trompeuse ;
- Les circonstances de l'examen ne sont pas toujours propices ;
- Souvent, la plainte du patient est surtout somatique et les symptômes identifiés ne permettent pas de porter le diagnostic de dépression.

Deuxièmement, dans une démarche d'identification des troubles dépressifs, plusieurs niveaux peuvent être pris en compte.

L'humeur peut être normale, déprimée ou élevée. Les individus normaux font l'expérience d'un grand nombre de situations où leur humeur est susceptible de changer, de même qu'ils ressentent un nombre important de manifestation affectives, la plus part du temps, ces individus contrôlent leur humeur et leurs effets.

C'est la perte du sens de ce contrôle qui va caractériser les troubles de l'humeur, renforcés par le vécu d'une détresse immense.

Les conséquences de ces modifications sont presque toujours un dysfonctionnement dans divers domaines, comme les aspects interpersonnel, social et occupationnel qui sont, pour le patient, le plus souvent ineffables, mais particulièrement liés à son état psychopathologique. La symptomatologie dépressive est multiple et variée, mais surtout elle n'est pas appréciée de la même façon par le médecin et par le patient. De nombreuses études épidémiologiques ont mis évidence la fréquence des symptômes qui prédominent, comme l'insomnie, la fatigue, la perte d'intérêt et les difficultés de concentration.

Les démarches de diagnostic d'état dépressif peuvent reposer sur l'utilisation de critères diagnostiques. Les plus utilisés sont d'une part la nomenclature américaine de DSM, d'une part les critères diagnostiques de classification internationale des maladies selon l'OMS (CIM/ICD). (C.S PERETTI 2013, pp145, 146)

➤ **Que sont les antidépresseurs :**

Historiquement, les médicaments de choix concernant le traitement des troubles de l'humeur sont, d'après la classification des psychotropes de Delay et Deniker, les molécules dites thymoanaleptiques ou antidépressives, qui ont une aptitude spécifique à « supprimer l'humeur dépressive ».

Ces molécules dites antidépressives ont également montré une efficacité dans certain troubles anxieux handicapent et ont obtenu une autorisation de mise sur le marché

(AMM) pour, par exemple, le trouble anxieux généralisé, la phobie social, le trouble panique, etc. Toutefois, ces indications ne sont pas traitées dans ce chapitre.

Concernant la prise en charge des états dépressifs, d'autres stratégies thérapeutiques existent, qui ne sont toutefois pas abordées dans ce chapitre.

Pour mémoire, nous pouvons citer les psychothérapies utilisées le plus souvent à court terme : thérapies cognitive, interpersonnelle et comportementale. Bien que leur efficacité n'ait pas été aussi bien évaluée, la psychothérapie d'inspiration analytique ainsi que la thérapie familiale sont souvent utilisées dans une démarche de deuxième intention. Ces démarches peuvent être utilisées seules ou coproscrites avec un antidépresseur.

Par ailleurs, il existe également d'autres alternatives aux traitements médicamenteux : en particulier l'électro convulsivothérapie, la photothérapie et la privation de sommeil. Récemment, la stimulation magnétique transuraniennne répétée, voire la technique de stimulation du nerf vague, ont semblé apporter des résultats positifs chez certains types de patients déprimés.

Enfin, une éducation adéquate (éducation thérapeutique, si elle est fait selon « Art », ce qui est loin d'être le cas) du patient, quant à l'usage et aux effets des médicaments et à son parcours de soins, peut être déterminante pour le succès de la prise en charge et fait donc intégralement partie du traitement. (C.S PERETTI 2013, pp146, 147).

Conclusion :

Pour conclure, la dépression est une maladie mentale très fréquente dans notre société et qui peut avoir un impact sur toutes les facettes et qui peut toucher toutes les gens quelques soit leurs âges. En effet, la présence des symptômes de la dépression chez les parents nécessite une investigation psychologique très approfondie pour mieux saisir les signes qui sont cachés derrière les plaintes somatiques comme la fatigue et les troubles du sommeil.

CHAPITRE II

L'échec scolaire

Préambule

1. Histoire de l'échec scolaire
2. Définition de l'échec scolaire
3. Les conduites de l'échec
4. L'échec scolaire, ses formes, et ses causes
5. Pluri-dimensionnalité dans les rapports entre la vie scolaire et la vie familiale.
6. Rééducation de l'échec scolaire

Conclusion

Préambule :

L'échec scolaire est un problème qui touche beaucoup d'enfants, et un révélateur de souffrances. La notion d'échec scolaire est une notion relativement récente, elle est complexe car elle est au croisement de plusieurs disciplines (sociologie, psychologie, pédagogie...).

L'échec scolaire est un objet d'étude très vaste, l'accent être mis sur les difficultés d'apprentissages, sur les problèmes cognitifs, sur le manque des compétences, sur les difficultés d'adaptation à la structure scolaire.

1. Histoire de l'échec scolaire :

Les origines de l'échec scolaire sont bien entendu, multiples et complexes, et nous ne pouvons malheureusement ni les lister de manière exhaustive, encore moins les identifier toutes. Ainsi que le souligne Pirrehumbert « un point essentiel du débat sur l'échec scolaire est de savoir s'il faut traiter ce sujet sur le plan individuel ou sur le plan collectif ». **(Françoise Raynal et Alain Rieunier, 1997, p114).**

Dans une approche piagétienne, une étude de Lautery montre par exemple l'influence des valeurs et des comportements éducatifs sur le développement des structures cognitives de l'enfant. « Les enfants élevés dans des milieux faiblement ou rigidement structurés. Cette différence de réussite paraît explicable par une différence d'attitude face aux perturbations cognitives : les sujets élevés dans un environnement souplement structuré auraient ainsi plus fréquemment conduit à la construction de structures cognitives nouvelles ». **(Ibid. p114).**

Pour sa part, l'apport sociologique a mis en évidence, dans les années 60, une très forte corrélation entre réussite scolaire (ou échec) et origine sociale. Soutenues par Bourdieu et Passeron, les « théories de la reproduction » présentent l'école comme un appareil idéologique d'état qui reproduit les hiérarchies et les inégalités sociales en imposant les normes de la classe dominante. Les chiffres des années 70 témoignent de ces corrélations indiscutables entre origine sociale et retard scolaire dès l'école primaire.

Depuis les années 60, le système éducatif français absorbe de plus en plus d'élèves et l'université accueille aujourd'hui un public qui dans les années d'après-guerre ne pouvait même pas prétendre au baccalauréat. La démocratisation de l'enseignement a réussi l'ouverture de second cycle et du supérieur à un plus grand nombre d'élèves, mais les disparités demeurent, les écarts semblent se maintenir. **(Ibid. p114)**

2. Définitions :

Echec :

L'échec ne dépend pas du niveau absolu de réalisation d'une action. C'est essentiellement une notion subjective, on connaît l'échec quand on n'atteint pas le but fixé.

(NORBERT SILLAMY 2003.P92)

Echec scolaire :

Situation d'un élève dont les résultats ne satisfont pas aux normes de l'école. La problématique de l'échec scolaire est quasiment contemporaine de l'obligation scolaire, puisque celle-ci impose à tous les enfants des programmes de base et des rythmes identiques, et elle devient plus aiguë avec la prolongation de la scolarité : plus on avance dans les étapes du cursus, et plus grossissent les effectifs des enfants qui ne peuvent pas les franchir. **(ROLAND D, ET FRANCOISE P1991, P23)**

Ecole :

Etablissement qui dispense un enseignement collectif. L'entrée à l'école pose au jeune enfant des problèmes, parfois dramatiques, dont les parents ne soupçonnent généralement pas l'existence. **(N. SILLAMY 2003.P93).**

3. Les formes de l'échec scolaires :

Le phénomène de l'échec scolaire est en relation forte avec les inégalités scolaires. Il n'est pas explicable par la seule école, même si des effets de système sont en jeu dans son existence comme dans son inégal déploiement, ce phénomène s'étendue dans ses dernières années, notamment dans les pays sous-développés qui ont connu des situations économiquement difficile et que leurs systèmes éducatifs souffrent de l'incompétence des ressources humaines. **(Arezki. D, Janvier 2012, P607).**

Certes, ce phénomène a un impact sur le progrès et les acquis des élèves. Chaque situation (celle de l'établissement, celle des élèves) est particulière. De nombreuses interactions jouent et sont en jeu (entre contexte social, « climat » de l'établissement), plus ou moins grande décentralisation du système éducatif.

Pour mieux comprendre les trajectoires d'échec scolaire des élèves de mieux défavorisés, on peut opposer les affirmations de ceux qui réussissent, en dépit de leur milieu familiales, socio économiquement parlant, qui échouent. Certaines familles de catégories sociales défavorisées, sont aidante, d'autres trouvent le système éducatif

lointain, il se sent comme étranger à leur vie familiale et leurs enfants en souffrent, même s'ils n'en pas conscients.

Au milieu social comparable, les parents d'élèves en difficulté se rendent moins souvent dans l'établissement scolaire de leur enfant. Ils adhèrent deux fois moins que les parents des élèves qui réussissent aux associations de parents d'élèves.

Donc les facteurs familiaux jouent un rôle très important chez l'enfant, aussi la stabilité, laide ...etc.

Toutefois on ne saurait, aujourd'hui encore, ni attribuer a tel ou tel climat familial, à telle ou telle pratique éducative, une causalité stricte eu égard a l'échec scolaire.ni mettre en corrélation « style de vie » des familles et catégories.

Car la distance culturelle entre milieu familial et culture dispensée à l'école y est considérée comme l'élément noyau de motivation des parents pour les études de leurs enfants. (**Ibid. p608**)

4. Les thérapeutes, la famille et l'école :

Quelle que soit la référence théorique du thérapeute, un des éléments déterminants de l'évolution des thérapies est, pour tous les enfants, la gestion de la relation avec les parents. Mais dans le cas où le symptôme important ou prédominant est la difficulté scolaire, la famille, l'école et le lieu de consultation constituent en arrière-plan un système triangulaire qui interfère avec le programme thérapeutique. (**Despinoy, 2001**).

L'importance de cette institution virtuelle est rarement reconnue. Il suffit pour s'en convaincre de s'interroger sur la nature des relations établies entre les centres de traitement et l'école, sur les communications directes ou indirectes entre les thérapeutes et le professeur de leur patient.

L'absence de contact du thérapeute avec les éléments de la réalité concernant son patient est une position de principe, affirmée comme manifestation du souci de protéger la relation psychanalytique de toute influence. Mais de même qu'il est généralement nécessaire que le thérapeute rencontre les parents, il est parfois utile aussi qu'il rencontre l'enseignant – dans la mesure où l'enfant informé est d'accord.

L'expérience montre que le plus souvent l'enfant est rassuré par des signes d'entente au sujet de son traitement, entre le professeur et son thérapeute, alors que l'absence de tout contact lui fait redouter des conflits. Il appartient au thérapeute qui rencontre l'enseignant k2de faire en sorte que le caractère privé de la relation thérapeutique soit respecté en évitant toute collusion.

Quand le thérapeute est dans la situation confortable de travailler dans un centre, c'est le plus souvent un autre membre de l'équipe qui entre en relation avec l'école. Cette communication s'établit avec l'accord de la famille, elle peut aller d'un simple échange d'informations à un véritable travail commun dans l'éventualité où le correspondant du centre a une compétence dans le domaine de la psychopédagogie. (Maurice. D, 2004, P132).

5. Les causes de l'échec scolaire :

La notion de l'échec scolaire est difficile à définir. Il n'existe pas de profil type de l'enfant en difficulté. Il peut se retrouver confronté à des multiples problèmes. Les causes évoquées sont d'ordre social, religieux et liées à l'enfant lui-même. (Mémoire de Québec)

a. Causes sociales :

L'école est mal perçue et soutenue par la société à cause des nombreuses grèves. Ainsi on voit se réduire le soutien apporté aux enfants dans le cadre scolaire.

Aussi il y a le manque de suivi de l'enfant à la maison à l'exception des familles, des fonctionnaires et des individus riches. En plus les filles font du petit commerce avec leurs mamans. Ces problèmes cités, entre autre, entravent dangereusement la scolarisation de l'enfant. (Ibid.)

b. Causes religieuses :

Beaucoup des religieux aujourd'hui encore, perçoivent l'école comme un lieu de dépravation, de débauche. C'est d'ailleurs pourquoi ils n'inscrivent pas leurs enfants (surtout les filles) à l'école.

Aussi ils estiment qu'il vaut mieux les garder à la maison pour qu'elles apprennent à entretenir le foyer et être des bonnes épouses. Mieux, on préfère les marier très tôt pour accomplir un acte religieux important prescrit par le coran et la sunna du prophète Mohamed. (Ibid.)

c. Causes internes :

Certains enfants sont inaptes dans le cadre scolaire parce qu'ils présentent des troubles (psycho-cognitif, psychoaffectif, psychomoteur...). Ainsi la démotivation née de leurs inaptitudes vis-à-vis des activités scolaires et aussi à l'origine de l'échec scolaire. (Ibid.)

6. Les conduites d'échec :

Des facteurs multiples :

Des analyses précédentes on peut conclure, ce qui d'ailleurs est évident, que l'échec scolaire relève de causes multiples. Encore le terme « cause » me paraît-il inadéquat. Mieux vaut parler de facteurs codé-terminant ; il en est un que l'on ne peut omettre :

La responsabilité de l'élève lui-même qui, placé dans des circonstances défavorables peut réagir ou au contraire une conduite d'échec. Que l'échec scolaire soit dû à des facteurs multiples, on peut l'entendre dans deux acceptions : d'une part, dans un groupe donné d'élèves en difficulté l'on retrouvera, pour chaque cas, un facteur prédominant qui lui confère son caractère particulier ; ce sera par exemple, chez l'un, la confrontation avec un frère ou une sœur plus brillant(e) ; chez un autre, une incompatibilité d'humeur avec un enseignant, ou encore l'envoûtement par le rock ou la télévision, etc. **(Dr. CYRILLE CAHEN, 1996, P89).**

Par ailleurs, dans chaque cas joue toute une variété d'influences qui interagissent. Ainsi tel élève du Primaire, rebuté par une institutrice sévère, se heurte dans le milieu familial à la même sévérité. Un autre, pareillement en conflit dans le milieu scolaire, trouvera dans la famille un soutien apitoyé contre l'institutrice incompréhensive et glissera, par une voie opposée à celle de l'exemple précédent, dans la dévalorisation de l'école et de l'effort qu'elle demande. Ajoutons l'effet récursif : la bouderie de l'enfant provoque l'irritation de l'enseignante, ce qui renforce le retrait de l'enfant, et par ricochet l'attitude grondeuse ou apitoyée des parents. Le processus est ici simplifié à l'extrême, mais il est rare qu'un parcours analogue, que l'on pourrait dire « en spirale », ne soit pas retrouvé dans les antécédents d'un élève en difficulté ou en échec. **(Ibid. p89)**

Lorsqu'un élève en difficulté ou en échec proclame son aversion pour les études, il est difficile de déceler si l'aversion a généré l'échec ou l'inverse. Une chose est certaine : l'un réagit sur l'autre et l'aggrave. Pour ma part, et m'appuyant sur mon expérience, je suis tenté de conclure que c'est plutôt l'échec qui produit l'aversion par les avanies quelle entraîne : la mésestime d'abord, et puis les exhortations, le harcèlement, le travail supplémentaire ou, à l'inverse, le désintérêt des adultes et l'abandon. Une fois l'aversion installée, l'élève est pour ainsi dire en situation de divorce par rapport à l'école, et les sirènes de la néo-culture, la chaleur fraternelle de la bande de copains exercent leur irrésistible séduction sur un jeune être avide de reconnaissance et n'ayant pas su, ou pu, trouver dans les études le plaisir essentiel de sentir croître sa maîtrise dans les domaines de

la compréhension, du savoir et de la créativité. Car c'est cela qui, foncièrement, attache un jeune à ses études, même s'il n'en a pas conscience, même si le sentiment de sa propre croissance n'est qu'une flamme discrète ; même s'il ne fait état, ouvertement, que de devoir de nécessité, et d'un plaisir ou déplaisir uniquement associé aux bonnes ou aux mauvaises notes. **(Ibid. p89)**

Il est bien rare que dans un parcours scolaire l'échec s'installe brutalement ; son apparition est le plus souvent insidieuse et les signes avant-coureurs peuvent passer inaperçus. Ce sont par exemple, la fatigue, l'irritabilité, l'excessive lenteur dans le travail écrit ou l'apprentissage des leçons, une critique démesurée des enseignants, une attirance accrue pour le jeu, la télévision, la fréquentation des copains. C'est lorsque les notes baissent que les enseignants avertissent et que les parents s'alarment. On est encore loin de l'échec scolaire ; si les adultes réagissent en s'efforçant de comprendre, et non par des sermons et des sanctions, rien n'est perdu. C'est l'intrication affective, s'installant entre l'enfant et les adultes à partir d'une défaillance de sa part, qui est la véritable cause de l'enkystement et de la pérennisation des conduites d'échec. **(Ibid. p90)**

Pour rendre compte de la vérité des points des conduites d'échec, il peut être utile de se référer aux cadres précédemment tracés : schémas social, familial, institutionnel.

Dans le champ social :

Comme je l'ai dit plus haut, si la société française est consensuelle sur un point, c'est bien sur le primat accordé ou théorique, à l'abstraction dans l'éducation, au détriment du pratique, du technique, du manuel, du corporel et même de l'artistique. Une suspicion de déficience ou de mauvaise volonté continue à peser sur celui ou celle qui ne réussit pas dans les disciplines dominantes de l'enseignement général. **(Ibid.90)**

Dans le champ familial :

L'enfant qui reçoit, dans le milieu familial, un soutien et une stimulation appropriés a de bonnes chances de traverser sans heurts ses années de scolarité, même s'il vit dans une famille recomposée ou monoparentale, même si les éducateurs-disons pour simplifier : les parents- n'ont pas la culture ou les moyens intellectuels de l'aider concrètement dans le quotidien de son travail scolaire. **(Ibid.90)**

Car il faut entendre « soutien », non dans le sens où on l'emploie dans le milieu scolaire, mais dans l'acceptation plus existentielle d'une reconnaissance et d'un respect de son identité. Cela demande que les parents se « décentrent » pour comprendre et valoriser chez leur enfant des tendances ou des intérêts qui diffèrent des leurs. Ce décentrage, facile

à décrire, est difficile à réaliser, si profonde est la conviction que nos goûts, nos choix, nos orientations doivent être, pour leur propre bien, partagés par nos enfants. **(Ibid.90)**

La stimulation, par contre, implique que les parents s'investissent dans le quotidien, veillent à ce que l'enfant se mette au travail, ce qui est rarement chez lui un réflexe spontané, à ce qu'il ne bâcle, pas plus qu'il ne s'éternise. Stimuler, c'est aussi faire honneur aux bonnes notes, ou plus exactement aux progrès. C'est aussi, et peut-être surtout, face à de mauvais résultats, éviter l'affolement, les sermons, les sanctions, les devoirs supplémentaires, mais flairer une lassitude, un conflit avec un enseignant, la captation de l'attention par une préoccupation extrascolaire, etc. ; s'en entretenir calmement avec l'enfant-qui a, même très jeune, bien plus à dire qu'on ne l'imagine-, bref, tenter de préciser la cause, éventuellement avec l'aide de l'enseignant, aider l'enfant à quitter le chemin des écoliers pour reprendre celui de l'école. Idéal, dira-t-on, mais difficilement accessible. Soit, mais formuler un idéal, ce n'est pas proposer d'atteindre un but, mais de suivre le chemin qui y mène. **(Ibid.90)**

Un cas typique- le plus fréquent dans ma pratique- est celui d'un enfant mal soutenu dans le milieu familial. Il peut agir d'un sujet relégué au second plan par un frère ou une sœur plus brillant(e) ou plus appliqué(e), ou qui, par ses goûts et ses intérêts, s'intègre mal dans le schéma - l'on pourrait dire dans le « mythe »- familial. Si par ailleurs il ne reçoit pas dans le milieu scolaire l'appui moral trop chichement accordé par ces parents, sa confiance en lui-même peut être ébranlée et ses résultats faiblir, ou stagner au-dessous de la moyenne. C'est alors que s'éveille l'anxiété des parents, anxiété bien compréhensible, mais qui a pour conséquence que l'élève, harcelé, prend les études en dégoût, amorçant ainsi une véritable dynamique d'échec. **(Ibid.92)**

Dans certains cas, bien plus rares, l'enfant mal soutenu peut se rencontrer parmi les sujets doués, voire très doués, que l'imaginaire parental élève au rang de petits génies à l'abri de toute défaillance. Si elle se produit, elle peut devenir source d'angoisse, tant pour le sujet que pour les parents, et conduire à l'effondrement. **(Ibid.93)**

Dans l'un et l'autre cas, la dynamique mène plutôt à l'échec de type aboulique où le sujet s'efforce, sans y parvenir, de ce raccroché aux études. L'échec de type anti-scolaire se rencontre, lui, dans tous les milieux, mais de préférence dans les familles où l'image de l'école est faible, indistincte ou franchement négative (famille étranger, dysfonctionnelles ou d'idéologie anarchisante, etc.). Le jeune, si l'école ne l'aide pas à se construire un mythe culturel positif, aura tendance à chercher des expériences gratifiantes dans la néo-culture et la fraternité des copains. Ce type, le plus répandu sans doute dans la population

des élèves en difficulté, est celui que je vois le plus rarement en conclusion, car il n'aspire guère, en général, à se faire aider. Par ailleurs, le milieu familial est vigilant et, sans sa coopération, l'équipe pédagogique est limitée dans ces moyens d'action. **(Ibid. pp 94, 95)**

Dans le champ institutionnel :

Chacun sait qu'un grand nombre d'élève, dans le primaire avant tout, mais aussi dans le secondaire, travaillent en proportion de leur lien affectif, ou, si l'on veut, transférentiel, a « la maîtresse », au maître ou au prof. Etrangement, ce constat capital ne semble pas susciter une réflexion suivie sur ce facteur non négligeable de l'échec scolaire : l'antipathie, ou simplement le manque de sympathie de l'élève envers l'enseignant. Que l'adulte se réfère à son expérience : on quitte le médecin pour lequel on n'est qu'un client parmi d'autre ; la ménagère change de crèmerie si la crèmière ne lui sourit pas. L'enfant, l'adolescent ne peuvent, eux, changer de professeur ; alors, ils le, ou la quittent « dans la tête » en suivant les méandres de leurs ruminations rancunières ou de leurs échappées belles vers le monde où l'on s'amuse. **(Ibid.95)**

Ce n'est ni la sévérité ni l'exigence d'un enseignant qui rebute et démotive un jeune ; ce n'est même pas autant qu'on pourrait croire, l'ennui ; c'est avant tout le sentiment de ne pas se sentir exister comme une personne aux yeux de l'enseignant, le sentiment de n'exister pour lui qu'en fonction de ses performances. De là, refus du « cadeau » que constitue le travail, réaction irritée de l'enseignant a cette provocation et aggravation en cercle vicieux de la mésestente. « Il perturbe la classe », dit l'enseignant, ou « chez moi il ne fait rien. » « Le prof peut pas me saquer », dit l'élève. Le conflit diffère-t-il de ceux que l'on rencontre dans la famille, dans l'entreprise ? Non, sans doute, mais curieusement, il semble moins connu. **(Ibid.96)**

Une autre source d'échec, également importante, me paraît être l'incompréhension, déjà mentionnée, des concepts de base élémentaires et trop vite supposés connus et compris. Je n'y reviens pas. **(Ibid. p96)**

7. Pluri dimensionnalité dans les rapports entre la vie scolaire et la vie familiale :**Interactions familiales et échanges scolaires :**

Les relations entre l'univers scolaire et l'univers familial constituent un lieu de rencontre de différentes catégories d'objets de savoirs relevant de diverses disciplines ou mieux, de traditions disciplinaires différentes. **(Ibid.96)**

Entre les types d'interactions qui caractérisent les univers scolaires et ceux qui constituent le milieu intrafamilial, et les relations de ce milieu avec son environnement social, s'établissent des formes très différenciées de compatibilité, ou au contraire d'opposition. **(Ibid.96)**

Les enfants parviennent à six ans, l'âge scolaire, en ayant fait l'objet d'une action éducative en grande partie inconsciente et implicite, qui diffère très significativement selon le type de famille à laquelle ils appartiennent. L'intériorisation par les enfants des systèmes de règles qui régissent objectivement les interactions à l'intérieur de la famille et les interactions de la famille avec son environnement, ne contribuent pas seulement à déterminer les structures des conduites en partie inconsciente de ces enfants dans les réseaux de relations avec différentes personnes qui constituent leur univers familial, structure qui influera fortement sur les modes d'acquisition des règles relationnelles scolaires. Cette intériorisation contribue aussi à leur donner des structures cognitives, des modes de classification et de jugement, en particulier de jugements éthiques et esthétiques, à travers lesquels les discours scolaires, verbaux ou non verbaux, seront appréhendés. **(BOUATTA CHERIFA, 2002-2003, pp9, 10).**

8. Attitudes différentielles vis-à-vis de l'échec :

On ne peut ainsi expliquer ou interpréter complètement les situations d'échec scolaire, et aussi les conduites des parents vis-à-vis de ces échecs, sans prendre en compte les différences, selon les groupes sociaux voire, à l'intérieur de ces groupes, selon les situations sociales et culturelles, de la structure des rapports entre l'univers scolaire et l'univers familial. L'expérience de l'échec scolaire ne reçoit pas la même définition, ni ne revêt la même signification, ou ne détermine pas les mêmes retentissements psychologiques, chez les élèves et les parents, selon le degré, très variable, de valorisation par les familles de la réussite scolaire, et selon le statut de celle-ci dans l'économie du système familial de relations psychologiques. Il y a des milieux sociaux au sein desquels l'échec n'est perçu que lorsqu'un renvoi de l'école, met fin à la carrière scolaire de leur enfant. **(BOUATTA CHERIFA, 2002-2003, p20).**

La gravité attribuée à un échec scolaire varie beaucoup selon qu'il concerne une famille que toute son histoire scolaire porte à considérer qu'il peut y avoir pour ses membres d'autre activité professionnelle qu'une activité de type intellectuel, ou une famille prédisposée à orienter ses membres vers des métiers manuels. **(Ibid. p20)**

Confrontées à l'échec scolaire les familles réagissent très diversement selon leur appartenance socioculturelle et leurs caractéristiques psychologiques ; certaines d'entre elles se mobilisent vigoureusement contre l'échec de l'un des leurs en usant de moyens matériels (cours particuliers, recherche d'un bon établissement, recours à l'enseignement privé, etc.) ou symboliques divers. **(Ibid.20)**

La difficulté de l'analyse des situations d'échec tient dans une large mesure à l'intrication étroite, dans les faisceaux de cause qui en sont à l'origine, de facteurs sociologiques et de facteurs psychologiques. Nombreux sont les cas où l'interprétation psychologique et/ou psychanalytique d'échec scolaire d'enfants ou d'adolescents, fait apparaître ces échecs comme des symptômes de conflits intrapsychiques eux-mêmes liés à des conflits interpersonnels ayant le plus souvent la famille pour cadre. Des indices de spécificités de la structure des rapports familiaux propres à des catégories de familles sans doute le plus nombreuses dans la société algérienne, apparaissant dans les implications psychologiques de ces échecs. Le statut de père dans la famille, avec les ruptures de communication qu'il implique ou les dénis des pulsions sexuelles qu'il comporte, produit parfois des refus inconscients de soumettre à ces rites de passage que de représentent les examens. **(Ibid. p21)**

9. Rééducation de l'échec scolaire :

But de la thérapie :

La thérapie fondée sur la solution des problèmes, j'en suis arrivé à orienter mon intervention principalement vers la résolution du problème manifeste, en l'occurrence l'échec scolaire. On peut objecter que l'échec scolaire n'est qu'un symptôme, et qu'il importerait de se concentrer sur les causes. Il est, je pense, indispensable que le thérapeute ait élucidé les facteurs de l'échec, et l'analyse des motivations proposée par Diel est là d'un grand secours. Pourtant, en se proposant cet objectif limité : la réadaptation du sujet, le thérapeute, s'il y réussit, contribue à rétablir la dimension fondamentale de l'auto-estime. Ainsi, en s'attaquant à la zone de souffrance la plus apparente, on atteint des couches plus profondes sans en faire expressément l'objet de l'analyse. En obtenant la réadaptation scolaire, objet avoué de la demande, on améliore également les relations sociales et familiales du sujet, mais avant tout, comme déjà dit, sa relation à lui-même. L'avantage d'une telle intervention est qu'elle peut être brève et qu'elle évite de déstabiliser le sujet en touchant, sinon indirectement, à des conflits que son moi,

insuffisamment mûri, tout du moins chez les plus jeunes, n'aurait pas la force d'affronter. (Dr. CYRILLE CAHEN, 1996, P 111)

Diagnostic de situation :

Après avoir vu enfant et parents séparément, éventuellement ensemble (pour saisir sur le vif les interactions familiales), après avoir pris contact, le cas échéant, avec un membre de l'équipe pédagogique de l'établissement scolaire, il est possible d'établir, du moins en première approximation, un *diagnostic de situation*. J'entends par là une représentation du type d'interactions et de tensions qui se sont nouées entre l'enfant et ses parents et enseignants. (Ibid. p114)

Pratique de la thérapie :

Par le diagnostic typologique et de situation, on repère les obstacles qui opposent à la réadaptation de l'élève en échec. Dans le cas de Guillaume S., comme dans de nombreux cas, l'obstacle majeur était le schéma parental : l'exigence de bons résultats qui se traduisait par le harcèlement. Dans cet exemple, l'anxiété des parents n'était pas profondément ancrée ; ils ont pu se montrer réceptifs. Des conseils ont suffi, sans analyse explicite de leur attitude, pour que leur comportement se modifie et que la situation s'améliore. Moyennant quelques indications pédagogiques, l'assouplissement de surveillance, la cessation des colères paternelles et le respect de ses loisirs, Guillaume a pu se mettre raisonnablement au travail. Bien des cas analogues pourraient être traités par une intervention légère- mais précise- à un âge où les sentiments sont encore labiles et les ressentiments peu structurés. Encore faut-il que les parents soient réceptifs. Or, leur résistance peut être tenace : si l'angoisse est trop ancrée, s'ils ont perdu confiance dans les capacités de leur enfant, ils risquent de rester sourds aux conseils du thérapeute. (Ibid. p132).

Conclusion:

L'échec scolaire en tant qu'activité pédagogique existe dans tous les systèmes scolaires et ayant pour but l'accompagnement de l'élève en difficulté. L'échec scolaire peut vraiment s'avérer catastrophique, non seulement dans la vie scolaire avec de mauvaises notes, mais aussi dans la vie social et familial, psychique car il implique très souvent une atteinte de l'image de soi.

Partie pratique

CHAPITRE III

La méthodologie de la recherche

Préambule

1. La pré-enquête
2. Présentation de lieu de recherche
3. La méthode de la recherche
4. Présentation de l'échantillon de la recherche et ses caractères
5. Outils de recherche
 - 5.1. L'entretien clinique
 - 5.2. L'échelle de Beck (BDI-II)

Conclusion

Préambule :

Dans la recherche en psychologie clinique, il faut s'appuyer sur une méthodologie bien précise et déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude, et un ensemble de technique d'investigation indispensables «les entretiens, les tests, les échelles, etc.» afin d'identifier les composantes d'une situation donnée, et parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

Dans ce chapitre, on va présenter le lieu ainsi que la méthode sur laquelle on s'est basé pour mener notre recherche, la population d'étude, et que des techniques de recherche qu'on a utilisé.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche que sur la population visée.

Avant l'élaboration d'un travail de recherche, le chercheur dans son domaine doit d'abord effectuer une pré-enquête qui consiste à définir le lien entre le cadre conceptuel et les faits réels.

Afin de bien cerner l'objet de notre étude et d'en tirer notre hypothèse, ainsi de mieux maîtriser la passation de notre test, nous avons effectué notre pré-enquête auprès de polyclinique « Amirouchen Tahar » de l'EPSP d'El-Kseur de la Wilaya de BEJAIA. Durant une période d'un mois, là en a effectué une observation auprès de ces enfants et de leurs parents et on a été orienté par le psychologue de la polyclinique concernant les cas sur lesquels notre pré-enquête effectuée.

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien. Étant donné que tout travail de recherche requière une pré-enquête, on s'y est appliqué. D'abord on a commencé notre pré-enquête par une observation de notre population d'étude, cette technique d'observation nous a permet nous a permet d'avoir une idée sur la vie des enfants à l'école, les conditions et les difficultés qui se rencontre qui se rencontre ces enfants dans le primaire, et aussi en veut comprendre comment leur parents manifestent quelques signes dépressifs.

Nous étudiant l'impact de la dépression des parents sur l'échec scolaire des enfants, on utilisant un entretien et un test de la dépression pour les parents, cette pré-enquête nous a permet de cerner notre et la réorganisation de notre guide d'entretien en vue d'atteindre notre objectifs.

2. La méthode de recherche :

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à la vie intérieure.

Selon Lagache 1949, la **méthode clinique** est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Charaoui KH, Benony H, 2003, p11).

La méthode clinique permet aussi l'observation profonde et continue des cas connaîtront que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et compréhension des conflits psychologiques chez les l'individu à partir de son histoire passée, arrivant à ses relations actuelles. Et tous cela se fait par une méthode qui est :

« **Étude de cas** » ou le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuelles d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenu actuelles et passés (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanisme de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issus des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examen psychologique, témoignage des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet, d'un contexte où sont pris en compte différents niveau d'observation et compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés.

De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Ibid. pp125, 126).

3. Présentation de lieu de recherche :

L'établissement public de santé de proximité d'El-Kseur est un établissement à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle de wali. Il est constitué d'un ensemble de polycliniques et des salles de soins couvrant un bassin de population de 144526 habitants, sa consistance physique et son espace géo-sanitaire couvrant un bassin de population sont fixées par arrêté ministériel.

a. Historique :

L'EPSP d'El-Kseur est issu du découpage de l'année 2008 : suite au décret exécutif n°07- 140 du 19 mai 2007 portant création des établissements publics de santé de proximité et les établissements publics hospitaliers.

Les établissements de santé des localités suivantes : d'EL-KSEUR, AMIZOUR, BARBACHA, KENDIRA, FAROUN, BENI-Djelil, SAMOUN et FENAIA ILMATEN lui sont rattachées.

Le siège de l'EPSP est situé au niveau de la polyclinique d'EL-KSEUR il couvre un bassin de population estime à 144526 habitants répartis entre cités, quartiers, hameaux et lieu –dit et superficie de 481,48 km².

b. Les missions :

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégré et hiérarchisée :

- La prévention et les soins de base.
- Le diagnostic.
- Les soins proximité.
- Les consultations de médecin général et les consultations de médecin spécialisé de base.
- Les activités liées à la santé reproductive et la planification familiale.
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de populations il est chargé également de :

Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les données revalant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les populations et les fléaux sociaux.

4. Présentation de l'échantillon de la recherche et ses caractères :

Le choix des cas sur lesquels s'est portée notre étude, répond à trois critères de base qui contient deux type d'échantillon de recherche enfants et adultes :

Pour les enfants tous les cas sont scolarisé au primaire, et qui sont âgés entre 8 ans et 13 ans, et aussi tous les cas redoublé en moins une fois, et notre étude s'est porté sur une population des enfants scolarisés et qui parlent tous la langue maternelle qui est la kabyle.

Pour les adultes (parents) tous les cas parlent la langue kabyle, souffrent d'une dépression, et tous les est en chômage.

a. Tableau N°1 : récapitulatif des caractéristiques de groupe de la recherche :

Cas	Sexe	Age	Niveau scolaire	Nombre de redoublement
Cas « Ayman »	Masculin	8 ans	2 ^{ème} année primaire	2 fois
Cas « Lina »	Féminin	12 ans	5 ^{ème} année primaire	1 fois
Cas « Yanis »	Masculin	8 ans	3 ^{ème} année primaire	1 fois
Cas « Rayan »	Masculin	12 ans	5 ^{ème} année primaire	1 fois
Cas « Rabi »	Masculin	13 ans	3 ^{ème} année primaire	2 fois

D'après ce tableau, on constate que la majorité des cas qui constituent notre population d'étude sont des enfants scolarisés au primaire et le niveau d'instruction entre 2^{ème} et 5^{ème} année, et qui ont l'âge entre 8 ans et 13 ans. Tous les cas scolarisés ont un échec scolaire.

b. Tableau N°2 : récapitulation des caractéristiques de groupe de la recherche :

Cas	Sexe	Age	Type de dépression
Cas « Hayat »	Féminin	37 ans	Dépression sévère
Cas « Warda »	Féminin	39 ans	Dépression sévère
Cas « Lamia »	Féminin	40 ans	Dépression modéré
Cas « Rachida »	Féminin	39 ans	Dépression sévère
Cas « Hachemi »	Masculin	56 ans	Dépression modéré

D'après ce tableau, on constate que la majorité des cas qui constituent notre population d'étude sont adultes (parents) âgés entre 37 ans et 56 ans, sont des parents déprimé, et pour la variable de sexe n'a pas prise en considération, puisque notre échantillon de recherche ne porte pas uniquement sur le sexe masculin mais aussi le sexe féminin.

5. Les outils de la recherche :

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de Beck.

5.1. L'entretien clinique :

L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique par excellence. Il existe différentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue doit adopter à l'égard du sujet, on peut concevoir l'entretien comme le moment où peut se produire la « rencontre » au sens phénoménologique, du psychologue et du sujet, où peut s'établir ce champ d'intersubjectivité qui est pour certaine, le domaine d'application de la méthode clinique. (Rauchlin. M, 2002, p113).

L'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique de sujet en se centrant sur son vécu et mettent l'accent sur la relation.

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'en veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique a donc place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en références au sujet lui-même. (Charaoui KH, Bénony H, 1999, pp12, 13)

5.1.1. L'entretien semi-directif :

Dans le cadre de notre recherche, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés.

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun (propice) de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure

où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son sujet ». (Charaoui KH, Bénony H, 2003, p143)

5.2.1. Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute d'intervention de interviewer » dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celles-ci seront nécessairement identique pour tous les sujets. (Charaoui KH, Bénony H, 2003, p144)

Pour mener notre entretien en pratique, on a utilisé le guide d'entretien composé de trois axes :

Axe n°1 : comprend des renseignements personnels

Axe n°2 : comprend des questions sur le vécu de l'enfant dans le milieu familial.

Axe n°3 : comprend des questions sur le vécu de l'enfant dans le milieu scolaire.

5.2. L'échèle (BDI-II) de dépression de Beck :

Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez les patients (adulte et adolescent à partir de 16ans). Il a été élaboré comme un indicateur de la présence et de sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères de DSM4 et non comme une mesure spécifique de diagnostique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires allant du trouble panique à la schizophrénie.

Nous proposons d'analyser les résultats de cette recherche sous forme d'une étude de cinq cas cliniques. Pour cela, nous avons procédé à une analyse des entretiens des enfants qui ont un échec scolaire, et une analyse des résultats de test de dépression de BECK pour les adultes, suivant les axes de l'entretien ainsi qu'on fonction notre hypothèse de départ.

CHAPITRE IV

Présentation, analyse et discussions des hypothèses

A. Présentation des cas des parents :**1. Présentation de premier cas « warda » :**

M^{me} « Warda » est une femme âgée de 39 ans, mariée, sans profession (une femme au foyer), elle n'a jamais fréquenté l'école, mère de quatre enfants (deux filles et deux garçons), son époux âgé de 50ans est un diabétique depuis dix ans, grâce à cette maladie il a perdu sa vue depuis trois ans.

1.1. Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, notre sujet s'est montré très calme, mal à l'aise, timide, cela d'après l'expression de son visage, elle a une difficulté à s'exprimer après avoir expliqué le thème de notre recherche et discuter les objectifs de l'entretien, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous.

L'entretien c'est déroulé au sein du bureau de psychologue clinicien de service de la santé mentale.

Elle commence à présenter son mari en disant qu'il est âgé de 50 ans est atteint le diabète après leurs mariage. Depuis la, il a changé du comportement, d'après « Warda », il se plaint toujours d'être fatigué avec des douleurs au ventre, des difficultés d'endormissement et surtout des cauchemars, il ne mange pas comme avant, il a du mal à se concentrer longtemps sur quoi que ce soit, il n'attend pas à ce que les choses s'arrangent pour lui et il n'éprouve aucun plaisir aux choses qui lui plaisaient habituellement.

« Warda » raconte que ses enfants sont devenus surpoids pour elle, elle n'arrive pas à prendre soins d'eux, elle dit : « j'ai plus d'intérêt pour moi-même, même j'ai abandonné mes enfants, j'ai perdu d'espoir, je n'attends pas que les choses s'arrange pour moi ».

« Warda » a avoué qu'elle a perdu ses parents lorsqu'elle avait 20ans, elle vivait avec son petit frère, trois ans après elle s'est trouvée dans une situation où elle été obligé d'accepter de se mariée, elle raconte que : « depuis que mes parents m'ont quitté, je me suis trouvée seule avec mon frère, j'ai souhaité avoir quelqu'un à mes coté, mais je n'ai pas de chance même pas avec un mari malade »

D'après la discussion avec « Warda », on a remarqué que sa souffrance est débutée depuis la mort de ces parents, et ça continu avec la maladie de son mari.

Par rapport à ses habitudes alimentaires, elle révèle qu'elle ne mange plus comme avant, elle n'a plus d'appétit, concernant le sexe s'intéresse moins qu'avant, elle a perdu confiance en elle ; et elle n'a pas d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. Elle avoue qu'elle lui arrive de penser à se suicider.

Concernant l'éducation de sa fille « Lina » elle raconte qu'elle est on échec à cause de situation familial instable, elle dit : « ma fille est refait l'année, elle avait de mauvaise note cause de notre situation instable de vivre qui est plein de tristesse, malheureusement je ne peux pas changer les choses c'est plus fort que moi », elle a dit tout ça avec des pleurs.

1.2. Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1 :

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiments de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiments d'être puni(e)	1	Je sens que je pourrais être puni(e).
07	Sentiments négatives envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que l'habitude.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.

11	Agitationm2	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	Indécision	3	J'ai du mal qu'avant à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	perte d'énergie	2	Je n'ai pas d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
Type de dépression		30	Dépression Sévère

Tableau n° 01: Présentation des résultats du cas n°1

1.3.L'analyse de l'échelle du cas n°1 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que M^{me} « Warda » répondait aux propositions de l'échelle sans aucune hésitation en étant consciente de sa souffrance, et si on se réfère aux résultats obtenus, on constate qu'elle souffre d'une dépression avec score de 30 sur les notes de seuil de BDI-II de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que « Warda » a obtenu (7) réponses de degré (2) des items suivants : Pessimisme, Echecs dans le passé, Pleurs, Dévalorisation, perte d'énergie, Modification de l'appétit, Difficulté à se concentrer. Aussi, elle a obtenu (8) réponses de degré (1) des items suivants : Tristesse, Sentiments d'être puni(e), Agitation, Perte d'intérêt, Modifications dans les habitudes de sommeil, Irritabilité, Fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe. Et enfin, (2) réponses de degré (3) des items suivants : Perte de plaisir, Indécision.

1.4.Synthèse du cas n°1 :

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de dépression de Beck, on confirme que M^{me} « Warda » souffre d'une dépression sévère,

D'après l'analyse de l'entretien de l'échelle de dépression de Beck des parents, on a constaté que M^{me} « Warda » présente des symptômes de la dépression a un degré plus ou moins élevé causé de sa souffrance et de ses douleurs, et qu'elle souffre d'une dépression sévère.

2. Présentation de deuxième cas « Lamia » :

M^{me} « Lamia » est une femme âgée de 40 ans, mariée, sans profession (une femme au foyer), elle est d'un niveau scolaire moyenne (CEM), mère de deux enfants (une fille et un garçon), elle appartient à une famille d'un niveau socio-économique est moyen.

2.1.Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, notre sujet s'est montré très calme, mal à l'aise, très timide, cela d'après l'expression de son visage, elle a une difficulté à s'exprimer après avoir expliqué le thème de notre recherche et discuter les objectifs de l'entretien, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous.

L'entretien c'est déroulé au sein du bureau de psychologue clinicien de service de la santé mentale.

Elle nous raconte que depuis qu'elle marié avec M^f « Nadir » qui est son mari n'a jamais cesser de la battre à la moindre raison, c'est un homme très violent avec elle et avec ses enfants, il les considère comme surcharge pour la famille.

D'après l'analyse de l'entretien on n'a constaté que « Lamia » a très peur de son mari qui n'arrête pas de la menacer, elle dit : « j'ai peur de lui car il me dit toujours qu'il va me tuer », après elle avoue qu'elle a resté avec lui, uniquement à cause de ses enfants, elle dit : « j'ai beaucoup souffert, je suis resté avec lui à cause de mes enfants, mais

maintenant très fatigué, il n’y a pas d’avenir avec lui toutes est noire dans ma vie », elle est très décourager.

« Lamia » dit : « j’ai essayé plusieurs fois de fuir de la maison car il ferme la porte quand il sort, tout ça ne m’a pas vraiment toucher si seulement il me bâter pas », on remarque dans ce passage qu’elle cherche uniquement à être en paix, malgré que son mari la mal traite, a la veille de sa fuite de la maison elle raconte avec des pleurs : « il a rentré de travail le soir, il a pris un couteau et il dit je vais t’égorger, heureusement mon fils est réveiller il commence de crier..., silence ».

Son mari est un consommateur de drogue, il a un passé à la prison, et si en parle a la vie conjugale elle a avoué que : « à chaque fois qu’il se rapproche de moi, il me frappe ensuite il accomplit le rapport forcement », ce qui montre qu’elle a perdu toute intérêt pour le sexe.

Concernant l’éducation de son fils « Yanis » elle raconte qu’il est on échec à cause situation familial instable pour lui.

Par rapport à ses habitudes elle trouve une grande difficulté à se concentrer, manque d’appétit, une insomnie, tristesse, perte d’intérêt pour faire quoi que ce soit, penser négative envers soi-même, penser autour de la mort, irritabilité, perte d’intérêt sexuel, manque d’appétit, elle se fatigue facilement, elle est trop pessimiste.

2.2. Tableau des résultats de l’échelle de Beck :

N° de l’item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	2	Je ne m’attends pas à ce que les choses s’arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	3	J’ai le sentiment d’avoir complétement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	1	Je n’éprouve pas autant de plaisir aux choses qu’avant.
05	Sentiments de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable.
06	Sentiments d’être puni(e)	2	Je m’attends à être puni(e).
07	Sentiments négatives envers soi-même	3	Je ne m’aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

09	Pensées ou désir de suicide	3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	2a	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	perte d'énergie	2	Je n'ai pas d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué(e) pour faire grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Type de dépression		50	Dépression Sévère

Tableau n°02 : Présentation des résultats du cas n°2

2.3.L'analyse de l'échelle du cas n°2 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que M^{me} « Lamia » répondait aux propositions de l'échelle en étant consciente de sa souffrance, et si on se réfère aux résultats obtenus, on constate qu'elle souffre d'une dépression avec score de 50 sur les notes de seuil de BDI de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que M^{me} « Lamia » a obtenu (11) réponses de degré (2) des items suivants : Tristesse, Pessimisme, Sentiments d'être punie, Dévalorisation, Indécision, Dévalorisation, Perte d'énergie, Modifications dans les habitudes de sommeil, Modification de l'appétit, Fatigue. Aussi, elle a obtenu (1) réponses de degré (1) des items suivants : Perte de plaisir. Et enfin, (9) réponses de degré (3) des items suivants : Echecs dans le passé, Sentiments de culpabilité, Sentiments négatives envers soi-même, Attitude critique envers soi, Pensées ou désir de suicide, Perte d'intérêt, Irritabilité, Difficulté à se concentrer, Perte d'intérêt pour le sexe.

2.4.Synthèse du cas n°2:

D'après l'analyse de l'entretien de l'échelle de dépression de Beck des parents, on a constaté que M^{me} « Lamia » présente des symptômes de la dépression à un degré plus ou moins élevé causé par le comportement violent de son mari, et qu'elle souffre d'une dépression sévère.

3. Présentation de troisième cas « Hayat » :

M^{me} « Hayat » est une femme âgée de 37 ans, mariée, sans profession (une femme au foyer), elle est d'un niveau scolaire lycienne, mère de trois enfants (deux garçons et une fille), elle appartient à une famille d'un niveau socio-économique est moyen.

3.1. Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, notre sujet s'est montré très calme, très timide, gentille cela d'après l'expression de son visage, elle n'avait de difficulté à s'exprimer surtout après avoir expliqué le thème de notre recherche et discuter les objectifs de l'entretien, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous.

L'entretien c'est déroulé au sein du bureau de psychologue clinicien de service de la santé mentale.

Elle nous raconte qu'elle demande le divorce de son mari « Zoubir » âgé de 40 ans, celui-ci avait un comportement instable, irrespectueux, est un homme alcoolique, il fait rien c'est juste boire d'alcool toute la journée, il est insupportable pour elle, elle n'arrive pas de vivre plus avec lui, elle dit : « j'aime ma famille malgré sa je dois partir et m'éloignée, je veux commencer ma vie de nouveau son mon mari », après cette décision son mari n'a pas accepté de se divorcer facilement, mais « Hayat » était forte et elle n'a pas perdue d'espoir jusqu'à elle atteint sa liberté après un ans de souffrance.

Dans un premier temps, Hayat confortée par ses reproches et son sentiment de révolte envers son mari pour trouver la force de lutter contre son attachement amoureux et séparer de lui, et aussi de prendre la responsabilité seule sur ses enfants malgré que s'être trop difficile pour elle est pour ses enfants, elle dit : « je dois être forte pour l'oublier et pour être forte pour mes enfants ».

« Hayat » avoue qu'elle n'a pas pu de garder ses enfants avec elle à cause de sa situation de pauvreté qu'elle vive, elle a pas trouver de travail, et pour ses parent sont des gens socio-économique moyenne, alors ses enfants rester avec leurs papa est ça la mit dans une situation difficile de vivre son eux, et si elle veut ça elle doit être obligé de revenir pour vivre avec son mari, mais elle préfère de mourir que revivre avec lui elle dit avec des pleurs : « mais enfants sont pas avec moi, j'arrive pas à supporter, mon mari me demande de revenir à vivre avec lui pour les enfants mais si je mort je reviens pas avec lui », elle reste en contact avec ses enfants malgré la distance entre eux.

Après une grande fatigue intellectuelle et physique injustifiée, une insomnie très prononcée, de l'irritabilité et une perte brutale et presque totale de l'appétit, elle éprouvait de plus en plus de difficultés à faire les choses, ses capacités à penser se sont brouillées et son sentiment de culpabilité s'est renforcé, perte de plaisir, des idées noir, elle dit : « je n'aime pas la vie, j'ai aucun espoir » avec un grand désespoir et tristesse.

Concernant l'éducation de son fils « Ayman » elle raconte qu'il est on échec à cause situation familial instable et le divorce de ses parents, elle dit: « mon enfant a refait d'année deux fois à cause de nous, et à cause de nos problèmes familial ».

3.2. Tableau des résultats de l'échelle de Beck :

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	1	Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
03	Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiments de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.

06	Sentiments d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiments négatives envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que l'habitude.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
Type de dépression		22	Dépression Modéré

Tableau n° 03: Présentation des résultats du cas n°3

3.3.L'analyse de l'échelle du cas n°3 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que M^{me} « Hayat » répondait aux propositions de l'échelle en étant consciente de sa souffrance, et si

on se réfère aux résultats obtenus, on constate qu'elle souffre d'une dépression avec score de 22 sur les notes de seuil de BDI de Beck qui est entre (20-27).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que M^{me} « Hayat » a obtenu (5) réponses de degré (2) des items suivants : Tristesse, Sentiments de culpabilité, Perte d'énergie, Modifications dans les habitudes de sommeil, Difficulté à se concentrer. Aussi, elle a obtenu (9) réponses de degré (1) des items suivants : Pessimisme, Perte de plaisir Sentiments négatives envers soi-même, Pensées ou désir de suicide, Perte d'intérêt, Indécision, Irritabilité, Fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe. Et enfin, (1) réponses de degré (3) des items suivants : Pleurs.

3.4.Synthèse du cas n°3:

D'après l'analyse de l'entretien de l'échelle de dépression de Beck des parents, on a constaté que M^{me} « Hayat » présente des symptômes de la dépression a un degré plus ou moins élevé causé par son divorce avec son mari et l'absence de ces enfants et qu'elle souffre d'une dépression Modéré.

4. Présentation de quatrième cas « Rachida » :

Mme « Rachida » est une femme âgée de 39 ans, mariée, sans profession (une femme au foyer), elle est d'un niveau scolaire moyenne (CEM), mère de trois enfants (trois garçon), elle appartient à une famille d'un niveau socio-économique est moyen.

4.1.Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, notre sujet s'est montré très calme, timide et réservé, cela d'après l'expressm2ion de son visage, elle a une difficulté à s'exprimer après avoir expliqué le thème de notre recherche et discuter les objectifs de l'entretien, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous.

L'entretien c'est déroulé au sein du bureau de psychologue clinicien de service de la santé mentale.

Elle raconte que durant son enfance, elle était en parfaite santé, elle n'avait aucune maladie, mais après tout est changé à l'âge de 30 ans elle souffert de douleurs insupportables au niveau du ventre après l'accouchement de son dernier enfant elle a tombé malade de cancer du sein.

Durant l'entretien le sujet ne souligne pas d'événements traumatiques auxquels elle lui fallut faire face, mais grâce à notre entretien on a pu comprendre que sa maladie la

rendait moche. Cela la mettait dans un état de gêne au point de ne pas pouvoir regarder dans un miroir, ce qui engendre chez elle un sentiment d'infériorité et qui la pose à s'isoler.

Après cinq jours de la chimiothérapie, « Rachida » manifeste une fatigue, un manque d'appétit elle dit : « j'étais gros, j'ai pesais plus de 70kg mais maintenant j'en suis à 50kg ». La chimiothérapie lui coupe l'appétit, elle est devenue très sensible, elle pleure tout le temps. Le sujet insiste sur le point que la maladie la rendu différente des autres, elle beaucoup changée elle n'est plus comme avant.

Concernant sa vie de famille, « Rachida » souligne l'absence de son époux, elle a dit : « après ma maladie, mon mari est devenu plus loin de moi », elle est reconnaissante envers ses enfants, elle souffre plus parce qu'elle n'arrive pas à s'occuper de ses enfants grâce à sa maladie, elle est pessimiste quant à son avenir, elle dit : « je ne vais pas reprendre ma santé d'avant ni devenir normal comme avant ». Enfin concernant la sexualité elle est perdue toutes intérêt pour le sexe.

Concernant l'éducation de son fils « Rayan » elle raconte qu'il est on échec à cause situation familial instable, elle dit : « depuis ma maladie mon fils aime pas étudier il pleur souvent, il n'aime pas partir à m'école et me laissé seul, a cause de moi il a refait d'année ».

4.2. Tableau des résultats de l'échelle de Beck :

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complétement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiments de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiments d'être puni(e)	1	Je ne me sens pas particulièrement coupable.

07	Sentiments négatives envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
09	Pensées ou désir de suicide	2	J'aimerais me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	Indécision	3	J'ai du mal qu'avant à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	3a	Je dors presque toute la journée.
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3b	J'ai constamment envie de manger.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.
Type de dépression		38	Dépression Sévère

Tableau n° 04: Présentation des résultats du cas n°4

4.3.L'analyse de l'échelle du cas n°4 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que M^{me} « Rachida » répondait aux propositions de l'échelle en étant consciente de sa souffrance, et si on se réfère aux résultats obtenus, on constate qu'elle souffre d'une dépression avec score de 38 sur les notes de seuil de BDI-II de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que « Rachida » a obtenu (10) réponses de degré (2) des items suivants : Tristesse, Pessimisme, Perte de plaisir, Attitude critique envers soi, Pensées ou désir de suicide, Pleurs, Dévalorisation, Irritabilité, Difficulté à se concentrer, Perte d'intérêt pour le sexe. Aussi, elle a obtenu (4) réponses de degré (1) des items suivants : Sentiments d'être puni(e), Sentiments négatifs envers soi-même, Perte d'intérêt, Fatigue. Et enfin, (5) réponses de degré (3) des items suivants : Echecs dans le passé, Indécision, perte d'énergie, Modifications dans les habitudes de sommeil, Perte d'intérêt pour le sexe.

4.4.Synthèse du cas n°4 :

D'après l'analyse de l'entretien de l'échelle de dépression de Beck des parents, on a constaté que M^{me} « Rachida » présente des symptômes de la dépression à un degré plus ou moins élevé causé de sa maladie et de ses douleurs, et qu'elle souffre d'une dépression sévère.

5. Présentation de quatrième cas «Hachemi » :

M^r « Hachemi » est un homme âgé de 56 ans, marié avec une femme de sa région, il travaille comme chauffeur du camion, père de quatre enfants (trois filles et un garçon), il n'a jamais été à l'école, timide, il est d'un niveau scolaire moyenne (CEM), il appartient à une famille d'un niveau socio-économique est moyen.

5.1.Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, notre sujet s'est montré très calme, triste et décourager, cela d'après l'expression de son visage, elle a une difficulté à s'exprimer après avoir expliqué le thème de notre recherche et discuter les objectifs de l'entretien, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous.

L'entretien c'est déroulé au sein du bureau de psychologue clinicien de service de la santé mentale.

Durent son enfance, « Hachemi » était en parfaite santé, il n'avait aucune maladie, mais il découvre qu'il souffre du cancer du côlon pendant deux ans, il est sous

chimiothérapie depuis neuf (9) mois. Selon le malade, il n'est pas le seul membre de la famille qui atteint d'un cancer, il vient d'un facteur héréditaire.

« Hachemi » nous a avouer que dès le jour de l'annonce de sa maladie, il évitait de sortir dehors, il sort uniquement pour la consultation médicale.

Lorsqu'on a interrogé le sujet sur les changements après avoir eu cette maladie, il reste silencieux un moment puis nous confie en pleurant : « tout a changé, je n'aime pas ma vie actuelle c'est trop difficile de vivre avec tous ces changement ».

Le sujet ne souligne pas d'événement traumatisants auxquels il lui fallut faire face, mais grâce à notre observation on a pu que sa maladie et surtout la chimiothérapie le rendait bleu. Cela le mettait dans un état de gêne ou point de ne pas pouvoir se regarder dans un miroir, ce qui engendre chez lui le sentiment d'infériorité et qui le pousse à s'isoler. Dès que le sujet termine avec la chimiothérapie, il manifeste une fatigue, manque d'appétit, angoisse, une insomnie.

Concernant sa famille il trouve une difficulté de communiquer avec eux comme avant, il souligne la présence de sa femme, il dit : « ma femme plus proche de moi après ma maladie », pour l'éducation de ses enfants, ils se trouvent dans un échec scolaire, surtout son petit garçon qui a refait d'année deux fois. « Hachemi » sent qu'il est la cause de tout ça.

« Hachemi » est pessimiste envers son avenir, ces penser est baser sur la mort, il dit : « c'est bon je n'ai pas envie de vivre, seulement la mort va m'aider de cette situation ».

Concernant la vie sexuelle le sujet, il souffert d'une impuissance sexuelle qui se traduit par une incapacité de pratiquer l'acte sexuel avec sa femme.

Concernant l'éducation de son fils « Rabi » elle raconte qu'il est on échec à cause situation familial instable qui vive avec ses parents.

5.2. Tableau des résultats de l'échelle de Beck :

N° de l'Item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
04	Perte de plaisir	0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
05	Sentiments de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
06	Sentiments d'être puni(e)	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiments négatives envers soi-même	0	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi	2	Je me reproche tous mes défauts.
09	Pensées ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.

14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1b	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Type de dépression		26	Dépression Modéré

Tableau n° 05: Présentation des résultats du cas n°5

5.3.L'analyse de l'échelle du cas n°1 :

Lors de la passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que M^r « Hachemi » répondait aux propositions de l'échelle sans aucune hésitation en étant conscient de sa souffrance, et si on se réfère aux résultats obtenus, on constate qu'elle souffre d'une dépression Modéré avec score de 30 sur les notes de seuil de BDI-II de Beck qui est entre (20-27).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck démontre que « Hachemi » a obtenu (4) réponses de degré (2) des items suivants : Pessimisme, Sentiments de culpabilité, Attitude critique envers soi, Difficulté à se concentrer. Aussi, elle a obtenu (9) réponses de degré (1) des items suivants : Tristesse, Echecs dans le passé, Pensées ou désir de suicide, Perte d'intérêt, Dévalorisation, perte d'énergie, Irritabilité, Modification de l'appétit, Fatigue. Et

enfin, (3) réponses de degré (3) des items suivants : Pleurs, Modifications dans les habitudes de sommeil, Perte d'intérêt pour le sexe.

5.4.Synthèse du cas n°1 :

D'après l'analyse de l'entretien de l'échelle de dépression de Beck des parents, on a constaté que M^f « Hachemi » présente des symptômes de la dépression à un degré plus ou moins élevé causé de sa maladie et de sa souffrance, et qu'elle souffre d'une dépression modéré.

B.Présentation des cas d'enfants :

1. Présentation de première cas « Lina » :

« Lina » est une fille âgée de douze ans, elle est la cadette d'une fratrie de deux frères et une seule sœur. Elle est issue d'une famille socioéconomique moyenne. Son père « Alaoua » est un agent de sécurité et sa mère « Warda » est une femme au foyer.

Au cours de l'entretien, notre sujet montré un trop timide, calme et souriante. Le contact a été marqué par un climat de confiance. Après avoir expliqué le thème de la recherche et expliqué les objectifs de l'entretien. Elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous sur ses études et sur sa relation avec ses parents.

« Lina » est scolarisée en cinquième année primaire, elle a redoublé une fois en deuxième année primaire avec moyenne de deux sur dix. Actuellement, elle a eu de difficulté elle trouve personne a l'encouragé, elle affirme : « je me sens pas aise en classe et aussi à la maison, je m'entends pas avec mes camarades, je n'arrive pas à me concentrer bien quand l'enseignant explique les leçons ». Lorsque notre cas réalise qu'elle a refait l'année, elle se culpabilise et se sent triste puisqu'elle ne fait pas d'efforts et elle n'a pas pu rendre ses parents fiers d'elle.

Concernant les relations sociales à l'école elle n'a pas d'amies, elle reste tous les temps seule, même ses camarades en classe s'éloignent d'elle, elle dit : « j'ai aucun ami(e), même si je m'approche de mes camarades je me trouve toujours seule ».

Concernant les relations familiales elle n'est pas la préférée de ses parents, elle se sent toujours loin de sa famille et que personne ne s'intéresse à elle, elle dit : « mes parents ne m'aiment pas, ils préfèrent les autres plus que moi, ils sont toujours loin ».

«Lina» nous a dit que son père n'était pas à la maison, il est absent pendant trois ans, dès qu'il a rentré à la maison tout est changé elle dit : «maman elle crie et pleure souvent,

papa nous frappe sur des petites bêtises, les deux son devenu méchant je ne sais pas pourquoi » elle dit sa avec un grand malheur.

2. Présentation du deuxième cas « Yanis » :

« Yanis » est un enfant âgé de 8 ans, il est le benjamin d'une fratrie d'une seule sœur. Il est issu d'une famille socioéconomique moyenne, son père « Nadir » est un maçon et sa mère « Lamia » femme au foyer.

Au cours de l'entretien notre sujet s'est montré très calme et timide. Le contact a été marqué par un climat de confiance. Après avoir expliqué notre thème de recherche et discuter les objectifs de l'entretien, il a accepté de nous parler sur ses études.

« Yanis » est scolarisé en 3^{ème} année primaire « Yanis » est en échec scolaire car il a eu une moyenne de trois sur dix en premier trimestre et deux sur dix dans le deuxième trimestre. Durant notre entretien avec lui il nous a dit : « je veux étudier et avoir des bonnes résultats comme ceux de mes camarades, mais je ne me souviens pas de ce que j'apprends, et je n'arrive pas à me concentrer en class, et mes enseignants ne m'encouragent pas à mieux travailler »; « Yanis » a dit qu'il passe ses journées normalement à l'école,

Lorsqu'il réalise qu'il est en échec il s'est pas culpabilisé et il s'est pas senti triste et malheureux, il savait qu'il a mal travaillé et n'a pas fait d'effort et il regret qu'il n'a pas pu de rendre ses parents fières de lui. Il a dit : « peut-être l'année prochaine je ferais plus d'effort pour avoir de bonnes notes ».

Concernant les relations sociales, il n'aime pas fréquenter beaucoup de personnes, il a des amis à l'école, il dit: « tout se passe bien avec mes amis, et je n'ai pas de problèmes avec eux ».

Concernant les relations familiales, « Yanis » n'aime pas sa sœur il la frappe tous le temps il n'aime jouer avec elle mais sa mère le forcer à le faire alors il pense que ses parents l'aime plus que lui, il dit : « off, je veux jouer seul, mais maman me pousse à jouer avec ma sœur parce que elle le préfère plus que moi et moi je l'aime pas ».

Pour ces parents il nous raconte qu'ils lui aident pas à faire ses devoirs et l'encourage pas à faire plus d'efforts alors il son fiche, sa mère tous le temps énervée elle ne fait rien pour moi elle me blâme tous le temps, il dit : « pff, maman me frappe et elle crie sur moi tous le temps sur n'importe qu'elle chose et sa me dégoute ». Il ajoute que ses parents bagarre presque tous les jours, ils se parlent pas entre eux, et que son père fait pas d'effort pour régler ses problèmes par contre il sort de la maison.

3. Présentation de troisième cas « Aymen » :

« Aymen » est un enfant âgé de huit ans, il est le cadet d'une fratrie d'un seul frère et seule sœur. Issue d'une famille socioéconomique moyenne. Son père « Zoubir » est un commerçant, sa mère « Hayat » femme au foyer.

Au cours de l'entretien, notre sujet s'est montré très calme et un peu timide, le contact a été marqué par un climat de confiance. Après avoir expliqué le thème de recherche et discuter les objectifs de l'entretien, il s'est mis d'accord pour discuter avec nous sur ses études.

« Aymen » scolarisé en deuxième année primaire, il a refait une fois sa deuxième année avec moyenne de quatre sur dix. Actuellement, il est aussi en échec scolaire car il a eu la moyenne trois dans premier trimestre et moyenne quatre dans le deuxième trimestre. Depuis son rentrée à l'école il a eu de problèmes de concentration et de compréhension dans ses études.

Lorsque notre cas réalise qu'il a refait d'année il s'est culpabilisé, et il s'est senti triste et il a regret parce qu'il n'a pas fait d'efforts.

Concernant les relations sociales, il n'aime pas fréquenter les gens, il a des amis à l'école et en dehors de l'école, il dit : « entre nous ça passe bien ».

Concernant les relations familiales, il n'aime pas ses parents parce que ils divorcé, mais il ne trouve pas quelqu'un a lui aide et l'encouragement pour mieux travailler, il dit : « tu sais j'aime bien que mes parents s'occupent de moi un peu pour m'aider à faire mes devoirs, mais le contraire je me sens qu'il ne m'aime pas».

4. Présentation de quatrième cas « Rayan » :

« Rayan » un enfant âgé de douze ans, il là le benjamin d'une fratrie de deux frères. Issus d'une famille socioéconomique moyenne, son père « Sadi » est un maçon et sa mère « Rachida » est une femme au foyer.

Durant l'entretien, notre sujet s'est montré calme, et très timide et il a une difficulté à s'exprimer après avoir expliqué le thème de notre recherche et discuter les objectifs de l'entretien, elle s'est mise d'accord pour discuter avec nous sur ses études.

« Rayan » est scolarisée en cinquième année primaire il a refait l'année deux fois, une fois la deuxième année avec moyenne de quatre sur dix. Actuellement, il est aussi en échec, il a eu la moyenne de trois sur dix dans les deux trimestres. Il affirme qu'il a un complexe du l'absence d'importance de la part de sa mère, il dit : «elle ne me fait jamais de remarques, elle ne m'encourage jamais, elle s'intéresse ni à moi, ni à mes frères, elle

son fiche de nous ». Il dit : « je veux travailler et avoir de bonnes notes comme les autres, mais je n'arrive pas à exprimer mes idées et je n'arrive pas à participer en class parce que j'ai eu toujours peur des critiques de mes camarades et de l'enseignant, et je me sens tout le temps peur de mes parents ». « Rayan » n'aime pas passer beaucoup de temps à l'école et il n'aime pas aussi rentrer chez-lui, il préfère s'isoler de tout le monde. Il regrette d'avoir redoublé et de ne pas rendre des parents fiers de lui.

Concernant les relations sociales, « Rayan » il n'aime pas fréquenter beaucoup de personne, il a des amis, il dit : « tout se passe bien avec mes amis et je n'ai pas de problèmes avec eux ».

Concernant les relations familiales, il n'aime sa famille surtout sa mère, malgré elle est sévère et elle crie sur lui tous le temps, il dit : « j'aime mes frères et parents, mais j'aime plus maman, malgré elle crie souvent et elle est sévère avec moi surtout », il trouve grand difficulté à étudier seul, et ses parents ne l'aide pas parce que ils sont occupé d'autre chose.

Il nous a dit que sa mère et très malade et qu'elle n'arrive pas à s'occuper de lui et ses frères, son père tous le temps en dehors de maison et qu'il rentre juste la nuit et il crie sur nous.

5. Présentation de cinquième cas « Rabie » :

« Rabie » est un enfant âgé de triez ans, il est le cadet d'une fratrie de trois sœur, il est issu d'une famille socioéconomique moyenne, d'un père « Hachemi » est un chauffeur du camion et une mère « kherfiya » femme au foyer.

Au cours de l'entretien notre sujet s'est montré très calme et timide. Le contact a été marqué par un climat de confiance. Après avoir expliqué notre thème de recherche et discuter les objectifs de l'entretien, il a accepté de nous parler sur ses études et sur sa relation avec sa famille.

« Rabie » est un scolarisé en cinquième année primaire, il a refait deux fois la même année qui est la troisième primaire, il est en échec scolaire car il a eu une moyenne de quatre sur dix dans les deux années.

Durant notre entretien avec lui « Rabie » nous a dit : « je pas envie d'étudier et je n'aime pas aller à l'école ». Il passe son temps à jouer et il fait le bruit en class, aussi il dérange beaucoup ses camarades surtout les filles, il dit : « je me bagarre avec mes camarades en classe et je n'aime pas étudier avec les filles ».

Concernant les relations sociales, « Rabie » à l'école il n'a pas des amis, en dehors d'école il a des amis de différents âges, il a dit : « on s'entend bien entre copain ».

Concernant les relations familiales il n'est pas trop proche de ces parents car il nous a dit : « je reste seule à la maison, je ne parle pas avec mes parents parce que ils me blâment tout le temps et me frappe sans cause, je n'aime pas mes parents car ils m'aiment pas ». « Rabie » se bagarre avec ses sœurs et il fait des bêtises toute la journée, ces parents le punis à cause de ça, il dit : « off, mes parents me frappe parce que je fais des bêtises et je dérange mes sœurs à la maison ».

Conclusion générale

Conclusion générale

Tout au long de la recherche nous avons essayé d'aborder le phénomène de la dépression des parents et son impact sur l'échec scolaire des enfants, les résultats auxquels ont abouti et qui confirment notre recherche, nous ont permis de constater que la dépression des parents développe l'échec scolaire chez leurs enfants.

Nous avons répondu à notre question de départ, à partir des ouvrages consultés, de ce qu'on a investigué, analysé et étudié en utilisant des techniques et des outils d'investigation qui enrichissent notre étude comme l'entretien clinique qui est l'outil de collectes de données, en ce qui concerne le repérage de la dépression, on a utilisé l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).

Au cours de notre stage pratique nous avons pu vérifier et confirmer de façon claire notre hypothèse de recherche qui suppose que la dépression des parents a un impact sur la scolarisation des enfants et leurs échouent, cela grâce aux entretiens effectués et à l'inventaire de Beck qui nous a aidés à détecter le degré de la dépression chez les parents.

Nous avons tenté tout au long de notre recherche d'apporter des éléments de réponse aux questionnements posés, puisque les résultats obtenus ne peuvent être généralisés car la recherche est menée sur des cas.

Enfin, notre sujet de recherche permet une ouverture sur d'autres recherches et d'autres perspectives.

Bibliographie

Bibliographie

I- Ouvrages :

1. BERNARD Charlot, (1997), « du rapport au savoir ; éléments pour une théorie », Ed. Economica. Paris.
2. CHARAOUI Khadija, BENONY Hervé, (1999), « l'entretien clinique », Paris, Dunod.
3. CHARAOUI Khadija, BENONY Hervé, (2003), « Méthode évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris. Dunod.
4. DESPINOY Maurice, (2004), « comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire », Paris.
5. le système éducatif et l'échec scolaire-approche chronologique –édition el-Amel, université Tizi-Ouzou - janvier 2012.
6. PEDINIELLI J.L, (2005), « les états dépressifs », Armand Colin, Paris.
7. PIGNARD Philippe, (2001), « comment la dépression est devenue une épidémie », édition la découverte, Paris.
8. PSYCHOLOGIE – APPRENTISSAGES SCOLAIRES ET CONTEXTES SOCIAUX .2002-2003, CHERIFA BOUATTA, Édition SARP – DELY IBRAHIM-ALGER.
9. RANGLIN M, (2002), « les méthodes en psychologie », 12^{ème} presses universitaires, Paris.

II- Articles :

- Comment « se fait » un diagnostic de dépression ? Recherche menée par David Gourion psychiatre paris – article n°20-1.

III- Revues :

- LOBROT Michel, 1999. «Du nouveau sur l'échec scolaire et la réussite scolaires », Revue française de pédagogie. Volume 128, France.

IV-Dictionnaire :

1. Dormart. A., et coll., (1982), « Larousse de la médecine, santé. Hygiène », France, Larousse.
2. Larousse médicale, photocomposition, Maury, Malesherbes, impression GRAPHICA EDITORIALE PRINTING, Bologne dépôt légal : Février 2006.
3. Roland Bernard, « dictionnaire de la psychanalyse », Larousse, 2003.

V-Site internet :

- [www. Dépression.com](http://www.Dépression.com), Le (20-04-2019) à (21h00)
- www.reflexiondz.net/L-échec-scolaire-en-Algérie-la-faute-a-qui.html. Le (06-03-2019) à (11h30).

ANNEXES

ANNEXE A

Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Axe n° 1 : information générale sur l'enfant

Nom

Prénom

Sexe

Age

Niveau de scolarité

Axe n°2 : LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT A LA MAISON

Avez-vous des parents ?

Avez-vous des frères et des sœurs ? Si oui combien ?

Quelle est votre rang dans la fratrie ?

Est-ce que tu aimes jouer avec tes parents ?

Est-ce que tes parents t'aident à faire tes devoirs ?

Quand tes parents ne sont pas là, est ce que-tu reste tout seul ?

Quand tu as besoin d'aide est-ce que tu leurs demande ?

Avez-vous de bonnes relations avec vos parents ?

Quelles sont les réactions de vos parents face à vos études ?

Est-ce que tu aimes tes parents ?

Axe n°3: l'attitude de l'enfant en classe

Aimes-tu aller à l'école ?

Quelles sont les matières que tu aimes trop ? Et pourquoi tu n'aimes pas les autres matières ?

As-tu des difficultés dans l'écriture ?

Est – ce que tu as des amis ?

Avez-vous de bonne relation avec camarades ?

Tu oublie facilement ce que l'enseignant tu demandes à faire ?

Oubli-tu tes affaires à l'école ou à la maison ?

Est-ce que tu fais tes devoirs tout seule ?

Est-ce que ta des difficultés à terminer tes devoirs ?

Stressez-vous pendant la période des examens ?

Avez-vous refait l'année ? Quelles sont les années ? Combien de fois ?

D'après vous quelles sont les causes qui vous à amener à l'échec scolaire ?

Comment vous sentez au moment de l'échec ?

Axe n°4 : Relation parent-enfant

Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

Est-ce que tu aimes jouer avec tes enfants ?

Est-ce qu'ils font leurs devoirs à la maison ?

Est-ce que t'aide tes enfants à faire leurs devoirs ?

Quand il a besoin d'aide est-ce que il vous demande ?

Avez-vous de bonnes relations avec vos enfants ?

Quelles est votre réactions face aux études de vos enfants ?

Est-ce que tu aimes tes enfants ?

ANNEXE B

Echèle BDI-II de dépression de Beck

Echelle de Beck (BDI-II)

BDI-II	Date
	Année / mois / jour
NOM	SITUATION DE FAMILLE : -marié(e) -vivant
maritalement	
	-divorcé(e) -veuf (ve)
	-séparé(e) -célibataire
AGE	
SEXE : Masculin / Féminin	
Profession	
Niveau d'études	

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin de ces groupes puis dans chaque groupe choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modification de l'appétit).

1. Tristesse :

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. Echecs dans le passé :

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e) :

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).

3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatives envers soi-même :

0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.

1 J'ai perdu confiance en moi.

2 Je suis déçu(e) par moi-même.

3 Je ne m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi :

0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que l'habitude.

1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.

2 Je me reproche tous mes défauts.

3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide :

0 Je ne pense pas du tout à me suicider.

1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.

2 J'aimerais me suicider.

3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0 Je ne pleure pas plus qu'avant.

1 Je pleure plus qu'avant.

2 Je pleure pour la moindre petite chose.

3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation :

0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.

3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt :

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal qu'avant à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15. Perte d'énergie :

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modification dans les habitudes de sommeil :

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité :

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Les notes seuils au BDI-II :

Note total	Niveau de la dépression
0-11	Minimum
12-19	Légère
20-27	Modéré
28-63	Sévère